

MEMORANDO

PARA:

Maria Claudia Garcia Davila
Sandra Marcela Torres Forero
Nubia Lucia Wilches Quintana
Laura Paola Amaya Ibarra
German Dario Alvarez Lucero
Tania Elena Rodriguez Angarita
Juan Fernando Phillips Bernal
Octavio Naranjo Velasco
Yury Mercedes Arenas Rincon,

DE:

Ana Lucia Bacares Toledo, Jefe de Oficina de Control Interno

Asunto: Informe Final de Auditoría Interna al proceso DYP Direccionamiento y Planeación.

Respetados miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI),

De conformidad con las facultades legales contenidas en la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, del rol de evaluación y seguimiento contentivo en el artículo 17 del Decreto Nacional No. 648 de 2017 y en cumplimiento al Plan Anual de Auditoría 2026, se remite el Informe Final de la Auditoría Interna al proceso “DYP – Direccionamiento y Planeación”, en el que se obtuvieron los siguientes resultados:

Tipo de Hallazgo	Cantidad	Descripción
Observación	8	OBSERVACION N° 01. Debilidades en la documentación y trazabilidad del soporte metodológico para la formulación y actualización de indicadores de gestión.
		OBSERVACION N° 02. Debilidades en el cumplimiento de las actividades N.º 1, 2 y 3 del procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional (V16).
		OBSERVACION N° 03. Debilidades en la documentación soporte de cumplimiento de las actividades N.º 2, 7 y 9 establecidas en el procedimiento DYP.PR.08 – Administración del Sistema Integrado de Gestión (V4).
		OBSERVACION N° 04. Falta de controles al interior del

Página 1 de 3

Tipo de Hallazgo	Cantidad	Descripción
		<p>procedimiento “DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional” (V7) para la recepción y revisión de información por parte de la segunda línea de aseguramiento en la etapa de formulación de la herramienta de Planeación estratégica.</p> <p>OBSERVACION N° 05. Bajo nivel de cumplimiento en la implementación de la versión 1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.</p> <p>OBSERVACION N° 06. Debilidades en la aprobación, ejecución y seguimiento del Plan de Trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación 2025.</p> <p>OBSERVACION N° 07. Debilidades en el cumplimiento de la política de operación o lineamientos N° 3 y la actividad de control N° 6 establecidas en la versión 1 del procedimiento “DYP.PR.18 – Inventarios de conocimiento tácito y explícito”.</p> <p>OBSERVACION N° 08. Debilidades en la ejecución, seguimiento y aseguramiento de la V6 del procedimiento “DYP.PR.12 – Gestión del Cambio”.</p>
Oportunidad de Mejora	1	OPORTUNIDAD DE MEJORA N° 01. Ampliación de los instrumentos para la implementación integral de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.

De acuerdo con lo anterior, y en cumplimiento de la versión 17 del procedimiento “ECM.PR.06 – Auditoría Interna”, se informa que las observaciones que quedaron en firme en el presente informe final deberán ser incorporadas en el Plan de Mejoramiento por Procesos, incluyendo las acciones correctivas y de mejora que permitan atender las situaciones identificadas. Así mismo, las recomendaciones y oportunidades de mejora podrán ser analizadas por el líder del proceso para determinar la pertinencia de su inclusión en dicho plan.

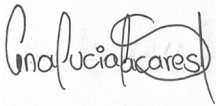
En este sentido, el Plan de Mejoramiento deberá ser formulado y remitido en el Módulo de Mejora del Portal MIPG, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del presente informe, es decir el 04 de junio de 2026. En caso de requerirse prórroga, esta deberá solicitarse con dos (2) días de antelación al vencimiento, debidamente justificada, pudiendo concederse por una única vez dentro de los plazos

definidos.

Es importante señalar que las acciones formuladas deberán contar con un horizonte de implementación que no supere los doce (12) meses, contados a partir de la comunicación del informe final, y deberán estructurarse de forma que permitan atender de manera efectiva las causas que dieron origen a las observaciones.

Cualquier información adicional o que se requiera especificar, estaremos prestos a atenderla.

Cordialmente,



Ana Lucia Bacares Toledo

Jefe de Oficina de Control Interno

Anexos Electrónicos: Informe Final de Auditoría Interna al proceso DYP

Proyectó: Andrea del Pilar Alejo Ruiz

Revisó:

Aprobó: Ana Lucia Bacares Toledo



Firmado Electrónicamente

Radicado: 20260030000005913

Fecha: 28/05/2026 11:57

Código de verificación: 5cc7c

Este documento fue generado con firma electrónica, digital y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Oficina de **CONTROL** **INTERNO**

**INFORME FINAL DE
AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO “DIRECCIONAMIENTO Y
PLANEACIÓN - DYP”**

2026



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

JARDÍN
BOTÁNICO



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO
“DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN - DYP”**

1. OBJETIVO.

Evaluar la eficiencia y eficacia del diseño y la implementación de los controles establecidos para la gestión de los riesgos del proceso de Direccionamiento y Planeación (DYP) del Jardín Botánico de Bogotá, con el fin de determinar si dichos controles contribuyen adecuadamente a la formulación, implementación, seguimiento y monitoreo de las políticas, planes, programas y proyectos de inversión de la Entidad, asegurando su alineación con el Plan Distrital de Desarrollo, la Plataforma Estratégica Institucional y el modelo de gestión adoptado.

2. JUSTIFICACIÓN:

Este ejercicio de evaluación se realiza en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Jardín Botánico de Bogotá José Celestino Mutis para la vigencia 2026.

3. ALCANCE.

Evaluar la eficiencia y eficacia del diseño y la implementación de los controles establecidos para la gestión de los riesgos del proceso de Direccionamiento y Planeación (DYP) del Jardín Botánico de Bogotá, con el fin de determinar si dichos controles contribuyen adecuadamente a la formulación, implementación, seguimiento y monitoreo de las políticas, planes, programas y proyectos de inversión de la Entidad, asegurando su alineación con el Plan Distrital de Desarrollo, la Plataforma Estratégica Institucional y el modelo de gestión adoptado en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2025 y el 28 de febrero de 2026.

4. METODOLOGIA.

Durante el desarrollo se aplicarán las técnicas de auditoría internacionalmente aceptadas como entrevistas en modalidad virtual y/o presencial, verificación ocular y revisión de documentación a través de muestras selectivas o aleatorias, dicha información será obtenida a través de memorandos internos y correos electrónicos para el ejercicio de la auditoría, información que será solicitada a los responsables del proceso y/o a las personas que intervienen en el mismo.

Esta auditoría se llevará a cabo en atención a Ley 87 de 1993 “*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones*”, y a las normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, con fundamento en la “*Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas*” versión 4 y al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Así mismo, el informe preliminar de auditoría fue comunicado al proceso auditado mediante memorando N.º 20260030000003893 del 19 de mayo de 2026. El proceso auditado ejerció su derecho de réplica a través del memorando N.º 20260022000005093 del 22 de mayo de 2026. Dichas respuestas fueron analizadas por el equipo auditor y, como resultado de dicho análisis, se emite el presente informe final de auditoría.

5. INSUMOS

- Documentación del Sistema Integrado de Gestión – SIG.
- Matrices de Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad de la información vigentes.
- Información suministrada por las diferentes áreas y dependencias del JBB.
- Documentación publicada en página web de la entidad.
- Respuestas entregadas por el proceso como resultado de los requerimientos OCI.

6. MARCO NORMATIVO

- Decreto 040 de 1993 *“Por medio del cual se precisa la naturaleza jurídica, la estructura orgánica, las fuentes de financiación y las funciones del Jardín Botánico “José Celestino Mutis”.*
- Decreto 1083 de 2015 *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.*
- Decreto 1499 de 2017 *“Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.*
- Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas - Versión 4 – Emitida por el DAFP.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.
- Decreto 640 de 2025 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. *“Por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Gestión Pública”.*
- Decreto 646 de 2025 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Distrital del Sector Ambiente”.*
- Estatuto de Auditoría del Jardín Botánico de Bogotá.
- Código de Ética del auditor Interno del Jardín Botánico de Bogotá.
- Procedimientos y documentos adscritos al proceso de *“DYP – Direcciónamiento y Planeación”.* Normatividad asociada al proceso de *“DYP – Direcciónamiento y Planeación”* y registrada en el normograma de la entidad.

7. LIMITANTES PRESENTADAS DURANTE LA AUDITORÍA.

En el presente ejercicio de auditoría no se presentaron situaciones que limitara el ejercicio de evaluación adelantado por la Oficina de Control Interno.

8. RESUMEN DE ACTIVIDADES.

Tabla 1. Contenido del Informe Preliminar de Auditoría.

No	VERIFICACION REALIZADA A	SITUACIÓN PRESENTADA
10.1.	Procedimiento “DYP.PR.04 - Gestión de Indicadores” (V19).	OBSERVACION N° 01. Debilidades en la documentación y trazabilidad del soporte metodológico para la formulación y actualización de indicadores de gestión.
10.2.	Procedimiento “DYP.PR.07 - Gestión del Riesgo Institucional” (V16).	OBSERVACION N° 02. Debilidades en el cumplimiento de las actividades N.º 1, 2 y 3 del procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional (V16)
10.3.	Procedimiento “DYP.PR.08 - Administración del Sistema Integrado de Gestión” (V4).	OBSERVACION N° 03. Debilidades en la documentación soporte de cumplimiento de las actividades N.º 2, 7 y 9 establecidas en el procedimiento DYP.PR.08 – Administración del Sistema Integrado de Gestión (V4)
10.4.	Procedimiento “DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional” (V7).	OBSERVACION N° 04. Falta de controles al interior del procedimiento “DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional” (V7) para la recepción y revisión de información por parte de la segunda línea de aseguramiento en la etapa de formulación de la herramienta de Planeación estratégica.
10.5.	Política “DYP.PO.02 Gestión del Conocimiento y la Innovación” (V1).	OPORTUNIDAD DE MEJORA N° 01. Ampliación de los instrumentos para la implementación integral de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.
10.5.1.	Implementación de la V1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.	OBSERVACION N° 05. Bajo nivel de cumplimiento en la implementación de la versión 1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.
10.5.2.	Plan de trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación.	OBSERVACION N° 06. Debilidades en la aprobación, ejecución y seguimiento del Plan de Trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación 2025.
10.6.	Procedimiento “DYP.PR.18 - Inventarios de conocimiento tácito y explícito” (V1).	OBSERVACION N° 07. Debilidades en el cumplimiento de la política de operación o lineamientos N° 3 y la actividad de control N° 6 establecidas en la versión 1 del procedimiento “DYP.PR.18 – Inventarios de conocimiento tácito y explícito”.
10.7.	Procedimiento “DYP.PR.12 – Gestión del Cambio” V6.	OBSERVACION N° 08. Debilidades en la ejecución, seguimiento y aseguramiento de la V6 del procedimiento “DYP.PR.12 – Gestión del Cambio”.

9. IDENTIFICACION DE RIESGOS.

9.1.1. Verificación de riesgos con base en el alcance de la auditoría.

En coherencia con la función de auditoría interna y el enfoque basado en riesgos, para el desarrollo del presente ejercicio se integraron los riesgos identificados por el proceso auditado, así como aquellos identificados por el equipo auditor, a partir del análisis de la gestión, los controles existentes y el contexto

evaluado. Con base en este conjunto de riesgos se realizaron las actividades de verificación y pruebas de auditoría que se presentan en este informa.

Tabla 2. Riesgos para verificar en la auditoría.

IDENTIFICADO POR	RIESGO
<p>Proceso Auditado DYP.</p>	<p>R1DYP - Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones de los entes de control debido al incumplimiento de los planes, programas, objetivos y metas Institucionales por debilidades en el seguimiento y control</p>
	<p>R7 - Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por inadecuada percepción por parte de los procesos de la entidad por indisponibilidad de la información requerida para atender requerimientos y sanciones económicas de los entes de control debido a fuga de capital intelectual por inadecuada identificación de los inventarios de conocimiento de los funcionarios</p>
	<p>R9- Posibilidad de aprobar o rechazar modificaciones en el plan de acción, Por presión, ofrecimiento de beneficios o por tráfico de influencias</p>
<p>Equipo Auditor</p>	<p>Posibilidad de pérdida Reputacional por formulación y/o actualización de indicadores con errores metodológicos (fórmula, meta, niveles de gestión, fuente) por falta o debilidades en la definición de objetivos a partir de factores críticos de éxito, lo que podría afectar la validez y pertinencia de la medición, impedir análisis oportunos, distorsionar la toma de decisiones y generar reportes incompletos.</p>
	<p>Posibilidad de pérdida Reputacional por identificación de riesgos de manera incompleta o desactualizada y/o diseño de controles no pertinentes, insuficientes o no verificables por falta o debilidades en la en el análisis del contexto estratégico, aplicación parcial de la metodología establecida en la Política de Administración del Riesgo y en el procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional, afectando el logro de objetivos del proceso y de la entidad.</p>
	<p>Posibilidad de pérdida Reputacional porque el Plan de Acción Institucional (PAI) sea formulado, aprobado o publicado con inconsistencias, desalineación frente al Plan Distrital de Desarrollo, la Plataforma Estratégica Institucional o la normativa vigente, debido a deficiencias en la comunicación de lineamientos, errores en la formulación por parte de los procesos o fallas en la revisión, aprobación y publicación oportuna del documento.</p>
	<p>Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidades en la documentación soporte de cumplimiento de las actividades previstas en el procedimiento DYP PR.08 falencias en reporte de evidencias por parte de la segunda línea de aseguramiento.</p>
	<p>Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidades en la formulación e implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación (DYP.PO.02) por la falta de alineación con los instrumentos establecidos por MIPG.</p>
	<p>Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidades en la gestión de los cambios institucionales por la falta de control, monitoreo, validación formal, cierre, evaluación y compilación de lecciones aprendidas.</p>

Fuente: Matrices de riesgos de la entidad a corte febrero 2026 y etapa de planificación de la auditoría interna.

10. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

10.1. Procedimiento “DYP.PR.04 - Gestión de Indicadores” (V19).

Para el desarrollo del presente ejercicio de auditoría, se definió como alcance la revisión de las actividades N° 1 y N° 2 del procedimiento, correspondientes a la fase inicial del proceso, asociada con la identificación y formulación del indicador. Lo anterior, teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno realiza de manera periódica el seguimiento a las etapas de medición, monitoreo y evaluación de los indicadores de gestión de la entidad, razón por la cual la presente evaluación independiente se

concentró exclusivamente en verificar la ejecución y adecuación de la etapa de identificación del indicador.

Una vez verificada la información allegada por el proceso se identificó.

OBSERVACION N° 01. Debilidades en la documentación y trazabilidad del soporte metodológico para la formulación y actualización de indicadores de gestión.

