República de Colombia INSOR Instituto Nacional para Sordos	**PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL**	CÓDIGO: FOEC08
		VERSIÓN: 3
	INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	FECHA:15/03/2024

NOMBRE DEL INFORME	**Medición y Mejora – Evaluación Plan de Mejoramiento por Procesos II Trimestre 2026**	**FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME**		
		Día	**Mes**	**Año**
		3	Septiembre	2026
RESPONSABLE PROCESO AL QUE SE REALIZA EL SEGUIMIENTO	**Gestión de las TIC, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Contratación, Gestión Talento Humano, Gestión Financiera, Direccionamiento Estratégico, Gestión Documental.**			
PERIODO DEL SEGUIMIENTO	**FECHA INICIAL: 1 de abril de 2026**			
	FECHA FINAL: 30 de junio de 2026			
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO	Realizar evaluación en términos de eficacia y eficiencia a las acciones de mejoramiento establecidas en el plan de mejoramiento institucional, con la finalidad de establecer el avance, cierre y resultados.			

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

La dependencia de Control Interno llevó a cabo el desarrollo del informe de seguimiento al plan de mejoramiento por procesos del Instituto, lo anterior, tomando como base el reporte trimestral de actividades, cargue de evidencias en la herramienta de monitoreo y seguimiento de la segunda línea de defensa con corte a 30 de junio de 2026, de conformidad con la actualización del plan de mejoramiento para la vigencia, Versión 2 del 26 de junio de 2026.

Así las cosas, la dependencia de Control Interno, recibió el 25 de agosto de 2026, a través de correo electrónico, la matriz diligenciada con sus respectivos reportes en relación con el plan de mejoramiento por cada proceso en lo que correspondiente al segundo trimestre de 2026, para el desarrollo del seguimiento y evaluación del período.

En el siguiente cuadro se expone, el estado actual del plan de mejoramiento por procesos, así:

PROCESO	AÑO DE AUDITORÍA	HALLAZGOS/ NO CONFORMIDAD/ OPORTUNIDADES DE MEJORA	CUMPLIDOS EN EL PERIODO	CERRADOS EN EL PERIODO	ABIERTOS
Gestión de TICS	Auditoría TIC 2022	6	0	0	6
Bienes y Servicios	Auditoría Accesibilidad Medio Físico NTC 6047 de 2013	3	0	0	3
	Informe de Seguimiento: Comité de Inventarios y Bajas (Unificación de 2024-BS-03 y 2024-GF-02)	1	1	0	1
Gestión de Talento Humano	Auditoría SG-SST 2025	11	0	2	9
	Auditoría Talento Humano 2025	5	5	1	4
	Auditoría Política de Integridad	2	0	0	2
Direccionamiento Estratégico	Informe de Seguimiento Indicadores de Gestión II Trim 2025	2	0	0	2
Gestión Financiera	Auditoría Interna Financiera 2024	1	1	0	1
	Auditoría Externa Financiera 2024 –CGR-	2	0	2	0
	Auditoría Externa Financiera 2025 –CGR-	8	2	2	6
Relacionamiento con el Ciudadano	Auditoría Lenguaje Claro 2026	8	0	0	8
Total		49	9	7	42

La oficina de control interno observó que en el segundo trimestre de 2026 se formularon ocho (08) nuevos registros para el proceso de relacionamiento con el ciudadano -2 hallazgos y 6 oportunidades de mejora fruto de la auditoría a lenguaje claro-, por tanto, el presente seguimiento se desarrolla en atención a las 41 acciones que continuaron abiertas dentro del informe de seguimiento del primer trimestre de 2026 y las nuevas acciones formuladas dentro del proceso de relacionamiento con el ciudadano. Los nuevos hallazgos se distribuyen dentro

del proceso responsable, de acuerdo a la definición realizada en la matriz del plan de mejoramiento –Versión 2- de 2026.

Ahora bien, en el presente informe de seguimiento se cierran siete (07) hallazgos como se refleja a continuación:

Talento Humano: Se cierra el hallazgo **2025-TH-01** relacionado con los soportes para el trámite de los pagos de los contratos relacionados con el plan de bienestar, en atención a que se cumplió con la actualización documental para la mejora y se verificó la eficacia y eficiencia de las acciones.

Seguridad y Salud en el Trabajo: Se cierra hallazgo identificado con código **2025-SST-08** en atención a que las acciones formuladas se encuentran ejecutadas y la evidencia demuestra la implementación y aplicación del mecanismo de caracterización sociodemográfica, atendiendo la causa que originó el hallazgo.

Se cierra hallazgo con código **2025-SST-11** en razón a que las evidencias permiten constatar la incorporación de preguntas orientadas a verificar conocimientos y resultados individuales en varias de las capacitaciones.

Financiera: Control Interno procede al cierre del hallazgo **2024-CGR-01** en atención a que las acciones de mejora implementadas mitigaron el riesgo en la presentación de los estados financieros con errores o inexactitudes.

Se cierra el hallazgo identificado con código **2024-CGR-02** porque se solicitó concepto a la Contaduría General de la Nación, se desarrollan mesas de trabajo entre presupuesto, contabilidad, y tesorería, y verificaron los valores registrados en SIIF Nación y se confrontaron con los valores registrados en la formulación de variaciones significativas, previo a su cargo en el aplicativo CHIP de la CGN.

Procede el cierre del hallazgo **2025-CGR-06** en razón a que adelantaron las acciones relacionadas con la reclasificación de la sede del Insor.

Procede el cierre del hallazgo **2025-CGR-08** en razón a que adelantaron las acciones relacionadas con la reclasificación del impuesto del vehículo a tasas.

Por tanto, para el presente trimestre quedan abiertos cuarenta y dos (42) hallazgos y oportunidades de mejora.

1. GESTIÓN DE TIC:

El proceso cuenta con 6 hallazgos abiertos, los cuales serán evaluados por un profesional experto en la materia en las próximas vigencias. Por tanto, Control Interno mantiene las observaciones presentadas en el anterior seguimiento.

Control Interno ha reiterado la necesidad de contratar a un profesional experto para el desarrollo de las actividades de seguimiento dentro del desarrollo del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité de Gestión y Desempeño de la presente vigencia.

