

Medellín, 30 de enero de 2026

Doctor
OSCAR RODRIGO RENDON SERNA
Gerente General
Renting de Antioquia, EICE – RENTAN

ASUNTO: Informe evaluación por dependencias vigencia 2025

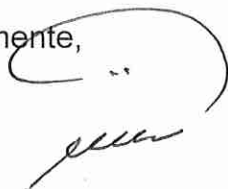
Reciba un cordial saludo:

A continuación, envío el consolidado del informe de la evaluación por cada una de las dependencias institucionales y conforme a los resultados obtenidos durante la vigencia 2025.

El informe fue elaborado de acuerdo con los reportes de las diferentes áreas, en especial de la Dirección de Planeación Institucional, Oficina de Gestión Humana, Área de Comunicaciones y resultados de informes y seguimientos de la Oficina de Control Interno.

Cualquier inquietud con gusto será atendida.

Cordialmente,



JOHN DAIRON JARAMILLO ARROYAVE
Jefe de Control Interno



2026

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL POR
DEPENDENCIAS DE RENTING DE ANTIOQUIA,
EICE – RENTAN.

VIGENCIA 2025



GENERALIDADES

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, la Ley 909 de 2004 y el Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno, en su calidad de evaluador independiente, presenta el siguiente informe con el propósito de fortalecer la adecuada aplicación del autocontrol, la prevención del riesgo en los procesos institucionales y el mejoramiento continuo de la entidad.

Para la elaboración de este documento se ha tomado como referencia el instructivo para el diligenciamiento del formato de Evaluación de Gestión por Dependencias, expedido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, aplicable a las entidades del orden nacional y territorial.

La evaluación tiene como finalidad ofrecer elementos de juicio que permitan garantizar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se desarrollen en estricto cumplimiento de las normas constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas definidas por la alta dirección.

Cabe resaltar que este informe se enmarca en lo establecido en el Artículo 39 de la Ley 909 de 2004, el cual dispone la obligación de la Oficina de Control Interno de realizar evaluaciones de gestión en cada una de las dependencias de la entidad.

Finalmente, se incluyen observaciones generales y se formulan recomendaciones de mejora, con el propósito de que sean consideradas por los responsables en la construcción de los nuevos planes de acción, contribuyendo así a la eficiencia y efectividad institucional.

OBJETIVOS

- Evaluar a la gestión Institucional de Renting de Antioquia - Rentan, con corte al 31 de diciembre de 2025, con énfasis en el cumplimiento a los planes de acción, a efectos de determinar que la información sea confiable y cumpla con las disposiciones legales.
- Identificar posibles aspectos a mejorar en las dependencias para el éxito de los procesos.
- Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento que garanticen la continuidad de la operación y la satisfacción de los objetivos misionales de la entidad.
- Medir, evaluar y controlar los resultados de las diferentes operaciones, así como establecer, entre otros, comportamientos, tendencias y relaciones entre lo programado y lo ejecutado por cada una de las Dependencias.

ALCANCE

Identificar el cumplimiento de cada una de las dependencias frente a la ejecución del plan de acción propuesto para la vigencia 2025, así mismo, planes de mejoramiento, la atención a PQRSD y evaluación de los acuerdos de gestión.

MARCO LEGAL

La evaluación institucional por dependencias se realizó atendiendo lo dispuesto en las siguientes normas:

- Ley 87 de 1993 por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado
- Ley 909 de 2004 por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
- Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las Entidades del orden nacional y territorial
- Decreto 648 de 2017 Por el cual se modifica y adiciona al Decreto 1083 de 2015, Reglamento Único del Sector de la Función Pública
- Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024 – 2027 de Renting de Antioquia – Rentan.
- Plan de acción 2025

