



## INFORME DE EVALUACIÓN A LA EFECTIVIDAD DE PLANES DE MEJORAMIENTO FUENTE OFICINA DE CONTROL INTERNO

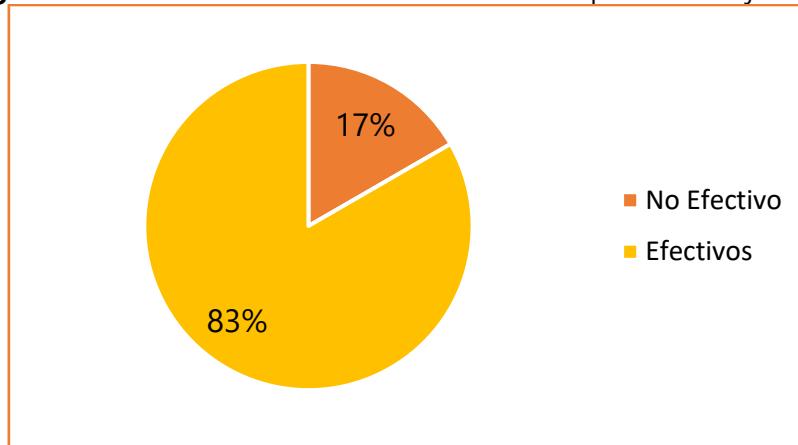
<b>Objetivo</b>	Evaluar la efectividad de las acciones implementadas en los planes de mejoramiento de los procesos auditados, con el fin de determinar si las causas de los hallazgos o situaciones evidenciadas, identificados en auditorías internas de gestión anteriores, fueron corregidas y se evitó su reiteración.
<b>Alcance</b>	Ejecutar pruebas de auditoría para evaluar la efectividad de los planes de mejoramiento que han concluido sus actividades al 100% y que se encuentran cerrados por la Oficina de Control Interno en cuanto al cumplimiento de las actividades definidas en los mismos. Se evaluaron los planes de mejoramiento cerrados desde junio del 2022 hasta el 31 de mayo de 2025.

### 1. ANALISIS, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA OCI

A continuación, se presentan los resultados de la verificación realizada por la Oficina de Control Interno a un total de 30 planes de mejoramiento fuente OCI. Del total de planes de mejoramiento verificados se encontraron:

<b>PM No Efectivos</b>	5
<b>PM Efectivos</b>	25

**Imagen 1.** Resultados de evaluación de efectividad de planes de mejoramiento



**Fuente:** OCI - Elaboración Propia.

A continuación, se presenta la relación de planes de mejoramiento clasificados como efectivos y no efectivos, organizados por proceso o dependencia responsable:



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

**Tabla 1.** Relación de Planes de Mejoramiento evaluados por la OCI por dependencias y procesos.

Dependencia responsable del PM	Proceso	ID Isolución	Resultado evaluación OCI
Oficina Asesora de Planeación	Direccionamiento Estratégico	11	Efectivo
	Sinergia Organizacional	42	Efectivo
Secretaría General	Gestión Documental	9	Efectivo
		10	No Efectivo
		12	No Efectivo
		14	No Efectivo
		26	Efectivo
		33	Efectivo
	Gestión del Talento Humano	27	Efectivo
		36	Efectivo
		45	Efectivo
	Gestión Financiera	16	Efectivo
		35	Efectivo
		54	Efectivo
	Gestión de Bienes y Servicios	17	Efectivo
		24	Efectivo
		32	Efectivo
		44	Efectivo
		46	Efectivo
		47	Efectivo
		49	Efectivo
	Gestión Contractual	43	No Efectivo
		50	Efectivo
Despacho de la Subdirección	Producción Estadística	18	Efectivo
		20	Efectivo
		21	Efectivo
		38	No Efectivo
		56	Efectivo
Oficina de Sistemas	Gestión de la Información y Transformación Digital	22	Efectivo
		48	Efectivo

Fuente: OCI - Elaboración propia.

---

Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Carrera 59 No. 26 - 70, Interior CAN, Edificio DANE

Bogotá D.C. Colombia / Código postal 111321

Teléfono (601) 5978300

[www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co) / [contacto@dane.gov.co](mailto:contacto@dane.gov.co)

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de la verificación desarrollada por parte de Oficina de Control Interno, en el siguiente numeral, se procede a presentar de forma detallada el análisis realizado por el equipo auditor.

## 1.1. Análisis detallado por proceso / subprocesso

### 1.1.1 Responsable: Proceso de Direccionamiento Estratégico

#### **Plan de Mejoramiento ID Isolución 11**

**Hallazgo:** Ausencia de una herramienta robusta que permita garantizar integridad, oportunidad y articulación en la gestión presupuestal.

#### Evaluación OCI

##### **Efectivo:**

El plan de mejoramiento fue evaluado como efectivo, dado que la entidad desarrolló e implementó el aplicativo SPGI 2.0 que facilita los procesos de programación, ejecución y seguimiento de los recursos de inversión y funcionamiento de DANE y FONDANE.

- La implementación del SPGI 2.0 permite: Sistematizar un proceso que anteriormente se ejecutaba de forma manual.
- Garantizar la integridad y consistencia de la información frente al SIIF Nación.
- Vincular el presupuesto con la estrategia institucional, cerrando una brecha que había persistido desde el incidente ocurrido en 2021.

Con la puesta en marcha del aplicativo, el riesgo principal de naturaleza estratégica y operativa derivado de la ausencia de una herramienta de gestión presupuestal fue mitigado. El riesgo residual se concentra actualmente en aspectos operativos asociados a la adopción del sistema, la incorporación de los recursos de funcionamiento y a la calidad del dato, particularmente en el uso adecuado del SPGI 2.0 por parte de los responsables de la programación y gestión financiera.

En conclusión, el plan de mejoramiento cumplió su objetivo, al restablecer la capacidad institucional para gestionar el presupuesto de manera integrada, confiable y alineada con la estrategia, reduciendo significativamente la exposición al riesgo originalmente identificado.

### 1.1.2 Responsable: Proceso Sinergia Organizacional

#### **Plan de Mejoramiento ID Isolución 42:**

**Hallazgo:** En la revisión de la documentación y evidencias aportadas por las oficinas de Planeación y de Sistemas, se identificó que la Entidad no cuenta con procedimientos formalizados, publicados y socializados para el manejo, procesamiento, almacenamiento y comunicación de la información conforme a su clasificación, ni con un esquema de etiquetado de los activos de información que permita identificar dicha clasificación según la metodología institucional y la Ley 1712 de 2014; adicionalmente, se evidenció la ausencia de indicadores para medir el



cumplimiento de los objetivos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), así como la falta de definición de responsables para el seguimiento y medición de los controles implementados; finalmente, aunque la Entidad aplica una metodología de gestión de riesgos alineada con la Guía del DAFP, no se evidenció la valoración periódica de los riesgos de seguridad de la información ni la definición y ejecución de planes de tratamiento posteriores a la implementación de controles.

## Evaluación OCI

### **Efectivo:**

La Oficina de Control Interno evaluó la efectividad del plan de mejoramiento asociado a la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), con base en la revisión documental, la prueba de recorrido realizada con la Oficina de Planeación y la Oficina de Sistemas y la evidencia institucional disponible (Política General de Seguridad adoptada mediante Resolución 1336 de 2023, Plan SGSI 2024, avances en seguridad digital 2024–2025, informe de logros en Gobierno Digital, inventario de activos actualizado y controles operativos vigentes). Como resultado de dicha evaluación se concluye que la causa raíz del hallazgo se encuentra mitigada.

Se verificó que la entidad cuenta actualmente con el alcance institucional del MSPI definido, y publicado, la valoración de riesgos MSPI conforme a la metodología DAFP, responsabilidades institucionales en seguridad, formalizadas en la Política General de Seguridad y el Plan SGSI, y controles operativos activos y efectivos en materia de seguridad de la información.

- Se destacan los reconocimientos nacionales otorgados a la entidad en temas de seguridad digital, incrementos en los índices de cumplimiento y fortalecimiento continuo del sistema.

Las brechas identificadas se relacionan con aspectos de formalización documental de políticas complementarias, las cuales no afectan la operación ni la efectividad de los controles implementados, por lo que no comprometen la mitigación de la causa raíz.