2. GESTIÓN BIENES Y SERVICIOS

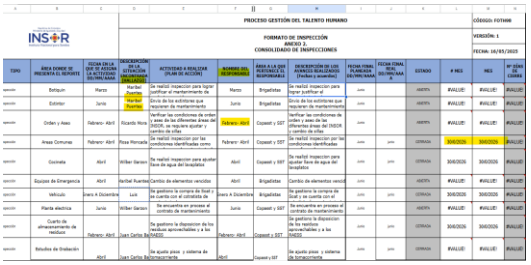
Se mantienen abiertos tres (03) hallazgos correspondientes a la auditoria de cumplimiento a la norma NTC 6047 sobre accesibilidad a cargo del proceso de bienes y servicios los cuales serán evaluados por un profesional experto en la materia NTC 6047 de 2013 en las próximas vigencias. Por tanto, Control Interno mantiene las observaciones presentadas en el anterior seguimiento.

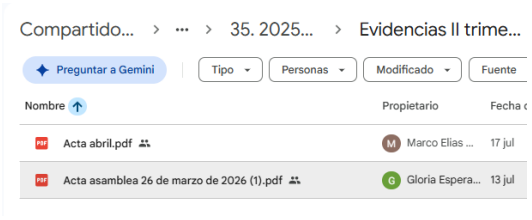
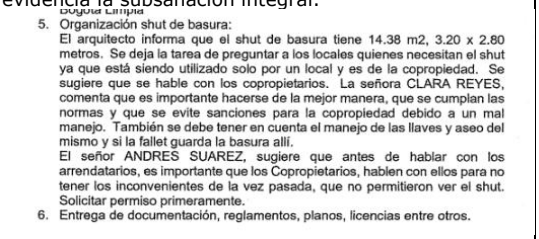
Por otra parte, el proceso cuenta con un (01) hallazgo abierto en relación al código 2026-BS-01. El total de hallazgos para el proceso corresponde a cuatro (04).

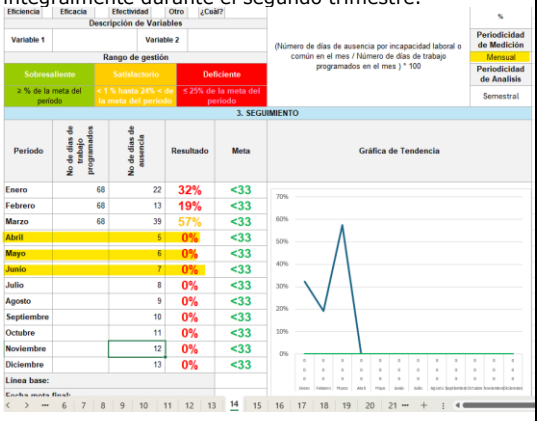
ID	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN (Corta)	ESTADO	OBSERVACIÓN
45	2026-BS-01	Acto administrativo del Comité de Inventarios y Bajas	Acciones Cumplidas	La oficina de control interno evidenció el cumplimiento de las acciones, ya que por medio de la Resolución No. 072 del 08 de julio de 2026, "Por medio de la cual se reglamenta el funcionamiento del Comité Evaluador de Inventarios y Baja de Bienes del Instituto Nacional para Sordos - INSOR y se adopta el Manual de Administración de Bienes". De acuerdo con el desarrollo de la acción de mejora establecida se evidenció el cumplimiento de las acciones, se recomienda aportar los soportes del cumplimiento de la Resolución 072 de 2026, para determinar la efectividad de los controles.

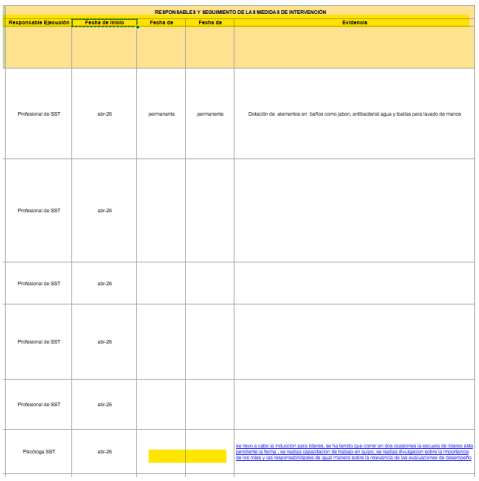
3. GESTIÓN TALENTO HUMANO

El Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentra inmerso en el Plan de Mejoramiento del proceso de Gestión Talento Humano, así:

ID	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN (Corta)	ESTADO	OBSERVACIÓN
33	2025-SST-01	Falta de control, organización y estandarización en la documentación del sistema de gestión	Abierto	Si bien se acreditan actividades asociadas a las acciones 1, 2 y 3, no se evidencia el cumplimiento integral de la acción 4, particularmente respecto de la consolidación de las listas de chequeo correspondientes a la vigencia 2025. El consolidado presenta errores en los campos de situación encontrada, nombre del responsable y fechas.  Adicionalmente, las necesidades de actualización documental identificadas en la mesa de trabajo no cuentan con evidencia posterior que permita verificar su materialización. Teniendo en cuenta que el hallazgo se originó en debilidades relacionadas con el control, organización, identificación, trazabilidad y formalización de los registros del SG-SST, la evidencia disponible no resulta suficiente para demostrar la subsanación integral de la condición identificada.
34	2025-SST-02	Rendición de cuentas sobre Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo –COPASST-	Abierto	Aunque la acción formulada se considera ejecutada (radicado 20262200000411), los conceptos obtenidos constituyen insumos para definir el mecanismo de rendición de cuentas y no acreditan por sí mismos la subsanación de la condición que originó el hallazgo. El concepto del Ministerio establece que el empleador debe disponer de un mecanismo documentado que defina responsables, periodicidad, metodología y registros, realizar la rendición de cuentas como mínimo una vez al año y dejar evidencia de su ejecución; a su vez, el concepto de la ARL recomienda implementar un procedimiento documentado y conservar los correspondientes registros. Dentro de las evidencias aportadas no se acredita la implementación de dicho mecanismo, la realización efectiva de la rendición de cuentas ni la corrección del aspecto identificado respecto de la documentación del Comité de Convivencia Laboral. Se verificará la apropiación e implementación de lineamientos generados a través del concepto. Control Interno observó que el análisis de la causa del hallazgo inicial falló, por tanto, recomienda aplicar metodologías robustas para atacar la causa raíz del problema.