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

1. FECHA: Enero de 2026	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SECRETARÍA GENERAL		
3. PROPÓSITO PRINCIPAL DE LA DEPENDENCIA: Orientar el diseño de la estrategia institucional, su misión y visión, y guiar su implementación a través del liderazgo del equipo directivo y en línea con las disposiciones de la Junta Directiva.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1 Descripción / Indicador	5.2 Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados/Observaciones
1. Plan Estratégico Institucional 2024-2027	N/A	N/A	La Secretaría General, no cuenta con indicadores asociados al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027.
2. Cumplimiento Planes de Mejoramiento (Seguimientos, Auditorías internas y externas) 45%	Contraloría General de Antioquia, vigencia 2025.	0%	Auditoría de Cumplimiento gestión contractual para la vigencia 2024.
	Consolidados planes de mejoramiento (Jurídica)	42%	El consolidado de planes de mejoramiento, corresponde a las observaciones y hallazgos generados en la entidad antes de la transformación a Empresa Industrial y Comercial del Estado (EICE), es decir antes de junio de 2023. Los demás planes corresponden a auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno.
	Liquidación de contratos	33%	
	Auditoría interna contratación vigencia 2024	76%	
Auditoría interna contratación vigencia 2025	73%		
3. Oportunidad en la atención a PQRSD 86%	PQRSD Tramitadas oportunamente/ PQRSD Recibidas	86%	Durante la vigencia 2025, la Secretaría General, recibió 22 manifestaciones de las cuales 19 se respondieron oportunamente y 3 con respuesta extemporánea.

4. Acuerdos de Gestión	Evaluación de Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.	99,21%	
99,21%			

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO	76,86%
-------------------------------	---------------

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

En general la dependencia presenta un adecuado nivel de cumplimiento, de acuerdo con los ítems evaluados entre los cuales se pueden destacar:

Atención oportuna de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), excepto en la respuesta de tres manifestaciones.

Resultado de evaluación del Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Es importante tener presente los siguientes aspectos a desarrollar:

- Se recomienda definir metas asociadas a los indicadores, así como elaborar el correspondiente Plan de Acción, con el propósito de evidenciar el aporte efectivo al cumplimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024–2027, teniendo en cuenta que en el mismo no se evidencian actualmente indicadores adscritos a la Secretaría General.
- Fortalecer el porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento a cargo de la Secretaría General, con especial énfasis en aquellos relacionados con la liquidación de contratos.
- Promover la cultura del autocontrol, la autoevaluación y la autogestión, mediante el compromiso activo de los servidores públicos de la Secretaría General, fomentando el trabajo en equipo y la responsabilidad individual en el desarrollo de sus funciones.
- Presentar con oportunidad y calidad los informes a cargo de la dependencia, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los requerimientos internos de la entidad.
- Fortalecer la gestión de riesgos en los procesos liderados por la dependencia, impulsando una cultura de administración de riesgos en todos los niveles de la organización, en concordancia con lo establecido en la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), versión 7, y con la Política de Administración de Riesgos adoptada por la entidad.
- Revisar y analizar los traslados de derechos de petición provenientes de otras entidades públicas, teniendo en cuenta que estos pueden generar riesgos para la entidad, con el fin de determinar si RENTAN cuenta con la obligación legal o contractual de dar respuesta a dichas solicitudes.

- Responder de manera oportuna de las PQRSD que llegan a la dependencia con el fin de evitar sanciones por incumplimientos normativos.
- Continuar con la ejecución de las acciones necesarias para avanzar en el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 —Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública— y en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, entendido como una herramienta orientada a dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional, con el fin de garantizar la calidad, la integridad del servicio y la generación de valor público.

1. FECHA: Enero de 2026	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
3. PROPÓSITO PRINCIPAL DE LA DEPENDENCIA: Liderar todas las actividades financieras y económicas de la Entidad, definiendo estrategias a corto, mediano y largo plazo del funcionamiento y correcta gestión de los recursos, de acuerdo con las normas de presupuesto y gasto público. Además de articular las diferentes acciones administrativas para garantizar la adecuada prestación del servicio de la Entidad.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1 Descripción / Indicador	5.2 Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados/Observaciones
1. Plan Estratégico Institucional 2024-2027 98,55%	Nivel de satisfacción del plan de bienestar	87%	El resultado fue obtenido en la evaluación de la ejecución del plan de acción vigencia 2025 para cumplimiento del PEI 2024-2027, realizada por la Oficina de Control Interno, la cual estuvo basada en los seguimientos realizados por la Dirección de Planeación Institucional.
	Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación	100%	
	Medición del clima organizacional	100%	
	Medición de riesgo psicosocial	100%	
	Modernización de la infraestructura física	N/A	Los indicadores que tienen la descripción “N/A” corresponden a indicadores que no tienen metas asignadas en la vigencia 2025.
	Revisión y actualización de organigrama, planta de cargos y manuales de la entidad.	100%	

