CMP -1.3 Control Interno- Agosto 6 de 2026

Doctora
JOHANNA VANESSA BEDOYA PUERTA
Contralora Municipal de Pereira
Ciudad

Asunto: Auditoria Indicadores de Cumplimiento a los Riesgos Institucionales - I Semestre de 2026

Cordial saludo,

Por medio de la presente y en cumplimiento del PAI 2026, se llevó a cabo por esta Asesoría auditoria indicadores de cumplimiento a los Riesgos Institucionales y una vez ffinalizado el monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos institucionales para el I semestre de 2026, esta asesoría concluye que el nivel de avance en el manejo de los riesgos es adecuado**,** representado en un **97%,** lo cual denota que algunos áreas continúan con actividades en etapa de ejecución.

Atentamente

MARTHA LUCIA GIL GARCIA
Asesoría de Control Interno

ASESORÍA DE CONTROL INTERNO

CONTRALORÍA MUNICIPAL DE PEREIRA



AUDITORIA INDICADORES DE CUMPLIMIENTO A LOS RIESGOS INSTITUCIONALES

I SEMESTRE DE 2026

AGOSTO DE 2026

Carrera 7 No. 18-55 Palacio Municipal piso 7º. – Línea WhatsApp: 3227857950
web: www.contraloriapereira.gov.co

Email: correo@contraloriapereira.gov.co
Pereira – Risaralda

CONTENIDO

I. OBJETIVO GENERAL

II. ASPECTOS GENERALES DE LA REVISIÓN

III. CONCLUSION GENERAL

IV. RECOMENDACIÓN GENERAL

I.OBJETIVO GENERAL

Verificar el comportamiento para el I Semestre de 2026 a los Riesgos Institucionales inherentes a cada proceso misional, administrativo, estratégico y de evaluación, los cuales fueron elaborados, valorados y definidos por los líderes de cada área adscrita a la Contraloría Municipal de Pereira.

Las áreas evaluadas fueron: Subcontraloria con sus respectivos subprocesos: Gestión Calidad, Gestión Talento Humano, Bienes e Inventarios, Gestión Administrativa, Gestión Documental y Archivo, Gestión Financiera y Gestión Sistemas y TICs; Responsabilidad Fiscal; Dirección Técnica de Auditorias y la Dirección Operativa de Planeación y Participación Ciudadana; Jurídica y Asesoría de Control interno.

II. ASPECTOS GENERALES DE LA REVISIÓN

Una vez analizados los riesgos inherentes a los procesos misional, administrativo, estratégico y de evaluación de la Contraloria Municipal de Pereira, se puede evidenciar el siguiente comportamiento con su respectivo indicador al cierre del I semestre de 2026

PROCESO/ SUBPROCESOS	RIESGOS	CONTROL EXISTENTE	ACCIONES PREVENTIVAS	AVANCE ACCIONES PREVENTIVAS	% DE AVANCE
SUBCONTRALORIA GESTIÓN DE CALIDAD	No contar con un Sistema consolidado de Calidad con un alto grado de compromiso de la Alta Dirección que permita, la revisión continua de procesos, procedimiento y actualización del Listado Maestro de Calidad en pro de la mejora continua de la entidad.	Revisión periódica del Sistema de Gestión de Calidad y de los procesos asociados a la mejora continua de cada uno de los procesos de la CMP	Contar con profesional liderando el SGC, a fin de mantener el proceso debidamente operando de acuerdo a los parámetros trazados por la Entidad, en procura de obtener mejoras en cada uno de los procesos misionales, administrativos, estratégicos y de evaluación.	Se mantuvo la operación del Sistema de Gestión de Calidad bajo el liderazgo asignado, asegurando la revisión continua de los procesos institucionales y la actualización de los documentos asociados en pro de la mejora continua de la entidad durante el primer semestre	**70%**
	Carencia de un programa de gestión documental asociado al Sistema de Gestión de Calidad	Plan de Gestión Documental de la entidad.	Seguimiento continuo de la gestión de documentos de cada una de las áreas con base en las siguientes herramientas archivísticas: Cuadro de Clasificación Documental CCD; tablas de retención Documental TRD; Programa de Gestión Documental PGD y Formato Único de Inventario Documental FUID	Se realizó el seguimiento continuo a la gestión documental de las diferentes dependencias, asegurando el uso adecuado de las Tablas de Retención Documental (TRD) y el Cuadro de Clasificación Documental (CCD) articulados con los lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad durante el primer semestre.	**80%**
SUBCONTRALORIA TALENTO HUMANO BIENES E INVENTARIOS	53. No cumplimiento de los planes adscritos al área de Talento Humano	Elaboración y ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano - PETH 24	Asignación de Recursos para los planes de gestión efectiva del talento humano.	Se dio ejecución al Plan Estratégico de Talento Humano (PETH) programado para la vigencia, contando con la asignación presupuestal y de recursos requeridos para garantizar las actividades de bienestar e incentivos correspondientes al primer semestre	**100%**

