Mitú Vaupés 110-2837

Doctores
Miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Referencia: RESUMEN EJECUTIVO
Asunto: ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Vigencia 2026 — Primer Cuatrimestre

Cordial saludo,

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Tipo de documento:	Resumen Ejecutivo
Período evaluado:	Enero – abril de 2026 (primer cuatrimestre)
Fecha de emisión:	29 de abril de 2026
Elaboró:	Iván Arturo Almanza Sandoval — Asesor de Control Interno Administrativo
Destinatario:	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno — Sesión Ordinaria No. 02 de 2026
Referencia normativa:	Ley 87/1993 · Decreto 1499/2017 · Decreto Municipal 068/2021 · Lineamientos CI-LIN-SCI-002-2025

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El presente resumen ejecutivo tiene por objeto presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno una **valoración sintética e independiente del estado del Sistema de Control Interno (SCI)** de la Alcaldía Municipal de Mitú al cierre del primer cuatrimestre de la vigencia 2026, con base en la información recopilada por la Oficina de Control Interno Administrativo a través del Instrumento Interno de Seguimiento MECI, el análisis del Plan Anual de Auditorías en ejecución, el seguimiento a los planes de mejoramiento activos y la verificación documental de las dependencias.

Este documento constituye el insumo central de la Sesión Ordinaria No. 02 de 2026 y aporta la línea base de referencia para la evaluación comparativa en los trimestres subsiguientes, conforme a los Lineamientos Generales para la Evaluación del SCI aprobados en esta misma sesión.

Nota metodológica: Este es el primer informe formal estructurado sobre el estado del SCI bajo los lineamientos aprobados. Por tratarse de la línea base, las valoraciones reflejan el estado actual verificado, no una comparación con períodos anteriores. A partir de este informe, los siguientes reportes medirán avance o retroceso respecto a esta referencia.

2. DASHBOARD — ESTADO POR PILAR MIPG

#	PILAR MIPG	NIVEL	VALORACIÓN	OBSERVACIÓN SINTÉTICA
1	Talento Humano e Integridad	III	En proceso	Manual de funciones vigente. Plan de capacitación en proceso de ser adoptado, pero con ejecución parcial. Código de Integridad socializado a la espera del soporte; pendiente verificación de suscripción de acuerdos de gestión.
2	Planeación Institucional	IV	Adecuado	Plan de Desarrollo articulado al POAI y planes de acción por dependencia. Seguimiento a metas del cuatrienio en curso. Banco de Proyectos actualizado.
3	Gestión del Riesgo	II	Deficiente	Mapa de riesgos institucional con rezago en actualización cuatrimestral. Controles definidos, pero sin evidencia verificable de aplicación en varias dependencias. Requiere atención prioritaria.
4	Actividades de Control	III	En proceso	Supervisión contractual activa en la mayoría de contratos vigentes. Persiste publicación extemporánea de documentos en SECOP. Procesos de contratación con mejoras evidentes frente a vigencias anteriores.
5	Evaluación de Resultados	III	En proceso	Plan Anual de Auditorías 2026 aprobado y en ejecución. Planes de mejoramiento activos con seguimiento iniciado. Hallazgos recurrentes aún sin cerrar en varias dependencias. FURAG en seguimiento permanente.

VALORACIÓN GLOBAL DEL SCI	
Nivel general:	**III — EN PROCESO**
Tendencia:	Ascendente ↑ — El SCI muestra avances concretos respecto a vigencias anteriores, con una base institucional que se consolida progresivamente.
Componente crítico:	**Gestión del Riesgo — Valorado como Deficiente. Requiere intervención formal del Comité.**

La valoración **III — En proceso** refleja que el SCI de la Alcaldía Municipal de Mitú cuenta con una base institucional verificable y con avances concretos en varios de sus componentes, pero aún presenta brechas que impiden una calificación de Adecuado en la mayoría de los pilares. La tendencia es positiva: se parte de una situación en la que el SCI operaba de manera informal y sin estructura, hacia un sistema con lineamientos formales, instrumentos aprobados y un ciclo de evaluación en marcha. La excepción es el pilar de **Gestión del Riesgo**, que requiere intervención prioritaria del Comité.

3. ANÁLISIS DETALLADO POR PILAR

3.1 Pilar 1 — Talento Humano e Integridad | Nivel III — En proceso

La entidad cuenta con manual de funciones actualizado y una estructura de planta de personal formalizada para el período 2024–2027. El plan de capacitación institucional aún no ha sido adoptado para la vigencia 2026, con ejecución parcial verificada al primer cuatrimestre. El Código de Integridad fue socializado en las dependencias; sin embargo, la Oficina de Control Interno no ha podido verificar la suscripción de acuerdos de gestión individual por parte de la totalidad de los servidores públicos, lo que constituye una brecha pendiente de subsanar, los soportes no han sido trasladados. Los mecanismos de denuncia y reporte ético están habilitados, pero no se evidencia cultura activa de uso.