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida reputacional por formulación y/o actualización de indicadores con errores metodológicos (fórmula, meta, niveles de gestión, fuente) por falta o debilidades en la definición de objetivos a partir de factores críticos de éxito, lo que podría afectar la validez y pertinencia de la medición, impedir análisis oportunos, distorsionar la toma de decisiones y generar reportes incompletos.
- **PRUEBA DE AUDITORÍA:** Verificación de los soportes documentales correspondientes a las Actas de Reunión (DYP.PR.08.F.09) de las vigencias auditadas, relacionadas con la gestión y revisión de indicadores de los diferentes procesos, con el fin de comprobar que la formulación de los indicadores se haya efectuado con base en los factores críticos de éxito asociados al objetivo del proceso.
- **CRITERIO:**
 - “Actividad 1 - Identificar el objetivo cuyo cumplimiento se quiere medir: El líder del proceso y su equipo de trabajo, identifican los objetivos a medir a partir de los factores críticos de éxito contenidos en el objetivo del proceso” de la versión 19 del procedimiento “DYP.PR.04 - Gestión de Indicadores”.
 - “Numeral 9.1.1 IDENTIFICAR LO QUE SE DESEA MEDIR” de la versión 13 del instructivo “DYP.PR.04.I.01 - Formulación y/o actualización de Indicadores”.
- **CONDICION:** Se evidenció que en 17 actas correspondientes a la vigencia 2025, de un total de 36 actas remitidas por el proceso (33 de 2025 y 1 de 2026), se abordó la *revisión de la meta del indicador para la vigencia 2025 y verificación de la necesidad de ajustes al indicador*, no obstante, en ninguna de las actas analizadas fue posible constatar de manera explícita la ejecución de la actividad N.º 1 del procedimiento DYP.PR.04 – Gestión de Indicadores, asociada a la identificación de los objetivos a medir a partir de los factores críticos de éxito definidos en el objetivo del proceso.

Si bien en las actas se documentan decisiones asociadas a la revisión de metas y aspectos técnicos de los indicadores, no se deja evidencia clara y trazable de los análisis realizados que sustenten su formulación o actualización, ni de su articulación con los factores críticos de éxito y objetivos del proceso. Esta situación limita la verificación del cumplimiento metodológico establecido en el procedimiento.

- **POSIBLE CAUSA:** Debilidades en la documentación, registro y trazabilidad de los ejercicios de análisis realizados durante la formulación y actualización de indicadores de gestión, lo que impide evidenciar de manera explícita la aplicación de los lineamientos metodológicos definidos en el procedimiento institucional.
- **CONSECUENCIA:** Limitaciones en la verificabilidad y transparencia del proceso de formulación y actualización de indicadores, lo que puede afectar la confiabilidad de la información reportada, dificultar la validación de su alineación con los objetivos estratégicos y los factores críticos de éxito, y restringir el seguimiento efectivo al desempeño de los procesos, impactando la toma de decisiones y la identificación oportuna de oportunidades de mejora.

RESPUESTA DEL AUDITADO

“Frente a la observación formulada, el proceso no comparte la conclusión relacionada con la presunta existencia de debilidades metodológicas en la formulación y actualización de indicadores de gestión, ni la afirmación respecto a la ausencia de análisis estratégico para su definición.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el procedimiento institucional establece expresamente que la identificación de necesidades de medición parte de los “factores críticos de éxito detectados en el contexto estratégico de los procesos, así como del objetivo del proceso, metas, proyectos, programas o políticas institucionales”, elementos que constituyen el marco de referencia para la formulación y revisión de los indicadores de gestión.

De igual manera, durante las mesas técnicas realizadas con los procesos al inicio de cada vigencia, se desarrollan ejercicios de revisión y validación de la estructura de los indicadores, incluyendo aspectos relacionados con la pertinencia de la medición, objetivo del indicador, variables, metas, continuidad o necesidad de ajuste de la medición y alineación con los objetivos del proceso y su caracterización.

En este sentido, el análisis metodológico asociado a la formulación y ajuste de indicadores no se realiza de manera aislada, sino articulado con los instrumentos institucionales definidos dentro del modelo de gestión por procesos, particularmente con el contexto estratégico y los factores críticos de éxito identificados para cada proceso.

Así mismo, se precisa que los elementos señalados en la observación, tales como DOFA, resultados de evaluaciones previas o riesgos del proceso, corresponden a herramientas e insumos que pueden complementar los ejercicios de análisis institucional; sin embargo, estos no se encuentran definidos de manera explícita como requisitos obligatorios dentro del procedimiento institucional vigente ni en los lineamientos generales establecidos por Función Pública para la formulación de indicadores de gestión.

Por lo anterior, se considera que la observación corresponde principalmente a una apreciación frente al nivel de explicitud de la evidencia documental registrada en las actas de mesa técnica, más no a la inexistencia de análisis metodológico o a debilidades estructurales en la formulación de indicadores.

Aun cuando el análisis metodológico sí se desarrolla, el proceso evaluará alternativas orientadas a fortalecer la trazabilidad documental de los ejercicios de análisis desarrollados durante las mesas técnicas, con el fin de hacer más explícitos los criterios considerados durante la validación y ajuste de los indicadores de gestión.”

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORÍA

Teniendo en cuenta la respuesta del auditado, se ajusta la observación inicialmente orientada a presuntas debilidades metodológicas en la formulación y actualización de indicadores de gestión, reorientándola hacia debilidades en la documentación y trazabilidad del soporte metodológico. Lo anterior, considerando que, si bien el proceso manifiesta que los análisis sí se realizan en las mesas técnicas, no se evidenció de manera explícita su registro en los soportes documentales revisados, por lo cual se mantiene la observación bajo este nuevo enfoque y deberá incorporarse en el Plan de Mejoramiento correspondiente.

10.2. Procedimiento “DYP.PR.07 - Gestión del Riesgo Institucional” (V16).

En el marco de la Administración del Sistema Integrado de Gestión y de la Versión 7 de la Política “DYP.PO.01 – Gestión Integral de Riesgos” (vigente hasta el 6 de enero de 2026), la Oficina de Control Interno realiza de manera cuatrimestral la evaluación al ejercicio de autocontrol y el reporte de seguimiento a la gestión del riesgo adelantada por los procesos. En este contexto, el presente ejercicio de evaluación independiente se orienta a verificar la adecuada aplicación de los lineamientos nacionales y distritales en el marco institucional de la administración del riesgo, la definición del contexto estratégico de los procesos y el desarrollo integral de la etapa de identificación del riesgo y diseño de controles.

Una vez verificada la información se identificó.

- a. La política de gestión del riesgo de la entidad fue actualizada en el mes de enero de 2026. Su proceso de revisión, verificación y aprobación concluyó en diciembre de 2025 en el Comité de Coordinación de Control Interno (CICCI).

Una vez realizada la sesión de dicha instancia y una vez aprobada la V7 de la “DYP.PO.01 Política de Gestión Integral de Riesgos”, se formalizó y publicó el documento en el portal del MIPG de la entidad (el 07 de enero 2026), quedando oficialmente vigente. Esta actualización incorpora los cambios temáticos establecidos en la “Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas 2025”, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

- b. La entidad dispone del formato “DYP.PR.07.F.06_Contexto_Estrategico_por_Procesos”, en el cual se documentan el objetivo, actividades críticas, contexto interno, análisis externo, riesgos SARLAT y la matriz DOFA. Se verificó la existencia de información correspondiente al contexto estratégico de los 16 procesos para la vigencia 2025, actualizada por cada dependencia y registrada en el archivo DYP.PR.07.F.06_Contexto_Estrategico_por_Procesos-JBJCM_V1 (2).

La revisión anual de diciembre de 2025 quedó soportada en actas de reunión debidamente firmadas, donde se registraron los resultados de la evaluación del contexto estratégico de los procesos. Adicionalmente, se evidenciaron actas de revisión de riesgos por proceso, elaboradas con base en las evaluaciones de la OCI. Estos documentos constituyen evidencia del cumplimiento de la actividad 2 del procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional que establece “Establecer el Contexto Estratégico de los procesos”.

Para la vigencia 2026, se constató que se adelanta la actualización del contexto estratégico, en concordancia con la nueva política de riesgos y los ajustes de la planeación institucional. La evidencia documental de este proceso se encuentra en el archivo *DYP.PR.07.F.06_Contexto_Estrategico_por_Procesos-JBJCM_V2 (1)*, el cual refleja la actualización progresiva de los contextos estratégicos de los procesos de la entidad.

- c. Considerando que la entidad se encuentra en proceso de implementación de la versión 7 de la política “DYP.PO.01 – Gestión Integral de Riesgos”, y que las matrices con las cuales se cerró la vigencia 2025 no han registrado modificaciones, esta oficina focalizó la verificación del cumplimiento de la actividad N° 3 del procedimiento “DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional” (V16): “Identificar, valorar, analizar, evaluar y dar tratamiento al riesgo”.

La revisión se centró en la identificación de riesgos, tomando como insumos:

- El contexto estratégico interno y externo en el que opera la entidad.
- La caracterización de cada proceso.
- El desarrollo de sus actividades críticas.

Para ello, se contrastaron los formatos *DYP.PR.07.F.06_Contexto_Estrategico_por_Procesos* con las matrices de riesgos de gestión, teniendo en cuenta que solo para esta tipología de riesgo, en su momento, se estableció la correspondencia entre la identificación y los elementos estratégicos de cada proceso. Esta verificación se realizó conforme al numeral 8.2 de la versión 6 de la política “DYP.PO.01 – Administración de Riesgos Jardín Botánico José Celestino Mutis”, vigente durante 2025.

Finalmente, en el marco de las verificaciones realizadas, la Oficina de Control Interno evidenció las siguientes novedades:

OBSERVACION N° 02. Debilidades en el cumplimiento de las actividades N.º 1, 2 y 3 del procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional (V16)

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida Reputacional por identificación de riesgos de manera incompleta o desactualizada y/o diseño de controles no pertinentes, insuficientes o no verificables por falta o debilidades en la en el análisis del contexto estratégico, aplicación parcial de la metodología

establecida en la Política de Administración del Riesgo y en el procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional, afectando el logro de objetivos del proceso y de la entidad.

- **PRUEBA DE AUDITORÍA:** La prueba de auditoría se orientó a la revisión y análisis integral de la evidencia documental que soporta la Gestión del Riesgo Institucional, considerando la política vigente, su acto administrativo de adopción, los instrumentos metodológicos y operativos aplicables, así como los registros relacionados con la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgos, oportunidades, riesgos de corrupción y riesgos del Sistema de Seguridad de la Información. Igualmente, se examinaron las actas y documentos correspondientes a las vigencias auditadas, con el propósito de evidenciar la existencia, consistencia, actualización y trazabilidad de la información que respalda la implementación y funcionamiento del proceso, en concordancia con los lineamientos institucionales y normativos aplicables.

- **CRITERIO:**
 - Versión 16 del procedimiento “DYP.PR.07 - Gestión del Riesgo Institucional”,
 - “Actividad 1 - Identificar cambios en la Política de Administración de Riesgos.”
 - “Actividad 2 - Establecer el Contexto Estratégico de los procesos”.
 - “Actividad 3 - Identificar, valorar, analizar, evaluar, dar tratamiento al riesgo”.
 - Versión 6 de la Política “DYP.PO.01 - Administración de Riesgos Jardín Botánico - José Celestino Mutis”. (vigente hasta el 06 de enero 2026).
 - Versión 7 de la Política “DYP.PO.01 - Gestión Integral de Riesgos”. (vigente desde el 07 de enero 2026).

- **CONDICION:**
 - a. Aunque se evidenció la actualización de la Versión 7 de la Política “DYP.PO.01 – Gestión Integral de Riesgos”, no se encontró el acto administrativo que formalice su adopción, en contravía de lo establecido en la Nota 1 de la Actividad 1 del procedimiento DYP.PR.07 (V16), la cual señala:

“Identificar cambios en la Política de Administración de Riesgos vigente y cuando lo amerite, por motivos normativos, de lineamientos o por disposición de las instancias competentes, revisar y/o ajustar el lineamiento

Nota1: Una vez actualizada la Política de Administración de Riesgos se debe expedir resolución de adopción...”

 - b. Adicionalmente, en la revisión del contexto estratégico de los dieciséis (16) procesos institucionales, se identificaron debilidades en las actividades críticas definidas por los procesos DOC, FCR y SAC, las cuales no se encuentran claramente delimitadas ni contemplan de manera integral todas las etapas relevantes del quehacer misional y de apoyo, tales como el control del ciclo documental, la gestión presupuestal y contable, las actividades de tesorería, el direccionamiento del proceso, la atención de resultados y la mejora continua. Lo anterior evidencia falencias en la caracterización del contexto estratégico, al no reflejar de forma completa las fases,

interacciones, responsabilidades y puntos de control necesarios para una adecuada gestión del riesgo institucional.

Si bien las debilidades se materializan en los procesos mencionados, el proceso auditado (DYP) y la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa y asesor metodológico de la Gestión del Riesgo Institucional, debe propender por la definición y emisión de lineamientos claros, específicos y consistentes que orienten a los procesos en la identificación completa, coherente y concordante de su contexto estratégico, conforme a lo establecido en el Manual Operativo del MIPG – DAFP (Versión 6).

En este sentido, las situaciones identificadas limitan la comprensión integral de los procesos y pueden incidir negativamente en la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos, aumentando la probabilidad de omisiones y de la materialización de eventos que afecten el logro de los objetivos institucionales y estratégicos.

- **POSIBLE CAUSA:** La situación identificada puede obedecer a la falta de una adecuada articulación entre la actualización normativa, la formalización administrativa de los instrumentos de gestión del riesgo y la caracterización de los procesos, así como a debilidades en la aplicación integral de la metodología definida en la Política y el procedimiento de Gestión del Riesgo Institucional, especialmente en lo relacionado con el análisis del contexto estratégico y la identificación de actividades críticas.
- **CONSECUENCIA:** Limitaciones en la consistencia y completitud de la información utilizada para la gestión del riesgo institucional, lo cual puede derivar en registros de riesgos que no incorporen de manera integral los elementos del contexto estratégico ni reflejen de forma adecuada las actividades críticas de los procesos. Esta situación puede afectar la trazabilidad, actualización y coherencia de la información, así como la definición y aplicación de acciones de tratamiento, seguimiento y control sobre los riesgos identificados, en el marco de los lineamientos institucionales establecidos.

RESPUESTA DEL PROCESO AUDITADO

“El proceso DYP acepta las la observación formulada a las actividades N° 2 y 3 reconociendo la necesidad de fortalecer la identificación de las actividades críticas que propender por la definición y emisión de lineamientos claros, específicos y consistentes que orienten a los procesos en la identificación completa, coherente y concordante de su contexto estratégico, conforme a lo establecido en el Manual Operativo del MIPG – DAFP (Versión 6), y que a su vez, permitan la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos.