	54. Inconsistencias en la liquidación de la nomina por falta la información requerida oportunamente.	Verificar en forma permanente el proceso de liquidación de la nómina, con el fin de detectar posibles inconsistencias en la nómina.	Actualizar en forma permanente el programa de nómina de acuerdo a las novedades que se van presentando.	Se realizaron verificaciones y actualizaciones periódicas y permanentes en el software de nómina frente a cada una de las novedades de personal presentadas mes a mes, garantizando liquidaciones oportunas y sin inconsistencias durante el primer semestre	**100%**
	58. No realizar el procedimiento previsto para el registro de bienes en el aplicativo de la entidad	Seguimiento y Verificación continúa de veracidad en la información, a fin de que coincidan los inventarios con la relación de bienes que se encuentran registrados en contabilidad y sistemas.	Conciliación periódica de los bienes con contabilidad y sistemas	Se llevó a cabo la verificación de los activos fijos, teniendo en cuenta la información suministrada por el área de bienes y contabilidad para posteriormente realizar la conciliación contable semestral, información que se puede verificar en los archivos físicos del área En relación a la conciliación con el área de sistemas, se encuentra en proceso, debido a la verificación rigurosa de algunos elementos tecnológicos.	**50%**
	59. No realizar el Registro de bienes en aplicativo para manejo de inventarios	Registro en el aplicativo YEMINUS, y rotulación de los bienes al momento de su ingreso.	Cada que ingrese un bien a la entidad se debe realizar el registro de esté en el aplicativo y posteriormente rotularlo, para poder hacerle seguimiento a este bien permanentemente.	De acuerdo al proceso establecido, los bienes son debidamente registrados al momento de su adquisición, al cierre del semestre no se registraron activos fijos.	**100%**
	60. Inconsistencia entre el registro del kardex de bienes, y las existencias reales en almacén	Registrar las entradas y salidas de los bienes de almacén	Seguimiento continuo y efectivo al Kardex de almacén, y el formato de solicitud de bienes de consumo.	Se mantuvo un control estricto y continuo sobre las entradas y salidas registradas en el Kardex de almacén y los formatos de solicitud de bienes de consumo, garantizando la correspondencia con las existencias físicas reales.	**100%**
	61. Aparición de Estrés Laboral en el talento humano de la entidad.	Alertas tempranas de identificación del riesgo del estrés laboral en Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Gestión del Plan de Bienestar e incentivos	Se adelantaron actividades orientadas a mitigar el estrés laboral mediante la implementación de acciones del Plan de Bienestar Social e Incentivos y el seguimiento desde el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	**80%**
	62. Perfiles con características negativas psicosociales en el talento humano de la entidad	Diagnostico perfil Psicosocial Programa de Salud y Seguridad en el Trabajo	Programa de Seguridad y salud en el Trabajo.	Se dio aplicación al programa de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) mediante la identificación de factores de riesgo psicosocial y el seguimiento a las recomendaciones dadas para el bienestar del personal.	**80%**
SUBCONTRALORIA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	88. Carencia de una mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones de la CMP	Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones de la CMP.	Socialización del Nivel de Riesgo Físico por Instalaciones locativas de la entidad.	Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, con el fin de conservar espacios seguros y adecuados para el desarrollo de las actividades.	**100%**
	89. Ocurrencia de eventos sísmicos o de orden natural	Programa de evacuación y atención de catástrofes naturales de la entidad.	Capacitación por parte de la Oficina de Riesgo de que hacer frente a estas situaciones. Ejecución de Simulacros Periódicos.	Se realizan capacitaciones y simulacros periódicos, orientados por la brigada y la alcaldía para fortalecer la preparación del personal ante posibles emergencias o eventos naturales.	**100%**
	90. Seguridad y situación por manifestación pública.	Protocolos de contingencia para atender en caso que se de que se presenten consecuencias por el estado de conmoción social.	Plan de Blindaje de la entidad para evitar acciones de vandalismo.	Se cuenta con apoyo de vigilancia y seguridad para prevenir y atender situaciones que puedan afectar la integridad de las personas y las instalaciones, está a cargo de la alcaldía en su plan de contingencia.	**100%**
	91.Presentación de Estado de emergencia por cualquier eventualidad que se presentase, lo cual se daría la No presencialidad en la entidad.	Apertura de todos los canales virtuales de atención de la CMP.	Activación de los programas de Bioseguridad de la entidad.	Se activan los canales virtuales de atención y las medidas establecidas cuando una emergencia requiere suspender la atención presencial en la entidad.	**100%**

SUBCONTRALORIA GESTION DOCUMENTAL ARCHIVO	10. Desconocimiento del manejo del software, herramientas tecnológicas y aplicativos de gestión	Planes de Capacitación Continua, además de inducción y reinducción tecnológica a los funcionarios y contratistas de la entidad.	Consecución de un Software de Gestión Documental, como constituyente fundamental del PINAR. Capacitación funcionarios de gestión documental como prioridad en el PIC. Plan Institucional de Capacitación.	La entidad cuenta con un sotfware para la gestión del archivo el cual se encuentra en la fase de pruebas de flujos de trabajo de las áreas de contratación, responsabilidad fiscal, recurso humano, bienes y servicios, contabilidad y presupuesto y tesorería.	**70%**
	11. Posibilidad de pérdida de documentos ubicados en el archivo Central o Histórico. en el Archivo Central	Actualización revisión y seguimiento de la matriz de conservación documental, como uno de los instrumentos archivísticos fundamentales del PINAR.	Escanear o digitalizar la información y guardar en discos duros extraíbles, archivados en sitio diferente a la oficina y /o en la nube	Los respaldo de seguridad de la información se encuentran guardados en discos duros extraíbles, antes de ser enviados al el archivo central externo l de la entidad	**100%**
	12. Deterioro de los documentos del archivo histórico y de gestión.	Revisar cumplimiento en lo correspondiente a la tenencia y conservación de los documentos del archivo histórico de la entidad.	Actualización revisión y seguimiento de la matriz de conservación documental, como uno de los instrumentos archivísticos fundamentales del PINAR.	Los documentos se conservan en expediente dentro de las cajas de archivo ubicadas en estanterías en el archivo centr0l externo de la entidad.	**80%**
	13. No entrega oportuna de la correspondencia interna y externa	Llevar Libros radicadores para la entrega de correspondencia interna y externa.	Matriz de Correspondencia recibida y despachada ejecutada por la Secretaria Ejecutiva del despacho.	Dentro de las actividades de la ventanilla se recepciona y radica todos los documentos allegados por cualquier medio diariamente en forma consecutiva, en planillas y libros radicadores.	**100%**
	14. Perdida de información contenida en los documentos del archivo central	Utilización de formatos para la gestión, Organización y conservación del Archivo Central.	Realizar inventarios de la documentación verificar el estado de los soportes físicos, de acuerdo a los instrumentos archivísticos incorporados en la normatividad de gestión documental	En el área de la Gestión documental se realizó la contratación de una persona con el objeto de revisar y organizar el inventario documental en el archivo externo.	**70%**
	16. Desactualización de recursos tecnológicos., destinados a la gestión y seguridad en gestión documental digital.	Adopción de la política que permita articular la gestión de la documentación física y electrónica	Actividades y procedimientos de custodia de la información física y digital de la entidad.	Para preserva la información el área de sistema cuenta con copias de seguridad de la información en la nube. NAS	**100%**
SUBCONTRALORIA FINANCIERA	46. Sistema de información Financiera no consolidado para una AFG por parte de la AGR.	Aplicativos y Software adecuados para procesamiento de la información financiera y contable.	Capacitación Continua del personal en el manejo y consolidación de la información financiera. Nueva normatividad. Seguimiento mensual mediante las fichas técnicas del proceso contable y presupuestal de la CMP.	Capacitación Continua del personal en el manejo y consolidación de la información financiera. Nueva normatividad. Seguimiento mensual mediante las fichas técnicas del proceso contable y presupuestal de la CMP.	**50%**
	47. Falta de oportunidad, fidelidad y veracidad de la información contable y financiera	Elaboración de fichas técnicas indicadores de evaluación AGR del proceso contable y presupuestal	Revisión del Sistema de información Contable y Financiero por parte de la Subcontraloría.	Revisión del Sistema de información Contable y Financiero por parte de la Subcontraloría.	**50%**
	48. Incumplimiento a la normatividad contable aplicable	Seguimiento periódico mediante la realización de Comités de Conformidad Contable	Normograma Actualizado por parte de la Subcontraloría en todo lo relacionado a Sistemas de Información Contable y Financiero.	Normograma Actualizado por ´parte de la Subcontraloría en todo lo relacionado a Sistemas de Información Contable y Financiero.	**50%**
	49.No contar con polizas para el amparo de los bienes de la Entidad y los recibidos de terceros. El valor del amparo que cubra el valor del bien.	Existencia de pólizas para el amparo de bienes de la Entidad. Contar con disponibilidad presupuestal y claridad en los Bienes amparados por la Entidad.	Existencia de pólizas para el amparo de bienes de la Entidad.	Se cuenta con póliza de garantías que presenta cobertura sobre los bienes de la entidad en la vigencia 2026	**100%**
	50. Omisión en la aplicación de las normas de propiedad planta y equipo, y mal manejo de inventarios.	Existencia de Formato de Adquisidores en Propiedad Planta o Equipo. Diligenciamiento de Formato de propiedad Planta y Equipo.	Seguimiento periódico mediante comité de Sostenibilidad Contable de la gestión de bienes de la entidad. Programas de Inducción y reinducción para la gestión efectiva de bienes.	Seguimiento periódico mediante comité de Sostenibilidad Contable del la gestión de bienes de la entidad. Programas de Inducción y reinducción para la gestión efectiva de bienes.	**50%**