	Margen neto de utilidad	100%	
	Rotación de cartera	100%	
	Actualización de la política contable.	N/A	
	Implementación del modelo de costos de la entidad	100%	
	Software integrado de gestión financiera implementado	100%	
2. Cumplimiento Planes de Mejoramiento (Seguimientos, Auditorías internas y externas) 56,25%	Contraloría General de Antioquia, vigencia 2025	N/A	No tiene a cargo planes de mejoramiento por parte de la CGA
	Activos Fijos	0%	
	Gestión Documental	57%	
	Gestión del Talento Humano 2023	91%	
	Auditoria Financiera con corte agosto 31 de 2023	97%	
	Contenedor electrónico	100%	
	Auditoria de conocimiento de la entidad FASE1 PLANEACIÓN	63%	
	Salvedades Revisoría Fiscal 2023	0%	
	Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2023	100%	
	SIGEP	100%	
	Seguridad y Salud en el Trabajo 2024	88%	
	Presupuesto y cuentas por pagar	94%	
	Informe Dictamen definitivo 2024	0%	
	Memorando 2 auditoria renting corte diciembre 2024 definitivo	0%	Los Planes de Mejoramiento se registran con un cumplimiento de "0%" porque se encuentra pendiente de revisión con la Revisoría Fiscal para el cierre correspondiente y el de Activos Fijos se encuentra con avances.
	Contratos 20241114 y 20241115 SST	20%	
Estándares mínimos SST 2025	50%		

	Inventario - Almacén	40%	
3. Oportunidad en la atención a PQRSD 94%	PQRSD Tramitadas oportunamente/ PQRSD Recibidas	94%	Durante la vigencia 2025, la Subgerencia Administrativa y Financiera, recibió 66 manifestaciones de las cuales 62 se respondieron oportunamente, 4 con respuesta extemporánea.
4. Acuerdos de Gestión 94%	Evaluación de Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.	94%	

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO

85,70%

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

En general la dependencia presenta un adecuado nivel de cumplimiento, de acuerdo con los ítems evaluados entre los cuales se pueden destacar:

Se destaca la depuración, organización y consolidación de la información financiera, lo cual permite a la Entidad contar con datos confiables y oportunos que facilitan la adecuada toma de decisiones y contribuyen al cumplimiento de la normatividad vigente.

Resultado de evaluación del Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.

Alto porcentaje de cumplimiento de los indicadores asociados a la dependencia, que corresponden al logro de metas del Plan Estratégico Institucional (PEI) vigencia 2024-2027.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Es importante tener presente los siguientes aspectos a desarrollar:

- Continuar con el cumplimiento de metas asociadas al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027 que corresponden a la dependencia.
- Fortalecer el porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento a cargo de la Subgerencia Administrativa y Financiera, con especial énfasis en aquellos relacionados con la Activos Fijos, Salvedades revisoría Fiscal 2023, Informe Dictamen definitivo 2024, Memorando 2 auditoria renting corte diciembre 2024 definitivo, Contratos 20241114 y 20241115 SST, Estándares mínimos SST e Inventario – Almacén.

- Responder de manera oportuna de las PQRSD que llegan a la dependencia con el fin de evitar sanciones por incumplimientos normativos.
- Continuar con la ejecución de las acciones necesarias para avanzar en el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 —Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública— y en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, entendido como una herramienta orientada a dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional, con el fin de garantizar la calidad, la integridad del servicio y la generación de valor público.
- Presentar con oportunidad y calidad los informes a cargo de la dependencia, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los requerimientos internos de la entidad.
- Promover la cultura del autocontrol, la autoevaluación y la autogestión, mediante el compromiso activo de los servidores públicos de la Subgerencia, fomentando el trabajo en equipo y la responsabilidad individual en el desarrollo de sus funciones.
- Fortalecer la gestión de riesgos en los procesos liderados por la dependencia, impulsando una cultura de administración de riesgos en todos los niveles de la organización, en concordancia con lo establecido en la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), versión 7, y con la Política de Administración de Riesgos adoptada por la entidad.

