

Radicado: 20260002049

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL
Estado de las Acciones
Corte al 31 de diciembre de 2025

EMPRESA PARA LA SEGURIDAD Y SOLUCIONES URBANAS – ESU-

Presentado a:

MATEO BENITEZ GONZALEZ

Gerente General ESU

Presentado por:

ANDREA QUIRAMA GARCIA

Directora Oficina de Evaluación y Control

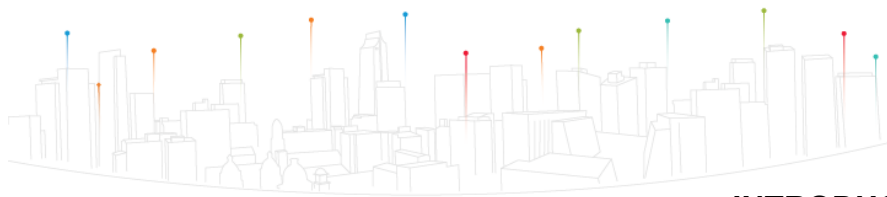
Elaborado por:

Equipo de Evaluación y Control

Medellín, 26 de febrero de 2026

Carrera 48 # 20 - 114, Centro Empresarial Ciudad del Río, torre 3, piso 5. Medellín - Colombia
Teléfono: (604) 444 34 48 - info@esu.com.co - www.esu.com.co



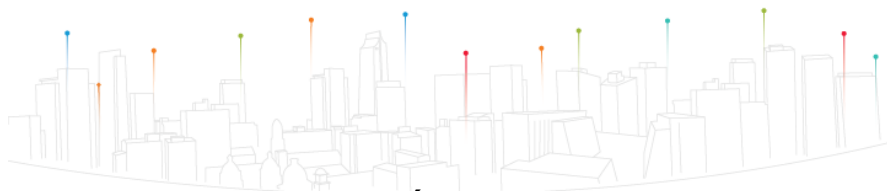


INTRODUCCIÓN

La Dirección de Auditoría Interna en cumplimiento de las obligaciones administrativas y legales específicamente las dictadas en el artículo 2.2.21.3.4 del Decreto 1083 del 2015 y en el Decreto 648 de 2017, específicamente en lo establecido en su rol de Evaluación y seguimiento, realizó el seguimiento al plan de mejoramiento institucional al segundo semestre de 2025, el cual se encuentra registrado en el aplicativo Kawak de la empresa.

Este informe tiene como propósito verificar el seguimiento y control que realizan los directivos, líderes y equipos de trabajo de cada proceso a las observaciones encontradas en evaluaciones de auditoría interna, plan de mejoramiento de la Contraloría Distrital de Medellín, Icontec y auditorías internas de calidad, como mecanismos de autogestión y autocontrol. Con el propósito de promover el fortalecimiento continuo del sistema de control interno y de la gestión institucional.

El capítulo I de la resolución 130 emitida por la Contraloría Distrital de Medellín en febrero de 2024, establece que el plan de mejoramiento es el documento que contiene el conjunto de acciones correctivas que se compromete a implementar un sujeto o punto de control fiscal, siendo el representante legal de la entidad auditada el responsable de suscribir, presentar y realizar seguimiento. Es importante tener en cuenta, que el artículo 17 de la respectiva resolución, en concordancia con el artículo 84 del Decreto 403 de 2023 (procedimiento administrativo sancionatorio fiscal), establece los criterios para la imposición de las sanciones, derivado del incumplimiento del plan de mejoramiento.



METODOLOGÍA

Se realizó el seguimiento a través del aplicativo Kawak, herramienta institucional de gestión y calidad, de todos los planes de mejoramiento programados para cierre durante el segundo semestre de 2025. El seguimiento se realizó mediante: Validación de evidencias cargadas por los responsables. Verificación del estado de avance reportado por las dependencias. Verificación del cumplimiento de fechas límites establecidas para el cierre de las acciones.

Se consolida y se genera un informe donde se muestra el nivel de estado y de avance del plan de mejoramiento institucional, con las recomendaciones y conclusiones encontradas.

RESULTADOS

Realizada la revisión del Plan de Mejoramiento Institucional, con corte al 31 de diciembre de 2025, se presentan a continuación los resultados generales y, posteriormente, los correspondientes a cada proceso, conforme al orden establecido en el mapa de procesos institucional: en primer lugar, los procesos misionales; en segundo, los procesos de apoyo; en tercer lugar, los estratégicos; y, finalmente, los procesos de evaluación.