### **1.1.3 Responsable: Proceso de Gestión Documental**

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 9.**

**Hallazgo:** El ejercicio auditor evidenció debilidades de control en las condiciones físicas, técnicas y ambientales de los edificios y locales destinados al archivo en las Direcciones Territoriales del DANE, con excepción de la DT Centro Oriente. Se identificaron problemas de humedad, insuficiencia de espacio para el crecimiento documental, uso de materiales no ignífugos en techos, pisos y estanterías, inadecuada disposición y diseño del mobiliario de archivo, así como estanterías en mal estado o que no cumplen con las especificaciones técnicas requeridas. Adicionalmente, se constató que algunas bodegas de gestión documental no se encuentran aisladas y comparten espacio con bienes y materiales ajenos a la función archivística, lo que compromete la seguridad y conservación de los acervos documentales.

De igual forma, en las seis (6) Direcciones Territoriales evaluadas no se evidenció la existencia de equipos o instrumentos para la medición y control de las condiciones ambientales (temperatura, humedad relativa, ventilación, contaminantes e iluminación), necesarios para la adecuada preservación de los documentos.

## Evaluación OCI

---

### **Departamento Administrativo Nacional de Estadística**

Carrera 59 No. 26 - 70, Interior CAN, Edificio DANE

Bogotá D.C. Colombia / Código postal 111321

Teléfono (601) 5978300

[www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co) / [contacto@dane.gov.co](mailto:contacto@dane.gov.co)



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

### **Efectivo:**

El plan de mejoramiento formulado, se determinó como efectivo, ya que se evidenció la implementación de mejoras en las condiciones físicas y operativas de los archivos en las Direcciones Territoriales Centro Oriente, Suroccidente y Norte, tales como adecuaciones locativas parciales, instalación de estantería técnica, reorganización de depósitos, transferencias efectivas al Archivo Central y la adopción de acciones ambientales básicas. Esta acciones contribuyen a la mitigación de los riesgos asociados al almacenamiento inadecuado, así como a la protección del patrimonio documental.

Adicionalmente, se observa que el proceso dispone de un Diagnóstico Integral de Archivo con fecha a octubre de 2025 (evidencia proporcionada por parte del proceso de Gestión Documental del DANE Central), utilizado como insumo técnico para sustentar la planeación y orientar las acciones previstas a mediano y largo plazo. Si bien se identifican actividades pendientes especificadas en este diagnóstico, estas corresponden al horizonte de largo plazo del Plan de Adecuación de la entidad y requieren continuidad en su ejecución.

### ***Plan de mejoramiento ID Isolución 10***

**Hallazgo:** Se evidenció que las seis Direcciones Territoriales no cuentan con equipos o elementos para medir las condiciones ambientales requeridas (temperatura, humedad, ventilación, contaminantes e iluminación) en los espacios destinados a archivo, lo que constituye un incumplimiento del artículo 5 del Acuerdo 049 del Archivo General de la Nación.

### **Evaluación OCI**

### **No efectivo:**

A partir del desarrollo de las entrevistas, revisión de los registros de mediciones ambientales, evidencias fotográficas y verificación del cumplimiento de los lineamientos aplicados por el DANE para el desarrollo del registro de las mediciones ambientales, información compartida por parte del encargado de la Gestión Documental en las Direcciones Territoriales Noroccidente, Centro Oriente y Suroccidente, en relación con el estado actual de los espacios destinados para la disposición del archivo, se evidenció que el proceso implementó de manera parcial la acción de mejora definida, mediante la adquisición e instalación en estos espacios de termohigrómetros para el monitoreo de temperatura y humedad. No obstante, esta medida no corrigió de manera integral la causa raíz del hallazgo, dado que persisten incumplimientos frente a los requisitos establecidos en el artículo 5 del Acuerdo 049 de 2000 del Archivo General de la Nación. En particular, se identificaron brechas relacionadas con la inexistencia de mediciones de iluminancia y contaminantes atmosféricos.

Dado que persisten las causas asociadas al hallazgo original y que no se cumple plenamente con la normativa archivística vigente, el Plan de Mejoramiento se evalúa como No Efectivo, por lo cual se requiere la formulación e implementación de un nuevo Plan de Mejoramiento orientado al fortalecimiento integral del control ambiental de los archivos.

### ***Plan de mejoramiento ID Isolución 12.***

**Hallazgo:** La verificación realizada por la Oficina de Control Interno al control RG2V2C1, orientado a mitigar el riesgo de pérdida del patrimonio documental mediante la ejecución del plan de mantenimiento, limpieza y control de los depósitos de archivo, evidenció debilidades en su aplicación durante las vigencias 2021 y 2022 en las Direcciones Territoriales. Se identificaron incumplimientos en la ejecución de actividades programadas, tales como



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

visitas técnicas, control de plagas, limpieza y desinfección, así como desconocimiento del cronograma y de los formatos definidos por parte del personal responsable. Adicionalmente, los formatos utilizados como evidencia del control no se encuentran formalizados ni disponibles en el Sistema Integrado de Gestión Institucional (SIGI) y en ISOLUCIÓN, lo que afecta la trazabilidad y verificación de su ejecución. En consecuencia, el control no se aplica de manera uniforme ni sistemática, lo que impide demostrar su eficacia para mitigar el riesgo de pérdida del patrimonio documental de la entidad.

## Evaluación OCI

### **No efectivo:**

Con base en la revisión de evidencias aportadas por parte del encargado de la Gestión Documental en las Direcciones Territoriales de Noroccidente, Centro Oriente, Norte y sede Central, relacionadas con el cumplimiento del Plan de Control, Mantenimiento y Limpieza de depósitos de archivo actualizado a octubre de 2023 y correspondientes formatos para su reporte, se concluye que el control establecido para mitigar el "Riesgo de pérdida del patrimonio documental" no ha demostrado ser efectivo, esto debido a:

Si bien el proceso de Gestión Documental cuenta con un Sistema Integrado de Conservación (SIC) formalmente definido, este no se encuentra actualizado, lo que se observa en debilidades en la apropiación por parte de las Direcciones Territoriales y en la ejecución parcial de las actividades relacionadas con el Plan de mantenimiento, limpieza, desinfección y control de plagas en los depósitos de archivo. Así mismo, se evidenciaron brechas en la apropiación y aplicación de los cronogramas operativos por parte de los responsables de la gestión documental en las Direcciones Territoriales (Noroccidente, Centro Oriente, Norte), así como oportunidades de fortalecimiento en los mecanismos de seguimiento desde la Sede Central, lo que dificulta verificar una ejecución homogénea, sostenida y efectiva del control, y limita su capacidad para mitigar el riesgo identificado.

En consecuencia, y considerando que persisten las causas que dieron origen al hallazgo, se concluye que el control no es efectivo y que resulta necesario formular e implementar un nuevo Plan de Mejoramiento, orientado a fortalecer la gestión integral de conservación documental, asegurar la correcta aplicación de los lineamientos institucionales y garantizar la protección del patrimonio documental de la entidad.

## ***Plan de mejoramiento ID Isolución 14.***

**Situación Evidenciada:** Durante la auditoría a la gestión documental se identificaron incumplimientos en las sedes Popayán y Tunja. En Popayán se evidenció el almacenamiento inadecuado de documentos contractuales de las vigencias 2019 y 2020, incluidos documentos con información personal sensible y documentos originales firmados, los cuales se encontraban guardados sin control en un cajón de madera dentro del archivo, lo que refleja debilidades en el control, conservación y protección de la información. En la sede Tunja se constató la ausencia de lineamientos claros para el archivo de documentos precontractuales de la vigencia 2022, generando acumulación de carpetas físicas y almacenamiento de cajas de archivo en espacios no permitidos. Adicionalmente, se evidenció retraso en la transferencia y disposición final de documentos de archivo de gestión y de apoyo que no se encuentran clasificados conforme a las Tablas de Retención Documental, situación que, aunque fue parcialmente subsanada durante la auditoría, requiere el establecimiento de controles para evitar su recurrencia.

## Evaluación OCI

### **No efectivo:**

La Oficina de Control Interno seleccionó una muestra de sedes de las Direcciones Territoriales Popayán y Tunja, para evaluar si la causa raíz del hallazgo fue solucionada, al respecto se identificó que:



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

En la sede Popayán persisten debilidades relacionadas con incumplimientos en las transferencias documentales, organización incompleta de los archivos, uso de formatos desactualizados, limitaciones en el manejo de ISOLUCIÓN y ausencia de evidencias sobre las condiciones actuales del archivo. Pese al desarrollo de capacitaciones en relación con la oportunidad y adecuada gestión en las transferencias documentales, se evidencia que esta sede no se aplican los lineamientos para la organización, conservación y transferencia de expedientes.