No obstante, respecto a la actividad 1, “Identificar cambios en la Política de Administración de Riesgos”, es importante manifestar que el procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional, se encuentra actualmente en proceso de actualización, evento que inicia con la aprobación del lineamiento a cierre de la vigencia 2025, en el procedimiento se retira el enunciado que manifestaba la necesidad de un acto administrativo para su formalización, en concordancia con lo establecido en el

procedimiento DYP.PR.13 Actualización de la información documental de MIPG SIG y la propia DYP.PO.01 Gestión Integral de Riesgos. Se tiene proyectada la formalización del procedimiento DYP.PR.07 – Gestión del Riesgo Institucional en su versión 17 antes de finalizar el presente mes de mayo.”

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORÍA

De acuerdo con la respuesta, el proceso auditado (DYP – Direccionamiento y Planeación) acepta la observación, reconociendo la necesidad de fortalecer las actividades 2 y 3, y señala que la actividad 1 se encuentra en proceso de ajuste dentro de la actualización del procedimiento. En consecuencia, la observación se mantiene y deberá incorporarse en el Plan de Mejoramiento para la definición de acciones correctivas.

10.3. Procedimiento “DYP.PR.08 - Administración del Sistema Integrado de Gestión” (V4).

El objetivo del Procedimiento “DYP.PR.08 - Administración del Sistema Integrado de Gestión” es

“Administrar y mantener el Sistema Integrado de Gestión- SIG en el Jardín Botánico por medio del acompañamiento, ejecución, seguimiento y mejora de los sistemas de Gestión de Calidad, Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, cuyo propósito es la mejora continua del desempeño institucional y la satisfacción de las necesidades de los grupos de valor internos y externos a partir del cumplimiento de los requisitos establecidos para cada sistema y tomando como marco general el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)”.

Para lograr este objetivo, el procedimiento define roles y actividades específicas con sus respectivos responsables, las cuales serán evaluadas en relación con los deberes asignados a la segunda línea de defensa.

En este contexto, y dentro del presente ejercicio de auditoría, se realizó la revisión de las evidencias remitidas por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), con el fin de verificar la ejecución de las actividades previstas en el Procedimiento “DYP.PR.08” bajo su competencia.

Adelantado el ejercicio de verificación de evidencias aportadas, así como los aspectos abordados en mesa de trabajo sostenida el pasado 10 de abril del año en curso con el equipo de la OAP, la Oficina de Control Interno pudo establecer que frente al procedimiento DYP PR.08, se presentan debilidades en el reporte de evidencias de cumplimiento de las actividades 2, 7 y 9 por parte de la OAP como segunda línea de aseguramiento, las cuales se esgrimen a continuación:

OBSERVACION N° 03: Debilidades en la documentación soporte de cumplimiento de las actividades N.º 2, 7 y 9 establecidas en el procedimiento DYP.PR.08 – Administración del Sistema Integrado de Gestión (V4).

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidades en la documentación soporte de cumplimiento de las actividades previstas en el procedimiento DYP PR.08 falencias en reporte de evidencias por parte de la segunda línea de aseguramiento.
- **PRUEBA DE AUDITORÍA:** El equipo auditor adelanto como prueba de cumplimiento, la revisión y verificación de los soportes allegados por la OAP sobre los cuales se soporta la ejecución de la gestión de Administración del Sistema Integrado de Gestión” al interior de la entidad, para ello los profesionales que adelantaron la evaluación, efectuaron la validación de aspectos relacionados con la actualización de política y objetivos SIG, monitoreo y seguimiento al desempeño SIG, y seguimiento Políticas, objetivos e indicadores del SIG..
- **CRITERIO:** Versión 4 del procedimiento “DYP.PR.08 - Administración del Sistema Integrado de Gestión”
 - “Actividad 2 - Definir y/o actualizar la política y los objetivos de cada uno de los componentes del SIG”.
 - “Actividad 7 – Realizar monitoreo y seguimiento del desempeño del SIG”.
 - “Actividad 9 – Realizar el seguimiento de las Políticas, objetivos e indicadores del SIG”.
- **CONDICION:**
 - a. Frente a la actividad de definir y/o actualizar la política y los objetivos de cada uno de los componentes del SIG de acuerdo con las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno observó que si bien en la página web se encuentra información relacionada con la política SIG, no fue posible constatar el documento de política, en donde se pueda identificar aspectos relacionados con su definición y actualización, así mismo tampoco fue posible validar el mismo aspecto frente a los objetivos SIG denotando debilidades en la entrega y confiabilidad de las evidencias aportadas en el presente ejercicio de evaluación.
 - b. Respecto al monitoreo y seguimiento del desempeño SIG, no se identificaron por parte del equipo auditor, soportes que permitieran validar la realización de estas gestiones en temas como medición del desempeño al cumplimiento de los resultados obtenidos en los planes, programas, procesos, procedimientos de la entidad, así como tampoco a las actividades para la implementación y mantenimiento de las políticas y objetivos de los sistemas de Gestión y la identificación de oportunidades de mejora del análisis de los instrumentos de evaluación adoptados, reiterándose nuevamente la debilidad frente al manejo y entrega de los soportes de cumplimiento de la actividad
 - c. En cuanto al cumplimiento de la actividad 9 del procedimiento DYP PR.08 relacionada con la evaluación del cumplimiento de los Objetivos e indicadores relacionados con las Políticas del SIG, si bien se evidencia el seguimiento efectuado por la OAP a los indicadores de gestión dentro de cada uno de los trimestres de 2025, no se cuenta con soporte documental que permita constatar la evaluación de objetivos SIG, y la aplicación del DYP.PR.08.F.16 Formato Alineación Políticas –

Objetivos – Indicadores SIG para efectuar el análisis de los respectivos componentes, permitiendo identificar debilidades en el cumplimiento de la actividad correspondiente.

- **POSIBLE CAUSA:** Las debilidades identificadas dentro del presente ejercicio de auditoría son ocasionadas por falencias en reporte de evidencias por parte de la segunda línea de aseguramiento.
- **CONSECUENCIA:** Las falencias en reporte de evidencias por parte de la segunda línea de aseguramiento frente al cumplimiento de las actividades N.º 2, 7 y 9 “DYP.PR.08 - Administración del Sistema Integrado de Gestión” por parte de la segunda línea, pueden generar posibles afectaciones reputacionales para la entidad, por la falta de cumplimiento de los deberes y obligaciones establecidas en las herramientas de gestión institucional.

RESPUESTA DEL AUDITADO

“El proceso DYP acepta la observación formulada reconociendo la necesidad de fortalecer la trazabilidad y consolidación documental de las evidencias asociadas al procedimiento DYP.PR.08 – Administración del Sistema Integrado de Gestión (V4). No obstante, es importante precisar que actualmente la dependencia adelanta un proceso de actualización y ajuste del procedimiento desde un enfoque integral alineado al MIPG, teniendo en cuenta que el procedimiento vigente fue concebido originalmente bajo la estructura y lineamientos de las normas ISO.

En este contexto, la actualización busca armonizar las actividades, soportes, mecanismos de seguimiento y controles documentales con los lineamientos de MIPG, fortaleciendo la articulación institucional y la trazabilidad de evidencias.”

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORÍA

De acuerdo con la respuesta, el proceso auditado (DYP – Direccionamiento y Planeación) acepta la observación, reconociendo la necesidad de fortalecer la trazabilidad, consolidación y soporte documental de las evidencias asociadas a las actividades 2, 7 y 9 del procedimiento, en el marco de un proceso de actualización alineado al MIPG. En consecuencia, la observación se mantiene y deberá incorporarse en el Plan de Mejoramiento para la definición e implementación de acciones de mejora correspondientes.

10.4 Procedimiento “DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional” (V7).

El procedimiento “DYP.PR.17 - Administración del Sistema Integrado de Gestión” tiene como objetivo: *“Elaborar y ejecutar el Plan de Acción Institucional (PAI) del Jardín Botánico José Celestino Mutis - JBJCM, coordinando las actividades de la Entidad, alineando metas sectoriales, objetivos, metas, presupuesto, indicadores de gestión y planes institucionales, con el fin de garantizar una gestión efectiva y eficiente”.*

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de cada vigencia y conforme al rol legal de evaluación y seguimiento, la Oficina de Control Interno (OCI) realiza la revisión del PAI en aspectos de seguimiento, evaluación y publicación. Por esta razón, en el presente ejercicio de auditoría se verificaron actividades procedimentales relacionadas con la formulación y el reporte del Plan de Acción Institucional.

- a. Actividad N° 1: *“Se remiten los lineamientos para la formulación del PAI, de acuerdo con la normativa vigente, a través del aplicativo de correspondencia GEA.”*
- b. Actividad N° 2: *“Se formulan los 5 componentes del PAI al inicio de la vigencia (Metas Sectoriales, Objetivos y Metas, Presupuesto, Indicadores y Plan Integrado) mediante formato DYP.PR.17. F.01 Matriz Plan de Acción Institucional, y remitirlo a la Oficina Asesora de Planeación para su revisión”.*
- c. Actividad N° 3: *“Se revisa y consolida la formulación definida en cada uno de los componentes, validando su coherencia con las herramientas de gestión de la Entidad”.*
- d. Actividad N° 4: *“La Oficina Asesora de Planeación presenta ante Comité Institucional de Gestión y Desempeño (MIPG) el Plan de Acción Institucional para su aprobación”.*

Con el propósito de constatar el cumplimiento de las mencionadas actividades, el equipo auditor efectuó verificación del material documental entregado por el proceso auditado. En ese sentido es preciso indicar que frente a la actividad 1 consistente en remitir los lineamientos para la formulación del PAI, de acuerdo con la normativa vigente, a través del aplicativo de correspondencia GEA, la Oficina de Control Interno pudo constatar que este documento fue remitido a través del Aplicativo GEA mediante memorando 2025JBB600068964 del 14 de noviembre de 2026, cumpliéndose así con este aspecto.

Respecto de la actividad 4 relacionada con la presentación por parte de la Oficina Asesora de Planeación ante Comité Institucional de Gestión y Desempeño (MIPG) del Plan de Acción Institucional para su aprobación, fue posible establecer que la herramienta fue debidamente presentada para su aprobación al Comité MIPG, de la entidad esto mediante acta 01 del 27 de enero de 2026.

Ahora bien, frente a las actividades 2 y 3 del procedimiento *“DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional”* (V7), se pudieron identificar las siguientes situaciones:

OBSERVACION N° 04. Falta de controles al interior del procedimiento *“DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional”* (V7) para la recepción y revisión de información por parte de la segunda línea de aseguramiento en la etapa de formulación de la herramienta de Planeación estratégica.

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidades en la formulación del Plan de Acción Institucional (PAI), debido a falta de controles al interior del procedimiento *“DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional”* (V7)

para la recepción y revisión de información por parte de la segunda línea de aseguramiento en la etapa construcción de la herramienta de Planeación estratégica.

- **PRUEBA DE AUDITORÍA:** En el marco del ejercicio de auditoría, se llevó a cabo la revisión y verificación de las evidencias allegadas por la OAP relacionadas con aspectos de la formulación del PAI tales como envío de lineamientos para la formulación del PAI, formulación y presentación PAI.
- **CRITERIO:** Versión 7 del procedimiento “DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional”.
 - Actividad 2 – “Se formulan los 5 componentes del PAI al inicio de la vigencia (Metas Sectoriales, Objetivos y Metas, Presupuesto, Indicadores y Plan Integrado) mediante formato DYP.PR.17. F.01 Matriz Plan de Acción Institucional, y remitirlo a la Oficina Asesora de Planeación para su revisión”.
 - Actividad 3 – “Se revisa y consolida la formulación definida en cada uno de los componentes, validando su coherencia con las herramientas de gestión de la Entidad”.
- **CONDICION:**
 - a. Verificados los soportes allegados por la segunda línea, no fue posible evidenciar de que manera dentro de la actividad 2 se efectúa por parte de los procesos la remisión del formato “DYP.PR.17. F.01 Matriz Plan de Acción Institucional” a la Oficina Asesora de Planeación, no se identificó si esta gestión se efectúa de manera formal a través del aplicativo GEA o mediante correo electrónico institucional, esto denota falta de controles por parte de la segunda línea al interior del procedimiento evaluado enfocados al aseguramiento de la entrega, cruce y trazabilidad de la información necesaria para la formulación de la herramienta estratégica.
 - b. Así mismo frente a la actividad 3 la Oficina de Control Interno, basado en las evidencias y lo contenido en el procedimiento DYP.PR.17, no pudo establecer de que manera se adelanta la validación de coherencia de los componentes del PAI con las demás herramientas de gestión, actividad que es necesario que sea descrita específicamente al interior del procedimiento como punto de control dentro de la revisión a la formulación del PAI.
- **POSIBLE CAUSA:** Las debilidades identificadas dentro del presente ejercicio de auditoría son ocasionadas por falta de controles al interior del procedimiento “DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional” (V7) para la recepción y revisión de información por parte de la segunda línea de aseguramiento en la etapa construcción de la herramienta de Planeación estratégica.
- **CONSECUENCIA:** La falta de controles dentro de las actividades de formulación del PAI, pueden conllevar a posibles afectaciones reputacionales para la entidad por no asegurar y documentar dentro del procedimiento DYP.PR.17 en debida forma la remisión, revisión y devolución de la información que

se comparte entre las líneas de aseguramiento en cumplimiento de la actividad 2 y 3 del citado procedimiento.

RESPUESTA DEL AUDITADO

“En atención a la observación relacionada con la “Falta de controles al interior del procedimiento DYP.PR.17 - Formulación, Reporte, Seguimiento, Evaluación y Publicación del Plan de Acción Institucional (V7), para la recepción y revisión de información por parte de la segunda línea de aseguramiento en la etapa de formulación de la herramienta de planeación estratégica”, la Oficina Asesora de Planeación se permite informar que acepta la observación formulada por la Oficina de Control Interno.

No obstante, como se mencionó durante el proceso de auditoría, la actualización del procedimiento ya se encontraba contemplada dentro del Plan de Actualización Documental de la Oficina. Asimismo, se aclara que, en la etapa de formulación del Plan de Acción Institucional, actualmente se desarrolla la actividad de revisión y validación de la información, atendiendo al rol de la segunda línea de defensa y aseguramiento ejercido por la OAP.

En este sentido, se realizará la actualización del procedimiento DYP.PR.17 con el fin de incorporar de manera explícita dicha actividad y fortalecer los controles asociados a la recepción, revisión y validación de la información durante la etapa de formulación de la herramienta de planeación estratégica.”