1. FECHA: Enero de 2026		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SUBGERENCIA DE OPERACIONES Y ACTIVOS		
3. PROPÓSITO PRINCIPAL DE LA DEPENDENCIA: Gestión de las diferentes líneas de negocio, garantizando la prestación de servicios, bajo parámetros de calidad y oportunidad.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		5.1 Descripción / Indicador	5.2 Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados/Observaciones
1. Plan Estratégico Institucional 2024-2027 82,25%	Vías mejoradas y/o mantenidas	86%	El resultado fue obtenido en la evaluación de la ejecución del plan de acción vigencia 2025 para cumplimiento del PEI 2024-2027, realizada por la Oficina de Control Interno, la cual estuvo basada en los seguimientos realizados por la Dirección de Planeación Institucional. Los indicadores que tienen la descripción "N/A" corresponden a	
	Puntos críticos atendidos	89%		
	Remoción de derrumbes atendidos	96%		
	Mitigación de riesgos atendidos	90%		

	Maquinaria y vehículos propios y de terceros en funcionamiento	97%	indicadores que no tienes metas asignadas en la vigencia 2025.
	Renting de maquinaria propia y de terceros	100%	
	Vehículos livianos, pesados y maquinaria amarilla adquirida.	100%	
	Activos improductivos subastados	0%	
2. Cumplimiento Planes de Mejoramiento (Seguimientos, Auditorías internas y externas) 69%	Contraloría General de Antioquia, vigencia 2025	N/A	No tiene a cargo planes de mejoramiento por parte de la CGA
	Activos Operativos	69%	En las observaciones pendientes por cerrar de este plan de mejoramiento, se encuentran incluidas otras áreas, especialmente la Dirección Administrativa.
3. Oportunidad en la atención a PQRSD 73,33%	PQRSD Tramitadas oportunamente/ PQRSD Recibidas	73,33%	Durante la vigencia 2025, la dependencia recibió 15 manifestaciones de las cuales, 11 respondió oportunamente y 4 con respuesta extemporánea.
4. Acuerdos de Gestión 96,93%	Evaluación de Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.	96,93%	

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO

80,38%

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

En general la dependencia presenta un adecuado nivel de cumplimiento, de acuerdo con los ítems evaluados entre los cuales se pueden destacar:

Atención oportuna de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRSD), excepto en la respuesta de cuatro manifestaciones.

Alto porcentaje de cumplimiento de los indicadores asociados a la dependencia, que corresponden al logro de metas del Plan Estratégico Institucional (PEI) vigencia 2024-2027.

Resultado de evaluación del Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Es importante tener presente los siguientes aspectos a desarrollar:

- Continuar con el cumplimiento de metas asociadas al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027 que corresponden a la dependencia.
- Fortalecer el porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento a cargo de la Subgerencia de Operaciones y Activos, con especial énfasis en aquellos relacionados con Activos Operativos en la cual se encuentran incluidas otras áreas, especialmente la Dirección Administrativa.
- Responder de manera oportuna de las PQRSD que llegan a la dependencia con el fin de evitar sanciones por incumplimientos normativos.
- Continuar con la ejecución de las acciones necesarias para avanzar en el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 —Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública— y en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, entendido como una herramienta orientada a dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional, con el fin de garantizar la calidad, la integridad del servicio y la generación de valor público.
- Presentar con oportunidad y calidad los informes a cargo de la dependencia, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los requerimientos internos de la entidad.
- Promover la cultura del autocontrol, la autoevaluación y la autogestión, mediante el compromiso activo de los servidores públicos de la subgerencia, fomentando el trabajo en equipo y la responsabilidad individual en el desarrollo de sus funciones.
- Fortalecer la gestión de riesgos en los procesos liderados por la dependencia, impulsando una cultura de administración de riesgos en todos los niveles de la organización, en concordancia con lo establecido en la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), versión 7, y con la Política de Administración de Riesgos adoptada por la entidad.