En la sede Tunja, si bien se ejecutaron acciones correctivas que subsanaron los hallazgos iniciales, a través de la entrevista desarrollada no se proporcionó evidencia de la implementación de controles preventivos que aseguren su no recurrencia.

En consecuencia, se concluye que la mejora implementada no garantiza una efectividad sostenida, por persistir debilidades en la aplicación de lineamientos, en los controles operativos y en la apropiación técnica de los procedimientos, razón por la cual el Plan de Mejoramiento evaluado no resulta efectivo.

### **Plan de mejoramiento ID Isolución 26.**

**Situación Evidenciada:** Durante la auditoría de la OCI se evidenciaron debilidades en el control, organización y disposición de archivos en las sedes Arauca y Popayán. En Arauca se identificó documentación física y digital de distintas operaciones estadísticas y correspondencia de vigencias anteriores, cuyo estado frente a su ciclo de vida es desconocido por los funcionarios, sin definición sobre su transferencia, eliminación o conservación conforme a las Tablas de Retención Documental. En la sede Popayán se hallaron CDs y disquetes antiguos con posible información institucional y estadística, almacenados sin control ni verificación de su contenido, lo que representa riesgos para la confidencialidad, integridad y conservación de la información. Estas situaciones evidencian incumplimiento de los principios de organización y responsabilidad archivística establecidos en la Ley 594 de 2000 y de la política de seguridad de la información del DANE.

### **Evaluación OCI**

#### **Efectivo:**

##### **Sede Arauca**

Se evidenció que la sede aplicó las Tablas de Retención Documental -TRD- vigentes para definir la permanencia, transferencia o disposición final de los documentos identificados; organizó los expedientes conforme a las series y subseries documentales definidas, realizó procesos de revisión y depuración de documentación antigua; contó con acompañamiento técnico del Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental; y cumplió con la actividad de verificación de la disponibilidad, organización y transferencia de los oficios y demás documentos asociados al hallazgo.

##### **Sede Popayán**

Se evidenció que la sede efectuó la revisión integral del material almacenado en cajas, incluidos CDs, disquetes y documentos misceláneos; aplicó las TRD para establecer la permanencia o eliminación de la documentación; organizó los expedientes conforme a la estructura documental definida por la entidad; cumplió el cronograma de transferencias mediante el envío de inventarios a la Dirección Territorial; y dispuso y controló los documentos físicos retenidos en el archivo de apoyo.

En este sentido, las actividades ejecutadas permitieron corregir la causa raíz del hallazgo, particularmente en lo relacionado con la organización, el control y la aplicación de las TRD a la documentación almacenada, lo cual contribuyó a mitigar los riesgos de pérdida, acceso no autorizado y falta de trazabilidad de la información.



En consecuencia, el Plan de Mejoramiento se califica como efectivo.

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 33.**

**Hallazgo:** La auditoría evidenció que, pese a contar con TRD V3 convalidadas y publicadas, en las dependencias y Grupos Internos de Trabajo del DANE-FONDANE la organización, clasificación y denominación de los archivos de gestión no se ajustan a dichas TRD. Se identificaron debilidades en su diseño y aplicación, al incluir series y tipos documentales no acordes con las funciones, procedimientos, manual de funciones ni activos de información, lo que afecta la disponibilidad y accesibilidad de la documentación. Estas situaciones evidencian incumplimiento de la normativa archivística vigente del Archivo General de la Nación y de la guía institucional, así como la materialización de una causa del riesgo de gestión del proceso de Gestión Documental. Adicionalmente, se observó que la gestión del riesgo requiere actualización y fortalecimiento conforme a cambios del contexto organizacional, lineamientos del DAFFP y lecciones aprendidas de eventos tecnológicos previos.

#### **Evaluación OCI**

##### **Efectivo:**

La Entidad adquirió e implementó el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) Mercurio, plataforma que soporta la organización, el almacenamiento y la gestión de los documentos electrónicos de archivo. Su implementación fortalece los procesos de gestión documental al mejorar la eficiencia y eficacia en la administración de la información, así como el control sobre los documentos institucionales y reduce los riesgos asociados a la pérdida de documentos o a la indisponibilidad oportuna de la información. Adicionalmente el proceso de gestión documental actualizó la Guía de Aplicación de las Tablas de Retención Documental y de Transferencias Documentales desde la formulación del plan, y ha brindado acompañamiento permanente a las áreas tanto para el uso de la herramienta tecnológica institucional, como para la aplicación de la guía.

Se identifica como oportunidad de mejora la consolidación y socialización de un cronograma institucional de transferencias documentales por parte del líder del proceso de gestión documental, con el fin de fortalecer la articulación con las áreas responsables y asegurar una ejecución oportuna y coordinada.

#### **1.1.4 Responsable: Proceso de Gestión del Talento Humano**

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 27.**

**Hallazgo:** La auditoría al proceso de Gestión del Talento Humano evidenció la ineficacia de los controles correctivos asociados a los riesgos de corrupción y de gestión, particularmente en la verificación de requisitos legales y procedimentales de los actos administrativos y en el seguimiento a la provisión de empleos. Se identificó que un servidor de carrera fue encargado sin cumplir el requisito de formación académica definido en el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, así como inconsistencias formales en actos administrativos y errores de transcripción en la denominación de empleos vacantes durante procesos de provisión, aunque estos últimos fueron corregidos durante la auditoría. Estas situaciones evidencian incumplimiento de la política institucional de administración de riesgos y de lo establecido en el Manual Operativo del MIPG, al no garantizarse



*un control efectivo por parte del proceso GTH como primera línea de defensa, ni la implementación de acciones eficaces que eviten la recurrencia de las debilidades identificadas.*

## Evaluación OCI

### **Efectivo:**

De acuerdo con la verificación realizada, se evidenció que el proceso de Gestión de Talento Humano implementó de manera efectiva los controles necesarios para corregir las debilidades identificadas en la verificación de requisitos y en la cadena de revisión de actos administrativos de provisión de empleo.

El procedimiento de provisión de empleo Código: GTH-060-PDT-001 fue actualizado de acuerdo a lo programado e incorpora controles fortalecidos, entre los cuales de destacan: el uso obligatorio del formato *Cumple* formulado; la validación técnica de requisitos con base en el Marco Específico de Funciones y Competencias Laborales -MEFCL- y el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior -SNIES-; la aplicación de un flujo de revisión estructurado; así como la trazabilidad documental en repositorios compartidos con control de versiones.

Durante la prueba de recorrido, el proceso de Gestión del Talento Humano aportó evidencia del uso del formato actualizado, así como la correcta ejecución del flujo de validación y publicación de los actos administrativos. Así mismo, no se evidenciaron recurrencias del hallazgo original. La no actualización del mapa de riesgos del proceso, se sustentó en la robustez de los controles implementados y en la inexistencia de reincidencia del evento. Conforme lo expuesto, el plan de mejoramiento se evalúa como efectivo.

## **Plan de mejoramiento ID Isolución 36.**

**Hallazgo:** Se evidenció que los expedientes de historias laborales de funcionarios activos e inactivos presentan debilidades recurrentes en su conformación y organización, reflejadas en carpetas incompletas por la ausencia de actos administrativos y soportes obligatorios (nombramientos, reubicaciones, vacaciones, incapacidades, licencias, entre otros), los cuales se encuentran dispersos entre repositorios digitales y archivos físicos; adicionalmente, se identificaron incumplimientos a la Tabla de Retención Documental en la transferencia oportuna de historias laborales de exfuncionarios, situación que ha requerido la reprogramación de transferencias de los años 2017 y 2018 y que se ha mantenido en los últimos cinco años; así mismo, en el 100% de las muestras revisadas se constató archivo incompleto de actos administrativos, la falta o diligenciamiento parcial del formato de control de ingreso de documentos en un porcentaje significativo de expedientes, y la ausencia de actos administrativos de vacaciones en algunos casos, lo cual genera riesgos de incumplimiento normativo, debilidades en la integridad del archivo y posibles afectaciones al control administrativo y a la observancia de la normatividad vigente.

## Evaluación OCI

### **Efectivo:**

Se evidenció que el proceso realizó la transferencia documental de las vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021.

Se tomó una muestra de 7 expedientes que incluyó: 3 expedientes de funcionarios inactivos, 3 expedientes de funcionarios activos, un expediente de un funcionario inactivo de la vigencia 2022, en este último caso, considerando que los expedientes correspondientes al 2022 se encuentra en el archivo de gestión. La evaluación documental evidenció debilidades en la conformación y transferencia de los expedientes de historias laborales



de funcionarios inactivos vigencia. En particular, el expediente de los funcionarios Alexis Alfonso Galindo y Wilson Eduardo Rey Reina no contaba con acto administrativo de desvinculación, acta de formalización de entrega al cargo; la hoja de control no estaba actualizada ni contaba con fechas o numeración de páginas. Así mismo, se observó que la completitud de los expedientes se gestiona únicamente al momento de la transferencia documental, aun cuando los funcionarios ya se encuentran inactivos.

