



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO - DEPENDENCIA CON GERENCIA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

(Referencia: Circular No. 04, del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD	2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Subdirección Administrativa y Financiera Período evaluado: 01-ene-2025 al 31-dic-2025
--	--

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Objetivo del Proceso :

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS: Administrar y controlar los bienes muebles y servicios para el funcionamiento administrativo de la entidad.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES: Mantener la plataforma tecnológica existente y desarrollar proyectos de manera oportuna y eficaz, así como formular lineamientos relacionados con estándares y buenas prácticas para el manejo de la información a fin de contribuir a la eficiencia de los procesos del IDRD.

GESTIÓN FINANCIERA: Administrar eficaz y oportunamente los recursos financieros asignados y realizar los respectivos registros, para el cumplimiento de las funciones de la entidad y pago de sus obligaciones con terceros.

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO: Administrar el talento humano del IDRD que permita contar con funcionarios competentes para el desarrollo de los procesos de la entidad en un ambiente seguro y saludable

Objetivo Estratégico:

2024 -2027: Fortalecer las capacidades institucionales para la eficiencia administrativa y misional a través de un equipo comprometido, el uso de la tecnología y la articulación e implementación de sistemas de información.

4. PROYECTOS DE INVERSIÓN

PROYECTOS DE INVERSIÓN: BOGOTÁ CAMINA SEGURA

8165 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA UNA GESTIÓN PÚBLICA, EFICIENTE Y OPORTUNA EN BOGOTÁ D.C.

Objetivo General: Bogotá confía en su gobierno

Objetivo(s) específico(s): Fortalecimiento institucional para un gobierno confiable

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE RESULTADOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
5.1 GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (PI)	MF: Meta Física PTO: Presupuesto		70%

Pt: 8165 Fortalecimiento de la capacidad institucional para una gestión pública, eficiente y oportuna en Bogotá D.C.

MF: 100%

PTO: 99.37%

100%

La meta física se cumplió al 100% y presupuestal se cumplió al 99.37%, por lo que la ejecución ponderada de ambas variables alcanzó un valor de 99.69% de acuerdo con lo reportado en el Plan de Acción a corte de 31 de diciembre de 2025.

A. CALIFICACIÓN PLAN STRATÉGICO

70%

5.2 PLAN OPERATIVO

10%

VARIABLE A EVALUAR

Criterio de Evaluación: Cumplimiento del plan operativo

Fuente de Información de base para el análisis: tomar los Planes Operativos y su avance del correspondiente informe de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación, con los cortes que cubran el periodo evaluado y/o el documento pertinente que esta oficina suministra.

Ubicación: Página web del IDRD

Plan Operativo 1 : Área Talento Humano

VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
No. 1 Realizar la digitalización de 160 historias laborales activas		X		99%	De acuerdo con lo reportado por la primera línea de defensa, se evidenció un alto cumplimiento de esta actividad.
No. 2 Realizar la digitalización de 40 historias laborales inactivas	X			100%	Con fundamento en los resultados evidenciados en el informe de seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, elaborado por la OAP, se establece que durante la vigencia 2025 la SAF dio cumplimiento a la actividad programada.
No. 3 Digitalizar el 100% de las historias laborales de los funcionarios que ingresen a la planta en el 2025.	X			100%	De conformidad con lo reportado en el informe de seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, elaborado por la OAP, se concluye que durante la vigencia 2025 la SAF ejecutó de manera acorde a la actividad establecida.

Plan Operativo 1: Área de Desarrollo Humano

No. 1 Realizar mínimo el 85% de las actividades definidas en el Plan Institucional de Capacitación, Bienestar Laboral e Incentivos, Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia 2025		X		93%	La actividad no alcanzó el cumplimiento total de la meta propuesta de acuerdo al reporte realizado por la OAP, por tanto, el cumplimiento fue calificado como parcial
---	--	---	--	-----	---

Plan Operativo 1: Área de Nóminas

No. 1 Realizar por lo menos cuatro (4) actividades de sensibilización en novedades de nómina y/o servicios de entidades externas.	X			100%	Con base en la información consignada en el informe de seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, elaborado por la OAP, se determina que en la vigencia 2025 la SAF dio cumplimiento a la actividad programada.
No. 2 Colocar en producción dos (2) programas o reportes del sistema Kactus que no esté en uso o actualizar los programas existentes de acuerdo a con liberación de los mismos por parte del proveedor.	X			100%	De acuerdo con el análisis del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, se evidencia que la programación de la actividad fue atendida y ejecutada conforme a lo previsto durante el segundo y cuarto trimestre de la vigencia evaluada.
No. 3 Colocar dos (2) servicios en producción para los funcionarios de la entidad o mejorar los existentes.	X			100%	Con fundamento en el seguimiento a la programación de la actividad, se evidencia que durante el primer trimestre se adelantaron sesiones de trabajo con el proveedor Digital Wan para la parametrización del módulo de Permisos, el cual entró en producción el 10 de marzo de 2025, aportando a la política de cero papel y dando lugar al lanzamiento del Portal de Servidores. Asimismo, en el tercer trimestre se efectuaron mejoras al portal orientadas al fortalecimiento de controles en la gestión de permisos, mediante la definición de adjuntos obligatorios, la validación de tipos de solicitud y la habilitación de la generación de certificados de ingresos y referencias desde el aplicativo.