	51. No conciliar con las áreas involucradas que generen información contable	Cumplir con los preceptos determinados en el Régimen de Contabilidad Pública- respectos a las conciliaciones, Igualmente la No CONCILIACION, la información contable será poco creíble bien sea en el pasivo o en el Activo	Diligenciar de manera efectiva Formatos de Conciliación Bancaria, para ser elaborados con la periodicidad establecida para tal fin, igualmente la elaboración de conciliaciones semestrales de control de bienes y de Activos y Pasivos contingentes.	Diligenciar de manera efectiva Formatos de Conciliación Bancaria, para ser elaborados mensualmente, igualmente la elaboración de conciliaciones semestrales de control de bienes y de Activos y PASIVOS CONTINGENTES	**100%**
SUBCONTRALORIA GESTIÓN DE SISTEMAS Y TICS	63. Incumplimiento del Plan Estratégico y Planes de Acción TI	Informes de Ejecución del Plan de Acción del área	Apropiaciones presupuestales por vigencia que dinamicen la ejecución del PETI.	Para el primer semestre de 2026 se contó con el PETI 2025 el cual se ejecutó así: Proyecto 1.2 Fortalecimiento de herramientas tecnológicas para la comunicación asertiva con el cliente interno y externo consistente en mantener el servicio de la página web institucional. También se encuentra el Proyecto 1.4 Plan de Reingeniería de la Capacidad Instalada de Software y Hardware donde el Sistema de Gestión Documental Gdocument se debió suspender por carencia de recursos financieros, sin embargo este tuvo una ejecución del 90% Proyecto 3.1 Presentar propuesta para modificar el manual de procesos y procedimientos ejecutado en un 100% Proyecto 3.2 Plan de seguridad de la información y seguridad informática; que se ejecutado a la fecha en un 100% Políticas para la Administración de las TICs proyecto 5.1, Implementación del sistema de información SIA – ATC, el cual se programó desde la vigencia 2021, implementación del software y actualmente opera al servicio de la ciudadanía con un 100% de ejecución Proyecto 5.2 Implementación del sistema de información SIA POA MANAGER, ejecutado en un 100% Proyecto 5.3 Implementación Base de Datos de la gestión del Proceso de Responsabilidad Fiscal, donde se implementó carpeta compartida en el servidor NAS1100% Algunos de los proyectos no se ejecutaron por la ausencia de recursos económicos para adquirir, dejando en evidencia que el riesgo sigue latente para el cumplimiento del PETI	**80%**
	64. Inaplicabilidad de las normas vigente y Políticas establecidas para el adecuado manejo de la infraestructura tecnológica	Ajuste permanente de las Políticas para la Administración de las TIC	Utilización de los diferentes medios de comunicación para la promulgación de las Políticas	Mediante la actualización de la Políticas para la administración y uso de las TICs	**100%**
	65. Uso inadecuado de los canales de comunicación	Implementación y actualización del Manual de Comunicaciones de la CMP	Establecimiento y Ajustes permanentes de las políticas para para la administración de las TIC a fin de regular el uso de los servicios de red. Capacitación en el uso de los medios de comunicación electrónicos.	Se conformó grupo de redes y se realiza comité de comunicaciones una vez al mes; las redes sociales se mantienen activas y actualizadas; sin embargo se presentan desactualizaciones en la página web. Los servicios de correo institucionales y otros canales de comunicación con la ciudadanía operan correctamente	**95%**
	67. Contenido inapropiado, incompleto o falso en la página web de la entidad.	Asignación de responsabilidades en lo relacionado con los contenidos de los informes a publicar en la página de Entidad.	Implementación de la estrategia Gobierno Digital ciudades y territorios inteligentes 767 de 2022. Revisión Continua de la Matriz ITA	Se presentan continuamente desactualizaciones en la página web,; falta de mantenimiento actualizado de los contenidos en la página web institucional	**95%**
SUBTOTAL SUBCONTRALORIA					**84%**