Respecto de la transferencia documental de los expedientes de historias laborales de funcionarios inactivos de la vigencia 2022, se evidenció que dicha documentación continúa disponible en el archivo de gestión del DANE Central, pese a que la transferencia fue solicitada el 15 de mayo de 2025.

No obstante lo anterior, y considerando las gestiones adelantadas por el proceso de gestión del Talento Humano para adelantar la transferencia documental de cuatro (4) vigencias, la OCI evalúa como efectivo el plan de mejoramiento, no obstante, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas al fortalecimiento del proceso:

1. Realizar un seguimiento riguroso y periódico a la actualización y completitud de los expedientes de historias laborales, inicialmente en el marco del plan de mejoramiento definido.
2. Evaluar la implementación del sistema de información Mercurio o el que determine la Entidad, para la automatización del proceso archivístico de historias laborales.
3. Analizar la suficiencia de los recursos destinados a la gestión archivística, con el fin de evitar el represamiento de expedientes de historias laborales y mitigar el riesgo de retrasos en las transferencias documentales.
4. Al proceso de Gestión Documental, adelantar acciones tendientes a efectuar de manera oportuna las transferencias documentales requeridas por las diferentes dependencias del DANE.

### **Plan de mejoramiento ID Isolución 45.**

**Hallazgo:** Durante el proceso auditor se evidenció que la Entidad no cuenta con certeza sobre los saldos reales pendientes de recobro por incapacidades médicas ante EPS, ARL y/o AFP, debido a debilidades en el seguimiento y control de las incapacidades radicadas, lo que ha generado inconsistencias en la cuenta contable 138426 "Pago por cuenta de terceros" y errores materiales en la revelación de los estados financieros de la vigencia 2022; esta situación ha derivado en recobros parciales, falta de identificación por vigencia, prescripción de derechos de reembolso y acciones de mejoramiento ineficaces, configurando riesgos de detrimento patrimonial y desfinanciación del rubro presupuestal de incapacidades y licencias, en contravención de la normatividad vigente y de los principios de eficiencia en la gestión de los recursos públicos.

### **Evaluación OCI**

#### **Efectivo:**

La debilidad relacionada con el control de las incapacidades fue corregida mediante la implementación del formato de conciliación gestionado por el proceso de Gestión del Talento Humano y socializado con el GIT de Contabilidad. Este control constituye el principal insumo para la determinación de los montos y terceros adeudados a la entidad, lo que permite realizar el Reporte de Deudores Morosos al sistema CHIP y mantener la información actualizada.

Como resultado de la verificación efectuada, se concluye que el Plan de Mejoramiento fue **Efectivo**, en la medida en que las acciones implementadas atendieron la causa raíz del hallazgo y corrigieron las desviaciones e incumplimientos normativos identificados.



### 1.1.5 Responsable: Proceso de Gestión Financiera

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 16.**

**Hallazgo:** A partir de la revisión de los controles de los riesgos, se evidencia la materialización del riesgo financiero "Revelación inoportuna, inadecuada y/o incompleta de la realidad económica de la entidad" por cuanto las áreas fuentes de información han presentado debilidades en la ejecución de controles diseñados en sus procesos, que han sido expuestos en el presente informe, lo que ha llevado a errores materiales que se reflejan en los estados financieros, así como en sus notas.

#### Evaluación OCI

##### **Efectivo:**

El plan de mejoramiento se considera efectivo, ya que se evidenciaron ajustes al procedimiento de presentación de los estados financieros, incluyendo el cambio en la periodicidad de su publicación de mensual a trimestral. Esta modificación facilita que las notas a los estados financieros revelen información relevante de las cuentas más representativas de la contabilidad de la entidad. En este sentido, las acciones definidas para atender la causa raíz del hallazgo fueron efectivas, dado que los estados financieros presentan información relevante, oportuna, completa y adecuada en cumplimiento de los requerimientos normativos aplicables.

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 35.**

**Hallazgo:** La auditoría evidenció incumplimientos a la Resolución No. 037 de 2018 de la Contaduría General de la Nación, relacionados con el reporte de información al Boletín de Deudores Morosos del Estado (BDME). En particular, se identificaron falencias en el envío oportuno y adecuado de la información exigida y en el reporte de las deudas a favor del Estado, contraviniendo lo establecido en los artículos 14 y 5 de la citada resolución.

#### Evaluación OCI

##### **Efectivo:**

El plan de mejoramiento se evalúa como efectivo, considerando que, de acuerdo con lo observado en este seguimiento, el reporte que alimenta el Boletín de Deudores Morosos del Estado se está realizando acorde a lo especificado en la resolución 037 de 2018 de la CGN. En consecuencia, se concluye que la causa raíz que dio origen al hallazgo fue debidamente mitigada mediante la implementación de las acciones adelantadas.

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 54.**

**Hallazgo:** La auditoría evidenció debilidades en la medición posterior y el control contable de la Propiedad, Planta y Equipo del DANE-FONDANE, al identificarse 440 activos no generadores de efectivo por un valor histórico de \$11.548 millones que no fueron objeto de revisión de deterioro ni de estimación del valor de servicio recuperable a la vigencia 2022, en contravía de la normativa contable vigente; adicionalmente, no se evidenció la revisión anual de las vidas útiles de los bienes muebles, limitándose el proceso a la aplicación de depreciaciones periódicas, y se detectaron inconsistencias documentales en la adquisición de algunos activos, al encontrarse facturas electrónicas sin el código CUFE, situaciones que generan riesgo de errores materiales en los estados financieros y debilidades en la aplicación de las políticas contables.

#### Evaluación OCI

**Efectivo:**

Al verificar el proceso de contabilización de los bienes totalmente depreciados o inservibles de la entidad, se evidenció que actualmente se generan solicitudes formales a las áreas custodias de los bienes para su revaluación, depreciación o baja, según corresponda. Adicionalmente, el GIT de Contabilidad se encuentra en proceso de actualización y fortalecimiento de la Política Contable de la Entidad, incorporando los lineamientos establecidos en la doctrina de la Contaduría General de la Nación. Esto contribuirá a mantener los valores de los bienes debidamente actualizados de manera oportuna y continua. En este contexto, el plan de mejoramiento se evalúa como efectivo, ya que a pesar de que el año 2025 corresponde a la fase de implementación de los ajustes, se evidencia que los procesos de baja de bienes se han ejecutado con la oportunidad requerida para reflejarse adecuadamente en los estados financieros de cierre de vigencia.

**1.1.6 Responsable: Proceso de Gestión de Bienes y Servicios****Plan de mejoramiento ID Isolución 17.**

**Hallazgo:** Durante las visitas de auditoría se evidenciaron incumplimientos en los controles de seguridad física y tecnológica. En las sedes visitadas no se aplica el control de ingreso de equipos de cómputo y dispositivos electrónicos de visitantes y servidores, en contravía de lo establecido en el procedimiento de control de acceso y permanencia. Adicionalmente, en la sede Riohacha se identificó la ausencia de un espacio con condiciones físicas y ambientales adecuadas para el centro de cómputo y comunicaciones, así como la falta de mecanismos de restricción de acceso al área, lo que expone los equipos y sistemas a riesgos de seguridad.

**Evaluación OCI****Efectivo:**

Como resultado de la verificación realizada en las sedes de Riohacha, Cali e Ibagué, se concluye que las acciones de mejora implementadas lograron corregir de manera efectiva la causa raíz identificada en la auditoría inicial, relacionada con la ausencia de controles operativos y debilidades en las condiciones del centro de cómputo de la sede de Riohacha.

*Todas las sedes objeto de verificación aportaron evidencia relacionada con:*

- Aplicación consistente del procedimiento de control de acceso y permanencia.
- Registro adecuado del ingreso y salida de equipos y personas.
- Autorizaciones formales y uso de formatos oficiales para controlar el ingreso de dispositivos.
- Mejoras en las condiciones físicas y ambientales de los espacios destinados a equipos de TI.
- Acceso restringido y controlado a áreas de uso especializado, con mecanismos de custodia y seguimiento.

El conjunto de controles implementados demuestra que el riesgo asociado al hallazgo original se encuentra mitigado en un nivel satisfactorio, generando evaluación efectiva del plan de mejoramiento.