Plan Operativo 1: Área Financiera

No. 1 Participar en la creación e implementación de informes en SEVEN productivo de los informes	X			100%	La actividad alcanzó el cumplimiento total de la meta propuesta de acuerdo al reporte realizado por la OAP
No. 2 Participar en el diseño e implementación de los reportes que permitan generar el informe de CUPO		X		91%	La actividad no alcanzó el cumplimiento total de la meta propuesta de acuerdo al reporte realizado por la OAP, por tanto, el cumplimiento fue calificado como parcial
No. 3 Elaborar un lineamiento para el trámite de embargos y uno para lineamiento para endoso y/o cesión de derechos económicos en contratos	X			100%	La actividad alcanzó el cumplimiento total de la meta propuesta de acuerdo al reporte realizado por la OAP
No. 4 Participar en la implementación de un portal que permita la radicación y trámite de pago a través de herramientas tecnológicas	X			55%	La actividad alcanzó el cumplimiento total de la meta propuesta de acuerdo al reporte realizado por la OAP

Plan Operativo 1: Área de Apoyo Corporativo

No. 1 Realizar una actividad ambiental en el marco de la celebración del Día Mundial del Agua.	X			100%	Con base en la revisión del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, se establece que la actividad se desarrolló en concordancia con la programación definida durante el segundo y cuarto trimestre de la vigencia analizada.
No. 2 Realizar 1 sensibilización en fuentes no convencionales de energía	X			100%	A partir del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, adelantado por la OAP, se concluye que la actividad fue ejecutada de acuerdo con la programación establecida, evidenciándose su desarrollo conforme a lo previsto durante el segundo y cuarto trimestre de la vigencia evaluada.
No. 3 Diseñar y divulgar 4 piezas comunicativas acerca de El Apagón Ambiental.	X			100%	Con fundamento en el seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD realizado por la OAP, se establece que la actividad fue programada para los cuatro trimestres de la vigencia y que, en cada uno de ellos, se registró un cumplimiento del 100%, evidenciando una ejecución acorde con la planificación definida.
No. 4 Implementar una (1) pieza comunicativa y realizar su divulgación, en diciembre a través de los medios digitales de información interna, relacionados con el ahorro, la conservación, el uso racional de recursos energéticos en la época navideña.	X			100%	Con base en el seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD adelantado por la OAP, se evidencia que la actividad fue programada únicamente para el cuarto trimestre de la vigencia y que su ejecución alcanzó el cumplimiento total de lo previsto
No. 5 Realizar mínimo (1) una entrega mensual de los residuos aprovechables generados en la Entidad a la Asociación de Recicladores pactados en el Acuerdo de Corresponsabilidad.	X			100%	Con base en la información reportada por la OAP, se evidencia que la actividad programada fue ejecutada y cumplida durante todos los trimestres de la vigencia, incluyendo el cuarto trimestre, en el cual se realizó de manera mensual la entrega de los residuos aprovechables generados en el IDRD a la Asociación de Recicladores Crecer Sin Fronteras – ARCRECIFRONT, contando con la respectiva certificación de aprovechamiento conforme al Acuerdo de Corresponsabilidad No. IDRD-AC-001-2024.
No. 6 Implementar una (1) pieza comunicativa y realizar su divulgación, entre los funcionarios y contratista para promover la disminución progresiva de la adquisición de Elementos de plástico de un solo uso.	X			100%	Se evidenció el cumplimiento de la actividad programada durante el tercer trimestre, mediante la ejecución de acciones de promoción y sensibilización al interior de la entidad, en el marco de lo dispuesto en la Resolución 808 de 2021, orientadas a la reducción del impacto ambiental asociado al uso de plásticos de un solo uso.
No. 7 Realizar doce (12) piezas comunicativas, una mensual invitando a participar del Día de la Movilidad Sostenible.	X			100%	Como resultado del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, realizado por la OAP, se determina que la actividad se desarrolló conforme a la programación definida.