3.2 Pilar 2 — Planeación Institucional | Nivel IV — Adecuado

Este es el pilar con mejor desempeño verificado. El Plan de Desarrollo Municipal está articulado al Plan Operativo Anual de Inversiones y los planes de acción de las dependencias tienen metas definidas con responsables y seguimiento en curso. El Banco de Proyectos se encuentra actualizado con los proyectos de inversión de la vigencia. El seguimiento a las metas del cuatrienio está operando, con reportes periódicos que permiten evidenciar el grado de cumplimiento. Control Interno no identificó brechas significativas en este pilar durante el período evaluado, se evidenció un avance en la secretaria de Gobierno en las metas.

3.3 Pilar 3 — Gestión del Riesgo | Nivel II — Deficiente

Este es el componente de mayor preocupación del período evaluado. El mapa de riesgos institucional no ha sido actualizado en el primer cuatrimestre de 2026, incumpliendo la frecuencia cuatrimestral establecida en los lineamientos del SCI y las directrices del MIPG. Adicionalmente, los controles definidos en el mapa vigente no cuentan con evidencia documental verificable de aplicación efectiva en la mayoría de las dependencias revisadas.

Esta situación expone a la entidad a la materialización de riesgos no monitoreados y debilita la confiabilidad del reporte FURAG en el componente de gestión del riesgo. Se requiere una instrucción formal del Comité a la Referente MIPG y a los Secretarios de Despacho para actualizar el mapa en el plazo establecido en las recomendaciones.

Alerta del Comité: El pilar de Gestión del Riesgo tiene valoración Deficiente. Si en el próximo informe trimestral persiste esta calificación, Control Interno activará el protocolo de escalamiento previsto en los Lineamientos CI-LIN-SCI-002-2025, con reporte especial al Alcalde.

3.4 Pilar 4 — Actividades de Control | Nivel III — En proceso

El proceso de contratación muestra mejoras verificables respecto a auditorías de vigencias anteriores: la supervisión contractual es activa y documentada en la mayoría de los contratos vigentes, y los estudios previos presentan mayor rigor técnico. No obstante, persiste como hallazgo recurrente la publicación extemporánea de documentos contractuales en el SECOP, en contravía de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015. Esta situación fue objeto de la Decisión No. 03/2026 de la Sesión No. 01 del Comité, sin que se haya evidenciado corrección sistemática al primer cuatrimestre.

También se identifican oportunidades de mejora en la segregación de funciones en algunos procesos de apoyo y en la documentación de los procedimientos internos de control por parte de las dependencias.

3.5 Pilar 5 — Evaluación de Resultados | Nivel III — En proceso

La aprobación del Plan Anual de Auditorías en la Sesión No. 01 de 2026 y su ejecución en curso representan un avance institucional significativo. La Auditoría de Cumplimiento a la Unidad de Servicios Públicos Domiciliarios está en desarrollo conforme al cronograma aprobado. El seguimiento especial a cobro de cartera fue formalmente aprobado, aunque se encuentra en etapas iniciales.

Los planes de mejoramiento vigentes están formalizados y cuentan con un esquema de seguimiento mensual aprobado por el Comité. Sin embargo, persisten hallazgos recurrentes de vigencias anteriores que no registran evidencia de cierre efectivo, lo que constituye una señal de debilidad en la cultura de autocontrol institucional.

El FURAG Formulario correspondiente a la vigencia 2025 se surtió completo está pendiente la retroalimentación para generar las actividades correspondientes, de seguimiento desde CI con el referente de MIPG.

4. BALANCE — FORTALEZAS Y DEBILIDADES

FORTALEZAS VERIFICADAS	DEBILIDADES Y ALERTAS
Planeación Institucional sólida Plan de Desarrollo articulado, POAI vigente y planes de acción activos por dependencia con seguimiento a metas. **Auditoría Interna en marcha** Plan Anual de Auditorías 2026 aprobado en febrero. Auditoría de Cumplimiento a la USPD en ejecución. Seguimiento especial a cartera iniciado. **Actividades de control en mejora** Supervisión contractual activa y documentada en la mayoría de contratos vigentes. Mejora notable respecto a auditorías de vigencias anteriores. **Planes de mejoramiento activos**	**Mapa de riesgos desactualizado** El mapa de riesgos institucional no ha sido actualizado en el primer cuatrimestre de 2026. Los controles definidos no tienen evidencia verificable de aplicación en varias dependencias. **Hallazgos recurrentes sin cerrar** Persisten en los planes de mejoramiento hallazgos de vigencias anteriores relativos a solicitudes de cotización para estudios de mercado y a la gestión documental de contratos, sin evidencia de cierre efectivo. **Publicación extemporánea en SECOP** Se mantiene como hallazgo recurrente la publicación tardía de documentos contractuales de