**Plan de mejoramiento ID Isolución 24.**

**Hallazgo:** Durante la verificación de varias sedes del DANE se evidenciaron incumplimientos a los lineamientos del Manual Técnico para Arrendamiento, Comodato o Compra de Oficinas. En las sedes de Pasto, Cali, Ibagué y Manizales se constató la ausencia de baños para personas con movilidad reducida, incumpliendo los numerales relacionados con accesibilidad. En la sede de Ibagué, adicionalmente, no se cuenta con aviso institucional en la fachada del edificio por restricciones del arrendador, lo que contraviene el lineamiento sobre imagen institucional.



Así mismo, en la sede de Cali se identificó la falta de sistema de aire acondicionado en algunas oficinas, incluida la del director territorial, situación previamente reportada como necesidad prioritaria sin solución a la fecha. Finalmente, en la sede de Barranquilla se evidenciaron problemas persistentes de humedad y filtraciones en muros internos y de fachada, los cuales, pese a intervenciones iniciales, no han sido solucionados de manera definitiva.

## Evaluación OCI

### **Efectivo:**

Las acciones implementadas por el proceso responsable relacionadas con el mejoramiento en las condiciones locativas, accesibilidad, imagen institucional y cumplimiento de lineamientos técnicos en sedes territoriales, evidencian avances suficientes para evaluar el plan de mejoramiento como efectivo. El presente seguimiento evidenció:

#### 1. Accesibilidad y baños adecuados (H1)

- La sede Ibagué cumple actualmente con baño accesible para personas con movilidad reducida?.
- Las sedes de Cali y Manizales se encuentran en proceso de gestión para el traslado a edificaciones que cumplen con los lineamientos normativos.

#### 2. Imagen institucional en fachada (H3 – Sede Ibagué)

La sede implementó alternativas internas de identificación, dada la restricción contractual del arrendador para la instalación de elementos externos.

#### 3. Aire acondicionado en oficinas (SE3 – Sede Cali)

Se evidenció gestión formalizada para el traslado de la sede a una edificación La OCI recomienda mantener los seguimientos periódicos hasta la consecución del traslado de las sedes Cali y Manizales, documentando formalmente las evidencias de cumplimiento normativo .

## **Plan de mejoramiento ID Isolución 32.**

**Hallazgo:** Se evidenció incumplimiento del numeral 8 del artículo 8 del Decreto 2768 de 2012, debido a que un gasto legalizado mediante el recibo No. 44, correspondiente a la compra de un elemento para realizar Backups de la OSIS, no contó con un documento soporte que cumpliera los requisitos mínimos de facturación establecidos en el Estatuto Tributario. La factura presentada carecía de información obligatoria, como la resolución de numeración, identificación completa del vendedor y el NIT del adquirente, lo que impidió su adecuada legalización y contravino la normatividad vigente.

## Evaluación OCI

### **Efectivo:**

La evidencia analizada demuestra que los pagos realizados por caja mejor se efectuaron de conformidad con la normativa vigente, y que todas las facturas incluidas en la muestra seleccionada reúnen los requisitos técnicos y oficiales exigidos por la DIAN. Por lo anterior, se concluye que el plan de mejoramiento fue efectivo, toda vez que los procedimientos implementados cumplen con la normativa interna y externa vigente.



### **Plan de mejoramiento ID Isolución 44.**

**Hallazgo:** En la revisión del inventario de consumo del DANE se evidenció incertidumbre sobre su valor real y total, derivada de diferencias entre los registros del aplicativo SAE y el conteo físico realizado, ocasionadas por sobrantes identificados en levantamientos de inventario que no fueron dados de alta oportunamente en el sistema y por salidas de elementos soportadas mediante actas y no mediante comprobantes de egreso, lo que generó inconsistencias en las cifras contables y un posible impacto en la información financiera de vigencias anteriores y en curso; adicionalmente, se identificaron bienes destinados a baja correspondientes a toners y cartuchos de impresora por un valor significativo, adquiridos para equipos que posteriormente fueron retirados sin considerar los insumos disponibles, situación que evidencia debilidades en la planeación y economía del gasto y configura un riesgo de posible detrimento patrimonial.

#### **Evaluación OCI**

##### **Efectivo:**

Se verificó el resultado de los conteos trimestrales, el conteo físico de una muestra de elementos de consumo, el seguimiento de los movimientos registrados en el sistema SAE y se realizó revisión específica de los insumos que presentaron novedades: toners, cartuchos y protectores.

En cuanto a las inconsistencias en el registro y control del inventario, se evidencia el uso oportuno y sistemático de los comprobantes de egreso para el registro de las salidas de elementos. Los valores verificados en SAE concuerdan con los resultados obtenidos en los conteos físicos aplicados durante el seguimiento, lo cual evidencia la aplicación de controles internos asociados a la gestión de inventarios.

En lo relacionado con la correspondencia entre documentos soporte y registros del inventario, las pruebas evidencian que la entidad corrigió las inconsistencias identificadas, ajustó los registros de los elementos que presentaban discrepancias y reforzó los procedimientos de revisión previa al ingreso de bienes al sistema. Esto permite que la información registrada en el aplicativo institucional sea íntegra, consistente y verificable.

Por lo anterior, se concluye que las acciones implementadas por la entidad han resultado efectivas para corregir las situaciones identificadas como H11, H4 y OBS2.

### **Plan de mejoramiento ID Isolución 46.**

**Hallazgo:** En la revisión a la infraestructura de varias sedes de la Entidad se evidenciaron deficiencias significativas en las condiciones físicas, eléctricas y sanitarias, tales como presencia de humedad en áreas de almacenamiento y puestos de trabajo, riesgo de desprendimiento de elementos del techo, baños en mal estado y sin dotación adecuada, cableado eléctrico y de datos expuesto, mobiliario deteriorado, sistemas de detección y alarma contra incendios deshabilitados, instalaciones eléctricas descubiertas y condiciones inadecuadas en áreas de archivo; adicionalmente, se identificaron incumplimientos a los lineamientos del Manual Técnico para Arrendamiento, Comodato o Compra de Oficinas del DANE, relacionados con falta de ventilación e iluminación natural, ausencia de condiciones de accesibilidad para personas con movilidad reducida y limitaciones en el acceso y traslado en varias sedes territoriales, situaciones que afectan la seguridad, la salud en el trabajo, la disponibilidad de la información y el cumplimiento de la normativa institucional vigente.

#### **Evaluación OCI**

**Efectivo:**

Al revisar las condiciones actuales de las sedes verificadas en el hallazgo que originó el Plan de Mejoramiento, se evidencia un avance significativo en cuanto a la adecuación de los espacios acorde a las exigencias normativas, en las sedes de Buenaventura y Tunja se firmaron nuevos contratos de arrendamiento en un nuevo inmueble, lo que corrigió sus problemas de humedad y accesibilidad. Para las sedes de Álamos, Arauca, Quibdó y Riohacha se adecuaron los espacios y accesos para facilitar el uso de personas con movilidad reducida. Solo en la sede de Popayán no fue posible determinar avances para garantizar accesibilidad para personas con movilidad reducida ya que no se realizaron las adecuaciones necesarias, debido a que la sede está por arrendamiento y no se cuentan con autorización del propietario para dichas adecuaciones. La evidencia fue recopilada mediante videollamadas, fotos y videos realizados por el personal que trabaja en cada una de estas sedes. El Plan de mejoramiento se considera efectivo, ya que la entidad ha logrado cambiar sedes en las que son bajo contrato de arriendo, y ha hecho adecuaciones en las sedes propias. Adicionalmente, actualizó el Manual técnico para arrendamiento, comodato o compra de oficinas del DANE en el territorio nacional GBS-030-MAN-001 V:5, y lo aplicó a los procesos de contratación de los nuevos espacios para las sedes.

**Plan de mejoramiento ID Isolución 47.**

**Hallazgo:** En la aplicación del procedimiento de retiro de elementos y bienes del DANE se evidenciaron debilidades recurrentes en el diligenciamiento y control del Formato de Retiro de Elementos, reflejadas en omisiones de validaciones obligatorias, falta de autorizaciones, ausencia de verificación del estado de los bienes por parte de la Oficina de Sistemas, firmas no competentes, retiros sin soporte documental y asignaciones sin registro formal, así como inconsistencias en inventarios y elementos faltantes no reportados; adicionalmente, en varias sedes no se aportaron los comprobantes de egreso ni las evidencias requeridas para casos de siniestros o retiros de dispositivos móviles de captura, lo que evidencia fallas en los controles sobre la salida de activos físicos y de información, incrementando el riesgo de pérdida, uso indebido y afectación a la trazabilidad y custodia de los bienes de la Entidad.