Plan Operativo 1: Área de Servicios Generales



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

**FORMATO - DEPENDENCIA CON GERENCIA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

(Referencia: Circular No. 04 del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD						2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Subdirección Administrativa y Financiera Período evaluado: 01-ene-2025 al 31-dic-2025						
No. 1 Realizar 40 mantenimientos preventivos a las máquinas, vehículos y equipos de la sede administrativa.						100%	Derivado del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD adelantado por la OAP, se establece que la actividad fue ejecutada de manera continua durante los cuatro trimestres de la vigencia, en concordancia con la programación definida.					
Plan Operativo 1: Área Almacén General												
No. 1 Tramitar al 100% las solicitudes internas y externas para la entrada de los bienes devolutivos y de consumo del IDRD.						100%	A partir del seguimiento realizado al Plan Operativo por dependencias del IDRD por parte de la OAP, se concluye que la actividad se ejecutó a lo largo de los cuatro trimestres de la vigencia, en correspondencia con la programación establecida.					
No. 2 Revisar inventario al menos a 34 Servidores o áreas, o parques y escenarios de la entidad.						100%	Con base en la verificación efectuada al Plan Operativo por dependencias del IDRD por la OAP, se evidencia que la actividad se desarrolló de forma sostenida durante los cuatro trimestres de la vigencia, conforme a lo programado.					
No. 3 Realizar depuración de inventarios de la Entidad.						100%	Con base en la verificación realizada al Plan Operativo por dependencias del IDRD por la OAP, se establece que la actividad fue programada para el tercer y cuarto cuatrimestre y se desarrolló conforme a lo previsto en dichos períodos.					
No. 4 Llevar a cabo tres (3) selectivos en las bodegas de Almacén, de elementos de Consumo y Devolutivos						100%	Con fundamento en la verificación efectuada al Plan Operativo por dependencias del IDRD por parte de la OAP, se evidencia que la actividad fue programada para el segundo, tercer y cuarto cuatrimestre y que su ejecución cumplió con lo establecido en la programación definida.					
No. 5 Llevar a cabo la actualización a 4 procedimientos del Área de Almacén General.						100%	Con base en la información consignada en el informe de seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, elaborado por la OAP, se determina que en la vigencia 2025 la SAF dio cumplimiento a la actividad programada.					
No. 6 Llevar a cabo tres (3) sensibilizaciones a los servidores del IDRD, respecto al manejo adecuado y responsabilidad sobre los bienes.						100%	De conformidad con lo reportado en el informe de seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, elaborado por la OAP, se concluye que durante la vigencia 2025 la SAF ejecutó acorde a la actividad establecida.					
Plan Operativo 1: Área de Tecnologías de la Información												
No. 1 Definir y documentar 3 conjuntos de catálogo de datos maestros en la entidad						100%	Como resultado del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, realizado por la OAP, se determina que la actividad cumplió con la meta.					
No. 2 Definir y documentar un procedimiento de calidad de información actualizado.						100%	Como resultado del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, realizado por la OAP, se determina que la actividad se desarrolló conforme a la programación definida.					
No. 3 Definir el procedimiento de gestión de cambios						100%	Como resultado del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, realizado por la OAP, se determina que la actividad se desarrolló conforme a la programación definida.					
No. 4 Adquisición de equipos de computo						100%	Derivado del seguimiento efectuado por la OAP al Plan Operativo por dependencias del IDRD, se concluye que la actividad fue ejecutada en correspondencia con la programación establecida.					
No. 5 Publicar en página Web Institucional Manual de Seguridad de la Información actualizada y aprobada.						100%	Con base en la información consignada en el informe de seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, elaborado por la OAP, se determina que en la vigencia 2025 la SAF dio cumplimiento a la actividad programada.					
No. 6 Publicar en página Web Institucional Plan de Recuperación de Desastres actualizada y aprobada.						100%	Como resultado del seguimiento al Plan Operativo por dependencias del IDRD, realizado por la OAP, se determina que la actividad cumplió con la meta.					
No. 7 Actualizar Zabbix a la última versión estable liberada por fabricante.						100%	Derivado del seguimiento efectuado por la OAP al Plan Operativo por dependencias del IDRD, se concluye que la actividad fue ejecutada en correspondencia con la programación establecida.					
No. 8 Creación de la política de datos personales para la entidad aprobada						100%	Con base en la revisión realizada por la OAP al Plan Operativo por dependencias del IDRD, se determina que la actividad se desarrolló conforme a lo previsto en la programación definida.					