	35	2025-SST-03	Almacenamiento de residuos peligrosos y contrato para la gestión RESPEL	Abierto	Se evidencian gestiones del INSOR ante la copropiedad relacionadas con el uso y organización del shut de basuras, tratadas en las Actas No. 001 del 26 de marzo y No. 002 del 21 de abril de 2026 (Consejo de administración). En los soportes incorporados como evidencia no se identifica de manera expresa la solicitud específica de asignación de un espacio para el INSOR, ni se aportó la comunicación formal indicada en el Plan de Mejoramiento como evidencia.  Asimismo, no se acredita la asignación efectiva del espacio, el almacenamiento seguro de los residuos peligrosos ni acciones frente a la inexistencia de contrato vigente para la gestión de RESPEL. No se evidencia la subsanación integral. 
	37	2025-SST-05	Incumplimiento de la matriz de roles interna en relación a la Secretaria General	Abierto	1. Se verificó el Plan de Trabajo Anual del SG-SST 2026, suscrito por el Director General, la Secretaria General y la responsable de SST, acreditándose la formalización y aprobación prevista. Acción cumplida. 2. Se evidencia la realización de una jornada de inducción cuyo contenido incluye roles y responsabilidades de los líderes frente al SG-SST; no obstante, la evidencia aportada corresponde a la presentación y a siete registros de evaluación, sin que se haya incorporado el listado de asistencia definido en el Plan de Mejoramiento, por lo cual no es posible establecer el total de participantes ni verificar la cobertura reportada. 

					Las actividades posteriores de divulgación constituyen acciones de refuerzo, pero no subsanan esta limitación probatoria. En consecuencia, aunque la acción 1 se encuentra cumplida y existe evidencia de ejecución de la capacitación, no se acredita de manera suficiente el cumplimiento estricto de la acción 2 en los términos previstos en el Plan de Mejoramiento.
	38	2025-SST-06	Incumplimiento mensual en relación con los indicadores de frecuencia, severidad y ausentismo	Abierto	Acción 1. Cambiar la frecuencia de medición de los indicadores de frecuencia, severidad y ausentismo. Se verificó en las hojas de vida de los indicadores que la periodicidad de medición fue definida como mensual. Para los indicadores No. 9 – Severidad y No. 10 – Frecuencia, la herramienta registra seguimiento mensual de enero a junio de 2026, incluyendo los resultados y análisis correspondientes, por lo que frente a estos dos indicadores se acredita la implementación del ajuste previsto. La acción formulada buscaba precisamente corregir la medición trimestral identificada en el hallazgo. No obstante, para el indicador No. 14 – Ausentismo, aunque la hoja de vida establece periodicidad mensual, en los registros de abril, mayo y junio se reportan 5, 6 y 7 días de ausencia, respectivamente, sin diligenciar el número de días de trabajo programados, obteniéndose como resultado cero; adicionalmente, no se observa el análisis de estos meses. En consecuencia, la evidencia no permite acreditar que la medición mensual del indicador de ausentismo se haya efectuado integralmente durante el segundo trimestre.  Eficiencia Eficacia Efectividad Otro ¿Cuál? Descripción de Variables Variable 1 Variable 2 Rango de gestión Sobresaliente Satisfactorio Deficiente ≥ % de la meta del período < 1 % hasta 24% < de la meta del período ≤ 25% de la meta del período (Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100 Periodicidad de Medición Mensual Periodicidad de Analisis Semestral 3. SEGUIMIENTO Periodo / No. de días de trabajo programados / No. de días de ausencia / Resultado / Meta / Gráfica de Tendencia Enero 68 22 32% <33 Febrero 68 13 19% <33 Marzo 68 39 57% <33 Abril 5 0% <33 Mayo 6 0% <33 Junio 7 0% <33 Julio 8 0% <33 Agosto 9 0% <33 Septiembre 10 0% <33 Octubre 11 0% <33 Noviembre 12 0% <33 Diciembre 13 0% <33 Linea base: 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0% En conclusión, se evidencia el ajuste e implementación de la periodicidad mensual para los indicadores de frecuencia y severidad; sin embargo, no se acredita el cumplimiento integral de la acción respecto del indicador de ausentismo. Por lo anterior, no procede el cierre del Hallazgo 2025-SST-06, el cual permanece ABIERTO, hasta que se evidencie la medición mensual completa y consistente de los tres indicadores.
	39	2025-SST-07	Riesgos no identificados pen FOTH52 ara mantenimiento, recolección y almacenamiento de residuos shut de basuras	Abierto	1. Se verificó la actualización de la Matriz IPEVR FOTH100, en la cual fueron incorporados los peligros asociados a las actividades de mantenimiento y a la recolección y almacenamiento de residuos en el área de shut, con su respectiva valoración, controles y responsables. Acción cumplida. Tras el seguimiento efectuado al plan operativo se generaron