PLANEACIÓN	5. Que no se logre un avance efectivo de los objetivos estratégicos institucionales contemplados en el PEI y gestionados mediante los planes de acción de cada áreas.	Seguimiento por parte de la Dirección del Planeación y la Asesoría de Control Interno al avance y las evidencia de ejecución del plan de acción de cada una de las áreas misionales (POA)	Seguimiento trimestral del POA para rendición en plataforma SIREL AGR formato 34.	La Dirección de Planeación y Participación Ciudadana y la Oficina de Control Interno realizaron el seguimiento al avance por áreas del Plan de Acción de la CMP. Estos resultados se registraron en la cuenta trimestral presentada ante la Auditoría General de la República, en el formato 34 (POA), a través de la plataforma SIREL.	**100%**
	6. Que la entidad no sea certificada por parte de la AGR bajo la metodología de evaluación trimestral y certificación anual por parte de la AGR.	Cuadro de Mando Integral Estático - Conformado por 46 Fichas Técnicas de indicadores primarios y secundarios evaluados por la AGR	Diligenciamiento trimestral de la Fichas Técnicas de indicadores por parte de cada una de las áreas misionales y de apoyo de la entidad. Consolidación del informe ejecutivo del resultado de las Fichas Técnicas.	La totalidad de las áreas misionales remitieron oportunamente las Fichas Técnicas de Indicadores a la Dirección de Planeación y Participación Ciudadana del I y II Trimestre. Asimismo, la Dirección de Planeación y Participación Ciudadana consolidó el Informe de Resultados de las Fichas Técnicas correspondiente al I y II trimestre de 2026.	**100%**
	7. No utilización de las herramientas desarrolladas e implementadas por la función pública para el desarrollo y seguimiento a los proyectos y a las actividades estratégicas de la entidad.	Adaptación de las herramientas de Planeación de la Función Publica	Investigación (Benchmarking) por parte de la Dirección Operativa de Planeación de las herramientas de gestión estratégica de la función pública y el DNP.	La Dirección de Planeación y Participación Ciudadana adoptó y adaptó las herramientas metodológicas desarrolladas por la Función Pública y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Dichos instrumentos se emplean para la formulación, ejecución y seguimiento de los proyectos y las actividades estratégicas de la entidad: 1. Instrumentos de Planeación Estratégica y Operativa; Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026-2029: Adoptado mediante la Resolución 114 del 23 de marzo de 2026; Plan de Acción Institucional 2026: Estructurado y adoptado mediante la Resolución 046 del 23 de enero de 2026; Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Adoptado mediante la Resolución 045 del 23 de enero de 2026; Plan Estratégico de Talento Humano: Adoptado mediante la Resolución 052 del 27 de enero de 2026. 2. Políticas de Gestión, Control y Reporte Institucional; formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión (FURAG): Diligenciado con la información correspondiente a la vigencia 2025 para el cálculo del Índice de Desempeño Institucional; Sistema de Gestión del Empleo y el Talento Humano (SIGEP II): Implementado activamente para la validación de hojas de vida del personal y soporte de procesos conexos. -Modelo Estándar de Control Interno (MECI): Adoptado originalmente mediante la Resolución 063 del 27 de marzo de 2014;-Política de Riesgos Institucional: Adoptada inicialmente mediante la Resolución 337 del 26 de septiembre de 2022 y actualizada bajo la Resolución 045 de 2026; -Política de Integridad: Adoptada mediante la Resolución 061 del 21 de febrero de 2025.	**100%**

PARTICIPACIÓN CIUDADANA	38. Denuncias no contestadas de manera oportuna	Mesas de trabajo y análisis del equipo de la Dirección de Planeación y Participación Ciudadana.	Seguimiento Semanal del estado de las PQRs por parte del Director de la DOPPC.	La Oficina de Planeación y Participación Ciudadana, a través de su directora realiza control y seguimiento al estado de las PDQRS, como parte del control de los tiempos de respuesta en el aplicativo SIA-ATC, de igual manera se lleva a cabo seguimiento mensual de conformidad con los procesos y procedimientos establecidos para la recepción y tramite de las PDQR. Nota: Al cierre del II trimestre no se presentó ninguna extemporaneidad de acuerdo con el Formato F15 atención al ciudadano rendido en la plataforma Sirel de la AGR.	**100%**
	39. Falta de Oportunidad en la atención de y gestión de las PQRs	Fortalecer las acciones e instrumentos para el seguimiento a la gestión oportuna de PQRS Seguimiento aleatorio a peticiones, para verificar la trazabilidad del proceso (registro, direccionamiento y gestión).	Seguimiento mensual del estado de las PQRs por parte del Director de la DOPPC.	A la fecha las PQRs recepcionaron en la Entidad son registradas en el aplicativo SIA-ATC, para su trámite a cumplir dentro de los términos de Ley. El seguimiento a las PQRs se llevó a cabo por la Asesoría de Control Interno y se consolido el informe semestral, los cuales son rendidos en el aplicativo SIA MISIONAL	**100%**
	40. No dar trámite oportuno a la solicitudes de capacitación presentada por el ciudadano.	Procedimiento gestión de conocimiento en control social, estructurado para dar respuesta a capacitación en 48 horas.	Cronogramas para salidas a campo estructurados con anticipación para dar respuesta y ejecutar los procesos de capacitación y formación a la ciudadanía.	La Dirección de Planeación y Participación Ciudadana atiende todas las solicitudes de la comunidad de acuerdo con los procedimientos establecidos para tal fin, con la aprobación de la solicitud y comunicación oportuna al peticionario. De igual manera las actividades se programan con anticipación y se delega por parte de la Directora al funcionario o funcionarios que van a desarrollar la capacitación los cuales se encargan de evento quienes se encargan de la logística y ejecución de la misma. Los soportes de la ejecución de las actividades reposan en cada expediente de acuerdo con tabla de gestión Documental de la Dirección. Además se utiliza un tablero donde se programan y registran todas las actividades a desarrollar con la fecha, hora, lugar entre otros, como forma de control y seguimiento. Por último, una vez realizado el evento la Directora hace una reunión de seguimiento y balance de la capacitación con los funcionarios para generar acciones de mejora si fuere el caso para las próximas actividades a realizar, el acta de reunión reposa en el respectivo expediente.	**100%**
	42. No garantizar la publicación de la información de acceso a la ciudadanía en el cumplimiento de la ley 1712 de 2014.	Seguimiento por parte del área de sistemas y planeación de la información publicada en la página WEB de la entidad requerida en la ley 1712 de 2014.	Estructuración y seguimiento de la matriz ITA, con áreas responsables de la publicación y el seguimiento de la información pública.	Al cierre de la vigencia 2025, la Matriz ITA, se diligenció con un 98% de calificación de cumplimiento. Se revisan mensualmente las publicaciones de información de la CMP en la página WEB	**100%**