No. 9 Creación de los manuales de Orfeo IRIS						100%	Con base en la revisión realizada por la OAP al Plan Operativo por dependencias del IDRD, se evidencia que la actividad fue cumplida durante el cuarto trimestre, en concordancia con la programación establecida.					
No. 10 Definir el nuevo procedimiento de desarrollo						100%	A partir del análisis efectuado por la OAP al Plan Operativo por dependencias del IDRD, se constata que la actividad se ejecutó y cumplió en el tercer trimestre, conforme a lo previsto en la programación.					
B. CALIFICACIÓN PLAN OPERATIVO												
5.3 SISTEMA DE CONTROL INTERNO						100%	20%					
Gestión de primera línea de defensa 50 %						50%	50%					
Criterio para evaluar la gestión de la primera línea de defensa: Se tendrá en cuenta:						100%	Los procesos de Talento Humano, Recursos Físicos, Gestión Financiera y Tecnología de la Información pertenecientes a la SAF cuentan con un total de 22 riesgos de gestión para lo cual se asociaron 57 controles, los cuales se encuentran cargados en el aplicativo ISOLUCIÓN. Con relación a los riesgos de corrupción se identificaron un total de 5 riesgos por proceso y 10 controles asociados.					
* La identificación y definición de los riesgos de gestión, y corrupción, desde el rol de la primera línea de defensa, de acuerdo con lo establecido en la Política para la Gestión del Riesgo en el IDRD (vigente). Fuente: Información - Aplicativo ISOLUCIÓN Reporte de la primera línea de defensa sobre gestión del riesgo. • Seguimiento a la gestión del riesgo, por parte de la Oficina de Control Interno.						100%						
Calificación Gestión de primera línea de defensa												
Gestión Plan de Mejoramiento Institucional						RESULTADO	20%					
Planes de Mejoramiento Externos – PME peso porcentual 10%						59%	Planes de Mejoramiento Externos: Los planes de mejoramiento de la SAF evaluados en 2025, arrojaron como resultado la calificación de 9 acciones de las cuales, 2 se consideraron por parte del ente de control como cumplida inefectiva y las demás como cumplida efectiva. Plan de Mejoramiento Interno: Revisado el aplicativo ISOLUCIÓN se registró las siguientes acciones para cada proceso: Recursos Físicos: Tiene un total de 3 acciones las cuales fueron ejecutadas todas de acuerdo a los términos establecidos y los compromisos planificados. Financiera: Tiene un total de 2 acciones las cuales se han ejecutado, sin embargo, no se formularon los PM de las observaciones No. 202240 202241 excediendo la periodicidad establecida por el procedimiento institucional. Talento Humano: Tiene un total de 8 acciones de las cuales 1 fue cumplida extemporáneamente, 1 acción reporta avances y evidencias insuficientes de acuerdo al compromiso adquirido con la acción, 2 acciones no reportan avances a pesar de haber excedido la fecha de compromiso y ejecución 4 acciones pendientes. Tecnología de la Información: Tiene un total de 5 acciones de las cuales 4 fueron ejecutadas en las fechas establecidas para la acción y una de ellas ejecutadas extemporáneamente.					50%
Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas dentro de las fechas de compromiso, sobre el total de acciones evaluadas.						59%						
Plan de Mejoramiento Interno – PMI peso porcentual 10%						59%	Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas dentro de las fechas de compromiso, sobre el total de acciones evaluadas.					
Calificación Gestión de planes de Mejoramiento Institucional												
Gestión de Riesgos						100%	Evaluación y ponderación del riesgo y su reflejo en Mapa de Riesgos de gestión, y por aparte la reflejada en el Mapa de Riesgos de Corrupción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para cada uno de los tres aspectos estipulados. Diseño de control. Efectividad de aplicación y Gestión general del riesgo.					20%
DESCRIPCIÓN						INDICADOR	RESULTADO (%)		ANÁLISIS DE RESULTADOS			
Diseño de los controles- 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: Diseño de los controles de acuerdo con la Política de administración de riesgos en el IDRD. Fuente: • Informes segunda línea de defensa • Seguimiento OCI						87%	Riesgos de Gestión: Recursos Físicos: El proceso tiene asociado DIEZ (10) controles. Talento Humano: El proceso tiene asociado ONCE (11) controles. Gestión Financiera: El proceso tiene asociado VEINTE (20) controles. Tecnología de la Información: El proceso tiene asociado DICESES (16) controles.					12%
Implementación de los controles- 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: verificar la ejecución de los controles, de acuerdo con el monitoreo y seguimiento desde la primera línea de defensa. Fuente: • Informes segunda línea de defensa						97%	Riesgos de Corrupción: Recursos Físicos: El proceso tiene asociado UN (1) control. Talento Humano: El proceso tiene asociado UN (1) control. Gestión Financiera: El proceso tiene asociado CUATRO (4) controles. Tecnología de la Información: El proceso tiene asociado CUATRO (4) controles.		En base a lo reportado por la OAP se materializó el riesgo de gestión denominado "POR no cumplir con la meta establecida para los planes que conforman el Plan Estratégico de Talento Humano (PIC, Bienestar e incentivos y SST)" asociado al proceso de Talento Humano. De igual forma se materializó el riesgo "faltante de los bienes devolutivos y de consumo que se encuentren en la bodega de Almacén General" asociado a proceso de Gestión de Recursos Físicos.			20%