					recomendaciones relacionadas con el seguimiento de las medidas de intervención.  RESPONSABLES Y SEGUIMIENTO DE LA S MEDIDA S DE INTERVENCION Responsable Ejecución / Fecha de Inicio / Fecha de / Fecha de / Evidencia Profesional de SST — abr-26 — permanente — permanente — Dotación de elementos en baños como jabon, antibacterial agua y toallas para lavado de manos Profesional de SST — abr-26 Profesional de SST — abr-26 Profesional de SST — abr-26 Profesional de SST — abr-26 Psicologa SST — abr-26 — se llevo a cabo la inducion para febrero, se ha tenido que correr en dos ocasiones la encuesta de febrero esta pendiente la fecha , se realiza capacitacion de trabajo en casa, se realiza divulgacion sobre la importancia de los roles y las responsabilidades de igual manera sobre la relevancia de los estacionamientos de motocicleta 2. Se evidenció la revisión de la matriz mediante comunicaciones remitidas a diferentes procesos y responsables; no obstante, no se aportó el acta de la mesa de trabajo prevista como evidencia de la acción y no se observa trazabilidad suficiente del tratamiento y cierre de la totalidad de las observaciones formuladas durante la revisión.
40	2025-SST-08	Falta de caracterización sociodemográfica posterior a inducciones	Cerrada	1. Se verificó correo del 5 de enero de 2026 mediante el cual se estableció como requisito obligatorio el diligenciamiento de la caracterización previo al trámite de afiliación a la ARL, incorporando el enlace al formulario y comunicando esta condición a los responsables de contratación. 2. Se verificó la existencia y aplicación de los formularios de caracterización sociodemográfica para funcionarios y contratistas, evidenciándose registros correspondientes a la vigencia 2026. No obstante, la evidencia aportada no permite validar la afirmación de cobertura total, al no contar con el universo oficial de funcionarios y contratistas para efectuar la respectiva conciliación. ones formuladas se encuentran ejecutadas y la evidencia demuestra la implementación y aplicación del mecanismo de caracterización sociodemográfica, atendiendo la causa que originó el hallazgo. En consecuencia, se considera procedente el cierre del Hallazgo. Se recomienda mantener como control la conciliación periódica de los registros de caracterización frente al universo vigente de funcionarios y contratistas, con el fin de garantizar su cobertura y actualización.
41	2025-SST-09	Falta de actualización a procedimiento de gestión del cambio-cambios normativos infraestructura y mantenimiento-.	Abierto	1. Se verificó la realización de la sesión de apropiación de gestión del cambio del 30 de junio de 2026, en la cual se socializaron los criterios para la aplicación del procedimiento y se desarrolló un ejercicio práctico de diligenciamiento. Acción cumplida. 2. Se aportó formato FODE16 asociado a la actualización del procedimiento de evaluaciones

				médicas ocupacionales; sin embargo, los soportes de la sesión lo identifican como un ejercicio práctico y formato modelo, y la acción derivada de este documento tenía fecha de cumplimiento posterior al corte. Adicionalmente, no se aporta trazabilidad que permita verificar la aplicación del formato frente a la totalidad de cambios presentados durante el periodo. Aunque se acredita el cumplimiento de la acción de apropiación, no se evidencia suficientemente la aplicación efectiva y sistemática del procedimiento de gestión del cambio, ni la culminación de su actualización. En consecuencia, no procede el cierre del Hallazgo.
42	2025-SST-10	Falta de archivo y respaldo centralizado de la documentación del SGSST	Abierta	Se verificó la realización de mesa de trabajo con Gestión Documental y SST, formalizada mediante Acta No. 1 del 16 de junio de 2026, en la cual se revisaron los criterios normativos aplicables a la conservación y custodia de la documentación del SG-SST, concluyéndose que esta puede conservarse en soporte físico y definiéndose responsables de su custodia. La acción formulada se considera cumplida. Al momento de este seguimiento no se puede evidenciar la implementación efectiva de mecanismos que aseguren la organización, conservación, respaldo y trazabilidad de la documentación. Se sugiere realizar el respectivo seguimiento y una vez evaluada la efectividad se procederá a llevar a cabo el cierre.
43	2025-SST-11	Ausencia de medición de los procesos de capacitación	Cerrada	Se verificó la consolidación de las memorias de las capacitaciones desarrolladas durante el primer semestre de 2026 y la aplicación de instrumentos de evaluación en trece jornadas del primer trimestre, con 331 registros de respuesta. Las evidencias permiten constatar la incorporación de preguntas orientadas a verificar conocimientos y resultados individuales en varias de las capacitaciones. Acción cumplida.
44	2025-SST-12	Debilidad en el seguimiento de obligaciones contractuales por parte del responsable del sistema y supervisor en relación al trabajo en espacios confinados	Abierta	La evidencia documental permite acreditar que fueron incorporados en la ficha técnica los requisitos, no obstante, se sugiere para dar trámite al cierre evaluar cumplimiento de las obligaciones a nivel técnico (mantenimiento) y contractual. Control Interno observó que el análisis de la causa del hallazgo inicial fue deficiente y, por lo tanto, recomienda aplicar metodologías más robustas para tratar de llegar a la raíz del problema
16	2025-TH-01	Inconsistencias en la información registrada en los formatos de cumplimiento – Inobservancia en la validación de soportes para el trámite de pago	Cerrada	1. De acuerdo con lo evidenciado por Control Interno se estableció el Procedimiento de Gestión de Pagos V1. 2. Se actualizó la actualización del instructivo para el diligenciamiento y presentación del formato certificado de cumplimiento ITGF01. V4. 3. El proceso de talento humano actualizó el mapa de riesgos de Talento Humano, el cual ya se encuentra vigente para el periodo 2026. De acuerdo con las observaciones anteriormente relacionadas, se evidencia la eficacia y efectividad de las acciones de mejoramiento.
17	2025-TH-02	OM. Inobservancia de los lineamientos de operación sobre	Abierta	1. La Oficina de Control Interno evidenció que se encuentra formalizado en el sistema de gestión de

		entrega del cargo y desvinculación de personal		calidad el procedimiento de Vinculación de personal CÓDIGO: PRTH21 V1. 2. Se evidenció que el proceso de desvinculación se encuentra estructurado en documento borrador. De acuerdo con los nuevos procedimientos estructurados por el grupo interno de trabajo de Talento Humano, se recomienda que, una vez formalizado el procedimiento de desvinculación de personal se deshabilite el PROCEDIMIENTO VINCULACIÓN Y DESVINCULACIÓN PRTH02.
18	2025-TH-03	OM. Falta procedimiento y lineamientos asociados al proceso disciplinario del Instituto	Acciones Cumplidas	Control interno evidenció el Procedimiento disciplinario de primera instancia– etapa de instrucción PRTH20. el cual se encuentra publicado en el sistema de gestión de calidad del Instituto, así mismo se evidencian los formatos que complementan al procedimiento: 1. Auto inhibitorio 2. Auto que ordena abrir indagación previa 3. Auto que ordena abrir investigación disciplinaria 4. Auto califica mérito indagación previa-archivo 5. Auto califica mérito investigación-archivo 6. Auto de cierre y traslado alegatos precalificatorios 7. Auto que formula pliego de cargos 8. Auto que concede expedición de copias Foth102 formato matriz de control de procesos disciplinarios De acuerdo con lo anterior, se evidencia la eficacia de las acciones, por lo cual se cumplen las acciones y para el próximo periodo se recomienda, cargar los soportes del cumplimiento del procedimiento, con los soportes utilizados en el desarrollo de las diferentes actividades.
19	2025-TH-04	OM. Falta actualización del mapa de riesgos relacionado con temas disciplinarios que genere controles y prevención	Acciones Cumplidas	1. Control interno evidenció el Procedimiento disciplinario de primera instancia– etapa de instrucción PRTH20. el cual se encuentra publicado en el sistema de gestión de calidad del Instituto. 2. Se evidenció que, en el mes de marzo, se actualizó el mapa de riesgos de Talento Humano, en el cual, se identificaron y evaluaron los riesgos del área, estableciendo los controles pertinentes para su mitigación, actividad que contó con el asesoramiento de la Oficina Asesora de Planeación. 3. Se evidenció la acción preventiva mediante el informativo "Entérate" enviado por correo electrónico el día 16-06-2026. De acuerdo con el reporte de la primera línea de defensa y las evidencias presentadas, control interno evidenció que se cumplen las acciones al 100%, por lo tanto, para el próximo periodo se recomienda, se recomienda reportar las evidencias del cumplimiento del Procedimiento disciplinario de primera instancia– etapa de instrucción PRTH20 y la continuidad de la generación de contenido que evidencie los parámetros de acción preventiva