	43. Inefectiva gestión del Plan de Marketing Social de la Contraloria durante la vigencia.	Contratación vigencia a vigencia de profesional de comunicaciones para llevar a cabo el Plan de marketing Social de la entidad.	Inclusión del Plan de marketing Social de forma continua dentro del Plan Estratégico Institucional de la Entidad.	El Plan de Marketing Digital se constituyó como una herramienta en el desarrollo del objetivo institucional 2.3 "Fortalecer la divulgación del ejercicio del control fiscal mediante estrategias de comunicación institucional y transparencia activa", correspondiente al Objetivo Estratégico No 2 del Plan Estratégico 2026-2029 de la CMP "Consolidar la transparencia y la participación ciudadana como pilares del control social en la vigilancia de los recursos públicos. El Plan de Marketing Digital 2026-2029, se está ejecutando a través de las estrategias de comunicación Hoy Te Contamos, Viernes del Ciudadano, Contraloría por Dentro, Ojo Ambiental y Contraloria al Territorio, y la publicación en las redes sociales de la entidad Facebook, Instagram y YouTube, con sus respectivas visualizaciones.	**100%**
	44. Direccionamiento inadecuado de las peticiones ciudadanas.	Mesas de trabajo y análisis del equipo de la Dirección de Planeación y participación Ciudadana. Código de Integridad de la CMP.	Trabajo conjunto con el despacho del contralor para el manejo de este tipo de denuncias, mesa conjuntas con la Dirección Técnica de Auditorias	Las denuncias recepcionadas al cierre del I semestre, fueron tramitadas bajo los principios y valores del Código de Integridad de la entidad, dándosele un direccionamiento adecuado por parte de la Entidad mediante el uso de Mesas de Análisis de Contexto realizadas con la Dirección Técnica de Auditorias en los casos requeridos, teniendo en cuenta el artículo 69 de la Ley 1757 del 2015 (Denuncia Fiscal). Además se dio aplicabilidad al procedimiento de Recepción y Trámite de Denuncias, Quejas y Reclamos establecido. Mesas de contexto que se encuentran documentadas en la DOPPC. El código de integridad se encuentra debidamente formalizado y actualizado acorde a lo establecido por Ley.	**100%**
SUBTOTAL DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA					**100%**
DIRECCIÓN TÉCNICA DE AUDITORIAS	19. Incumplimiento de las fechas establecidas en el PVCFT para su ejecución	Seguimiento atraves de mesas de trabajo para controlar los tiempos establecidos en el PVCFT y verificar la concordancia entre el memorando de asignación y el cronograma de plan de trabajo con los tiempos establecidos. Se realiza trazabilidad a través de la Plataforma .Plataforma SIA Misional Formato 21 Sección 00.	Auditorías Internas periódicas, por parte de la Asesoría de Control Interno del Cumplimiento, avance y modificaciones del PVCFT. Medición Trimestral de los indicadores de cumplimiento y cobertura del PVCFT entregados por la AGR - PA1 - PA10.	El PVCFT 2026 Se proyectó y se aprobó mediante la resolución N°023 del 13 de enero de 2026. Al cierre del I semestre se encuentran documentados los informes de evaluación de los avances de ejecución del PVCFT I y II trimestre de 2026 por parte de la Asesoría de Control Interno. De igual manera las fichas técnicas han arrojado el cumplimiento de los indicadores de gestión del ejercicio auditor. Dentro del ejercicio auditor se van generando y formalizando las actas de reunión de mesas de trabajo , las cuales van permitiendo el cumplimiento de los tiempos establecidos en el PVCFT	**100%**