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORÍA

De acuerdo con la respuesta, el proceso auditado (DYP – Direccionamiento y Planeación) acepta la observación y manifiesta que, aunque actualmente se realizan actividades de revisión y validación en la formulación del PAI, se requiere fortalecer su formalización y documentación dentro del procedimiento. La observación se mantiene y debe ser incluida en el Plan de Mejoramiento para la implementación de las acciones correspondientes.

10.5. Política “DYP.PO.02 Gestión del Conocimiento y la Innovación” (V1).

Considerando que la entidad cuenta con la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”, en su versión N.º 1 adoptada el 20 de diciembre de 2022, y que a la fecha del presente informe no ha sido objeto de actualización, se verificó su alineación con la versión 1 del “Lineamiento Técnico de Gestión del Conocimiento y la Innovación”, la “Guía para la Implementación de la Gestión del Conocimiento y la Innovación en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)” y el “Manual Operativo del MIPG”, versión 6.1.

Como resultado de la revisión, se establece que la política incorpora los principios, enfoques y metodologías definidos a nivel nacional, incluyendo el doble ciclo de la gestión del conocimiento, el

enfoque PHVA y los cuatro ejes estratégicos. Adicionalmente, el documento integra el análisis del contexto organizacional, evidenciando la caracterización del talento humano, la identificación de procesos misionales vinculados a la gestión del conocimiento y el uso de herramientas tecnológicas para la gestión y análisis de la información, en concordancia con el marco del MIPG.

No obstante, se observa que el principal soporte operativo con el que cuenta la entidad corresponde al procedimiento “DYP.PR.18 – Inventarios de conocimiento tácito y explícito”, el cual aporta a la identificación y preservación del conocimiento institucional; sin embargo, su alcance se concentra fundamentalmente en la etapa de captura e inventario, sin abarcar de manera integral la totalidad de componentes y acciones previstos en la política institucional y en los lineamientos del DAFP. En este contexto, se identifica la siguiente oportunidad de mejora:

OPORTUNIDAD DE MEJORA N° 01. Ampliación de los instrumentos para la implementación integral de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Se identifica como oportunidad de mejora el fortalecimiento y la ampliación de los instrumentos internos que soportan la implementación integral de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”, considerando que actualmente la entidad cuenta, como principal instrumento operativo, con el procedimiento “DYP.PR.18 – Inventarios de conocimiento tácito y explícito”. Si bien este aporta a la identificación y preservación del conocimiento institucional, su alcance se concentra en la etapa de captura e inventario, sin cubrir de manera integral los componentes y acciones definidos en la política y en los lineamientos del DAFP.

En este marco, se identifica la posibilidad de complementar los instrumentos existentes para fortalecer la sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas, la transferencia y retención del conocimiento, el uso de analítica institucional con enfoque predictivo y prospectivo, y la consolidación de espacios formales de ideación, aprendizaje e innovación, orientados a promover el uso, la apropiación, el análisis y la mejora continua del conocimiento institucional, en coherencia con la política y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

10.5.1. Implementación de la V1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.

La Política DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación, en su numeral 11 “Implementación de la Política”, contempla 27 actividades, de las cuales una tuvo ejecución explícita en 2022, derivada del autodiagnóstico 2021: “Pensar qué se quiere lograr. Socializar con el equipo de innovación los resultados del autodiagnóstico 2021”.

La actividad de “Aprobación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación del JBB” no aplica para las vigencias auditadas, pues dicha aprobación y socialización se realizó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en la sesión N.º 10 del 18 de agosto de 2022. Al no haberse actualizado la política desde su adopción, esta acción se califica como no aplicable.

Para la vigencia 2026, únicamente se evaluaron las actividades programadas hasta el 28 de febrero; aquellas con ejecución posterior se clasificaron como no aplicables, al encontrarse fuera del alcance de la auditoría.

Respecto a las demás actividades, aunque la política no define una periodicidad específica, sí contempla acciones mensuales, por lo que se interpreta que su ejecución debe ser anual. En consecuencia, el equipo auditor verificó las actividades realizadas entre el 1 de enero de 2025 y el 28 de febrero de 2026, evidenciando el nivel de cumplimiento correspondiente.

A continuación, se relacionan las 25 actividades evaluadas por el equipo auditor en el marco de lo establecido en el numeral 11 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.

Tabla 3. Resultado de la verificación de las actividades de Implementación de la Política DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación 2025 y 2026.

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Planeación	Autodiagnóstico	Análisis de brechas con respecto a los lineamientos de la política.	Oficina Asesora de Planeación	Febrero	<p>Se evidencia el documento titulado “<i>Diagnóstico Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación del Jardín Botánico José Celestino Mutis</i>”, el cual no cuenta con fecha que permita establecer la trazabilidad de su elaboración ni de su aprobación. En el documento establece como objetivo “<i>la elaboración de un autodiagnóstico con base en mediciones e índices institucionales (FURAG 2024 e IIP 2025) para identificar el nivel de implementación de la política y proponer acciones asociadas</i>”; sin embargo, el contenido no presenta una medición explícita del nivel de implementación, limitándose a la formulación de recomendaciones sin una conclusión cuantitativa o cualitativa que lo determine.</p> <p>Por otra parte, el “<i>N° 7. AUTODIAGNOSTICO</i>” de la Política DYP.PO.02 V1, establece el uso anual de la herramienta suministrada por Función Pública, la cual incluye el formulario de autodiagnóstico, gráficas de resultados y formato de plan de acción. No obstante, durante las vigencias auditadas no se evidenció la aplicación ni el diligenciamiento de dicha herramienta, lo cual impide verificar su uso sistemático conforme a lo definido en la política y limita la trazabilidad del seguimiento al avance de su implementación.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Planeación	Elaboración Plan de Trabajo	Elaboración del cronograma de trabajo para la implementación de la política.	Equipo de innovación	Febrero	<p>Con base en la evidencia revisada, se concluye que la actividad relacionada con la elaboración del Plan de Trabajo se considera cumplida para la vigencia 2025, toda vez que el Acta N.º 40 del 12 de marzo de 2025 evidencia la estructuración y organización de dichas actividades, y el Acta N.º 73 del 31 de marzo de 2025 registra la aprobación del Plan de Acción 2025 de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, lo cual permite acreditar el producto esperado.</p> <p>En contraste, para la vigencia 2026, la evidencia correspondiente a la reunión del Equipo de Gestión del Conocimiento y la Innovación del 18 de febrero de 2026 únicamente da cuenta de avances preliminares asociados al uso de insumos diagnósticos y a la definición de lineamientos para la formulación del plan, sin que se evidencie la socialización de los resultados del autodiagnóstico ni la elaboración, consolidación o aprobación formal del Plan de Trabajo, por lo que la actividad no se considera cumplida para dicha vigencia.</p>
Planeación	Categorizar los conocimientos	Realizar el diagnóstico del avance en la categorización de conocimiento explícito e implícito del proceso de Generación del Conocimiento.	Equipo innovación - Subdirección Científica	Abril, Julio, Octubre	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que "para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes". No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>
Planeación	Formulación de política	Formulación de Política de Gestión del Conocimiento e Innovación	Equipo innovación - Subdirección Científica	Abril	<p>Teniendo en cuenta que la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación fue formulada y adoptada en agosto de 2022, y que no se adelantaron procesos de reformulación ni actualización posteriores, la actividad se califica como incumplida para el 2025.</p> <p>Para el 2026 y dado que el mes de ejecución programado se encuentra por fuera del alcance definido para la auditoría (abril), la actividad se califica como no aplicable.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Planeación	Socialización	Socializar la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación del JBB.	Equipo innovación - Subdirección Científica	Mayo	<p>La actividad tiene debilidades en su cumplimiento, en la medida en que se evidencia socialización con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (agosto de 2022) y con el Equipo de Gestión del Conocimiento y la Innovación (marzo de 2025 y febrero de 2026), así como su publicación en la página web institucional. No obstante, dado que la socialización de una política en el marco del MIPG debe propender por la apropiación y comprensión por parte de toda la entidad, y no únicamente por instancias directivas o equipos focalizados, la evidencia no permite concluir su socialización integral, al no identificarse acciones orientadas al conjunto de servidores y contratistas del JBB.</p> <p>Para la vigencia 2026 el mes de ejecución (mayo) se encuentra por fuera del alcance de la auditoría.</p>
Planeación	Identificar las necesidades de conocimiento	Identificar manualmente las necesidades de conocimiento asociadas a la formación y capacitación requeridas por el personal de la Entidad. Evaluar e implementar acciones de mejora.	Talento Humano	Diciembre	<p>Se evidencia un cumplimiento con debilidades, en tanto el proceso de Gestión del Talento Humano se observó la encuesta "Diagnóstico de Necesidades Plan Institucional de Capacitación 2026" como insumo para la formulación del plan de capacitaciones. No obstante, la evidencia presentada no permite verificar de manera integral el alcance del ejercicio, particularmente en lo relacionado con su enfoque específico en gestión del conocimiento, la aplicación de mecanismos estructurados para su levantamiento y la incorporación de acciones de mejora derivadas del análisis. Adicionalmente, se evidenció que la encuesta utilizada como insumo para la identificación fue diligenciada únicamente por 19 colaboradores, lo cual no constituye una muestra representativa del total del personal. Esta situación genera un riesgo de que las necesidades no sean identificadas de manera completa ni objetiva, afectando la pertinencia de las acciones de capacitación y limitando la toma de decisiones informadas en materia de fortalecimiento de capacidades institucionales. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (diciembre) se encuentra fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Ideación	Elaborar una propuesta de definición de espacios de creación e ideación para generar soluciones efectivas a problemas cotidianos de la Entidad.	Equipo Innovación	Marzo	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que "para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes". No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Generación y producción	Ideación	Socialización de la propuesta de definición de espacios de creación e ideación a los Directivos.	Equipo Innovación	Julio, Agosto	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Ideación	Presentación de la propuesta a la Comisión de Personal	Equipo Innovación	Mayo	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Experimentación	Desarrollar pruebas de experimentación, documentar, analizar y tomar decisiones sobre los resultados.	Oficina Asesora de Planeación	Julio, Agosto, Septiembre	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Generación y producción	Experimentación	Revisión proyectos finalistas.	Equipo Innovación	Octubre	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Innovación	Incluir en la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación el componente de cultura organizacional.	Equipo innovación (Planeación - Talento Humano)	Junio	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Innovación	Identificar, analizar, evaluar y poner en marcha métodos para aplicar procesos de innovación en la entidad.	Equipo Innovación	Julio	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Generación y producción	Innovación	Diplomado en Innovación para funcionarios.	Talento Humano	Noviembre	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución se encuentran por fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Innovación	Curso de Innovación abierto para contratistas y funcionarios.	Oficina Asesora de Planeación	Julio	<p>Para el 2025 se observa un cumplimiento parcial de la actividad, dado que los certificados aportados evidencian la participación de un contratista en dos sesiones (básica e intermedia) del “Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Innovación Pública” durante 2025, lo cual demuestra la ejecución de acciones puntuales de formación en innovación. Sin embargo, esta evidencia resulta limitada frente al alcance de la actividad, que plantea un curso abierto tanto para contratistas como para funcionarios. La limitada participación en el curso, restringida a un solo contratista e incluso sin la asistencia del equipo de innovación, genera el riesgo de que el fortalecimiento de capacidades no se desarrolle de manera homogénea en la entidad. Esta situación puede afectar la apropiación institucional del enfoque de innovación y dificultar la consolidación de una cultura organizacional orientada a su promoción y aplicación. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (julio) se encuentra fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Innovación	Incluir dentro de la semana de Investigación el componente de Innovación y socializar los resultados.	Equipo Innovación	Febrero	<p>Para la vigencia 2025, se da cumplimiento de la actividad, en tanto el documento “Memorias X Semana de la Investigación 2025” (de octubre 2025) evidencia la realización del evento y la socialización de resultados de múltiples investigaciones, a través de presentaciones, ponencias, talleres y resúmenes documentados. Esto permite verificar que la Semana de la Investigación funcionó como un espacio de divulgación del conocimiento institucional.</p> <p>No se aportó evidencia documental que respalde la ejecución de la actividad, ni en la respuesta a la solicitud de información N.º 2 ni en la mesa de trabajo realizada el 08 de mayo de 2026.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Generación y producción	Investigación	Identificar las necesidades de investigación en la entidad, implementar acciones y evaluarlas.	Equipo Innovación	Diciembre	<p>Para el 2025 se da cumplimiento, dado que el acta del Comité de Investigación evidencia la identificación de líneas, temáticas y proyectos de investigación para la vigencia 2025, los cuales responden a necesidades institucionales y del entorno, así como su aprobación formal por las diferentes subdirecciones, según el acta del 25 de marzo de 2025. Si embargo, la evidencia no permite verificar de manera integral el cumplimiento de la actividad, ya que no se documenta explícitamente el seguimiento a la implementación de las investigaciones ni la evaluación de resultados o acciones de mejora derivadas.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (diciembre) se encuentra fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Investigación	Participar en el Congreso Colombiano de Botánica.	Equipo Innovación	Noviembre	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que "para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes". No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (noviembre) se encuentra fuera del alcance.</p>
Generación y producción	Investigación	Participar como asistente o panelista en eventos académicos nacionales o internacionales gestionados por la entidad.	Equipo Innovación	Noviembre	<p>En el 2025 se da cumplimiento de la actividad, en tanto el documento evidencia la participación en un evento académico de carácter internacional (Taller de Protocolos de Propagación y reunión de la Red Sudamericana de Jardines Botánicos), soportada mediante los certificados de participación. Esto demuestra la vinculación efectiva a espacios de intercambio técnico y académico promovidos por la entidad.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (noviembre) se encuentra fuera del alcance.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Herramientas de uso y apropiación	Identificación, apropiación y funcionamiento de los repositorios de conocimiento.	Identificar y evaluar el estado de funcionamiento de las herramientas de uso y apropiación del conocimiento.	Sistemas	Junio y Julio	<p>Para el 2025 se tiene un cumplimiento parcial de la actividad, en tanto los documentos aportados evidencian ejercicios de diagnóstico y análisis del estado actual en materia de gestión de información y datos, identificando brechas, fortalezas y oportunidades de mejora a nivel institucional. Estos análisis incluyen la evaluación de dimensiones asociadas a capacidades tecnológicas, sistemas de información, gobernanza de datos y uso del conocimiento, lo que permite inferir una aproximación al estado de algunas herramientas relacionadas</p> <p>No obstante, la evidencia no permite verificar de manera específica la identificación y evaluación directa de las herramientas de uso y apropiación del conocimiento, ya que el enfoque de los documentos es más amplio (gestión de información, datos y capacidades digitales) y no detalla un inventario, estado de funcionamiento ni criterios de evaluación de dichas herramientas.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución (junio y julio) se encuentran por fuera del alcance.</p>
Herramientas de uso y apropiación	Identificación, apropiación y funcionamiento de los repositorios de conocimiento.	Identificar, clasificar y actualizar el conocimiento tácito de la entidad para la planeación del conocimiento requerido por la entidad.	Sistemas	Julio y agosto	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que "para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes".</p> <p>No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución (julio y agosto) se encuentran por fuera del alcance.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Herramientas de uso y apropiación	Identificación, apropiación y funcionamiento de los repositorios de conocimiento.	Reunión Oficina de Sistemas para identificar las necesidades de tecnología para la gestión del conocimiento y la innovación en la Entidad. Identificar acciones a corto, mediano y largo plazo, para su adecuada gestión y evaluación trimestralmente.	Sistemas	Junio	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (junio) se encuentra fuera del alcance.</p>
Herramientas de uso y apropiación	Identificación, apropiación y funcionamiento de los repositorios de conocimiento.	Reunión con la Subdirección Educativa para contar con repositorios de conocimiento de fácil acceso y socializados al interior de la Entidad.	Sistemas	Julio y agosto	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que los meses de ejecución (julio y agosto) se encuentran por fuera del alcance.</p>
Analítica Institucional	Análisis y visualización de datos e información	Elaborar una propuesta para la analítica de datos en la Entidad.	Sistemas	Noviembre	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022. Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (noviembre) se encuentra fuera del alcance.</p>

Componente	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Mes	Conclusión Verificación OCI
Cultura de compartir y difundir	Establecimiento de acciones fundamentales	Elaborar propuesta para desarrollar proyectos de aprendizaje en equipo (PAE).	Equipo innovación (Talento Humano - Subdirección Educativa)	Noviembre	<p>No se allegaron soportes de la actividad para el 2025, toda vez que el proceso manifiesta que “para las demás actividades no se cuenta con evidencia debido a que el plan de acción registrado en el documento de la política corresponde al de la vigencia 2022 y dichas actividades se realizaron únicamente en ese año, en razón a que al inicio de cada vigencia se formula un nuevo plan de acción con actividades diferentes”. No obstante, una vez revisada la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, no se evidencia que su aplicación esté limitada exclusivamente a la vigencia 2022.</p> <p>Para la vigencia 2026, no aplica la evaluación, teniendo en cuenta que el mes de ejecución (noviembre) se encuentra fuera del alcance.</p>

Fuente: Elaboración Propia.