1. FECHA:

Enero de 2025

2. DEPENDENCIA A EVALUAR:

SUBGERENCIA DE PLANEACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE PROYECTOS

1. **PROPÓSITO PRINCIPAL DE LA DEPENDENCIA:** Liderar y formular los diferentes proyectos de la Entidad, generando relaciones de valor con los diversos actores y áreas requeridas para el logro de los objetivos, de acuerdo con las políticas y procedimientos de la empresa.

4. COMPROMISOS

5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS

ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1 Descripción / Indicador	5.2 Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados/Observaciones
1. Plan Estratégico Institucional 2024-2027 100%	Propuestas técnico-económicas de proyectos presentadas	100%	El resultado fue obtenido en la evaluación de la ejecución del plan de acción vigencia 2025 para cumplimiento del PEI 2024-2027, realizada por la Oficina de Control Interno, la cual estuvo basada en los seguimientos realizados por la Dirección de Planeación Institucional.
	Número de propuestas contratadas	100%	
	Consecución de recursos administrar	100%	
	Venta de bienes, servicios y ejecución de proyectos distintos al renting	100%	
2. Cumplimiento Planes de Mejoramiento (Seguimientos, Auditorías internas y externas) N/A	N/A	N/A	No tiene a cargo planes de mejoramiento.
3. Oportunidad en la atención a PQRSD 75%	PQRSD Tramitadas oportunamente/ PQRSD Recibidas	75%	Durante la vigencia 2025, la dependencia recibió 4 manifestaciones de las cuales, 3 respondió oportunamente y 1 con respuesta extemporánea.
4. Acuerdos de Gestión 94,06%	Evaluación de Acuerdo de Gestión de la vigencia 2024.	94,06%	

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO

89,69%

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

En general la dependencia presenta un adecuado nivel de cumplimiento, de acuerdo con los ítems evaluados, entre los cuales se pueden destacar:

Alto porcentaje de cumplimiento de los indicadores asociados a la dependencia, que corresponden al logro de metas del Plan Estratégico Institucional (PEI) vigencia 2024-2027.

Atención oportuna de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRSD), excepto en la respuesta de una manifestación.

Resultado de evaluación del Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Es importante tener presente los siguientes aspectos a desarrollar:

- Responder de manera oportuna de las PQRSD que llegan a la dependencia con el fin de evitar sanciones por incumplimientos normativos.
- Continuar con la ejecución de las acciones necesarias para avanzar en el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 —Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública— y en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, entendido como una herramienta orientada a dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional, con el fin de garantizar la calidad, la integridad del servicio y la generación de valor público.
- Presentar con oportunidad y calidad los informes a cargo de la dependencia, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los requerimientos internos de la entidad.
- Promover la cultura del autocontrol, la autoevaluación y la autogestión, mediante el compromiso activo de los servidores públicos de la Subgerencia, fomentando el trabajo en equipo y la responsabilidad individual en el desarrollo de sus funciones.
- Fortalecer la gestión de riesgos en los procesos liderados por la dependencia, impulsando una cultura de administración de riesgos en todos los niveles de la organización, en concordancia con lo establecido en la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), versión 7, y con la Política de Administración de Riesgos adoptada por la entidad.

1. FECHA:
Enero de 2026

2. DEPENDENCIA A EVALUAR:

SUBGERENCIA DE EJECUCIÓN

3. PROPÓSITO PRINCIPAL DE LA DEPENDENCIA: Planificar, coordinar y controlar la implementación de los proyectos para el cumplimiento de los objetivos, mediante la confianza y el uso eficiente de los recursos.