	20. Deficiencia en la aplicación de la metodología GAT adoptada por la entidad ,normas de SGC y demás normas	Procedimientos consolidados y documentados a la luz de la Nueva GAT (3.0) y (4.0) en el Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad.	Solicitar Re inducciones en cuanto al manejo y aplicación de la Guía de Auditoria GAT 4.0	Los procedimientos al cierre del I semestre se encuentran debidamente formalizados y documentados, los cuales se aplican en el ejercicio del control fiscal acorde a la normatividad vigente. Al ingreso de cualquier funcionario a la DTA se le da inducción y reinducción de las labores a desempeñar. Formato que se encuentra establecido por Talento Humano.	**100%**
	21. Discontinuidad de la ejecución del PVCFT, por la dilación de los tiempos establecidos en el memorando de Asignación.	La Dirección Técnica en forma permanente le requiere al personal a su cargo el status del proceso asignado atráves del memorando de asignación; en el que se establecen las fechas a seguir en la auditoría, así mismo en la planeación, se realizan cronogramas para cada etapa del ejercicio auditor como ordena el procedimiento, la Directora monitorea en forma permanente su cumplimiento.	Solicitar en forma permanente el cumplimiento de los tiempos establecidos para la elaboración de los memorandos de asignación	La oficina asesora de Control Interno ejecuta su plan de Auditorias, dando cumplimiento a las auditorías internas, verificado el avance y modificaciones del PVCFT 2026. La auditoría al proceso de la DTA se encuentran publicados en el link de Control Interno correspondiente al I y II trimestre de 2026, en los cuales se evidencia el avance del PVCFT I semestre de 2026 La directora de Auditorias ejerce control en el cumplimiento de los tiempos establecidos para dar cumplimiento al PVCFT 2026	**100%**
	23. Hallazgos que no cumplan con los criterios y que presenten errores estructuración, calculo, legal)	Para mitigar los riesgos de hallazgos que no cumplan con los criterios, se realizan mesas de trabajo que permitan estructurar efectivamente los hallazgos en todas sus tipologías.	Se realiza monitoreo por parte de la DTA a los informes de auditoría presentados por el equipo auditor para verificar si se están aplicando los lineamientos contenidos en la Nueva Metodología. GAT 3.0. y 4.0 Plan piloto	Revisión por parte de la Dirección Técnica de Auditorías de los informes preliminares y finales, para que en estos se estructure de manera correcta los hallazgos de acuerdo a la metodología utilizada.	**100%**
			Certificación de todo el equipo DTA de modo satisfactorio en la capacitación virtual en Certificación de Auditores. Hecho ocurrido entre mayo y octubre del año en curso, dictado en diferentes módulos.	El equipo auditor realizó en gran parte los cursos de capacitación virtual en la Certificación de Auditores.	**100%**
	24. Estructuración no ética y profesional o eliminación con intención de hallazgos para favorecer	Para mitigar los riesgos de hallazgos que no cumplan con los criterios, se realizan mesas de trabajo que permitan estructurar efectivamente los hallazgos en todas sus tipologías.	Se realiza monitoreo por parte de la DTA a los informes de auditoría presentados por el equipo auditor para verificar si se están aplicando los lineamientos contenidos en la Nueva Metodología .3.0. y 4.0 Plan piloto. Certificación de todo el equipo DTA de modo satisfactorio en la capacitación virtual en Certificación de Auditores. Hecho ocurrido entre mayo y octubre del año en curso, dictado en diferentes módulos.	Revisión por parte de la Dirección Técnica de Auditorías de los informes preliminares y finales, para que en estos se estructure de manera correcta los hallazgos de acuerdo a la metodología utilizada.	**100%**
	25. No presentar a tiempo los informes Macro fiscales de ley al Honorable concejo de Pereira como herramienta de control social y político.	Inclusión de estos informes dentro del PVCFT para su planeación y seguimiento.	Sincronización de los tiempos de las Auditorias Financieras y de Gestión realizadas a los sujetos en el sector central y descentralizado, para que estas sean insumos del Informe Macro fiscal del Estado y manejo de las Finanzas Públicas.	Ejecución del PVCFT de acuerdo a los tiempos establecidos para que los procesos auditores sean insumo fundamental para el informe Macro fiscal del Estado y manejo de las Finanzas Públicas.	**100%**
	27. Desconocimiento de la normatividad existente para la Rendición de la cuenta.(interno y externo); así como la Rendición de la Deuda Pública.	Proyecto de Auditoria incluido dentro del PVCFT, cuyo objetivo es la revisión de la rendición de la cuenta por parte de los sujetos vigilados. Manual de Rendición de La Cuenta para sujetos vigilados elaborado por la Dirección Técnica de Auditorias y la Dirección de Sistemas.	Reuniones periódicas con la Dirección de Sistemas para identificar y solucionar de manera estructural las restricciones	La DTA realiza proceso auditores para revisar la rendición de la cuenta de Forma a las entidades que no se les realizara AFGR durante la vigencia, de esta manera se evalúa a los sujetos de control para determinar un Plan de Mejoramiento y /os Procesos Sancionatorio. El Manual de Rendición de La Cuenta para sujetos vigilados, se encuentra formalizado y adoptado mediante acto administrativo y es aplicado por el equipo auditor.	**100%**

	29. Incumplimiento en la ejecución del PVCFT en lo relacionada con la ejecución de los Informes Macro fiscales Estado y Manejo de los Recursos Naturales y de Medio Ambiente y el Informe Macro fiscal de las Finanzas Publicas	Planear con anticipación la elaboración del PVCFT de la siguiente vigencia entre la DTA y la DOPPC con sus respectivas actualizaciones, y llevarlo a Comité Directivo para su aprobación.	Gestionar de manera adecuada las herramientas de planeación y ejecución del PVCFT. Matriz de proyectos Matriz de Auditores	La Dirección de Planeación y Participación Ciudadana y la DTA se reúnen y formalizan estas actas, con el fin de analizar la matriz de riesgos, la cual servirá de base para la construcción del PVCFT de cada vigencia, posteriormente se socializa en el Comité Directivo para conocimiento y fines pertinentes. Las mesas de trabajo en conjunto, permiten el planear de acuerdo a lo establecido en los procedimientos el PVCFT.	**100%**
SUBTOTAL DIRECCIÓN TÉCNICA DE AUDITORIAS					**100%**
RESPONSABILIDAD FISCAL	31. Pérdida y Deterioro de Expedientes	Instrumentos de archivo, gestión y conservación documental Oficio remisorio y libro radicador. Correcto manejo del archivo de gestión Conservación y disposición final de Expedientes.	Custodia especial de expedientes y archivos de alta trascendencia fiscal. Tratamiento diferente.	Durante el primer semestre de 2026, se ha mantenido la custodia de los expedientes de manera normal bajo archivo con llave, garantizando su integridad y conservación en el archivo de gestión. Adicionalmente, se ha actualizado el inventario documental de los procesos con una periodicidad mínima de cada 3 meses, lo que ha permitido llevar un control riguroso de la documentación y prevenir su deterioro o extravío	**100%**
	32. Vencimiento de términos procesales	Verificación de términos a través de la realización de Mesas de trabajo trimestral con profesionales a cargo del procesos	Diligenciamiento de las Fichas Técnicas de los Indicadores de Responsabilidad Fiscal.	Se ha realizado el diligenciamiento y seguimiento trimestral de las fichas técnicas de los indicadores de Responsabilidad Fiscal (ej. INDP1, INDP2) como herramienta de control. Se han llevado a cabo mesas de trabajo trimestrales para verificar el estado de los procesos, logrando identificar y mitigar de manera temprana el riesgo de vencimiento de términos en los expedientes activos.	**100%**
	33. Oportunidad en la Apertura del Proceso de Indagación Preliminar . Tiempo Promedio en días 20.	Lista de chequeo para corroborar que los traslados de hallazgos contengan los documentos probatorios suficientes que den lugar a la posible apertura de PRF. Comunicación permanente. Seguimiento a los indicadores de Indagación Preliminar establecidos por la AGR para la certificación de las contralorías territoriales. INDP1 -INDP2 Oportunidad en la Gestión de Indagaciones Preliminares.	Existe constante comunicación con el área de auditorías en pro de establecer hallazgos con peso suficiente para dar lugar a la apertura de procesos de responsabilidad fiscal. Levantamiento de Actas .	Se ha fortalecido la comunicación con la Dirección Técnica de Auditorías a través de comunicaciones internas con el fin de que se expliquen o se revisen temas concretos de los hallazgos fiscales o sancionatorios trasladados a la Dirección Técnica de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva.	**100%**
	34. Control inefectivo en la identificación de los procesos que se encuentran en riesgo de prescripción.	Estructuración y ejecución del Plan de Descongestión Fiscal. Trazabilidad vigencia 2017. Seguimiento Trimestral a los indicadores de prescripción establecido por la Metodología de Evaluación Trimestral y certificación anual de la AGR.	Asignación semanal de actividades de sustanciación. Establecimiento de tiempos rectores máximos de sustanciación. Elaboración Cuadro de Mando Integral de Control y Seguimiento a los procesos de responsabilidad fiscal. Generador de Alertas.	Se ha consolidado matriz de procesos “Cuadro de Mando Integral” que incluye una revisión para los procesos con riesgo de prescripción. Este tablero de control permite asignar actividades de sustanciación de manera priorizada. Durante el semestre, se logró la revisión y priorización de todos los procesos con riesgo inminente, reduciendo significativamente el número de casos en esta situación y asegurando el cumplimiento de los términos legales.	**100%**