20	2025-TH-05	OM. Falta documentación relacionada con el trámite de expedición de certificados laborales y CETIL	Acciones Cumplidas	1. Control interno evidenció en el primer trimestre que el Manual de situaciones Administrativas se generó y publicó desde el mes de diciembre de 2025. 2. Se evidenció que, en el Manual de situaciones administrativas se relaciona el formato FOTH69 en el numeral 6.1 SOLICITUD CERTIFICACIONES LABORALES. 3. Se evidenció que, en el mes de marzo, se actualizó el mapa de riesgos de Talento Humano, en el cual, se identificaron y evaluaron los riesgos del área, estableciendo los controles pertinentes para su mitigación, actividad que contó con el asesoramiento de la Oficina Asesora de Planeación. De acuerdo con las acciones realizadas, control interno evidenció el cumplimiento de las acciones, por lo que se recomienda para el próximo periodo reportar las evidencias del cumplimiento del Manual de Situaciones Administrativas y del respectivo formato de solicitud de certificaciones laborales.
21	2025-TH-06	Falta incluir política de integridad a los documentos del proceso de contratación	Abierta	1. De acuerdo con el reporte del I trimestre, se evidenció que el Manual de Contratación fue actualizado en la versión 6, con las disposiciones de la política de integridad del Servicio Público Colombiano. 2. Se evidenció el borrador de resolución de modificación del manual de funciones. 3. Se evidenció el documento borrador de la actualización de la Guía de Conflicto de Interés.
22	2025-TH-07	Falta de identificación de riesgos sobre conflictos de interés	Abierta	1. Control interno evidenció que se diligenció la matriz AUTODIAGNÓSTICO PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES. 2. Se evidenció el documento en borrador de la modificación de la guía conflictos de interés y correo electrónico del 09-09-2025, con las conclusiones sesión virtual - Conflicto de intereses

4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El proceso de direccionamiento estratégico actualmente cuenta con dos (02) hallazgos. Por tanto, se presentan las siguientes observaciones frente al tema:

ID	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN (Corta)	ESTADO	OBSERVACIÓN
23	2025-DE-01	Ejecución con comportamiento deficiente de conformidad con lo establecido en el plan anual de adquisiciones	En ejecución hasta 30/11/2026	Control Interno evidenció cumplimiento de las acciones de mejoramiento propuestas en el plan de mejoramiento -alertas-. No obstante, se nota que estas acciones no abordan la causa raíz del problema, ya que el seguimiento al indicador durante el segundo trimestre de 2026 mostró una ejecución del PAA del 95%. Este resultado se encuentra por debajo del 96% establecido, y, por consiguiente, por sexto periodo consecutivo, no se alcanza la meta propuesta por el proceso.

24	2025-DE-02	Rezago en la liquidación de contratos	En ejecución hasta 30/11/2026	Control Interno observó que el proceso de gestión contractual evidenció la acción de mejoramiento mediante correos electrónicos que dan cuenta de los compromisos adquiridos con los procesos durante las reuniones de seguimiento realizadas. Control Interno identificó que dentro del seguimiento se reportan avances sobre las liquidaciones contractuales. La acción de mejoramiento se encuentra formula hasta el mes de noviembre de 2026.

4. GESTIÓN FINANCIERA

Control Interno observó que el proceso cuenta con una (01) oportunidad de mejora producto de la auditoría financiera interna 2024, dos (02) hallazgos de la auditoría financiera externa 2024 de la Contraloría General de la República y ocho (08) hallazgos de la auditoría financiera externa 2025 de la Contraloría General de la República. El proceso financiero en total reporta diez (10) hallazgos y una (1) oportunidad de mejora.

ID	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN (Corta)	ESTADO	OBSERVACIÓN
11	2024-GF-05	Procedimiento de cobro y baja en cuentas por cobrar	Acciones Cumplidas	1. La oficina de control interno evidenció los correos electrónicos de memoria de las mesas de trabajo donde se trató el tema Sesión virtual - Riesgo recuperación de cartera del 15 de mayo de 2025 y la memoria Riesgo de cobro persuasivo y cobro coactivo del 30 de mayo de 2025. 2. Control interno evidenció los correos de apoyo a la gestión de cobro coactivo y los resultados obtenidos de la gestión desarrollada por la Oficina Asesora Jurídica 3, Se evidenció el Manual de Políticas contables, el cual establece los lineamientos para realizar la gestión de cobro de cartera, deterioro y baja en cuentas De acuerdo con lo anterior se cumplen las acciones, por lo tanto, para el próximo periodo se recomienda presentar un informe de la gestión desarrollada hasta el momento frente a la recuperación de los recursos, cartera deteriorada y/o cartera castigada, con el fin de evidenciar la efectividad de los controles establecidos en el proceso.
12	2024-CGR-01	Notas a los estados contables	Cerrada	1. Control interno evidenció que el proceso de gestión financiera implementó la revisión física y digital de los estados financieros y de sus notas, adicionalmente control interno revisó los estados financieros del I y del II trimestre, donde evidenció la exactitud de los estados financieros y la eficiencia de los controles, por tal motivo se cierra el hallazgo. 2. Se evidencia acta No. 07 del 20-05-2026, en el cual se reunió el profesional del área tesorería, contabilidad y presupuesto y en el cual se realizó la revisión de los estados financieros del I trimestre Teniendo en cuenta, que el proceso realizó las acciones pertinentes para mitigar el riesgo de presentar los estados financieros con errores o inexactitudes. Control interno evidenció el cumplimiento de las acciones y su efectividad, se cierra el hallazgo.
13	2024-CGR-02	Cuenta de gastos generales	Cerrada	1. La oficina de control interno evidenció la consulta realizada a la mesa de ayuda de SIIF Nación el pasado 14-03-2025 mediante incidente