5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1 Descripción / Indicador	5.2 Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados/Observaciones
1. Plan Estratégico Institucional 2024-2027	N/A	N/A	La Subgerencia de Ejecución, no cuenta con indicadores asociados al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027
2. Cumplimiento Planes de Mejoramiento (Seguimientos, Auditorías internas y externas) N/A	N/A	N/A	No tiene a cargo Planes de Mejoramiento.
3. Oportunidad en la atención a PQRSD 55,71%	PQRSD Tramitadas oportunamente/ PQRSD Recibidas	55,71%	Durante la vigencia 2025, la dependencia recibió 280 manifestaciones de las cuales, 156 respondió oportunamente y 124 se encuentran extemporáneas.
4. Acuerdos de Gestión 97%	Evaluación de Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.	97%	

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO

76,36%

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

En general la dependencia presenta un adecuado nivel de cumplimiento, de acuerdo con los ítems evaluados, entre los cuales se pueden destacar:

Resultado de evaluación del Acuerdo de Gestión de la vigencia 2025.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Es importante tener presente los siguientes aspectos a desarrollar:

Es importante tener presente los siguientes aspectos a desarrollar:

- Se recomienda la definición de metas asociadas a indicadores y la elaboración de su correspondiente Plan de Acción, con el fin de evidenciar el aporte al cumplimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024 – 2027, teniendo en cuenta que en el mismo no se evidencian indicadores adscritos a la Subgerencia de Ejecución.
- Responder de manera oportuna de las PQRSD que llegan a la dependencia con el fin de evitar sanciones por incumplimientos normativos.
- Continuar con la ejecución de las acciones necesarias para avanzar en el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 —Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública— y en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, entendido como una herramienta orientada a dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional, con el fin de garantizar la calidad, la integridad del servicio y la generación de valor público.
- Presentar con oportunidad y calidad los informes a cargo de la dependencia, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los requerimientos internos de la entidad.
- Promover la cultura del autocontrol, la autoevaluación y la autogestión, mediante el compromiso activo de los servidores públicos de la Subgerencia, fomentando el trabajo en equipo y la responsabilidad individual en el desarrollo de sus funciones.
- Fortalecer la gestión de riesgos en los procesos liderados por la dependencia, impulsando una cultura de administración de riesgos en todos los niveles de la organización, en concordancia con lo establecido en la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), versión 7, y con la Política de Administración de Riesgos adoptada por la entidad.

NOTA: Las siguientes dependencias no presentan evaluación cuantitativa en el presente informe debido a que no tienen información asociada a la mayoría de los ítems evaluados, sin embargo, se resalta:

- **Dirección de Planeación Institucional:** Cuenta con dos indicadores en el Plan Estratégico Institucional 2024-2027, se presenta los siguientes resultados para al vigencia 2025:

- Índice de Desempeño Institucional: 52%
- Procesos documentados, aprobados e implementados: 100%
- Implementación MIPG: 43%

Además, esta dependencia tiene asociados dos (2) planes de mejoramiento relacionados:

- **MIPG** cumplimiento del 50% se encuentra pendiente lo siguiente:
 - ✓ Indicadores: Procesos de Gestión Administrativa.
 - ✓ Procedimientos: Gestión Administrativa (en lo relacionado con gestión administrativa, gestión documental y los procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo).

Gestión de operación mantenimiento y administración de Activos (En lo relacionado con vehículos y combustible).

- ✓ Gestión Jurídica (en lo relacionado con compras y asuntos legales)

Aclarando que cada líder de proceso debe revisar si existen procedimientos adicionales a los mencionados que se deban documentar en su proceso.

- ✓ En el Proceso de Gestión de Tecnologías de la información se encuentra pendiente la elaboración y aprobación de las políticas de: política de gestión de riesgos de seguridad digital.

Se encuentra pendiente la elaboración y aprobación de las siguientes políticas:

- ✓ Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
- ✓ Política de defensa jurídica
- ✓ Política de mejora normativa
- ✓ Política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción
- ✓ Política de gestión del conocimiento y la innovación

- **Gestión del riesgo** cumplimiento del plan de mejoramiento del 100%

- **Dirección de TI y Seguridad de la Información:** Cuenta con cinco (5) indicadores en el Plan Estratégico Institucional 2024-2027 presentando los siguientes resultados:

- Política de seguridad y privacidad de la información documentada, aprobada e implementada: **100%**
- Numero de soluciones de automatización implementadas: **100%**
- Tableros de control desarrollados: **100%**
- Mesa de servicios implementada y adoptada: **96%**
- Capacitaciones dadas al personal en temas de tecnología e innovación: **100%**

Además, esta dependencia tiene asociado un (1) plan de mejoramiento relacionado:

- ✓ Gestión de Tecnologías de la Información que se encuentra en termino.