**Evaluación OCI****Efectivo:**

El seguimiento de la Oficina de Control Interno evidencia que las acciones implementadas por las sedes de Pereira y Popayán subsanaron la causa raíz del hallazgo, relacionado con debilidades en la aplicación del procedimiento Para Retiro de Elementos de las Instalaciones del DANE GBS-020-PDT-002 y el diligenciamiento del Formato de Retiro de Elementos F-001.

En la sede de Pereira la evidencia revisada muestra un diligenciamiento completo del formato F-001, incluyendo el "V.B. Almacén"; el uso obligatorio del formato para asignaciones a contratistas; revisiones técnicas adecuadas de los equipos, gestión oportuna de faltantes; conciliaciones de inventario y archivo de soportes.

En la sede Popayán, los controles de verificación previa mediante revisión física y funcional; el registro adecuado en el formato F-001; la participación del gestor informático de la sede responsable de la verificación técnica de los activos tecnológicos, la validación en el SAI y el acompañamiento en el diligenciamiento del Formato F-001, en coordinación con la administración de la sede; la validación en SAI antes de autorizar el movimiento del activo; y el manejo documental, cumplen consistentemente con los requisitos del procedimiento.



Las dos sedes evaluadas evidencian efectividad en la implementación de las acciones de mejora. Los controles establecidos operan con consistencia, existiendo evidencia suficiente de:

- Corrección de las fallas encontradas.
- Apropiación del procedimiento GBS-020-PDT-002.
- Mitigación real del riesgo asociado a la gestión y movimiento de activos institucionales.

En consecuencia, el plan se evalúa como efectivo.

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 49.**

**Hallazgo:** En la auditoría al consumo de resmas de papel carta y oficio se evidenciaron remesas y compras realizadas sin considerar las solicitudes reales ni las existencias disponibles en las Direcciones Territoriales, pese a contar con inventarios suficientes para cubrir el consumo promedio de la vigencia, así como demoras significativas en la formalización de remesas en el aplicativo SAE y registros extemporáneos de movimientos; adicionalmente, se identificaron prácticas inadecuadas en el uso de la papelería, debilidades en la planeación de requerimientos, registros acumulados de egresos que afectan la trazabilidad y almacenamiento inadecuado de elementos de consumo en áreas restringidas, situaciones que han generado sobreabastecimiento, compras innecesarias, incumplimiento de medidas de austeridad del gasto y un posible riesgo de detrimento patrimonial.

#### **Evaluación OCI**

##### **Efectivo:**

La evaluación de efectividad se ejecutó comparando los consumos reales frente a consumos históricos de papelería; verificando la justificación de compras, evaluando la adecuación de los lugares de almacenamiento y revisando la oportunidad en el registro de remesas en el sistema SAE. Ejecutadas las pruebas, se concluye que las acciones implementadas por la entidad resultaron efectivas para subsanar las debilidades identificadas relacionadas con el sobreabastecimiento de consumibles, la planificación inadecuada de adquisición de insumos, la falta de oportunidad en los registros de inventario y las prácticas no adecuadas para su almacenamiento.

Adicionalmente, contribuyen a la racionalidad del gasto y disminuyen la probabilidad de incurrir en compras innecesarias, mitigando el riesgo de detrimento patrimonial señalado en el informe de auditoría.

#### **1.1.7 Responsable: Proceso de Gestión Contractual.**

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 43.**

**Hallazgo:** En la revisión del mapa de riesgos y de la muestra contractual del proceso de Gestión Contractual, se evidenció la materialización del riesgo asociado al incumplimiento del objeto contractual en términos de calidad, satisfacción de necesidades y oportunidad, el cual cuenta con controles definidos que se limitan principalmente a la socialización del manual de supervisión e interventoría, resultando insuficientes para mitigar de manera efectiva dicho riesgo; adicionalmente, en la verificación de los contratos de prestación de servicios CO1.PCCNTR.3321124 y CO1.PCCNTR.3368379, se identificaron debilidades en la supervisión contractual reflejadas en el incumplimiento parcial de obligaciones pactadas, inconsistencias en los soportes de ejecución y verificación de hojas de vida que no corresponden al convenio interadministrativo aplicable, lo que evidencia la ausencia de un sistema efectivo de



seguimiento, evaluación y control que garantice la correcta aplicación del manual de supervisión y el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales.

## Evaluación OCI

### **No Efectivo:**

Para la evaluación de la efectividad del plan de mejoramiento se tuvo como insumo la Auditoría Interna de Gestión al Subproceso de Contratación del DANE y FONDANE. A partir de la muestra principal se seleccionaron 25 contratos de prestación de servicios bajo la modalidad de contratación directa, verificando la documentación contractual cargada en la plataforma SECOP II y los soportes de ejecución contractual solicitados a los supervisores. Como resultado de esta verificación, se identificaron debilidades en la supervisión contractual, evidenciadas en el cargue incompleto de la documentación, la insuficiencia de soportes que acrediten la ejecución de las obligaciones contractuales y la falta de aplicación integral del Manual de Supervisión e Interventoría del DANE/FONDANE, particularmente en lo relacionado con el seguimiento y el cargue documental en SECOP II.

Si bien el proceso adelantó acciones orientadas a atender la causa del hallazgo entre ellas la expedición de circulares internas, ajustes documentales asociados al plan de pagos y al cargue de cuentas de cobro, la actualización de la matriz de riesgos del proceso GCO, la articulación con Colombia Compra Eficiente para el desarrollo de acciones formativas, así como actividades de capacitación y comunicación dirigidas a los supervisores, dichas acciones no resultaron efectivas, en la medida en que persistieron las falencias en la supervisión contractual.

En consecuencia, se concluye que el plan de mejoramiento no abordó de manera adecuada la causa raíz del hallazgo, por lo cual se requiere su reformulación, así como su articulación con el plan de mejoramiento que se formule en el marco de la mencionada Auditoría Interna. Adicionalmente, se hace necesario realizar un análisis de causas que permita definir acciones correctivas efectivas orientadas al cierre de las brechas identificadas y a la no repetición del hallazgo.

### **Plan de mejoramiento ID Isolución 50.**

**Hallazgo:** En la auditoría a los contratos de obras de mantenimiento de las sedes Montería y Dirección Territorial Centro Bogotá se evidenciaron debilidades en la supervisión contractual, dado que, pese a no haberse contratado intervención bajo el argumento de contar con personal idóneo, los supervisores designados no acreditan los conocimientos técnicos necesarios para supervisar obras de infraestructura; adicionalmente, se identificó la participación de un contratista como apoyo a la supervisión sin que su designación esté debidamente formalizada ni documentada en los contratos en SECOP II, y cuyas obligaciones contractuales no contemplan el apoyo a la supervisión de sedes territoriales, aun cuando realiza actividades propias de supervisión, coordinación y aprobación, situaciones que generan riesgos en la calidad, control y cumplimiento de las obras contratadas.

## Evaluación OCI

### **Efectivo:**

Efectuada la verificación de los contratos de bienes y servicios asociados a infraestructura correspondientes a las vigencias 2024 y 2025 se pudo evidenciar que se están definiendo de manera clara los apoyos a la supervisión, cumpliendo con los lineamientos institucionales. La revisión cruzada en SECOP II permitió constatar que los contratos cuentan con el supervisor asignado y el apoyo requerido, ambos coherentes con lo establecido en el pliego de condiciones.



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

Se observó que el Manual de Supervisión e Interventoría (código GCO-030-MAN-002, versión 2 del 31-07-2023) no registra modificaciones, se evidenció que el proceso de Compras Públicas a adelantado acciones de socialización, fortalecimiento y recordatorio de deberes y responsabilidades a los supervisores y sus apoyos, con el fin de reforzar la apropiación de los lineamientos y la claridad del rol de supervisión.

Finalmente, se revisó una muestra de X contratos suscritos en las vigencias 2024 y 2025, sobre la cual se verificó la incorporación en los pliegos, de la designación formal del supervisor y su respectivo apoyo. Adicionalmente, se evidenció que las actividades técnicas necesarias para la estructuración y gestión de los proyectos del GIT Infraestructura se encuentran suscritas en el contrato CO1.PCCNTR-7294390 del funcionario designado como apoyo a la supervisión, garantizando el acompañamiento a las direcciones territoriales cuando así se requiera. La inclusión explícita de estas obligaciones en el contrato constituye evidencia de fortalecimiento y cierre efectivo de la brecha identificada inicialmente.