				10797 y obtuvo respuesta por parte de la Contaduría General de la Nación, lo que indica el cumplimiento de la acción al 100%. 2, La Oficina de control interno evidenció que desde el primer trimestre de 2025 se realizan las actas mensuales de las mesas de trabajo sostenidas entre Contabilidad, presupuesto y tesorería. 3. La oficina de control interno evidenció el acta 007 del proceso de gestión financiera, en el que se constató que verificaron los valores registrados en SIIF Nación y se confrontaron con los valores registrados en la formulación de variaciones significativas, previo a su cargo en el aplicativo CHIP de la CGN. Se evidencia el cumplimiento en la acción del plan de mejoramiento, reflejando la eficacia y efectividad del control, por tal motivo se cierra el hallazgo
25	2025-CGR-02	Seguros	Acciones Cumplidas	La Oficina de Control Interno evidenció el Manual de Políticas Contables MNGF04, versión 1, del 22-12-2025 donde se establecen los lineamientos para la amortización de pólizas de seguros. 2. Se evidenció el memorando de Información inmediata al GIT Financiero – Recepción de bienes intangibles (Pólizas y Licencias), el cual se dirige al Coordinador de Bienes y Servicios. 3. El Instructivo para el Diligenciamiento y Presentación del Formato Certificado de Cumplimiento (ITGF01). fue actualizado y publicado en el mes de octubre de 2025. 4. Control interno evidenció el acta de la Mesa de Trabajo No. 006, del día 29 de abril de 2026, durante la sesión se socializó el proceso de adquisición de pólizas y se definió el tratamiento contable aplicable, de conformidad con las políticas contables adoptadas por la Entidad. De acuerdo con el reporte y las evidencias presentadas por la primera línea de defensa, se evidencia el cumplimiento de las acciones en el próximo periodo, para revisar la efectividad de los controles se recomienda al proceso reportar la evidencia de la implementación de las políticas contables en materia de seguros, de acuerdo con los seguros adquiridos en la vigencia actual.
26	2025-CGR-03	Registro de sentencias	Acciones Cumplidas	1. La oficina de control interno evidenció la conciliación de procesos jurídicos del II semestre de 2025, y el correo de conciliación del mes de junio de 2026, en el cual se reportaron los procesos judiciales cargados en EKOGUI. 2. Se evidenció que se realizó la reclasificación del pasivo 246002 – Sentencias, a la cuenta 270105 para su reflejo en los movimientos contables, mediante comprobante de contabilidad #145890702 del 2025-12-31. 3. Control interno evidenció que el Procedimiento Gestión Contable PRGF03 fue actualizado y publicado el 17 de junio de 2026, el cual incorporó los ajustes relacionados con las actividades de ejecución contable, para fortalecer los controles del proceso, armonizar el procedimiento con la normatividad vigente y mejorar la gestión de las actividades desarrolladas.

				De acuerdo con el reporte de las acciones y las evidencias presentadas, se evidenció el cumplimiento de las acciones de mejora previstas para subsanar la causa raíz del hallazgo, por tal motivo, se recomienda al proceso reportar en el próximo periodo los procesos cargados en Ekogui del III trimestre y la respectiva conciliación, presentar el libro auxiliar de la cuenta contable 270105 y la evidencia de las provisiones, de acuerdo con los lineamientos del Procedimiento de Gestión contable.
27	2025-CGR-04	Constitución de reservas presupuestales 2024	Abierta	1. La Oficina de control Interno evidenció que, el formato CERTIFICACIÓN PARA LA CONSTITUCIÓN DE RESERVAS PRESUPUESTALES EXCEPCIONALES FOGF48 fue actualizado y publicado el 09-01-2026 en el sistema de gestión de calidad de la entidad, el cual amplía la justificación para la solicitud de reservas presupuestales. 2. La oficina de control interno evidenció los correos de memoria de las mesas de trabajo resultado del seguimiento a las reservas presupuestales con fecha del 26-05-2026, acta 015 del 15-12-2025, esta actividad presenta un nivel de avance del 50% Para verificar la efectividad de la acción 1 se encomienda, aportar las evidencias de las reservas constituidas utilizando la última versión del formato CERTIFICACIÓN PARA LA CONSTITUCIÓN DE RESERVAS PRESUPUESTALES EXCEPCIONALES FOGF48.
28	2025-CGR-05	Recursos de apropiación presupuestal 2024	Abierta	1. Control interno evidenció en las actas mensuales del Comité Financiero y de Sostenibilidad contable de los meses febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2026, en las que se presentó el seguimiento a la ejecución presupuestal y a las reservas presupuestales, como resultado del análisis del tablero de presupuesto. 2. Control interno evidenció los correos electrónicos, como resultado de las alertas a los responsables de la ejecución de presupuesto. 3. La oficina de control interno evidenció la circular del 31-03-2026 " PRIORIZACIÓN Y OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE RECURSOS PROPIOS DEL INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS" 4. La actividad " Realizar análisis de la oferta de servicios presentada a los grupos de valor", no reporta avance de la acción en el periodo.
29	2025-CGR-06	Clasificación de la cuenta locales	Cerrada	1. La Oficina de control interno evidenció el comprobante contable manual No. 578 y 579 de reclasificación del inmueble de uso de las oficinas en el SIIF Nación. 2. Control interno evidenció en los estados financieros del IV trimestre de 2026 la revelación de la reclasificación realizada al rubro de propiedad planta y equipo, en el cual la sede del Insor se reclasificó de "Bodegas" a "Oficinas"; De acuerdo con el reporte y las evidencias presentadas por la primera línea de defensa, control interno evidenció el cumplimiento de las acciones y su efectividad, por tal motivo se subsana la causa raíz del hallazgo y se cierra