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO - DEPENDENCIA CON GERENCIA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

(Referencia: Circular No. 04, del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD:	2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO:		
1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD	2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Subdirección Administrativa y Financiera Período evaluado: 01-ene-2025 al 31-dic-2025		
Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados - 5% Planes de Contingencia (diseñados e implementados) Criterios de evaluación: En casos de materialización de riesgos, evidenciar la implementación del plan de contingencia de conformidad con lo definido. Fuente: • Informes segunda línea de defensa	Determinación de la medida en que se da tratamiento a los riesgos por parte de la dependencia, de acuerdo con las condiciones mencionadas en el criterio.		
Calificación Gestión de Riesgos	100%		
Indicadores de Gestión	18.93%		
Fuente base de información: Registros de la dependencia y monitoreo de la aplicación y resultados de los indicadores de gestión en aplicativo ISOLUCION carpeta Medición, informes de actividades de la OAP en su rol de segunda línea de defensa.	10%		
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANÁLISIS DE RESULTADOS
Gestión de Recursos Físicos	No.1726: Cumplimiento de aspectos normativos y de implementación del PIGA por vigencia. Medición: Semestral No.1787: Índices de rotación de inventario. Medición: Trimestral No.1634: Número de casos de pérdida de elementos en Bodega . Medición: Trimestral No.1786: Número de contratos supervisados por el proceso de GRF con documentos cargados de manera oportuna y completa en SECOP II. Medición: Mensual No.1432: Porcentaje de inventario individual validado físicamente en bodega. Medición: Trimestral No.1428: Porcentaje de inventario individual validado físicamente. Medición: Anual No.1440: Porcentaje de mantenimientos realizados a la infraestructura física de la sede administrativa. Medición: Trimestral No.1728: Reporte de novedades de bienes sin legalizar. Medición: Semestral	100%	Como tratamiento de los riesgos materializados mencionados anteriormente, los procesos implementaron las siguientes acciones: Talento Humano: Se fortaleció el control en el mapa de riesgos: "Se revisa que las actividades establecidas en los planes se puedan ejecutar en el mes programado teniendo en cuenta disponibilidad de proveedores, presupuesto asignado y logística. En caso de que las actividades programadas en los planes no se puedan ejecutar, se informa a las Subdirecciones Administrativa y Financiera para tomar las decisiones a que haya lugar, como por ejemplo priorizar y/o reprogramar actividades. Recursos Físicos: Se realizaron gestiones con la empresa de vigilancia, lo que permitió la reposición del bien afectado. Se mantuvo el cumplimiento de los controles establecidos y la vigencia de las pólizas de seguro, garantizando cobertura ante eventos similares. Se aseguró el ingreso del bien de reposición al inventario institucional. Se remitió la denuncia correspondiente ante las autoridades competentes, cumpliendo el procedimiento establecido. Estas acciones permitieron mitigar el impacto del riesgo materializado, evitando afectaciones reputacionales, económicas o funcionales para la entidad. El proceso continúa con la implementación del materializado, evitando afectaciones reputacionales, económicas o funcionales para prevenir nuevos eventos y mantener el riesgo bajo control. No se requieren acciones adicionales ni ajustes al mapa de riesgos, dado que el evento fue gestionado conforme al tratamiento definido, sin generar afectaciones a la entidad. La naturaleza del riesgo no permite su eliminación, pero sí la mitigación del impacto, lo cual se logró efectivamente con las medidas implementadas.
Cumplimiento del indicador 2.5 %	1728: El indicador únicamente presenta la medición del primer semestre de 2025, la cual no fue reportada de forma oportuna, la implementación de la fórmula corresponde a lo planteado en la ficha técnica, y presenta cumplimiento de la meta para el periodo medido. 1787: Se evidencia que la periodicidad del indicador cambió durante la vigencia por lo tanto no es posible evaluar la periodicidad del reporte, sin embargo fue posible evidenciar que para el reporte realizado en diciembre no se cumple con la aplicación de la fórmula debido a que esta es numérica y la medición se realiza de forma porcentual. 1634: Fue posible evidenciar el cumplimiento de la meta y los reportes de acuerdo a la periodicidad del indicador. Así mismo el cálculo de las evidencias que soportan la medición. 1786: El indicador muestra la medición en el mes de junio del 2025, se evidencia que se da cumplimiento a la meta, el indicador se reporta de acuerdo a la periodicidad establecida. 1432: Se realiza la medición de acuerdo a la periodicidad establecida, las mediciones realizadas reflejan el cumplimiento de la meta y esta se encuentra soportada por las evidencias. 1428: El indicador se mide de acuerdo a la periodicidad, se aplica la fórmula acorde a lo planteado a la ficha técnica lo que arroja el cumplimiento de la meta. 1426: Se constató que el indicador se mide de acuerdo a la periodicidad. La aplicación de la fórmula corresponde a lo establecido en la ficha técnica, se encuentran cargados en cada medición. 1728: El indicador se mide de acuerdo a su periodicidad, sin embargo existe una inconsistencia en la meta definida toda vez que este pretende medir el número de bienes que se encuentren sin legalizar y al evaluar la fórmula esta no solo mide los bienes en dicha situación sino también las alertas emitidas para tal fin, lo que en caso de no encontrar bienes sin legalizar o en desuso el valor de la medición no llegaría nunca a la meta.	1728: El indicador fue creado en junio, para las dos mediciones realizadas se evidencia el cumplimiento de la meta de acuerdo con la periodicidad establecida. Se cargan las evidencias como soporte de la medición reportada. 