El resultado de estos análisis, evidencia que el plan de mejoramiento implementado por el GIT de Infraestructura permitió subsanar los aspectos inicialmente observados y fortalecer los mecanismos de supervisión contractual, mejorando la trazabilidad, claridad y alcance de las responsabilidades de supervisión, así como asegurando la incorporación de los apoyos técnicos requeridos en los procesos contractuales. Por tanto, se considera que el plan de mejoramiento fue efectivo, y atendió de manera adecuada los compromisos establecidos para la correcta gestión, supervisión y soporte técnico de los contratos del GIT de Infraestructura.

### 1.1.8 Responsable: Proceso de Producción Estadística.

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 18.**

**Situación Evidenciada:** Durante la auditoría a PES se evidenció que documentos obsoletos relacionados con la operación estadística Encuesta de Cultura Política, permanecían activos en la plataforma Isolución, pese a no encontrarse en uso. Esta situación refleja debilidades en los controles del proceso para el seguimiento y aseguramiento de la documentación que realmente es requerida para operar por parte del proceso.

#### Evaluación OCI

##### **Efectivo:**

Se verificó en el aplicativo ISOLUCION la disponibilidad y vigencia de los lineamientos, guías, manuales y procedimientos relacionados con el recuento de unidades estadísticas, teniendo en cuenta como criterio el Manual del Sistema Integrado de Gestión Institucional CÓDIGO: SIO-020-MAN-001, versión 15 del 19/07/2023, dichos documentos deben estar actualizados y dispuestos para la ejecución de la siguiente iteración. Durante la evaluación se constató que el Manual de Recuento de Unidades Estadísticas PES-CNT-MAN-016 fue aprobado el 20 de junio de 2025, y el formato para el Listado de Recuento de Unidades Estadísticas – ECP, fue aprobado el 20 de septiembre de 2023. Asimismo, se observó que la Encuesta de Cultura Política (ECP), mantiene vigentes los manuales, planes, diseños, especificaciones y demás instrumentos necesarios para su desarrollo. Dado lo anterior, se evalúa el plan de mejoramiento como eficaz, considerando que la documentación requerida para el recuento de unidades estadísticas se encuentra actualizada, disponible y organizada conforme a los criterios establecidos, lo que respalda la ejecución de este proceso y su trazabilidad documental.



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

### **Plan de mejoramiento ID Isolución 20.**

**Hallazgo:** De acuerdo a lo establecido en el Manual de Recuento de unidades estadísticas, la transmisión y entrega de recuentos, debe hacerse diariamente al finalizar la jornada de trabajo, este debe ser revisado, verificado y transmitido por DMC. Durante la verificación en las sedes, se evidenció que esta actividad no se está desarrollando con la periodicidad establecida. En la DT Centro Occidente - Manizales, se observó que se ejecuta semanalmente.

#### **Evaluación OCI**

##### **Efectivo:**

Se validó en el repositorio institucional Isolución el numeral 4.5.4 del Manual de recuento de unidades estadísticas Código: PESCNT-MAN-016 Versión: 4 y se verificó que incluye la instrucción ilustrada requerida para diligenciar el formulario de listado de recuento de unidades estadística vigente.

Adicionalmente, se validaron las evidencias cargadas en el sistema 20 por parte del subproceso, correspondientes a capacitaciones realizadas al personal operativo de las sedes, lo cual corrobora la difusión de los lineamientos relacionados con la fase de recuento de la operación estadística, para la apropiación y aplicación de estos. En consecuencia, el plan de mejoramiento se considera efectivo, dado que sus acciones han sido implementadas y soportadas con evidencia objetiva dirigida a eliminar la causa raíz del hallazgo.

### **Plan de mejoramiento ID Isolución 21.**

**Situación Evidenciada:** Durante la visita efectuada a la sede Cali, en el acompañamiento al operativo en campo se evidenció, que una de las recolectoras, tenía un carné con errores en la información personal de la misma, específicamente nombre y apellido; además, este no tenía foto de identificación, ni se portaba a la vista. Lo anterior constituye un riesgo, debido a la imposibilidad de verificación por parte de la fuente en los registros de recolectores que reposan en las bases de datos del DANE.

#### **Evaluación OCI**

##### **Efectivo:**

Se evidenció a través de la presentación aportada por parte del proceso de producción estadística PES que se elaboró y socializó la Guía para la Expedición de Identificaciones del personal operativo, a los actores involucrados del proceso (Directores Técnicos y personal operativo), como mecanismo para estandarizar los requisitos de identificación contenidos en los carnés y definir puntos de control orientados a mitigar riesgos asociados a errores en los datos básicos de identificación.

La revisión de una muestra de carnés utilizados en el plan de recolección vigente de dos (2) operaciones estadísticas seleccionadas en donde se verificaron los carnés expedidos y el registro o validación previa realizada por la Dirección Territorial Suroccidente, permitió constatar que la elaboración de las identificaciones se realiza conforme a lo establecido en la guía. Adicionalmente, se evidenció la implementación de la guía encontrando que se aplican protocolos de validación previa de las identificaciones del personal operativo, mediante la revisión y aprobación de los carnés antes de las salidas a campo.

En consecuencia, las acciones implementadas por el proceso PES y verificadas por la OCI demuestran que la aplicación efectiva de los controles definidos, contribuyen a mitigar el riesgo identificado en el hallazgo y permiten evaluar el plan de mejoramiento como efectivo.



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

## Plan de mejoramiento ID Isolución 38.

**Hallazgo:** Se identificaron incumplimientos en la aplicación de formatos y procedimientos establecidos para la Encuesta de Cultura Política (ECP). En la sede Pasto, la asignación de áreas se realiza con un formato no oficial, en lugar del requerido por la metodología. Asimismo, se evidenció la omisión del uso de la hoja de croquis en los recuentos, pese a que el plan de recolección vigente establece su obligatoriedad. En Medellín, se encontraron documentos de recuento elaborados en formatos destinados a otra encuesta (GEIH), lo que refleja falta de estandarización. Adicionalmente, la transmisión de información hacia DANE Central, que debe efectuarse diariamente según la metodología, se realiza únicamente dos veces por semana, incumpliendo lo dispuesto. Finalmente, en la sede Cali se observó que el personal en campo no portaba formularios físicos, requisito contemplado para casos en los que no sea posible el uso de dispositivos móviles de captura (DMC). Estos hechos evidencian desviaciones frente a los lineamientos oficiales, afectando la uniformidad y el cumplimiento normativo del operativo.

## Evaluación OCI

### No Efectivo:

Se revisó el repositorio institucional Isolución, con el fin de evaluar que la documentación vigente de la Encuesta de Cultura Política -ECP- contenga las mejoras que fueron propuestas en el Informe de Evaluación de la Encuesta de Cultura Política - ECP de Junio/ 2024, a partir de las brechas identificadas en el hallazgo. Esta revisión evidenció:

1. Persisten inconsistencias entre los manuales, planes y formatos, especialmente en lo relacionado con:
  - \* Manejo físico o digital del formato "Asignación y control de áreas de trabajo" (Hallazgo 16).
  - \* Uso y vigencia de la hoja de croquis y otros formatos de recuento (Hallazgos 18 y 19).
  - \* Frecuencia real versus normada de transmisión de datos (Hallazgo 20).
2. Los documentos más recientes (Plan de Recolección V.2, Metodología V.10, Manuales actualizados) corrigen parcialmente las inconsistencias, pero no existe aún una homologación completa con la demás información en ISOLUCION, lo cual genera que versiones antiguas sigan disponibles o sean referenciadas estando sin vigencia, es de anotar que la demás documentación de la ECP se encuentra en proceso de actualización. Lo anterior por temas relacionados con la integración que si bien estaba programada para la presente vigencia no contó con los recursos en su momento.
3. En ISOLUCION se mantiene documentación que no forma parte de los instrumentos aplicables a la operación como es el caso del formato "Control de la muestra segmentos con submuestreo – ECP", lo que evidencia deficiencias en la actualización y depuración de los documentos operativos, y aumenta el riesgo de referencia a información desactualizada para la próxima iteración de la encuesta.