30	2025-CGR-07	Registro pasivos laborales	Abierta	1. Control interno evidenció que se realizó la actualización del Manual de Políticas contables, en el cual se segregó el tratamiento contable para los rubros asociados a los pasivos laborales. 2. La Oficina de control interno evidenció la adquisición, parametrización y puesta en marcha del sistema de nómina NOVASOFT. 3. La actividad "Actualizar procedimiento remuneraciones y prestaciones con la inclusión de lineamiento de operación asociado a provisiones" no presenta avance en el periodo. 4. La oficina de control interno evidenció los formatos de conciliación del periodo comprendido entre enero y mayo de 2026.
31	2025-CGR-08	Clasificación de la cuenta impuesto sobre vehículos	Cerrada	1. La oficina de control interno evidenció que se realizó la reclasificación contable del pago del impuesto de vehículos al concepto de tasas, de conformidad con el marco normativo y las políticas contables aplicables. 2. La oficina de control interno el "COMPROBANTE DE AJUSTE POR RECLASIFICACIÓN IMPUESTO SOBRE VEHÍCULOS A TASAS 2026", el cual se realizó en marzo de 2026 y se efectuó la verificación de su adecuada clasificación, reconocimiento contable para la vigencia 2026. De acuerdo con el reporte presentado por la primera línea y los soportes presentados, se evidenció la eficacia y efectividad de los controles evidenciados, los cuales mitigan la causa raíz del hallazgo, por tal motivo se cierra el hallazgo
32	2025-CGR-09	Presentación de información financiera	Abierta	1. La oficina de control interno evidenció que se actualizó el Procedimiento de Gestión Contable (PRGF03), incorporando los roles y responsabilidades para la validación de la información registrada en los Estados Financieros y sus respectivas Notas. 2. Se evidenció las actas 03 y 07 correspondiente a la revisión de los estados financieros del IV trimestre de 2025 y I trimestre de 2026, esta actividad presenta un avance del 50%

5. RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO

Control Interno identificó que la Oficina Asesora de Planeación y Sistema en su calidad de administradora del plan de mejoramiento por procesos de la entidad, registro ocho (08) nuevas acciones de mejora -2 hallazgos y 6 oportunidades de mejora- fruto de la auditoría a lenguaje claro 2026 dentro de la versión 2 para el presente proceso. Por tanto, se adelanta el seguimiento de conformidad con lo analizado y reportado.

ID	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN (Corta)	ESTADO	OBSERVACIÓN
46	2026-RC-01	Falta de articulación entre la WebMaster y el equipo de Relacionamiento con las Ciudadanías.	Abierta	denció la revisión mensual de contenidos mediante las matrices de Esquema de Publicación de abril y mayo de 2026; sin embargo, no se aportó la matriz de junio 2026 (haciendo parte

					del segundo trimestre) ni los correos de conclusiones mensuales definidos como evidencia. o, los soportes revisados no permiten identificar la trazabilidad de las correcciones específicas reportadas para la sección "Asistencia Técnica". En consecuencia, no se acredita el cumplimiento integral de la acción ni la implementación verificable de la totalidad de los ajustes informados por primera línea. No se evidencia corrección inmediata de distintos elementos en la Sede Electrónica. 2. Se verificó la elaboración y remisión a Comunicaciones Estratégicas de guiones correspondientes a la campaña "A UN CLIC", acreditándose la solicitud de producción de contenidos audiovisuales. No obstante, no se aportan las piezas finales en LSC ni evidencia de su publicación. Se acredita avance y gestiones de la acción de mejoramiento frente a la acción correctiva.
	47	2026-RC-02	Ausencia de un responsable a nivel de grupo de trabajo o proceso que lidere la estrategia de lenguaje claro a nivel institucional	Abierta	Las acciones de mejoramiento se encuentran programadas para un periodo posterior.
	48	2026-RC-03	Ausencia de una metodología institucional estandarizada y de un responsable formal para la adaptación de documentos misionales a lenguaje claro, combinada con la falta de cronogramas específicos y metas parciales que garantizaran el cierre de la actividad en la vigencia prevista.	Abierta	Las dos acciones presentan avance verificable, pero su fecha de terminación está establecida para el 30 de septiembre de 2026 y al 30 de junio aún se encontraban en desarrollo.
	49	2026-RC-04	Ausencia de apropiación institucional del enfoque de Lenguaje Claro en las instancias de coordinación	Abierta	La acción de mejoramiento se encuentra programada para iniciar en un periodo posterior (julio de 2026).
	50	2026-RC-05	Ausencia de apropiación del Lenguaje Claro como competencia transversal y obligatoria en los ciclos de formación en el INSOR	Abierta	La acción de mejoramiento se encuentra programada para iniciar en un periodo posterior (julio de 2026).
	51	2026-RC-06	Publicación de un instrumento que dé cuenta de la medición de la experiencia ciudadana en torno a la sede electrónica.	Abierta	1. Se evidencian avances en la revisión de forma del formulario de satisfacción de la sede electrónica, observándose ajustes en título, organización y estructura del instrumento; no obstante, la evidencia aportada corresponde a una vista parcial y la primera línea reporta que se encuentra en desarrollo una nueva versión y su pilotaje. La acción permanece en ejecución. 2. Se verificó la incorporación del criterio diferencial de discapacidad en el formulario electrónico y en la propuesta de ajuste del formato FORC08. No obstante, no se acredita aún la actualización y formalización del formato en el Sistema de Gestión de Calidad, dado que el documento aportado corresponde a una versión en ajuste y la propia primera línea informa que dicha actualización será solicitada. Se evidencian avances verificables en ambas acciones; sin embargo, al corte del segundo trimestre no se acredita su culminación, particularmente respecto de la versión definitiva del instrumento y su formalización en el Sistema de Gestión de Calidad. Dado que la fecha de terminación se encuentra programada para el 30 de septiembre de 2026.
	52	2026-RC-07	Falta de articulación entre la WebMaster y el equipo de	Abierta	1. Se verificaron las matrices de Esquema de Publicación correspondientes a abril y mayo de 2026, en las cuales se registran revisiones de la sede electrónica e identificación de