Mencionado lo anterior, se emite la siguiente observación:

OBSERVACION N° 05. Bajo nivel de cumplimiento en la implementación de la versión 1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida reputacional por debilidades en la formulación e implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación (DYP.PO.02) por la falta de alineación con los instrumentos establecidos por MIPG.
- **PRUEBA DE AUDITORÍA:** Revisión de los soportes documentales correspondientes a las actividades establecidas en la Política DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación, específicamente en el numeral 11 “Implementación de la Política”, para las vigencias 2025 y 2026.
- **CRITERIO:** Versión 1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.
- **CONDICION:** Se evidencia un bajo nivel de cumplimiento en la ejecución del plan de acción de la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación, toda vez que en la vigencia 2025, de 25 actividades objeto de evaluación, únicamente 8 fueron cumplidas (32%), mientras que 17 no se ejecutaron; por su parte, en la vigencia 2026, a corte febrero 2026 no se dio cumplimiento a ninguna de las 3 actividades programadas para el 1 bimestre de la vigencia.

Tabla 4. Cumplimiento de actividades de Implementación Política DYP.PO.02

Vigencia	Total Actividades			Cumple	No Cumple	% Cumplimiento
	De implementación	No Aplican para evaluación	Objeto de evaluación			
2025	27	2	25	8	17	32%
2026	27	24*	3	0	3	0%

Elaboración Propia. Fuente: verificación realizada por la OCI a los soportes documentales allegados por el auditado.

Lo anterior evidencia debilidades tanto en la ejecución como en la adecuada planeación, continuidad y consistencia del plan de implementación establecido Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”.

- **POSIBLE CAUSA:** Debilidades en la planeación y formulación del plan de implementación de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”, falta de articulación entre las áreas responsables, ausencia de seguimiento sistemático a las actividades programadas y deficiencias en la gestión documental que soporta la ejecución. Asimismo, se identifica una inadecuada interpretación del carácter permanente de la política, asumiendo que algunas actividades no son exigibles en vigencias posteriores.
- **CONSECUENCIA:** Incumplimiento de los lineamientos institucionales establecidos en la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”, afectación del ciclo de mejora continua y de la gestión del conocimiento en la entidad, pérdida de oportunidades para fortalecer capacidades institucionales y baja efectividad en la generación, apropiación y difusión del conocimiento, lo cual puede impactar negativamente en el logro de los objetivos estratégicos.

RESPUESTA DEL AUDITADO

“El proceso DYP acepta la observación formulada y precisa que la Política DYP.PO.02 Gestión del Conocimiento y la Innovación corresponde a un documento formulado en la vigencia 2022, cuyo plan de acción fue estructurado específicamente para dicha anualidad.

No obstante, es importante señalar que la actualización de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación se encuentra contemplada dentro del Plan de Trabajo de Actualización Documental de la Oficina Asesora de Planeación, escenario en el cual se efectuarán las revisiones y ajustes metodológicos, estratégicos y operativos pertinentes, con el fin de armonizar el instrumento con las dinámicas institucionales actuales, los lineamientos del MIPG y las necesidades de fortalecimiento institucional identificadas.

En este contexto, la actualización permitirá redefinir lineamientos, mecanismos de implementación, seguimiento y evaluación, así como estructurar un nuevo plan de acción alineado con las vigencias y necesidades institucionales actuales.”

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORIA

De acuerdo con la respuesta, el proceso auditado (DYP – Direccionamiento y Planeación) acepta la observación por lo cual se mantiene y deberá ser incorporada en el Plan de Mejoramiento para la definición de las acciones correspondientes.

10.5.2. Plan de trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación.

De conformidad con la versión 1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”, la entidad debe formular, implementar y realizar seguimiento a un plan de trabajo anual para la implementación de la política, el cual debe estar articulado con los resultados del autodiagnóstico y aprobado por la instancia institucional competente.

En consecuencia, la entidad debe contar en cada vigencia con un plan de trabajo formalmente formulado, aprobado, ejecutado y sujeto a seguimiento. Bajo este criterio, el equipo auditor solicitó los planes correspondientes a las vigencias 2025 y 2026. En atención a dicha solicitud, y tras analizar la información allegada por el auditado (respuesta a la solicitud de información N.º 1 y mesa de trabajo del 8 de mayo de 2026), se evidenció que el plan de la vigencia 2026 no fue aportado, lo cual impide verificar que la entidad cuente, a la fecha, con este instrumento de planeación. Esta situación puede generar retrasos en la gestión, especialmente considerando que ya transcurre el segundo trimestre del año.

Respecto al plan de trabajo de la vigencia 2025, el proceso auditado remitió la matriz denominada “Plan de Trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación en el JBB – 2025”, documento que no se encuentra codificado en el Sistema de Gestión de Calidad. En dicha matriz se describen avances y se relacionan las carpetas del repositorio donde se custodian las evidencias de la ejecución reportada. Una vez verificada la información, se observó lo siguiente:

OBSERVACION N° 06. Debilidades en la aprobación, ejecución y seguimiento del Plan de Trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación 2025.

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida reputacional por debilidades en la formulación e implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación (DYP.PO.02) por la falta de alineación con los instrumentos establecidos por MIPG.
- **PRUEBA DE AUDITORIA:** Revisión y análisis documental de las actas de las sesiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en las que conste la revisión y aprobación del Plan de Trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación – vigencia 2025. Asimismo, verificación de los soportes documentales que respaldan la ejecución de las actividades previstas en dicho plan.
- **CRITERIO:** Versión 1 de la Política “DYP.PO.02 – Gestión del Conocimiento y la Innovación”:
 - Numeral 8.6 – Roles y responsabilidades (Segunda línea de defensa): establece que la Oficina Asesora de Planeación debe “*elaborar y hacer seguimiento mensual al plan de trabajo anual para la implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación*”.
 - Numeral 10 – Seguimiento a la implementación: dispone que el plan de acción para la gestión del conocimiento debe ser “*presentado ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional para su aprobación*”.

- Numerales 10 y 12 – Seguimiento e instrumento de implementación: señalan que el plan de trabajo “se elabora cada año con base en los resultados del autodiagnóstico... con seguimientos periódicos”.
- **CONDICION:**
 - a. No fue posible evidenciar el acta de la sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en las que conste la revisión y aprobación del Plan de Trabajo para la Gestión del Conocimiento y la Innovación – vigencia 2025.
 - b. El proceso auditado reportó un cumplimiento del plan de acción 2025 del 100%; sin embargo, una vez revisadas las evidencias allegadas, el recalcule efectuado por el equipo auditor determinó un cumplimiento real del **89%**, es decir, un 11% inferior a lo reportado. Lo anterior se debe a que, de las 21 actividades del plan, 4 registran porcentajes de avance inferiores al 100%, sin que ello se refleje adecuadamente en el consolidado de cumplimiento informado.

Tabla 5. Acciones del plan de acción 2025 con % de cumplimiento menor al 100%.

Actividad	Producto	% de cumplimiento			Verificación OCI
		Proceso Auditado	OCI	Variación	
Autodiagnóstico - Realizar el autodiagnóstico con base en herramientas DAFP	1 matriz de Excel con autodiagnóstico (herramienta DAFP)	100%	0%	-100%	<p>Se concluye que la actividad no cumple, dado que, aunque el proceso aporta como soporte un acta suscrita el 25 de noviembre de 2025 entre contratistas de la Oficina Asesora de Planeación en la que se propone el cambio metodológico del autodiagnóstico, este no fue formalizado ni actualizado en el plan de implementación de la política, el cual continúa estableciendo como producto la elaboración de la matriz de autodiagnóstico mediante la herramienta del DAFP. Adicionalmente, dicho cambio no evidencia haber sido aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancia competente para validar ajustes en instrumentos de planeación, lo que limita su validez institucional.</p> <p>En este sentido, la situación evidencia una posible debilidad en la segregación de responsabilidades y en los mecanismos de control interno, al realizar modificaciones sustanciales por actores operativos sin la debida aprobación de la instancia de gobierno correspondiente. Por lo tanto, no es posible reconocer el cumplimiento de la actividad bajo los términos inicialmente definidos, al no existir trazabilidad formal ni alineación con el procedimiento institucional establecido.</p>

Actividad	Producto	% de cumplimiento			Verificación OCI
		Proceso Auditado	OCI	Variación	
<p>Monitoreo de las condiciones de humedad en jardineras y arbolado joven - Tiene como objetivo definir la cantidad y la frecuencia del riego en las coberturas vegetales competencia del Jardín Botánico de Bogotá. Se realizará por medio de una red de sensores de bajo costo los cuales en tiempo real irán alimentando una base de datos, que a través de un análisis podrá emitir alertas tempranas y generar los protocolos de riego atendiendo la demanda de árboles jóvenes y jardineras.</p>	Documento técnico de investigación frente al monitoreo	100%	80%	-20%	<p>El documento allegado desarrolla el diseño del sistema de medición y presenta un protocolo técnico para la calibración de sensores de humedad de bajo costo, incluyendo la captura de datos en tiempo real mediante microcontroladores y el análisis para obtener mediciones confiables.</p> <p>No obstante, el alcance del documento se limita a la calibración y validación de los sensores, sin evidenciar la definición de la cantidad y frecuencia de riego, la generación de protocolos operativos de riego ni la emisión de alertas tempranas a partir del análisis de datos. Por lo tanto, aunque aporta a la base técnica del sistema, no demuestra por sí solo el cumplimiento integral del objetivo, en la medida en que no aborda la aplicación de la información para la toma de decisiones en el manejo del riego, así como tampoco se evidencia trazabilidad de elaboración, revisión y aprobación del documento, por lo que no se da cumplimiento al 100% de la acción.</p>
<p>Ejercicios de Transferencia de Conocimiento – TEC - Desarrollar sesiones de transferencia de conocimiento interno dentro del grupo de profesionales que hacen parte del proceso de Gestión de la Tecnología.</p>	Presentaciones Actas - Listados Repositorio	100%	75%	-25%	<p>Se evidencia un cumplimiento del 75% de la acción, en tanto se cuenta con soportes parciales de ejecución, como el acta de la sesión “Seguimiento Proceso TEC” del 19 de junio de 2025 (aunque no se encuentra debidamente suscrita) y la grabación y lista de asistencia de la sesión “Sesión Sensibilización IA - Interna Equipo TEC” realizada el 30 de julio de 2025. No obstante, la falta de suscripción del acta afecta la completitud y validez de los soportes, impidiendo reconocer el cumplimiento total de la acción.</p>
<p>Jornada de entrevista técnica - Realizar entrevistas técnicas para identificar el conocimiento tácito de los colaboradores del Jardín Botánico</p>	Documento de entrevista	100%	19%	-81%	<p>Se evidencia el documento “Sondeo de Conocimiento Tácito del Jardín Botánico José Celestino Mutis”, en el cual se registran tres entrevistas técnicas realizadas a colaboradores; sin embargo, estas se limitan a funcionarios de tres áreas misionales de la entidad. En este sentido, aunque la actividad “Realizar entrevistas técnicas para identificar el conocimiento tácito de los colaboradores del Jardín Botánico” presenta ejecución, su alcance no cubre de manera amplia a los colaboradores de la entidad, por lo cual se considera cumplida de manera parcial, al no evidenciarse una cobertura institucional que permita identificar el conocimiento tácito de forma más integral.</p>

Fuente: Elaboración Propia.

- **POSIBLE CAUSA:** Debilidades en la implementación de mecanismos de control orientados al seguimiento, verificación y validación del avance del plan de acción, así como la ausencia de

lineamientos claros para el registro sistemático de información que permita identificar la periodicidad, oportunidad y responsable de las verificaciones realizadas. Adicionalmente, se evidencian deficiencias en la gestión documental y en los procedimientos de archivo y custodia de las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, lo que impide contar con soporte formal que respalde la revisión y aprobación del Plan de Trabajo de la vigencia 2025.

- **CONSECUENCIA:** La ausencia del acta de aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño limita la trazabilidad y validez formal del Plan de Trabajo de la vigencia 2025, afectando la confiabilidad de la gestión documental y la transparencia del proceso de planeación. Asimismo, la sobreestimación del nivel de cumplimiento informado frente al resultado real identificado por el equipo auditor genera un riesgo de distorsión en la toma de decisiones, al proyectar un avance superior al efectivamente alcanzado. Esta situación puede derivar en retrasos en la implementación de acciones de mejora, disminución de la credibilidad institucional y dificultades para evaluar con precisión la efectividad de la política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.