1457: Se constató que el indicador se realizó en la medida de acuerdo a la periodicidad establecida durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador, la aplicación se aplica acorde a la ficha técnica. 357: Se incumple la meta para el primer semestre de 2023 y no se registra acción correctiva en Isolucion, para el segundo periodo de medición se da cumplimiento. El indicador es medido acorde a su periodicidad y se encuentra documentado el cumplimiento. 1750: Se evidencia el cumplimiento de la meta para todos los reportes realizados durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador, la aplicación se aplica acorde a la ficha técnica. 1459: Se constató el logro de la meta, la totalidad de los reportes efectuados durante el periodo de vigencia. Dichos reportes se realizaron conforme a la periodicidad establecida por el indicador y la aplicación de la fórmula se ejecuto de acuerdo con lo definido en la ficha técnica. 1451: Los reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad establecida, sin embargo en observaciones se expresa el cumplimiento de la meta, la medición se realiza con la periodicidad establecida para el indicador. 1615: Se evidencia el cumplimiento de la meta a través de la aplicación de la fórmula, el indicador se mide de acuerdo a la periodicidad. 1454: Se reporta cumplimiento de la meta para las mediciones realizadas, estas fueron llevadas a cabo acorde con la periodicidad del indicador y se encuentran acompañados de las evidencias. 1456: Se da cumplimiento de la meta a través de la aplicación de la fórmula del indicador, así mismo las mediciones son llevadas a cabo de acuerdo a la periodicidad del indicador. 1453: Se constató el cumplimiento de la meta para todos los reportes realizados durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador. 1655: Se evidencia el cumplimiento de la meta para todos los reportes realizados durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador. 1452: El indicador se mide de acuerdo a la periodicidad, se aplica la fórmula acorde a la ficha técnica lo que arroja el cumplimiento de la meta. 1451: Se constató que el indicador se mide de acuerdo a la periodicidad. La aplicación de la fórmula corresponde a lo definido en la ficha, lo que arroja un cumplimiento de la meta. Las evidencias se encuentran cargados en cada medición. No.1658: Se verificó que el indicador se encuentra medido conforme a la periodicidad establecida y que la aplicación de la fórmula es acorde a lo definido en su ficha, lo cual se traduce en el cumplimiento de la meta. Asimismo, se cuenta con los soportes correspondientes.	95%
Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que si aplique)	1785: El indicador fue creado en junio, para las dos mediciones realizadas se evidencia el cumplimiento de la meta de acuerdo con la periodicidad establecida. Se cargan las evidencias como soporte de la medición reportada. 1457: Se constató que el indicador se realizó en la medida de acuerdo a la periodicidad establecida durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador, la aplicación se aplica acorde a la ficha técnica. 357: Se incumple la meta para el primer semestre de 2023 y no se registra acción correctiva en Isolucion, para el segundo periodo de medición se da cumplimiento. El indicador es medido acorde a su periodicidad y se encuentra documentado el cumplimiento. 1750: Se evidencia el cumplimiento de la meta para todos los reportes realizados durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador, la aplicación se aplica acorde a la ficha técnica. 1459: Se constató el logro de la meta, la totalidad de los reportes efectuados durante el periodo de vigencia. Dichos reportes se realizaron conforme a la periodicidad establecida por el indicador y la aplicación de la fórmula se ejecuto de acuerdo con lo definido en la ficha técnica. 1451: Los reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad establecida, sin embargo en observaciones se expresa el cumplimiento de la meta, la medición se realiza con la periodicidad establecida para el indicador. 1615: Se reporta cumplimiento de la meta de acuerdo con las mediciones realizadas, estas fueron llevadas a cabo acorde con la periodicidad del indicador y se encuentran acompañados de las evidencias. 1456: Se da cumplimiento de la meta a través de la aplicación de la fórmula del indicador, así mismo las mediciones son llevadas a cabo de acuerdo a la periodicidad del indicador. 1453: Se constató el cumplimiento de la meta para todos los reportes realizados durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador. 1655: Se evidencia el cumplimiento de la meta para todos los reportes realizados durante la vigencia, estos reportes fueron llevados a cabo acorde a la periodicidad del indicador. 1452: El indicador se mide de acuerdo a la periodicidad, se aplica la fórmula acorde a la ficha técnica lo que arroja el cumplimiento de la meta. 1451: Se constató que el indicador se mide de acuerdo a la periodicidad. La aplicación de la fórmula corresponde a lo definido en la ficha, lo que arroja un cumplimiento de la meta. Las evidencias se encuentran cargados en cada medición. No.1658: Se verificó que el indicador se encuentra medido conforme a la periodicidad establecida y que la aplicación de la fórmula es acorde a lo definido en su ficha, lo cual se traduce en el cumplimiento de la meta. Asimismo, se cuenta con los soportes correspondientes.	95%	
Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que si aplique)	1752: El indicador se crea en junio, se reportan las mediciones de acuerdo a su periodicidad, la aplicación de la fórmula da como resultado el cumplimiento de la meta, con alarcón para tercer y cuarto cuatrimestre debido a que no se presentaron cambios en las normas del tema tributario. 1665: Se evidencia que el indicador se evalúa conforme a la periodicidad definida y que la fórmula fue aplicada acorde a su ficha técnica, permitiendo establecer el cumplimiento de la meta. De igual forma, se dispone de los soportes asociados a los reportes en la plataforma Isolucion. 392: Se constató que la medición del indicador se realizó de acuerdo con la periodicidad establecida y que la fórmula fue aplicada acorde a la ficha técnica, reflejando el cumplimiento de la meta prevista. Asimismo, se cuenta con los soportes correspondientes a cada medición. 393: El indicador no cumple la meta para los meses de febrero a julio y de agosto a noviembre para lo cual el área implementa la acción correctiva, los reportes se realizan de acuerdo a la periodicidad del indicador. Las evidencias que soportan la medición se encuentran cargadas. 1626: Se verificó que el indicador fue medido conforme a la periodicidad definida y que la aplicación de la fórmula es consistente, evidenciando el cumplimiento de la meta establecida. Igualmente, se encuentran disponibles los soportes correspondientes a las mediciones. 1621: Se constató que el indicador fue medido conforme a la periodicidad definida y que la fórmula fue aplicada de manera coherente, lo que permite evidenciar el cumplimiento de la meta. Adicionalmente, se dispone de los soportes correspondientes. 1623: Se estableció que el indicador fue objeto de medición conforme a la periodicidad definida y su fórmula, evidenciando el logro de la meta. Así mismo, se cuenta con los soportes correspondientes. 1724: El indicador no cumple con la meta para los meses de enero y abril y no se registra acción correctiva en Isolucion, los demás criterios se encuentran cumplidos. 1469: El indicador no cumple la meta de enero a junio y no se evidencia registro de acción correctiva en Isolucion, así como los meses de agosto y noviembre. 1467: La aplicación de la fórmula se lleva a cabo acorde a lo establecido en la ficha, sin embargo no se cumple la meta para los meses de enero a noviembre de 2025 y no se define acción correctiva para su incumplimiento. 1468: El indicador no cumple con la meta en ninguno de los meses, sin embargo no se evidencia que el proceso ha implementado una acción correctiva. 1465: Se corroboró que el indicador se midió conforme a la periodicidad establecida y su fórmula, reflejando el cumplimiento de la meta. De igual manera, se dispone de los soportes correspondientes. 1781: Se constató que el indicador fue medido conforme a la periodicidad definida y que la fórmula se aplicó acorde a la ficha técnica, permitiendo evidenciar el cumplimiento de la meta. Asimismo, se cuenta con los soportes correspondientes. 1461: Se verificó que el indicador fue medido conforme a la periodicidad establecida y su fórmula establecida, evidenciando el cumplimiento de la meta. De igual forma, se cuenta con los soportes correspondientes a las mediciones reportadas. 1674: Se evidencia que el indicador se evalúa conforme a la periodicidad definida y la aplicación definida, lo cual permite confirmar el cumplimiento de la meta. Así mismo, se dispone de los soportes correspondientes. 1462: Se constató que el indicador fue medido conforme a la periodicidad establecida y que la fórmula se aplicó de manera consistente, permitiendo verificar el cumplimiento de la meta. Adicionalmente, se cuenta con los soportes correspondientes. 1464: Se determinó que el indicador fue evaluado conforme a la periodicidad definida y su fórmula, lo que permite constatar el cumplimiento de la meta. Asimismo, se encuentran disponibles los soportes correspondientes.	95%	
Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que si aplique)	1655: Se confirmó que el indicador se evaluó de acuerdo con la periodicidad establecida y que la fórmula fue aplicada acorde a la ficha, evidenciando el cumplimiento de la meta. De igual manera, se dispone de los soportes correspondientes a cada medición. 1784: El proceso reporta el cumplimiento de la meta en las mediciones realizadas, estas fueron reportadas acorde a la periodicidad del indicador, sin embargo el indicador tal como se encuentra planteado no arroja información de valor que permita tomar decisiones. 1785: Se constató que el indicador fue medido conforme a la periodicidad establecida y que la fórmula se aplicó acorde a la ficha técnica, permitiendo evidenciar el cumplimiento de la meta. Asimismo, se cuenta con los soportes correspondientes. 1471: Se constató que el indicador fue medido de acuerdo con la periodicidad establecida y que la fórmula se aplicó acorde a la ficha, lo cual demuestra el cumplimiento de la meta. Asimismo, se encuentran disponibles los soportes correspondientes. 1636: Se evidenció que el indicador fue evaluado conforme a la periodicidad definida y que la fórmula se aplicó acorde a la ficha técnica, reflejando el cumplimiento de la meta prevista. Igualmente, se dispone de los soportes asociados a las mediciones reportadas. 1472: El indicador cumple la meta para los 3 primeros trimestres de 2025, sin embargo no se evidencia registro de acción correctiva en Isolucion. Los demás criterios se aplicaron de acuerdo con lo establecido en la ficha técnica. 1473: Se constató que el indicador fue medido conforme a la periodicidad establecida y que la fórmula se aplicó acorde a la ficha técnica, permitiendo confirmar el cumplimiento de la meta. De igual forma, se cuenta con los soportes correspondientes. 1474: Se estableció que el indicador se mide de acuerdo con la periodicidad definida y que la fórmula se aplicó acorde a la ficha, evidenciando el cumplimiento de la meta. Asimismo, se encuentran disponibles los soportes correspondientes. 1470: Se confirmó que el indicador fue evaluado conforme a la periodicidad establecida y que la fórmula se aplicó acorde a su ficha técnica, lo cual permite evidenciar el cumplimiento de la meta. De igual manera, se dispone de los soportes correspondientes. 1802: Se verificó que el indicador fue objeto de medición conforme a la periodicidad definida y que la fórmula se aplicó de manera apropiada, permitiendo constatar el cumplimiento de la meta. Así mismo, se cuenta con los soportes correspondientes.	95%	