		Relacionamiento con las Ciudadanías.		diferentes aspectos susceptibles de actualización y corrección, evidenciándose avance en el mecanismo de articulación previsto. No obstante, no se aportó la matriz correspondiente a junio ni los correos de conclusiones mensuales definidos como evidencia, y los soportes revisados no permiten verificar integralmente la corrección de los aspectos identificados. Por lo anterior, la acción se considera en ejecución (teniendo en cuenta que la acción tiene fecha de terminación programada al 31 de diciembre de 2026).
53	2026-RC-08	Ausencia de un mecanismo de validación y control de calidad previo al envío de las respuestas a PQRSD, lo que impide verificar la incorporación de criterios de lenguaje claro y accesibilidad en las comunicaciones dirigidas al ciudadano	Abierta	Se evidencia avance en la estructuración de las plantillas de respuesta; sin embargo, no se acredita aún su ajuste definitivo ni la ejecución de los espacios de retroalimentación previstos en las acciones 2 y 3. En consecuencia, permanece abierto, sin que para este corte se configure incumplimiento, dado que las acciones tienen plazo de ejecución hasta el 31 de diciembre de 2026.

OBSERVACIONES

Actualmente el equipo multidisciplinario de Control Interno no cuenta con un profesional con experiencia e idoneidad para desarrollar el Seguimiento del Plan de Mejoramiento al Proceso TIC. El último seguimiento realizado se desarrolló con corte al II Trimestre de 2025. Por tanto, está pendiente la verificación de las actividades correspondientes al III y IV Trimestre de 2025 y I y II Trimestre de 2026.

Así las cosas, la aprobación de la actividad de seguimiento es necesaria para conocer el estado actual de los productos formulados del plan de acción institucional, indicadores de gestión, riesgos y acciones de mejoramiento.

Razón por la cual Control Interno solicitó al Comité de Gestión y Desempeño el pasado 19 de agosto de 2026 la revisión de la disponibilidad presupuestal que permitan la financiación de la contratación solicitada.

Se observó que los hallazgos identificados con códigos 2025-SST-02 y 2025-SST-12 presentaron debilidades en el análisis de causa inicial y, por tanto, recomienda aplicar metodologías más robustas para tratar de llegar a la raíz del problema.

RECOMENDACIONES

Gestión de Talento Humano – SG-SST

1. Fortalecer el seguimiento integral a las acciones del Plan de Mejoramiento del SG-SST, procurando que la evidencia aportada permita demostrar no solo la ejecución de actividades, sino también la subsanación de las condiciones que originaron los hallazgos, mediante soportes

completos, consistentes y trazables. En particular, se recomienda asegurar la consolidación de registros pendientes, el cierre documentado de observaciones y actualizaciones, la correspondencia entre actividades programadas y ejecutadas y la conservación de los soportes definidos en cada acción de mejoramiento.

2. Fortalecer los controles de calidad, integridad y trazabilidad de la información del SG-SST, verificando previamente al reporte que matrices, indicadores, listas de chequeo, formatos y demás registros se encuentren completos, sin errores de diligenciamiento y con identificación clara de responsables, fechas, resultados y acciones de seguimiento. Esto resulta especialmente relevante frente a las inconsistencias observadas en registros de inspecciones, medición del ausentismo y seguimiento de medidas de intervención.

3. Para las acciones que impliquen cambios metodológicos, capacitación, rendición de cuentas o aplicación de procedimientos, se sugiere establecer mecanismos de seguimiento que permitan acreditar su implementación efectiva y sostenibilidad, evitando que el cumplimiento se limite a la realización de reuniones, socializaciones, consultas o ejercicios modelo. En este sentido, conviene verificar posteriormente la aplicación del procedimiento de gestión del cambio, la rendición de cuentas del SG-SST, la cobertura de capacitaciones y la organización, respaldo y disponibilidad de la documentación.

Relacionamiento con las Ciudadanías – Lenguaje Claro

1. Fortalecer la planificación y trazabilidad de las acciones derivadas de la Auditoría de Lenguaje Claro, definiendo para cada actividad la secuencia identificación de la necesidad → ajuste → validación → aprobación/publicación → verificación, de forma que los soportes permitan demostrar objetivamente la materialización de las mejoras y no únicamente las gestiones adelantadas.
Lo anterior resulta particularmente aplicable a los contenidos de la sede electrónica, ajustes de formularios, documentos misionales y producción de contenidos accesibles.

2. Consolidar un mecanismo institucional que asegure la aplicación transversal del Lenguaje Claro, articulando responsabilidades entre Relacionamiento con las Ciudadanías, la Oficina Asesora de Planeación y sistemas, Comunicaciones, Talento Humano y los procesos misionales. Este mecanismo debería facilitar la revisión de contenidos, la validación con población o profesionales sordos cuando corresponda, la incorporación del enfoque en capacitación e inducción y el seguimiento periódico de su implementación.

3. Fortalecer la evidencia de ejecución de las acciones, procurando que los soportes definidos en el Plan de Mejoramiento sean aportados de manera completa y dentro del periodo correspondiente. Para las actividades periódicas, se recomienda conservar las matrices, correos de conclusiones y registros de los meses que integran cada trimestre; y para documentos o

instrumentos en construcción, diferenciar claramente las versiones preliminares de aquellas formalmente aprobadas, publicadas o incorporadas al Sistema de Gestión de Calidad.

4. Frente a las respuestas a PQRSD, avanzar hacia un mecanismo verificable de control de calidad previo al envío, que permita revisar estructura, claridad, pertinencia, lenguaje técnico, accesibilidad y adaptación al destinatario. Las plantillas y talleres constituyen herramientas de apoyo, pero se recomienda complementarlas con un punto de control que deje trazabilidad de la revisión efectuada y permita verificar la incorporación efectiva de los criterios de Lenguaje Claro.

ASESOR DE CONTROL INTERNO

Firma. Este informe no presenta firma de quien cumple el deber formal de hacerlo tras la renuncia de quien ejerciera el cargo de Asesor con Funciones de Jefe de Control Interno desde el 2024-01-30.

Nombre:

Informe proyectado por:

Nombre: María Margarita Peña Vargas, contratista OCI



Wilson Arley Zea Solano, contratista OCI



Fernando Jaimes Jaimes, profesional especializado OCI