En consecuencia, el plan de mejoramiento se evalúa como no efectivo, dado que las acciones implementadas hasta la fecha de esta evaluación no han logrado garantizar la disponibilidad, unificación y vigencia de la documentación operativa de la ECP, manteniendo las brechas y riesgos identificados en los hallazgos previos. Se observa que la operación estadística ECP, aunque estaba programada para la vigencia evaluada, no se produjo por motivos presupuestales, lo que impide confirmar la actualización integral de la documentación relacionada con la encuesta conforme a la causa raíz identificada. Cabe señalar que esta operación tiene periodicidad bianual y se aplica en años no electorales, lo que limita la verificación práctica de la implementación de los ajustes documentales hasta su próxima ejecución.



# DANE

\*\*202530019217\*\*

contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: \* 202530019217\*

Fecha: \*martes 30 de diciembre de 2025 \*

### **Plan de mejoramiento ID Isolución 56.**

**Hallazgo:** Se evidenció incumplimiento en las actividades 4 y 6 del Procedimiento Seguimiento y Evaluación de Planes de Mejoramiento Código: AIN-020-PDT-004 Versión: 2, dado que los planes de mejoramiento que se generaron a partir de los hallazgos identificados en el proceso de evaluación a la calidad estadística de las OOEE DANE (Encuesta Longitudinal de Colombia (ELCO), Cuentas Nacionales Anuales de los Sectores Institucionales y Encuesta Multipropósito) que hicieron parte de la muestra seleccionada para la vigencia 2022, no fueron suscritos ante la OCI. Lo anterior, teniendo en cuenta que el alcance de dicho procedimiento aplica a todos los planes de mejoramiento, y que dentro de los insumos se establecen los PM del DANE - FONDANE que tienen origen a partir de los Informe de Auditoría de Evaluación de Proceso Estadístico.

### Evaluación OCI

#### **Efectivo:**

Se determina el cierre efectivo del plan de mejoramiento, dado que las evaluaciones de calidad estadística son realizadas por la Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización (DIRPEN) como evaluador independiente, y los planes derivados deben suscribirse ante esta dirección, que además gestiona su seguimiento y evaluación. La Oficina de Control Interno ajustó el Procedimiento de Seguimiento y Evaluación de Planes de Mejoramiento (CIG-040-PDT-001, versión 6), eliminando la obligación de suscribir dichos planes ante esta oficina. Sin embargo, se evidenció que el Procedimiento de Evaluación del Proceso de Producción de las Operaciones Estadísticas (PES-EVA-PDT-001, versión 2, actividad 3) mantiene actividades que asignan responsabilidades a la Oficina de Control Interno, lo cual no corresponde a su alcance funcional. Por ello, se recomienda al proceso de Producción Estadística actualizar los documentos relacionados para reflejar correctamente la responsabilidad exclusiva de DIRPEN en la suscripción, seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento.

### **1.1.9 Responsable: Proceso de Gestión de Información y Transformación Digital.**

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 22.**

**Hallazgo:** En la sede Medellín se identificó el incumplimiento de la política No 3 "Los usuarios y contraseña por ningún motivo deben ser prestadas para el uso de personas no autorizadas." Por cuanto, se observó que el equipo de cómputo destinado para el trabajo de la monitora transversal de recuento está dispuesto para el trabajo de todo el equipo de recuento y sensibilización transversal, quienes usan el usuario y contraseña de dicha colaboradora, sin que exista un control de acceso a la información y uso de los recursos, información y programas dispuestos en dicho equipo.

#### **Efectivo:**

Se evidencia que la Oficina de Sistemas cuenta con mecanismos preventivos operativos que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información recolectada, acopiada, procesada y analizada. En materia de prevención y concientización, implementan acciones permanentes de sensibilización a los usuarios mediante TIPS informáticos orientados a la custodia adecuada de la información, comunicación



institucional vía Intranet, y procesos de inducción tanto a nivel central como territorial, fortaleciendo la cultura de seguridad de la información.

Desde el componente de acompañamiento y control, se realizan visitas a las Direcciones Territoriales, que generan informes de los resultados, además se ejecutan reuniones de seguimiento por demanda con los enlaces de sistemas en territorio, lo que permite una gestión oportuna de requerimientos. Estas acciones de complementan con listas de chequeo, planes de comunicación y espacios institucionales como la Semana de la Seguridad, que refuerzan las buenas prácticas.

En el ámbito tecnológico y de infraestructura, se dispone de controles especializados, tales como soluciones antivirus con capacidades XDR, monitoreo a través del SOC mediante casos de uso que alertan accesos inusuales (por ejemplo, conexiones desde ubicaciones no habituales), así como la segmentación de la red, que limita el acceso de los territorios únicamente a los servicios tecnológicos autorizados. Estos controles se articulan con la gestión de los elementos tecnológicos de las sedes y la infraestructura tecnológica institucional, garantizando la disposición de estrategias para la protección integral de los activos de información. Teniendo en cuenta las conclusiones presentadas, el plan de mejoramiento se evalúa como efectivo.

#### **Plan de mejoramiento ID Isolución 48.**

**Hallazgo:** En las auditorías internas realizadas a varias sedes territoriales y al nivel central del DANE-FONDANE se evidenció el incumplimiento reiterado del procedimiento de obtención de copias de respaldo de información, reflejado en la falta de diligenciamiento y verificación de los formatos establecidos, ausencia de informes mensuales, solicitudes extemporáneas o incompletas de realización de backups, inexistencia de evidencias de copias de respaldo mensuales y de backups de servidores, así como el no cumplimiento de los plazos definidos; adicionalmente, se identificó que en algunas direcciones territoriales las copias de respaldo se almacenan en servidores locales ubicados en las mismas sedes, contrariando la política institucional que establece que la información debe alojarse en los servidores del centro de cómputo del DANE Central, lo que incrementa el riesgo sobre la disponibilidad, integridad y seguridad de la información institucional.

#### **Evaluación OCI**

##### **Efectivo:**

El plan de mejoramiento ID 48 se evalúa como efectivo ya que las acciones implementadas abordan de manera directa y sostenida las causas del hallazgo sobre el incumplimiento de los lineamientos institucionales para la generación de copias de respaldo de información. En particular, se observaron evidencias documentales que dan cuenta del seguimiento mensual por parte de la Oficina de Sistemas a las Direcciones Territoriales, a través de correos electrónicos, en los cuales se solicita la ejecución o cierre del proceso de Backup, asegurando la trazabilidad de las respuestas, así como el diligenciamiento del formato GTD-050-PDT-004-f-001-Formato Obtención o Restauración de Información de Copias de Respaldo (Backup). Así mismo se pudo evidenciar la ejecución de actividades de acompañamiento y capacitaciones realizadas en el año 2024, la programación de nuevas jornadas de capacitación para el año 2026 y la implementación de tips informáticos y visitas de apoyo a las Direcciones Territoriales. En este sentido, se concluye que las acciones adelantadas han fortalecido la apropiación de los lineamientos institucionales para la gestión de backups en territorio, contribuyendo a mitigar los riesgos asociados a la pérdida, ubicación inadecuada o falta de respaldo de la información institucional.

## 2. Conclusión

Como resultado del seguimiento y la evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento implementados por los procesos de la entidad, y con fundamento en un enfoque basado en riesgos y en las Normas Globales de Auditoría Interna, la Oficina de Control Interno concluye que, de los treinta (30) hallazgos y situaciones evidenciadas evaluadas, el 83,33 % fueron calificados como efectivos, en la medida en que las acciones implementadas contribuyeron a mitigar adecuadamente las causas identificadas y a reducir el riesgo de recurrencia.

En este sentido, se recomienda mantener y fortalecer las acciones correctivas y preventivas implementadas, asegurando su sostenibilidad en el tiempo, con el fin de consolidar la mejora continua de los procesos, fortalecer el Sistema de Control Interno y disminuir la probabilidad e impacto de la materialización de riesgos asociados a los hallazgos evaluados.

Respecto de los planes de mejoramiento calificados como "No Efectivos", se concluye que las acciones ejecutadas no abordaron de manera suficiente la causa raíz de los hallazgos por lo que no lograron mitigar el riesgo identificado. En consecuencia, las dependencias responsables deberán formular un nuevo plan de mejoramiento en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, en el cual se recomienda realizar un análisis de causas robusto para definir acciones pertinentes, medibles y orientadas al cierre efectivo de las brechas identificadas, con el propósito de prevenir la repetición de los hallazgos y fortalecer la gestión institucional.

Cordialmente,

**YULY DAYAN QUICENO RUSSI**

Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: JCPRIETOS

Auditores de apoyo: LFDUARTEC, ILIARO, MRNIETOJ, NPBENAVIDES, LPNAVARROF, NRGUTIERREZC.

Revisó AVTORRES

Aprobó: YDQUICENOR