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO - DEPENDENCIA CON GERENCIA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

(Referencia: Circular No. 04, del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD	2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Subdirección Administrativa y Financiera Período evaluado: 01-ene-2025 al 31-dic-2025
Utilidad del Indicador y la medición 5 % Criterio de evaluación: Indicador establecido adecuado y alineado para controlar objetivos del proceso o parte de estos y/o aspecto relevante de la gestión de la dependencia, y que permite detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregirlas y prevenirlas. Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia. Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio. 98% Se observó que de los cuarenta y siete (47), solo el No. 1784 no es útil para el cumplimiento de los objetivos estratégicos del proceso.
Calificación Indicadores de Gestión	10%
C. CALIFICACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO	18%
	CALIFICACIÓN TOTAL VIGENCIA AÑO (A + B + C) 97%
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA:	
De acuerdo con los resultados de la evaluación de los diferentes aspectos considerados, se concluye:	
1. Proyectos de Inversión: En un alto porcentaje se cumplieron las metas físicas y presupuestales de los proyectos de inversión. 2. Plan Operativo: De la evaluación realizada fue posible constatar que el Plan Operativo de la SAF presenta un alto porcentaje de ejecución. 3. En el marco de la gestión de la primera línea de defensa, se reportaron un total de 67 controles distribuidos entre las áreas de Talento Humano, Recursos Físicos, Gestión Financiera y Tecnología de la Información. Se evidenciaron debilidades en la ejecución de dos controles que permitieron la materialización de dos riesgos asociados a los procesos de Talento Humano y Gestión de Recursos Físicos, para los cuales cada proceso implementó medidas correctivas. 4. Plan de Mejoramiento Institucional: En los Planes Externos, 3 de las acciones fueron declaradas como cumplidas efectivas y 2 como cumplidas ineffectivas por el ente de control. En referencia a los planes de mejoramiento interno, Gestión Financiera excedió el plazo para la formulación de los Pm hallazgo No. 202240 y 202241. Así mismo, el proceso de Gestión de Talento Humano no presenta avances para dos de sus acciones alerias. 6. Indicadores de Gestión: La medición y reporte de los indicadores presenta nivel de cumplimiento, sin embargo, no se implementaron medidas correctivas para algunos casos en los que no se dio cumplimiento a la meta.	
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:	
1. Proyectos de Inversión: Mantener las actividades y controles para el cumplimiento de las metas físicas y presupuestales de los proyectos de inversión de tal forma que aseguren su máxima ejecución, con el fin de evitar la constitución de reservas presupuestales y/ pasivos exigibles. 2. Plan Operativo: Fortalecer las acciones operativas y administrativas para dar cumplimiento a la programación de las actividades en los períodos establecidos. 3. Gestión de primera línea de defensa: Mantener las actividades y cumplimiento de las responsabilidades de la Política para Administración del Riesgo – IDRD. 4. Plan de Mejoramiento Institucional: Mantener los controles de monitoreo con el fin de asegurar la ejecución oportuna de acciones de acuerdo con las fechas establecidas de cumplimiento. Así mismo, se recomienda reforzar las acciones adelantadas ante los hallazgos de la OCI de tal manera que se garantice la formulación de los planes de mejoramiento en la plataforma isolucion, así como el cumplimiento y registro de los avances a los planes formulados dentro de las fechas de compromiso establecidas por los procesos. 5. Indicadores de Gestión: realizar seguimiento y evaluación permanente de los resultados que arrojen los indicadores, en búsqueda de mejores mecanismos para mantener el permanente esfuerzo en el cumplimiento de las actividades y la aplicación de los controles establecidos, con miras a fortalecer la gestión de la dependencia. Así mismo, es importante que se implementen medidas correctivas ante los incumplimiento de la meta de los indicadores	
8. FECHA DE EVALUACIÓN: 27 de enero del 2024	
9. FIRMA: Revisó y aprobó: Rosalba Guzmán Guzmán - Jefe Oficina de Control Interno Proyectó: Héctor Andrés Serrano Vargas - Oficina de Control Interno	