ESTADO DE RECOMENDACIONES GENERADAS EN EL INFORME DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS – VIGENCIA 2024

RECOMENDACIÓN	ESTADO
1. Revisar la plataforma estratégica de la entidad, y en caso de requerirse, realizar los ajustes necesarios para que sea coherente con el objeto social de la entidad, bajo su naturaleza jurídica de Empresa Industrial y Comercial del Estado.	Cumplida

2. Seguir avanzando en la construcción y aprobación de la documentación asociada a los procesos que hacen parte del Mapa de Procesos aprobado por la Junta Directiva en mayo de 2024.	Con avance
3. Cumplir con las acciones contempladas en los Planes de Mejoramiento como resultado de seguimientos, acciones de verificación y auditorías internas y externa realizadas a la entidad.	Con avance
4. Empezar las acciones necesarias para mejorar el cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, Ley de transparencia y acceso a la información pública.	Con avance
5. Seguir cumpliendo estrictamente con los términos legales establecidos, para el trámite de manifestaciones (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias).	Con avance
6. Seguir avanzando en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) conforme a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, que se concibe como una herramienta diseñada para dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional en términos de calidad e integridad del servicio para generar valor público.	Con avance
7. Presentar con oportunidad y calidad los informes a cargo de la entidad y cada una de las dependencias, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los requerimientos internos de la Institución.	Cumplida
8. Establecer de manera prioritaria, acciones que permitan la implementación de la gestión de riesgos en la entidad, acorde con lo establecido en la guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), versión 6 y demás documentos que brindan lineamientos a las entidades públicas para su adecuado cumplimiento.	Con avance

RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta que el criterio con menor porcentaje de calificación correspondió al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento y a la oportunidad en la atención de las PQRSD, se recomienda a las dependencias fortalecer la aplicación de los controles establecidos, asegurar su cabal cumplimiento y remitir oportunamente las evidencias que respalden lo dispuesto, con el fin de mejorar los resultados y garantizar una gestión institucional más efectiva.
- Se recomienda mantener y consolidar las buenas prácticas implementadas, con el propósito de garantizar su sostenibilidad en el tiempo; así mismo, fortalecer los criterios que obtuvieron menor puntuación en aquellas dependencias que presentan oportunidades de mejora, mediante la implementación de acciones correctivas y de mejora, el seguimiento permanente a los controles establecidos y la articulación entre las áreas responsables, de manera que se contribuya al fortalecimiento del desempeño institucional y al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.

- Se recomienda a las dependencias garantizar el envío oportuno, completo y consistente de la información solicitada, dentro de los plazos establecidos, con el fin de facilitar el adecuado desarrollo de los procesos de evaluación y seguimiento. Así mismo, se recomienda fortalecer los mecanismos internos de revisión y validación de la información remitida, a fin de asegurar su calidad, trazabilidad y coherencia, contribuyendo a la toma de decisiones y al fortalecimiento de la gestión institucional.

CONCLUSIÓN

Con base en el análisis realizado, se concluye que la información recopilada constituye un insumo fundamental para determinar el nivel de cumplimiento de la Entidad, de acuerdo con los criterios definidos por la Oficina de Control Interno para la evaluación por dependencias. Dicha información permitió identificar el grado de eficiencia, eficacia y efectividad en la gestión institucional, particularmente en relación con el cumplimiento del Plan Estratégico Institucional, Cumplimiento Planes de Mejoramiento, oportunidad en la atención de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) y Acuerdos de Gestión.



JOHN DAIRON JARAMILLO ARROYAVE
Jefe de Control Interno

Proyectó: Julie Fernandez Gallego
Coordinadora de Control interno