RESPUESTA DEL AUDITADO

“En atención a la observación formulada, el proceso DYP se encuentra próximo a emitir la versión 2 de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, en la cual se establecerá la ruta para su implementación, precisando las instancias responsables de la aprobación del plan de acción, así como los roles y responsabilidades asociados a su ejecución, seguimiento y monitoreo.”

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORIA

De acuerdo con la respuesta, el proceso auditado (DYP – Direccionamiento y Planeación) acepta la observación por lo cual se mantiene y deberá ser incorporada en el Plan de Mejoramiento para la definición de las acciones correspondientes.

10.6. Procedimiento “DYP.PR.18 - Inventarios de conocimiento tácito y explícito” (V1).

Teniendo en cuenta el objetivo y alcance de la versión 1 del procedimiento “DYP.PR.18 – Inventarios de conocimiento tácito y explícito”, el cual involucra a todos los servidores públicos y contratistas sin distinción de su tipo de vinculación, y considerando su aplicación a nivel institucional, la Oficina de Control Interno adelantó la verificación del cumplimiento de la política de operación No. 3, que dispone la elaboración del inventario de conocimiento durante la permanencia en la entidad, así como de la Actividad 6 – Verificación de inventarios, orientada a comprobar su registro y consolidación por parte del Equipo de Gestión del Conocimiento e Innovación. Lo anterior, con el propósito de revisar la implementación del procedimiento de manera homogénea en los diferentes procesos.

En este contexto, y en atención al rol asignado al Equipo de Gestión del Conocimiento e Innovación, consistente en revisar las acciones desarrolladas por la primera línea y la aplicación del procedimiento y que el mismo se encuentra bajo la responsabilidad del proceso auditado (Direccionamiento y Planeación)

la Oficina de Control Interno requirió informar los mecanismos utilizados para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la política operacional N.º 3, así como remitir el formato diligenciado “DYP.PR.18.F.01 – Control de Inventarios de Conocimiento” de los procesos institucionales durante el periodo evaluado, con el fin de analizar la consistencia de los registros y la ejecución de lo establecido. Es así como se evidenció:

OBSERVACION N° 07. Debilidades en el cumplimiento de la política de operación o lineamientos N° 3 y la actividad de control N° 6 establecidas en la versión 1 del procedimiento “DYP.PR.18 – Inventarios de conocimiento tácito y explícito”.

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida reputacional por debilidades en la formulación e implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación (DYP.PO.02) por la falta de alineación con los instrumentos establecidos por MIPG.
- **PRUEBA DE AUDITORIA:** Revisión y análisis documental del cumplimiento de la política de operación o lineamientos N° 3 y la actividad de control N° 6 establecidas en la versión 1 del procedimiento “DYP.PR.18 – Inventarios de conocimiento tácito y explícito” durante las vigencias 2025 y 2026.
- **CONDICION:** Se evidenció que, aunque el proceso auditado remitió soportes relacionados con la solicitud de diligenciamiento de inventarios de conocimiento, estos corresponden únicamente a comunicaciones dirigidas a contratistas de la Oficina Asesora de Planeación durante el segundo semestre de 2025, sin que se observe la aplicación de esta directriz a la totalidad de las dependencias de la entidad.

Adicionalmente, en la verificación del formato “DYP.PR.18.F.01 – Control de Inventarios de Conocimiento”, se identificó que el registro se limita a catorce (14) contratistas de la misma dependencia, sin incluir información de los demás procesos de la entidad.

En este sentido, la evidencia disponible no permite constatar la implementación del lineamiento que establece la elaboración del inventario de conocimiento durante la permanencia en la entidad, ni el desarrollo del punto de control asociado a su verificación, en el conjunto de procesos que conforman la entidad (16 procesos en total).

- **POSIBLE CAUSA:** Ausencia de lineamientos operativos claros para la implementación del procedimiento a nivel institucional, sumado a debilidades en los mecanismos de articulación y coordinación entre el proceso líder (DYP) y los demás procesos de la entidad. Asimismo, se evidencian limitaciones en las actividades de seguimiento y control por parte del Equipo de Gestión del Conocimiento e Innovación, que no han permitido asegurar la aplicación homogénea del procedimiento ni la consolidación integral de la información.
- **CONSECUENCIA:** Registro parcial de los inventarios de conocimiento y disponibilidad limitada de información consolidada sobre el conocimiento tácito y explícito de la entidad, lo cual puede afectar la

trazabilidad de estos insumos, así como su utilización en procesos de transferencia, conservación y fortalecimiento de capacidades institucionales.

RESPUESTA DEL AUDITADO

“El proceso DYP acepta la observación formulada, aclarando que, si bien el ejercicio de identificación y consolidación de inventarios de conocimiento tácito y explícito se encuentra en sus primeras fases de implementación en la Entidad, el proceso contempla, en la actualización de la política, fortalecer su carácter vinculante, orientado a verificar la elaboración y entrega de dichos inventarios al finalizar la relación contractual con la Entidad.”

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORIA

De acuerdo con la respuesta, el proceso auditado (DYP – Direccionamiento y Planeación) acepta la observación por lo cual se mantiene y deberá ser incorporada en el Plan de Mejoramiento para la definición de las acciones correspondientes.

10.7. Procedimiento “DYP.PR.12 – Gestión del Cambio” V6.

En el marco del presente ejercicio de auditoría, se evaluó el procedimiento “DYP.PR.12 Gestión del Cambio”, considerando que su ejecución involucra tanto a los procesos responsables en calidad de primera línea como al proceso auditado (DYP - Direccionamiento y Planeación), Oficina Asesora de Planeación – OAP, en su rol de segunda línea de defensa, encargada de liderar, acompañar y verificar su implementación.

Es importante mencionar que, durante la vigencia 2024, la Oficina de Control Interno realizó la Auditoría Interna al Proceso de Direccionamiento y Planeación (DYP), de la cual se derivaron seis (6) planes de mejoramiento conformados por un total de siete (7) acciones. En atención a lo anterior, y dado que el procedimiento fue previamente revisado en dicho ejercicio, en el marco de la presente auditoría se incluyó la evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento No. 62, 63, 64, 65, 67 y 68, con el fin de determinar si las acciones implementadas contribuyeron a superar las situaciones identificadas y evitar su recurrencia.

Una vez verificada la información allegada por el proceso auditado, se evidenciaron debilidades en el cumplimiento de 10 de las 12 actividades que conforman el procedimiento. Si bien, como se ha indicado, la ejecución directa de varias de estas acciones recae en los líderes de proceso en el marco de la primera línea de defensa, la evaluación se orienta hacia el proceso auditado en virtud de su rol como segunda línea, responsable de coordinar, acompañar y verificar la gestión del cambio; realizar seguimiento periódico y socializar resultados ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD); revisar, aprobar y validar metodológicamente los planes; así como consolidar la información institucional y analizar los riesgos asociados al cambio.

En este sentido, la observación no se limita a la omisión en la ejecución operativa de las actividades, sino que se fundamenta en las debilidades en el ejercicio de supervisión, seguimiento y aseguramiento, conforme a los lineamientos del procedimiento y al modelo de líneas de defensa de MIPG.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 6. Verificación del cumplimiento de la V6 del procedimiento DYP.PR.12.

No	Actividad / Registro	Ejecución reportada DYP	Estado del Cumplimiento	Verificación OCI
1	Identificar posible cambio - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios	Durante la vigencia del 1 de enero de 2025 y el 28 de febrero de 2026 no se identificaron cambios que afectaran los procesos, actividades, metodologías de trabajo, prestación del servicio o la integridad del SIG.	Incumple	El proceso auditado entregó dos matrices de gestión del cambio, ambas asociadas al Portal MIPG, con fecha de elaboración junio 2025. Sin embargo, la entidad ha experimentado otras modificaciones relevantes, como la salida de operación del aplicativo “Central de Cuentas” en febrero de 2025, las cuales impactaron la operatividad administrativa del JBB y, por tanto, debieron gestionarse mediante el correspondiente proceso de cambio.
2	Analizar el impacto de los posibles cambios - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios		Incumple	Para la vigencia 2026, el proceso señala que se encuentra adelantando espacios de articulación; no obstante, la identificación de los cambios constituye la etapa inicial de esta gestión. Considerando que durante el periodo se realizaron jornadas de capacitación y que desde el 1 de mayo de 2026 entró en operación el GEA 2.0, la ausencia de registro de este cambio —que incluye la salida del GEA anterior y la puesta en marcha de la nueva versión— no resulta adecuada. Las situaciones descritas evidencian debilidades en la ejecución de esta actividad.
3	P.C Presentar, evaluar y validar el cambio ante el CIGD - DYP.PR.08.F.09 Acta de Comité MIPG		Incumple	En relación con la actividad P.C. de presentar, evaluar y validar el cambio ante el CIGD, no se allegaron soportes que evidencien su cumplimiento. En particular, no existe evidencia de que los cambios ocurridos durante 2025 hayan sido llevados a esta instancia para su análisis y validación. Asimismo, frente a la entrada en operación del GEA 2.0, aunque el sistema ya se encuentra en producción, tampoco se aportó documentación que demuestre su presentación y verificación ante el comité. Esta situación refleja el incumplimiento de la etapa de validación formal establecida en el procedimiento.
4	Elaborar Plan de Gestión del Cambio - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios		Cumple	Para los dos cambios reportados en 2025, correspondientes a: Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG y Prueba piloto de migración implementación del módulo MIPG, se evidenció en el formato DYP.PR.12.F.06 la existencia del respectivo plan y seguimiento del cambio. En ambos casos se programaron actividades orientadas a la evaluación de la funcionalidad, efectividad y pertinencia, con fecha máxima en diciembre de 2025, así como la identificación de oportunidades de mejora

No	Actividad / Registro	Ejecución reportada DYP	Estado del Cumplimiento	Verificación OCI
				durante enero y febrero de 2026. De acuerdo con los soportes revisados, dichas actividades fueron cumplidas conforme a lo previsto.
5	P.C. Revisar y avalar el plan de trabajo para la implementación del cambio - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios DYP.PR.08.F.09 Acta de Comité MIPG		Incumple	No se evidenciaron soportes que den cuenta de su cumplimiento. En particular, no se allegaron actas del CIGD u otros documentos que acrediten la revisión y aprobación formal de dichos planes de trabajo por parte del comité. Esta ausencia documental impide verificar que los planes asociados a los cambios hayan sido evaluados y avalados conforme a lo establecido en el procedimiento.
6	Socializar el Plan de Gestión del Cambio. - DYP.PR.08.F.09 Acta de Reunión		Incumple	En relación con la actividad Socializar el Plan de Gestión del Cambio, no se evidenciaron soportes que acrediten su ejecución. En particular, no se allegaron actas del CIGD ni otros registros que permitan confirmar la realización de espacios formales de socialización del plan a las instancias o actores correspondientes. Esta ausencia de evidencia documental impide verificar el cumplimiento de la actividad conforme a lo establecido en el procedimiento.
7	Consolidar Planes de Gestión de Cambios - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios		Cumple	En relación con la actividad, se evidenció el registro de los cambios Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG y Prueba piloto de migración e implementación del módulo MIPG en el formato DYP.PR.12.F.06, documentando la existencia de los respectivos planes de gestión del cambio.
8	Ejecutar el Plan de Gestión del Cambio - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios		Incumple	No se evidenciaron soportes que den cuenta del cumplimiento de los planes de gestión del cambio ni del monitoreo y validación de estos. Si bien el proceso auditado indicó que "no aplica", ambos planes incluyen tres actividades definidas: * solicitud de inducción al módulo (30 de agosto de 2025). Se allegan las grabaciones de las dos sesiones de capacitación. * evaluación de funcionalidad, efectividad y pertinencia (entre el 30 de septiembre y el 31 de diciembre de 2025). * identificación de oportunidades de mejora (enero y febrero de 2026).
9	P.C. Monitorear y validar el Plan de Gestión de Cambio. - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios		Incumple	Considerando que estas actividades se desarrollaron dentro del periodo auditado y no se allegaron los respectivos soportes, se evidencian debilidades en el cumplimiento de las actividades 8 y 9 del procedimiento de gestión del cambio.
10	Retroalimentar el Plan de Gestión de Cambio. -Correo electrónico y/o DYP.PR.08.F.09 Acta de Reunión		Incumple	El proceso auditado indicó que no se realizaron cambios y por lo tanto no aplica soporte de ejecución, sin embargo, se tiene identificada ejecución de cambios durante el 2025. A pesar de ello, no se allegaron soportes que evidencien la retroalimentación de los respectivos planes. Esta falta de evidencia documental impide verificar la aplicación de la mejora continua sobre los planes formulados, lo que refleja debilidad en el cumplimiento de esta actividad del

No	Actividad / Registro	Ejecución reportada DYP	Estado del Cumplimiento	Verificación OCI
				procedimiento.
11	Cerrar el Plan de Gestión del Cambio - DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios	Se realizó el cierre de los cambios N.º 1, N.º 3, N.º 6 y N.º 7, verificando el cumplimiento de las actividades definidas en los respectivos planes de gestión del cambio. 2026: No registra	Incumple	<p>En el marco del Plan de Mejoramiento No. 63 (actualmente en estado cerrado), al cual se le realiza prueba de efectividad en el presente ejercicio de auditoría, se evidenció el diligenciamiento de la matriz DYP.PR.12.F.07 – Formato Lecciones Aprendidas (V1 del 31 de enero de 2025), que incluye los aprendizajes derivados de los cambios relacionados con la sistematización de la gestión documental de MIPG-SIG, el sistema de alcantarillado del JBBJCM, la construcción del Centro de Atención al Visitante y la sistematización de los indicadores de gestión. Lo anterior se encuentra acorde con el formato vigente, considerando la actualización del procedimiento.</p> <p>No obstante, estos cambios corresponden a los analizados en la auditoría interna realizada por la OCI en 2024. En contraste, frente a los cambios ejecutados en las vigencias evaluadas en el presente ejercicio, no se evidenció el cierre de los planes de gestión del cambio correspondientes a la Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG y la Prueba piloto de migración e implementación del módulo MIPG. Esta situación evidencia que, aunque en su momento se implementaron acciones correctivas, no se adoptaron medidas preventivas que evitaran la recurrencia de la situación identificada. A la fecha, persiste la falta de cierre de los planes formulados en 2025, lo que refleja nuevamente el incumplimiento en la gestión del cambio. En consecuencia, se declara el Plan de Mejoramiento No. 63 como inefectivo y, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que incluya tanto acciones correctivas como preventivas.</p>
12	Documentar el cambio y lecciones aprendidas. -DYP.PR.12.F.06 Matriz de Gestión de Cambios DYP.PR.12.F.07 Lecciones aprendidas	2025: Se incluyeron los cambios asociados a los módulos MIPG y TAREAS en la Matriz de gestión del cambio, con el propósito de fortalecer la trazabilidad y control de las modificaciones implementadas 2026: No registra	Incumple	<p>En el marco del Plan de Mejoramiento No. 65 (actualmente en estado cerrado), objeto de prueba de efectividad en el presente ejercicio de auditoría, se evidenció el diligenciamiento del formato DYP.PR.12.F.06 – Matriz de Gestión del Cambio (versión 3 del 31 de enero de 2025), en el cual se registran los cambios correspondientes a la Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG y la Prueba piloto de migración e implementación del módulo MIPG.</p> <p>No obstante, estos soportes solo acreditan un cumplimiento parcial de la actividad, ya que no se evidenció el diligenciamiento del formato "DYP.PR.12.F.07 – Lecciones Aprendidas" para los planes asociados a dichos cambios. Esta situación pone de manifiesto que, si bien se adelantaron acciones correctivas, para el registro de las lecciones</p>

No	Actividad / Registro	Ejecución reportada DYP	Estado del Cumplimiento	Verificación OCI
				<p>aprendidas para los cambios que fueron objeto de observación por la OCI en el 2024, se evidencia reiteración en el incumplimiento del procedimiento de gestión del cambio.</p> <p>En consecuencia, se declara el Plan de Mejoramiento No. 65 como inefectivo y, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que integre acciones tanto correctivas como preventivas.</p>

Mencionado lo anterior, se emite la siguiente observación.