	36. No garantizar el pago en el fallo con responsabilidad fiscal.	Todos los procesos vigentes cuentan como póliza de garantía con las diferentes compañías de seguros: Compañía de Seguros La Previsora S.A., Liberty Seguros, AIG Seguros y Seguros del Estado. Todos los procesos aperturados durante este periodo de tiempo cuentan con vinculación del tercero civilmente responsable.	Realización de Investigación de Bienes y Aplicación de medidas cautelares en todos los procesos de jurisdicción y cobro coactivo.	Se ha adelantado una investigación de bienes para todos los procesos activos. Como resultado, se han decretado medidas cautelares (embargos) de manera concomitante al mandamiento de pago o en etapas tempranas del proceso, garantizando la existencia de bienes para asegurar el pago de los fallos. Se ha verificado la vigencia de las pólizas de garantía vinculadas a los procesos.	**100%**
	37. Que se presente la declaración de insolvencia por parte de los Responsables Fiscales.	Se realiza investigación continua de bienes a todos los procesos de Jurisdicción Coactiva en todo lo que tiene que ver con actividad transaccional y bancaria (Cuentas de Ahorro- Cuentas corriente activas), para proceder con las respectivas medidas cautelares, así mismo se realiza indagación a los empleadores realizando estudios a las diferentes EPS, que dé como resultado o que sirvan de apoyo a la obtención de resultados de medidas de embargo de salarios de las personas implicadas en procesos con fallo por responsabilidad fiscal.	Elaboración formato de listas de chequeo, que sirvan de base para determinar el estado actual de los procesos de Responsabilidad Fiscal. Acción preventiva: Creación y manejo de cuadro en Excel que contenga los resultados de la búsqueda de bienes con respecto a las medidas cautelares decretadas.	La Matriz de los procesos de cobro coactivo se alimenta y revisa de manera trimestral. Por otro lado se está recopilando la información de la base de datos especializados que integre aquellos resultados de las búsquedas de bienes y el estado de las medidas cautelares decretadas para cada proceso.	**70%**
SUBTOTAL DIRECCIÓN DE RESPONSBILIDAD FISCAL Y JUIRISDICCIÓN COACTIVO					**95%**
OFICINA ASESORA JURIDICA	72. Pérdida o deterioro progresivo o definitivo de expedientes.	Manejo correcto de las Transferencias Trimestrales de documentos del archivo de gestión	Manejo de Inventarios cíclicos documentales	Se conservan los expedientes organizados y se cuenta con respaldo digital. Se llevó a cabo la transferencia documental acorde a lo establecido en el procedimiento.	**100%**
	73. Vencimiento de término procesales judiciales y administrativos	Llevar un cuadro de control de tiempos de los procesos administrativos que ingresan a la oficina de jurídica.	Realizar seguimiento en la página de la rama judicial semanalmente y dejar evidencia de la consulta y correo electrónico	Se realiza seguimiento a los términos y se atienden oportunamente las actuaciones.	**100%**
	74. Vencimiento de términos derechos de petición	Realizar seguimiento por medio de plataforma SIA ATC y correo electrónico institucional.	Trabajo conjunto de seguimiento formato de rendición AGR F15S1	Se controlan los plazos y se emiten las respuestas dentro de los términos establecidos.	**100%**
	No cumplimiento de la normativa asociada a cada uno de los procesos misionales, administrativos, y de apoyo	Revisión periódica del normograma asociado a cada una de las áreas misionales y de apoyo por parte de la oficina jurídica de la CMP	Mantener actualizado el normograma por cada una de las áreas misionales y de apoyo. Matriz de normas para socialización en comité directivo (Énfasis en nueva normatividad aplicable a cada proceso).	Se verifica el cumplimiento de la normativa aplicable y se cuenta con los soportes correspondientes.	**100%**
	75. Incumplimiento en la aplicación de la norma en los procesos de contratación	Seguir los lineamientos establecidos en el manual de Contratación.	Realizar una capacitación al personal de la entidad sobre actualización en materia de Contratación, sus decretos reglamentarios y normatividad vigente.	Se revisa el cumplimiento de los requisitos legales mediante listas de chequeo y soportes documentales.	**100%**
	77. Precontractual. Objeto contractual con justificación inadecuada, poco clara o no ajustada a la necesidad al área por parte del líder del proceso.	Seguimiento permanente por parte del Asesor Jurídico.	No autorizar contratación sin el diligenciamiento adecuado del formato exigido.	Se verifica que el objeto y su justificación correspondan a la necesidad del área solicitante.	**100%**