FORTALEZAS VERIFICADAS	DEBILIDADES Y ALERTAS
Los planes de mejoramiento derivados de auditorías anteriores están formalizados y cuentan con esquema de seguimiento mensual aprobado por el Comité. **Lineamientos institucionales aprobados** En esta sesión se aprueban los lineamientos de evaluación del SCI y de revisión financiera, dotando a Control Interno de un marco formal de actuación.	obligatoria publicación: contratos, actas de liquidación, informes de supervisión. Afecta la política de transparencia y el pilar de Integridad. **Cartera con gestión incipiente** El seguimiento especial a cobro de cartera aprobado en febrero 2026 está en sus etapas iniciales. Los resultados de esta revisión podrían revelar una exposición fiscal significativa.

5. RECOMENDACIONES AL COMITÉ

Con base en los hallazgos del presente informe, la Oficina de Control Interno Administrativo formula las siguientes recomendaciones al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:

No.	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE	PLAZO
1	Actualizar el mapa de riesgos institucional en el plazo máximo de treinta (30) días hábiles, incluyendo evidencia de la aplicación de controles en cada dependencia.	Lina Margarita Ortiz Giraldo — Referente MIPG / Secretarios de Despacho	30 días hábiles desde la presente sesión
2	Emitir circular a todas las dependencias ejecutoras de contratos recordando los términos de publicación obligatoria en el SECOP, con identificación de los funcionarios responsables.	Secretaría Jurídica — Andrea Zuluaga Lavao	15 días hábiles
3	Las dependencias con hallazgos recurrentes en planes de mejoramiento deberán presentar, a través de su funcionario enlace, un cronograma de cierre con evidencias concretas en el próximo mes.	Funcionarios enlace de cada dependencia / Oficina de CI	30 días hábiles
4	Fortalecer la cultura de autocontrol en las dependencias mediante jornadas de sensibilización sobre el SCI y los lineamientos aprobados en esta sesión.	Oficina de CI / Talento Humano — Elvia Hernández Castro	60 días hábiles

No.	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE	PLAZO
5	La Secretaría de Hacienda deberá remitir a la Oficina de Control Interno el informe completo de estado de cartera dentro del seguimiento especial aprobado en el Acta No. 01 de 2026.	Cristian Ferney Rincón González — Sec. Hacienda	Inmediato — máximo 10 días hábiles

6. CONCLUSIÓN Y JUICIO DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno Administrativo concluye que el Sistema de Control Interno de la Alcaldía Municipal de Mitú se encuentra en un **nivel III — En proceso**, con tendencia ascendente verificable. La entidad ha avanzado de manera significativa en la formalización de su SCI durante la vigencia 2026: se aprobaron los lineamientos de evaluación y de revisión financiera, el Plan Anual de Auditorías está en ejecución, los planes de mejoramiento tienen seguimiento activo y la planeación institucional presenta el nivel más sólido de los pilares evaluados.

No obstante, el SCI no garantiza aún de manera plena el cumplimiento de los objetivos institucionales en todos sus componentes. Las debilidades en la **Gestión del Riesgo** —pilar calificado como Deficiente— y la persistencia de hallazgos recurrentes sin cierre efectivo representan los riesgos institucionales de mayor relevancia del período. La corrección de estas debilidades en el segundo cuatrimestre determinará si el SCI puede alcanzar una valoración global de **Adecuado** al cierre de la vigencia 2026.

Este informe será el punto de referencia para la evaluación del estado del SCI en la Sesión No. 01 de 2027, conforme al ciclo de evaluación establecido en los lineamientos aprobados.

Cordialmente,

IVÁN ARTURO ALMANZA SANDOVAL
Asesor control interno administrativo.

Gestión documental:
1. Original: destinatario
2. Serie: dependencia productora. 110

Actuación	Nombre y Cargo	Firma
Elaboro	Santiago Hernando Sánchez García, Profesional Control Interno Administrativo.	
Reviso y Aprobó.	Iván Arturo Almanza Sandoval, Asesor Control Interno Administrativo.	