OBSERVACION N° 08: Debilidades en la ejecución, seguimiento y aseguramiento de la V6 del procedimiento “DYP.PR.12 – Gestión del Cambio”.

- **RIESGO DE AUDITORIA:** Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidades en la gestión de los cambios institucionales por la falta de control, monitoreo, validación formal, cierre, evaluación y compilación de lecciones aprendidas.
- **PRUEBA DE AUDITORIA:** Revisión y análisis documental del cumplimiento de la versión 6 del procedimiento “DYP.PR.12 – Gestión del Cambio” durante el periodo auditado.
- **CONDICION:** Debilidades en el cumplimiento de 10 de las 12 actividades del procedimiento “DYP.PR.12 – Gestión del Cambio”.
 - Actividad 1. Identificar posible cambio.
 - Actividad 2. Analizar el impacto de los posibles cambios.
 - Actividad 3. P.C Presentar, evaluar y validar el cambio ante el CIGD.
 - Actividad 5. P.C. Revisar y avalar el plan de trabajo para la implementación del cambio.
 - Actividad 6. Socializar el Plan de Gestión del Cambio.
 - Actividad 8. Ejecutar el Plan de Gestión del Cambio.
 - Actividad 9. P.C. Monitorear y validar el Plan de Gestión de Cambio.
 - Actividad 10. Retroalimentar el Plan de Gestión de Cambio.
 - Actividad 11. Cerrar el Plan de Gestión del Cambio.
 - Actividad 12, Documentar el cambio y lecciones aprendidas.
- **POSIBLE CAUSA:** Deficiencias en el ejercicio del rol del proceso auditado como segunda línea de defensa, evidenciadas en la falta de seguimiento sistemático, monitoreo y validación de la gestión del cambio, así como en la insuficiente articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Adicionalmente, se observa una limitada implementación de mecanismos de control y aseguramiento que permitan verificar el cumplimiento integral del procedimiento por parte de la primera línea, lo que refleja un enfoque predominantemente reactivo y documental, en lugar de preventivo y orientado al aseguramiento institucional.

- **CONSECUENCIA:** La situación descrita genera pérdida de control y trazabilidad sobre los cambios implementados, incrementando el riesgo de ejecutar modificaciones sin análisis técnico ni validación estratégica, lo que puede afectar la operación del Sistema Integrado de Gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Asimismo, propicia la recurrencia de observaciones previamente identificados, la ineffectividad de los planes de mejoramiento y limita la generación de aprendizaje organizacional, impactando negativamente los principios de mejora continua, control interno y gestión del riesgo.

RESPUESTA DEL AUDITADO

“El proceso DYP acepta la observación formulada en el entendido de que se identifican oportunidades de mejora relacionadas con la trazabilidad, monitoreo, seguimiento y documentación de las actividades asociadas al procedimiento DYP.PR.12 – Gestión del Cambio (V6). Sin embargo, se precisa que la identificación, gestión e implementación de los cambios institucionales no corresponde exclusivamente a la segunda línea de defensa, toda vez que, conforme al MIPG y al esquema de líneas de defensa, la primera línea tiene responsabilidad directa en la identificación oportuna de necesidades de cambio, análisis de impacto, ejecución de acciones y reporte de información asociada a los cambios que se generan en sus procesos y operaciones.

Como acción correctiva se procederá a la actualización del procedimiento buscando fortalecer la articulación y definición de responsabilidades entre la primera y segunda línea de defensa, con el fin de garantizar una gestión del cambio más preventiva, participativa y alineada con el fortalecimiento institucional.

Adicionalmente se incorporarán elementos orientados al fortalecimiento institucional, en concordancia con los principios de mejora continua promovidos por el MIPG. En este sentido, la actualización permitirá fortalecer los mecanismos de monitoreo, validación, cierre y documentación de los cambios institucionales, así como la consolidación de lecciones aprendidas y controles de aseguramiento para mejorar ejecución del procedimiento.”

El proceso auditado (DYP) acepta la observación, reconociendo oportunidades de mejora en la trazabilidad, monitoreo, seguimiento y documentación del procedimiento, y precisa la corresponsabilidad de la primera y segunda línea de defensa en la gestión del cambio. En este sentido, la observación debe ser objeto de Plan de Mejoramiento.

CONCLUSIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORIA

De acuerdo con la respuesta, el proceso auditado (DYP – Direccionamiento y Planeación) acepta la observación reconociendo oportunidades de mejora en la trazabilidad, monitoreo, seguimiento y documentación del procedimiento, y precisa la corresponsabilidad de la primera y segunda línea de defensa en la gestión del cambio. En este sentido, la observación se mantiene y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento, se resalta que, como resultado de la auditoría realizada en la vigencia 2024, se

formularon los planes de mejoramiento N.º 62, 63, 64, 65, 67 y 68 frente a debilidades en este mismo procedimiento (DYP.PR.12), los cuales fueron declarados inefectivos; por lo tanto, en la formulación del nuevo Plan de Mejoramiento derivado de la presente auditoría, no deberán replicarse acciones previamente definidas, sino plantear medidas distintas y efectivas que permitan superar las causas identificadas.

11. EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Del total de planes de mejoramiento evaluados, se evidenció que 6 de los 7 planes analizados fueron inefectivos, lo que refleja debilidades persistentes tanto en la implementación de las acciones formuladas como en su capacidad para corregir de manera estructural las situaciones identificadas en la auditoría interna de 2024. Esta situación evidencia una limitada apropiación de las mejoras propuestas, así como falencias en el seguimiento, control y aseguramiento del procedimiento DYP.PR.12 Gestión del Cambio, afectando directamente la gestión del proceso de Direccionamiento y Planeación.

Adicionalmente, se identifica que una de las causas estructurales de estas inefectividades corresponde a la inadecuada formulación de los planes de mejoramiento, toda vez que no se evidencian análisis suficientes de causa raíz que permitan abordar de manera integral las problemáticas identificadas.

En consecuencia, las acciones definidas se han orientado principalmente a ajustes formales o documentales, sin subsanar de fondo las deficiencias del proceso, lo que ha propiciado la recurrencia de los hallazgos. En términos institucionales, esta situación impacta la efectividad del Sistema Integrado de Gestión, debilita el modelo de control interno y limita la capacidad de la entidad para gestionar de manera oportuna, controlada y trazable los cambios estratégicos, comprometiendo la mejora continua y la adecuada gestión de los riesgos.

Tabla 7. Resultados de la evaluación de efectividad a los planes de mejoramiento.

Nº plan	Situación que generó el PMP	Nº Acción	Acción de mejora	Efectiva / Inefectiva	Resultado de la evaluación
62	OBSERVACIÓN N° 01. Incumplimiento de las actividades N° 3, 4, 5, 6 y 9 del procedimiento "DYP.PR.12 Gestión del cambio".	1	Actualizar el procedimiento "DYP.PR.12 Gestión del cambio" acorde a las necesidades de la entidad.	Acción Inefectiva	Si bien se evidenció la actualización del procedimiento y la formalización de sus lineamientos, persisten incumplimientos significativos en su aplicación, especialmente en lo relacionado con la presentación y validación de los cambios ante el CIGD, la revisión y aval de los planes, la socialización de estos y el monitoreo y validación de su ejecución. Lo anterior demuestra que la acción se orientó principalmente al ajuste documental, sin asegurar su implementación efectiva ni el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento, control y aseguramiento por parte de la segunda línea de defensa. En este sentido, la persistencia de las mismas debilidades identificadas en la auditoría anterior evidencia la recurrencia de la situación y la falta de apropiación del procedimiento a nivel institucional. Por lo tanto, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que integre acciones tanto correctivas como preventivas, lo anterior en respuesta a la Observación N° 8 del presente informe de Auditoría.

N° plan	Situación que generó el PMP	N° Acción	Acción de mejora	Efectiva / Inefectiva	Resultado de la evaluación
63	OBSERVACIÓN N° 02. Falta de registro de las "lecciones aprendidas" de los cambios cerrados N° 1, N° 3, N° 6 y N° 7 contemplados en la "DYP.PR.12.F.06 Matriz de gestión de cambios".	1	Actualizar "DYP.PR.12.F.06 Matriz de gestión de cambios" acorde a las necesidades de la entidad.	Acción Inefectiva	<p>En el marco del Plan de Mejoramiento No. 63, actualmente en estado cerrado y sujeto a prueba de efectividad en el presente ejercicio de auditoría, se evidenció el diligenciamiento del formato DYP.PR.12.F.07 – Lecciones Aprendidas (V1 del 31 de enero de 2025), el cual incluye aprendizajes asociados a cambios evaluados en la auditoría interna de 2024, en concordancia con el formato vigente.</p> <p>No obstante, frente a los cambios ejecutados en las vigencias objeto de evaluación, no se evidenció el cierre de los planes de gestión del cambio correspondientes a la Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG y la Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG, lo que demuestra la persistencia de debilidades en la aplicación del procedimiento y la ausencia de medidas preventivas que mitiguen la recurrencia de la situación.</p> <p>En consecuencia, se declara el Plan de Mejoramiento No. 63 como inefectivo y, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que incluya acciones correctivas y preventivas, en respuesta a la Observación N° 8 del presente informe de auditoría.</p>
63	OBSERVACIÓN N° 02. Falta de registro de las "lecciones aprendidas" de los cambios cerrados N° 1, N° 3, N° 6 y N° 7 contemplados en la "DYP.PR.12.F.06 Matriz de gestión de cambios".	2	Registrar las "lecciones aprendidas" de los cambios cerrados N° 1, N° 3, N° 6 y N° 7 contemplados en la "DYP.PR.12.F.06 Matriz de gestión de cambios" actual	Acción Inefectiva	<p>Si bien se evidenció la existencia de una versión actualizada del formato y su utilización en el registro de algunos cambios, persisten debilidades en su diligenciamiento, seguimiento y cierre, así como en la coherencia entre las actividades programadas y su ejecución, lo que demuestra que la acción se centró en el ajuste formal del instrumento sin asegurar su adecuada aplicación, control ni apropiación por parte de los responsables del proceso.</p> <p>Adicionalmente, se identifican inconsistencias en la definición y cumplimiento de cronogramas, ausencia de soportes que evidencien la ejecución de las actividades programadas y falencias en el cierre de los planes de gestión del cambio, lo que refleja la persistencia de la situación observada y, por tanto, la inefectividad de la acción implementada.</p> <p>En consecuencia, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que integre acciones tanto correctivas como preventivas, lo anterior en respuesta a la Observación N° 8 del presente informe de auditoría.</p>
64	OBSERVACIÓN N° 03. Debilidades en la formulación y cierre de los cambios N° 8 y N° 9 respecto de la información de "ACCIONES A INICIAR" y "CRONOGRAMA".	1	Actualizar "DYP.PR.12.F.06 Matriz de gestión de cambios" en una nueva versión acorde a las necesidades de la entidad.	Acción Inefectiva	<p>En el marco del Plan de Mejoramiento No. 65, actualmente en estado cerrado, se evidenció el diligenciamiento del formato DYP.PR.12.F.06 – Matriz de Gestión del Cambio (versión 3 del 31 de enero de 2025), en el cual se registran los cambios asociados a la Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG y la Prueba piloto de migración e implementación del módulo MIPG.</p> <p>No obstante, los soportes allegados reflejan un cumplimiento parcial, dado que no se evidenció el diligenciamiento del formato DYP.PR.12.F.07 – Lecciones Aprendidas para dichos cambios, lo que evidencia la persistencia de debilidades en la aplicación del procedimiento y la reiteración del incumplimiento previamente identificado por la OCI.</p> <p>En consecuencia, se declara el Plan de Mejoramiento No. 65 como inefectivo y, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que integre acciones tanto correctivas como preventivas, en respuesta a la Observación N° 8 del presente informe de auditoría.</p>
65	OBSERVACIÓN N° 04. Falta de identificación de los cambios asociados a los módulos MIPG y TAREAS en la Matriz de Gestión de Cambio (DYP.PR.12.F.06) de la entidad. cambio que se realice en la entidad."	1	Incluir los cambios relacionados con los módulos MIPG y TAREAS en la matriz de gestión del cambio.	Acción Inefectiva	<p>En el marco del Plan de Mejoramiento No. 65, actualmente en estado cerrado, se evidenció el diligenciamiento del formato DYP.PR.12.F.06 – Matriz de Gestión del Cambio (versión 3 del 31 de enero de 2025), en el cual se registran los cambios asociados a la Prueba piloto de migración e implementación del módulo de Tareas del Portal MIPG y la Prueba piloto de migración e implementación del módulo MIPG.</p> <p>No obstante, los soportes allegados reflejan un cumplimiento parcial, dado que no se evidenció el diligenciamiento del formato DYP.PR.12.F.07 – Lecciones Aprendidas para dichos cambios, lo que evidencia la persistencia de debilidades en la aplicación del procedimiento y la reiteración del incumplimiento previamente identificado por la OCI.</p> <p>En consecuencia, se declara el Plan de Mejoramiento No. 65 como inefectivo y, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que integre acciones tanto correctivas como preventivas, en respuesta a la Observación N° 8 del presente informe de auditoría.</p>

N° plan	Situación que generó el PMP	N° Acción	Acción de mejora	Efectiva / Inefectiva	Resultado de la evaluación
67	OPORTUNIDAD DE MEJORA N°01. Establecer directrices que regulen el proceso de formulación, modificación y monitoreo de los planes institucionales de sostenibilidad y estratégico de la entidad.	1	Establecer directrices que regulen el proceso de formulación, modificación y monitoreo de los planes institucionales de sostenibilidad y estratégico de la entidad.	Acción Efectiva	La Oficina de Control Interno evidencia el cumplimiento de la acción planteada dentro del PMP esto a través de los soportes allegados por parte del líder del proceso consistentes en el memorando 2025JBB600025894 del 26 de mayo de 2025 correspondiente a Lineamientos generales para la construcción y actualización de Planes Institucionales, gestión que cumple con la acción programada así mismo en el desarrollo del ejercicio de auditoría se pudo establecer que estos lineamientos están siendo socializados a los líderes de proceso para la formulación de los planes estratégicos, esto evidenciado en la remisión de los Lineamientos metodológicos para el proceso de Planeación vigencia 2026 a los responsables mediante radicado 2025JBB600068964 del 14 de noviembre de 2025, los cuales fueron aplicados para formulación de planes estratégicos de la vigencia 2026. No se han observado situaciones en donde se evidencie recurrencia del hallazgo relacionado.
68	OPORTUNIDAD DE MEJORA N° 02. Fortalecer los lineamientos establecidos en el marco del procedimiento "DYP.PR.12 Gestión del Cambio".	1	Actualizar el procedimiento "DYP.PR.12 Gestión del cambio" acorde a las necesidades de la entidad.	Acción Inefectiva	Si bien se evidenció la actualización del procedimiento y la adopción de un formato vigente para la gestión del cambio, en la práctica persisten debilidades significativas en su implementación, particularmente en la identificación, seguimiento, validación, cierre y documentación de los cambios. En este sentido, los resultados de la auditoría evidencian que la actualización del documento no se tradujo en un fortalecimiento real de su aplicación operativa ni del aseguramiento por parte de la segunda línea de defensa, lo que demuestra que la acción se enfocó en el ajuste formal del procedimiento, sin garantizar su apropiación, cumplimiento integral y sostenibilidad en la gestión institucional. En consecuencia, se declara el Plan de Mejoramiento No. 68 como inefectivo y, en el marco de los resultados de la presente auditoría, se requiere la formulación de un nuevo plan que integre acciones tanto correctivas como preventivas, lo anterior en respuesta a la Observación N° 8 del presente informe de Auditoría.