	79. Ausencia de Certificado de Disponibilidad Presupuestal	Solicita el CDP por el ordenador del gasto y no se expida por parte del profesional universitario	Seguimiento permanente por parte del Asesor Jurídico al Proceso de Contratación.	Se verifica que cada proceso cuente con el CDP y su respectivo soporte.	**100%**
	80. No publicar los contratos en la Plataforma SECOP II	Realización de la invitación pública cumpliendo con los tiempos en página WEB de la entidad, o en el SECOP II (en el momento que se requiera) de los contratos que se van a realizar.	Verificación Trimestral del índice de legalidad de la Contratación.	Se publican los contratos y sus documentos en SECOP II.	**100%**
	83. No cumplimiento en tres dígitos del índice de legalidad de la contratación - relación de información SECOP II - SIA OBSERVA3	Diligenciamiento de las fichas técnicas de la evaluación trimestral por parte de la AGR. PTCR1 - PTCR2 -PTCR3	Auditoria al proceso de contratación por parte de control interno, incluida en el Plan de Auditorías Internas.	Se verifica la correspondencia de la información registrada en SECOP II y SIA OBSERVA y se cuenta con los soportes de reporte.	**100%**
SUBTOTAL OFICINA ASESORA JURIDICA					**100%**
ASESORIA DE CONTROL INTERNO	85. No realización de las Auditorias a los Procesos Misionales.	Ejecución de Plan de Auditorias de la entidad	Cumplimiento de Indicadores de Control Interno.	Al cierre del I semestre, la Asesoría de Control Interno, ha ejecutado el PAI cabalidad y se ha rendido su avance durante el I y II trimestre de 2026. Los informes se encuentran debidamente publicado en la pagina Web de la Entidad.	**100%**
	86. Elaboración de informes no ajustados a la normatividad vigente.	Capacitación sobre normas legales de Control Interno	Cumplimiento de Indicadores de Control Interno.	Se asistió a las capacitaciones realizadas por el PIC en temas normativos y se cumplen a cabalidad los indicadores establecidos por la AGR para la certificación de la Contraloria.	**100%**
	87. No cumplimiento del PAI - Plan Interno de Auditorías	Fichas técnicas de Control Interno de la certificación anual de contralorías CI1 - CI2	Informe trimestral del Plan de Auditorias. Rendición Formato 33 de AGR.	En cada trimestre se rinde cabalidad en el formato 33. Se evalua el resultado de las fichas tecnicas de cada proceso y se rinde el consolidado de las fichas técnicas de manera semestral .	**100%**
SUBTOTAL ASESORIA DE CONTROL INTERNO					**100%**
PORCENTAJE TOTAL DE AVANCE DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL - I SEMESTRE 2026					**97%**

CONSOLIDADO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL
I SEMESTRE 2026

PROCESOS	% DE AVANCE
SUBCONTRALORIA	**84%**
DIRECCIÓN OPERATIVA DE PLANEACIÓN Y PARTICIPACION CIUDADANA	**100%**
DIRECCIÓN TÉCNICA DE AUDITORIAS	**100%**
DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y COBRO COACTIVO	**95%**
OFICINA ASESORA JURIDICA	**100%**
ASESORIA CONTROL INTERNO	**100%**
TOTAL	**97%**

III. CONCLUSIÓN GENERAL:

Como resultado del seguimiento realizado a los mapas de riesgos institucionales durante el primer semestre de 2026, se evidenció un avance global reportado del **97%** en la ejecución de las acciones preventivas y de control, lo que refleja un nivel de cumplimiento favorable en la gestión de los riesgos asociados a los procesos estratégicos, misionales, administrativos y de evaluación de la Contraloría Municipal de Pereira.

No obstante, el análisis individual de los procesos permitió identificar diferencias significativas en los niveles de ejecución, particularmente en la Subcontraloría, con un avance del 84 %, y en Responsabilidad Fiscal y Cobro Coactivo, con el 95%. Persisten acciones pendientes relacionadas con la conciliación de inventarios, la consolidación de la información contable y financiera, la implementación de herramientas de gestión documental, el cumplimiento de proyectos tecnológicos y la actualización de la información institucional, algunas de las cuales registran avances de apenas el 50%.

En consecuencia, si bien los resultados reflejan progresos en la implementación de los controles establecidos, el elevado porcentaje de avance global no supone, por sí mismo, la mitigación efectiva de la totalidad de los riesgos identificados. Por tanto, resulta necesario fortalecer el seguimiento a las acciones parcialmente ejecutadas y verificar la eficacia de los controles, con el fin de reducir la exposición institucional a eventos que puedan comprometer el cumplimiento de los objetivos y la adecuada gestión de los recursos públicos.

V. RECOMENDACIÓN GENERAL:

Se recomienda a la Alta Dirección y a los líderes de los procesos priorizar la culminación de las acciones preventivas que presentan menores niveles de ejecución, especialmente en la gestión financiera, administrativa, documental y tecnológica, mediante la definición de responsables, plazos verificables y recursos necesarios para superar las debilidades identificadas.

Asimismo, se deberá continuar con el fortalecimiento en el seguimiento periódico a los mapas de riesgos institucionales, garantizando la trazabilidad documental de las actividades desarrolladas y la evaluación de la eficacia de los controles

implementados. Este seguimiento deberá orientarse no solo al cumplimiento porcentual de las acciones programadas, sino a comprobar su contribución efectiva a la mitigación de los riesgos, prevenir su materialización y consolidar el mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno.

NOTA: Todos los datos registrados en el presente informe, fueron suministrados por los funcionarios responsables del proceso.

Atentamente,



MARTHA LUCIA GIL GARCÍA
Asesora de Control Interno