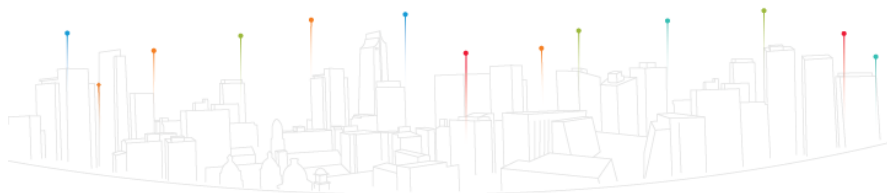
GESTIÓN DE ACCIONES DE MEJORA.

Con corte al 31 de diciembre de 2025, y de acuerdo con lo registrado en la plataforma Kawak, se encuentran en ejecución 29 acciones de mejora (en ejecución), las cuales deberán reportar su cumplimiento durante el primer semestre de 2026.

No obstante, se identificaron 9 acciones vencidas frente a la fecha estimada de cierre establecida para su ejecución, las cuales se describen a continuación:

ID 854. Fuente de identificación: Auditoría Interna. **Proceso:** Gestión Comercial y de Mercadeo. Acción preventiva.

Resultado de verificación (seguimiento): En relación con el posicionamiento de la Línea Estratégica de Sostenibilidad, a la fecha de corte no se encuentran registrados en el aplicativo institucional avances ni evidencias que permitan verificar la implementación de la acción definida. En consecuencia, no es posible validar su ejecución ni su contribución frente a la causa identificada.



ID 571. Fuente de identificación: Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad. **Proceso:** Gestión Documental. Acción correctiva.

Resultado de verificación (seguimiento): Se evidencian avances parciales registrados en el consolidado; sin embargo, estos aún no permiten concluir la mitigación de la causa que originó la no conformidad, manteniéndose aspectos por fortalecer en materia de conservación y disposición documental.

ID 861. Fuente de identificación: Revisión por la Dirección. **Proceso:** Gestión de Talento Humano. Acción preventiva.

Resultado de verificación (seguimiento): A la fecha de corte no se evidencian registros de avance en el aplicativo institucional que permitan verificar la implementación de la acción planteada.

ID 863. Fuente de identificación: Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad. **Proceso:** Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. Acción de mejora.

Resultado de verificación (seguimiento): El mecanismo implementado de registro fotográfico evidencia seguimiento a las pausas activas; no obstante, presenta limitaciones para identificar de manera individual la participación de los colaboradores, lo cual afecta la trazabilidad completa de la gestión del riesgo ergonómico.

ID 781. Fuente de identificación: Auditoría Externa. **Proceso:** Gestión Jurídica. Acción correctiva.

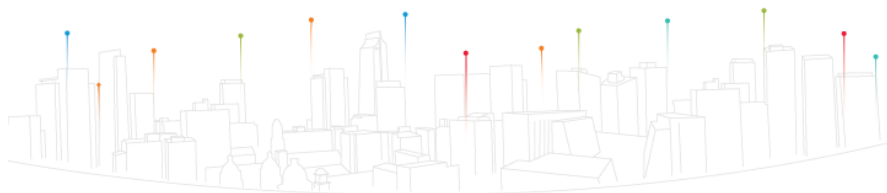
Resultado de verificación (seguimiento): Se verificó el cumplimiento de las acciones correctivas; sin embargo, la aprobación y publicación del manual de supervisión se efectuó con posterioridad a la fecha estimada de cierre, configurándose un cierre extemporáneo frente al cronograma inicialmente definido.

ID 876 y 877. Fuente de identificación: Revisión por la Dirección. **Proceso:** Gestión Contable.

Resultado de verificación (seguimiento):

ID 876: No se evidencian, a la fecha de corte, registros asociados a actividades de conciliación física de activos, depuración de diferencias contables o validaciones integrales que permitan concluir el avance del proceso de saneamiento previsto.

ID 877: No se encuentran registrados avances relacionados con la implementación del



mecanismo propuesto para automatizar y estandarizar la generación de certificados desde la intranet institucional.

ID 717y 870. Fuente de identificación: Auditoría de Evaluación y Control. **Proceso:** Gestión Presupuestal. Acción de mejora.

Resultado de verificación (seguimiento):

ID 717: Se observa avance operativo en la ejecución del plan de choque; no obstante, no se cuenta aún con evidencia de su culminación ni con medidas estructurales que aseguren la prevención de situaciones similares a futuro.