Fuente: elaboración Propia.

12. CONCLUSIONES.

En cumplimiento del objetivo de la auditoría orientado a evaluar la eficiencia y eficacia del diseño e implementación de los controles para la gestión de los riesgos del proceso de Direccionamiento y Planeación (DYP), se concluye que, si bien la entidad dispone de un marco metodológico, normativo y procedimental alineado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se identifican oportunidades de mejora en su aplicación práctica, particularmente en el ejercicio de la segunda línea de defensa, lo cual incide en el nivel de efectividad de los controles y en su contribución al logro de los objetivos institucionales.

De manera específica, la evaluación evidenció lo siguiente:

- Gestión de indicadores: Se identifican oportunidades de fortalecimiento en la documentación que respalda la formulación metodológica de los indicadores. Esto se relaciona con la limitada

evidencia de análisis estructurados de factores críticos de éxito, lo cual podría afectar la solidez de la medición, así como la consistencia y trazabilidad de la información generada.

- Gestión del riesgo institucional: Aunque se evidencian avances en la actualización de la política, se observan oportunidades de ajuste en la formalización, en la definición del contexto estratégico y en la identificación integral de riesgos, lo cual podría limitar la efectividad de los controles establecidos.
- Administración del Sistema Integrado de Gestión (SIG): Se evidencian aspectos por optimizar respecto del manejo de evidencias de cumplimiento por parte de la segunda línea frente a las actividades 2, 7 y 9 del procedimiento DYP PR.08.
- Formulación del Plan de Acción Institucional: Se identifican oportunidades de mejora en los controles asociados a la recepción, validación y trazabilidad de la información, lo que podría afectar la consistencia y articulación de la planeación estratégica.
- Gestión del conocimiento y la innovación: Se observa un nivel de implementación susceptible de fortalecimiento, así como aspectos por mejorar en la planificación, seguimiento y control del plan de trabajo, lo que limita el aprovechamiento de esta política como herramienta para el desarrollo de capacidades institucionales.
- Gestión de inventarios de conocimiento: Se evidenció una aplicación parcial del procedimiento, con oportunidades de ampliación hacia una mayor cobertura institucional y consolidación de la información, lo que incide en la disponibilidad y aprovechamiento del conocimiento organizacional.
- Gestión del cambio: Se identificaron oportunidades de mejora en la ejecución, seguimiento y aseguramiento del procedimiento DYP.PR.12, evidenciadas en el cumplimiento parcial de varias de sus actividades y en la necesidad de fortalecer los mecanismos de control sobre los cambios institucionales, con el fin de mejorar su trazabilidad, validación y retroalimentación.

Finalmente, la evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento evidencia que existe margen para fortalecer su estructuración e implementación, en particular en lo relacionado con el análisis de causas raíz y la orientación de las acciones hacia la solución integral de las situaciones identificadas, de tal manera que se reduzca la recurrencia de los hallazgos.

Lo anterior refleja que, aunque la entidad cuenta con herramientas formales de planeación, gestión y control, su potencial se encuentra parcialmente aprovechado, por lo que el fortalecimiento de su implementación, seguimiento y aseguramiento contribuirá a consolidar la gestión del riesgo, la calidad de la información para la toma de decisiones y la mejora continua a nivel institucional.

13. RECOMENDACIONES.

Se recomienda revisar y ajustar los instrumentos metodológicos, normativos y operativos asociados al proceso de Direccionamiento y Planeación, a partir de los resultados del presente ejercicio de auditoría, considerando las siguientes orientaciones:

1. Formulación y uso de indicadores de gestión. Definir un lineamiento metodológico que incorpore como requisito la construcción de indicadores a partir de insumos estratégicos debidamente

analizados y documentados (DOFA, riesgos, contexto estratégico, planes e información de seguimiento), de modo que se evidencie la relación entre objetivos, factores críticos de éxito e indicadores. Este análisis deberá quedar registrado en actas de reunión, como soporte de la validación técnica de los indicadores definidos.

2. Formalización y actualización de instrumentos de planeación y control. Revisar la consistencia del contexto estratégico de los procesos, asegurando la identificación de actividades críticas y su articulación con la matriz de riesgos institucional, con el fin de mejorar la calidad del análisis y tratamiento de riesgos.
3. Actualización de procedimientos del sistema de gestión. Revisar los procedimientos y documentación asociada, incorporando controles sobre: la gestión y trazabilidad de la información utilizada en la planeación institucional, la disponibilidad y custodia de documentos, y la coherencia entre lo formulado, ejecutado y reportado.
4. Gestión del conocimiento y seguimiento a su implementación. Ajustar el plan de implementación de la política de gestión del conocimiento e innovación, definiendo responsables, actividades, plazos y evidencias verificables, e incorporando un esquema de seguimiento periódico que permita identificar avances, desviaciones y resultados obtenidos.
5. Gestión del cambio. Incorporar mecanismos de seguimiento periódico que permitan verificar el cumplimiento de cada etapa del procedimiento de gestión del cambio, incluyendo la identificación, análisis, validación, ejecución, cierre y documentación de lecciones aprendidas. Estos mecanismos deben permitir visibilizar el estado de los cambios, su trazabilidad y las acciones derivadas, facilitando la toma de decisiones y el control institucional.

ELABORADO POR:



EDWIN CAMILO LEGUAMON PEÑUELA
Contratista Oficina de Control Interno





ANDREA DEL PILAR ALEJO RUIZ
Contratista Oficina de Control Interno

REVISADO Y APROBADO POR:



ANA LUCIA BACARES TOLEDO
Jefe Oficina de Control Interno

 JARDÍN BOTÁNICO	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
	ECM – EVALUACIÓN CONTROL Y MEJORA				
	Formato: Compromiso de Independencia, Objetividad y Confidencialidad				
	Código: ECM.PR.06.F.05	Versión: 2	Fecha: 24/09/2024	Página: 1 de 2	

Bogotá D.C., 15 de enero 2026

Doctora:

Ana Lucía Bacares Toledo

Jefe Oficina de Control Interno

Jardín Botánico de Bogotá - JBB



Ciudad

Respetado(a) doctor(a):

De conformidad con el Estatuto de Auditoría Interna del Jardín Botánico de Bogotá, yo, Andrea del Pilar Alejo Ruiz, como parte del equipo de Auditores Internos designado a la Oficina de Control Interno, y en virtud del Plan Anual de Auditoría Interna (PAAI) aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), manifiesto que usted me ilustró y explicó el PAAI actualizado para la presente vigencia; me indicó el rol, las fechas estimadas a ejecutarse, y los trabajos de auditoría o aseguramiento esperados, señalándome en cuales participaré, razón por la cual, manifiesto que los conozco y me comprometo a dar cumplimiento a los procedimientos, instructivos y demás lineamientos vigentes en el JBB para desarrollar adecuadamente los ejercicios de auditoría y/o seguimiento.

Así mismo, declaro que no me encuentro en ningún conflicto de interés¹ que pudiera llegar a afectar mi independencia y objetividad en los trabajos de auditoría encomendados, y mi actitud frente a los mismos será íntegra, objetiva, bajo las medidas de confidencialidad y competencia profesional requeridas. Por lo tanto y en caso de que se llegare a presentar alguna situación que pudiera comprometer mi independencia y objetividad en el trabajo de auditoría y/o

¹ "Un conflicto de interés surge cuando un servidor público o particular que desempeña una función pública es influenciado en la realización de su trabajo por consideraciones personales. El conflicto de intereses es una institución de transparencia democrática que se produce en todo acto o negociación entre el Estado y un tercero, cuando entre este último y quien realiza o decide dicho acto y/o participa posteriormente en la administración, supervisión o control de los procesos derivados del mismo, existen relaciones de negocio, parentesco o afectividad, que hagan presumir la falta de independencia o imparcialidad, todo lo cual potencia la posibilidad de beneficiar directa o indirectamente, indebida e indistintamente a cualquiera de las partes relacionadas. En términos genéricos, puede decirse que existe una situación de "conflicto de intereses" cuando el interés personal de quien ejerce una función pública colisiona con los deberes y obligaciones del cargo que desempeña...". (Pág. 9, Guía de Administración Pública, Conflictos de interés de servidores públicos. DAFP).

 JARDÍN BOTÁNICO	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
	ECM – EVALUACIÓN CONTROL Y MEJORA				
	Formato: Compromiso de Independencia, Objetividad y Confidencialidad				
	Código: ECM.PR.06.F.05	Versión: 2	Fecha: 24/09/2024	Página: 2 de 2	

seguimiento a realizar, me comprometo a comunicarle de manera inmediata, sobre el posible conflicto de interés, y esperaré instrucciones.

Por último, manifiesto que se me dio a conocer el Estatuto y Código de Ética de la Auditoría Interna vigente en la Entidad y me comprometo a cumplir con los principios y reglas de conducta descritos, entendidos y esperados por el CICCI.

Cordialmente,





ANDREA DEL PILAR ALEJO RUIZ

C.C. 53.166.509

Contratista OCI (CTO 242-2026)

e-mail: aalejo@jbb.gov.co

 JARDÍN BOTÁNICO	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
	ECM – EVALUACIÓN CONTROL Y MEJORA				
	Formato: Compromiso de Independencia, Objetividad y Confidencialidad				
	Código: ECM.PR.06.F.05	Versión: 2	Fecha: 24/09/2024	Página: 1 de 2	

Bogotá D.C., 30 de enero de 2026

Doctor(a):

Ana Lucía Bacares Toledo

Jefe(a) Oficina de Control Interno

Jardín Botánico de Bogotá - JBB



Ciudad

Respetado(a) doctor(a):

De conformidad con el Estatuto de Auditoría Interna del Jardín Botánico de Bogotá, yo, Edwin Camilo Leguizamon Peñuela, como parte del equipo de Auditores Internos designado a la Oficina de Control Interno, y en virtud del Plan Anual de Auditoría Interna (PAAI) aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), manifiesto que usted me ilustró y explicó el PAAI actualizado para la presente vigencia; me indicó el rol, las fechas estimadas a ejecutarse, y los trabajos de auditoría o aseguramiento esperados, señalándome en cuales participaré, razón por la cual, manifiesto que los conozco y me comprometo a dar cumplimiento a los procedimientos, instructivos y demás lineamientos vigentes en el JBB para desarrollar adecuadamente los ejercicios de auditoría y/o seguimiento.

Así mismo, declaro que no me encuentro en ningún conflicto de interés¹ que pudiera llegar a afectar mi independencia y objetividad en los trabajos de auditoría encomendados, y mi actitud frente a los mismos será íntegra, objetiva, bajo las medidas de confidencialidad y competencia profesional requeridas. Por lo tanto y en caso de que se llegare a presentar alguna situación que pudiera comprometer mi independencia y objetividad en el trabajo de auditoría y/o

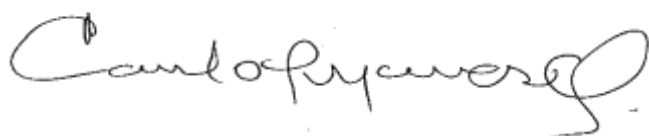
¹ "Un conflicto de interés surge cuando un servidor público o particular que desempeña una función pública es influenciado en la realización de su trabajo por consideraciones personales. El conflicto de intereses es una institución de transparencia democrática que se produce en todo acto o negociación entre el Estado y un tercero, cuando entre este último y quien realiza o decide dicho acto y/o participa posteriormente en la administración, supervisión o control de los procesos derivados del mismo, existen relaciones de negocio, parentesco o afectividad, que hagan presumir la falta de independencia o imparcialidad, todo lo cual potencia la posibilidad de beneficiar directa o indirectamente, indebida e indistintamente a cualquiera de las partes relacionadas. En términos genéricos, puede decirse que existe una situación de "conflicto de intereses" cuando el interés personal de quien ejerce una función pública colisiona con los deberes y obligaciones del cargo que desempeña...". (Pág. 9, Guía de Administración Pública, Conflictos de interés de servidores públicos. DAFP).

 JARDÍN BOTÁNICO	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
	ECM – EVALUACIÓN CONTROL Y MEJORA				
	Formato: Compromiso de Independencia, Objetividad y Confidencialidad				
	Código: ECM.PR.06.F.05	Versión: 2	Fecha: 24/09/2024	Página: 2 de 2	

seguimiento a realizar, me comprometo a comunicarle de manera inmediata, sobre el posible conflicto de interés, y esperaré instrucciones.

Por último, manifiesto que se me dio a conocer el Estatuto y Código de Ética de la Auditoría Interna vigente en la Entidad y me comprometo a cumplir con los principios y reglas de conducta descritos, entendidos y esperados por el CICCI.

Cordialmente,



Edwin Camilo Leguizamón Peñuela

C.C. 80.205.272

Contratista

e-mail: eleguizamop@gmail.com