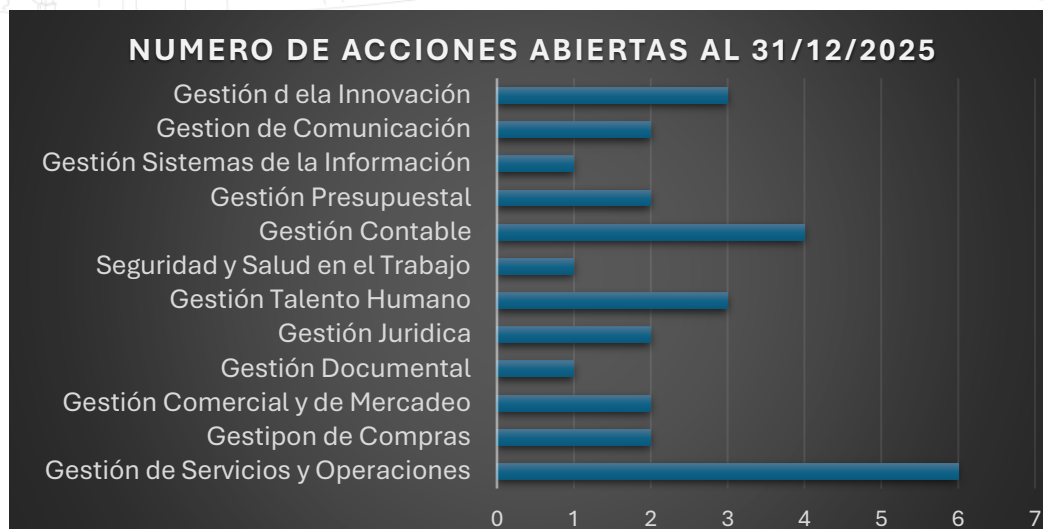
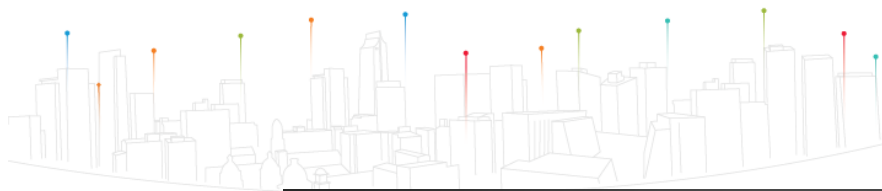
ID 870: Se evidencian avances conceptuales en la definición de la metodología propuesta; sin embargo, a la fecha de corte no se puede concluir su implementación integral ni su impacto en la mitigación del riesgo identificado.

Los resultados descritos evidencian la conveniencia de continuar fortaleciendo el seguimiento y control sobre los compromisos adquiridos, con el fin de asegurar el cierre oportuno y suficiente de las acciones formuladas.

El cumplimiento de los plazos definidos y el registro adecuado de evidencias en el aplicativo institucional constituyen elementos clave para la efectividad del Plan de Mejoramiento Institucional y para la mitigación de los riesgos asociados a los hallazgos identificados.

Asimismo, se reportaron el cierre de 54 acciones durante el periodo verificado.

A continuación, se relata las acciones abiertas al 31 de diciembre del 2025:



1. PROCESOS MISIONALES

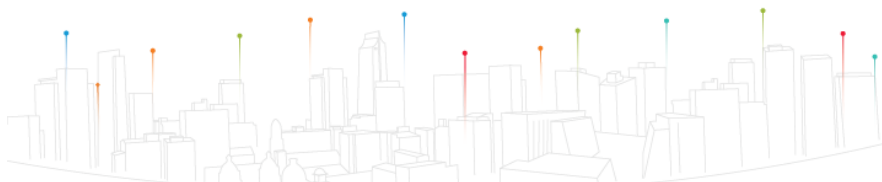
1.1 Gestión de Servicios y Operaciones:

Acciones abiertas: 6.

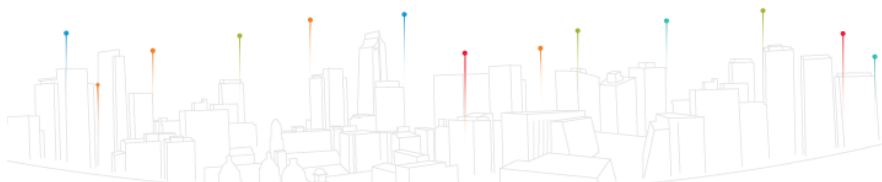
ID	OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN	FECHA ESTIMADA CIERRE
746	Fuente de Identificación: Auditoría control interno. "Lo anterior expone a la entidad a la posibilidad de materialización de varios riesgos, tales como: "realización incompleta o inoportuna de estudios de mercado", "falta de conocimiento de los potenciales proponentes sobre la convocatoria de contratación", "inadecuada formulación de pliegos de condiciones", "inadecuada evaluación de potenciales contratistas".	Revisión de los conceptos empleados en el manual para hacer las aclaraciones correspondientes. Se incluirán estos términos dentro del glosario en la actualización del manual de contratación. Referencia miento de precios Estudios de mercado Estudio de sector.	30/06/2026
759	Fuente de Identificación: Auditoría control interno. En los numerales 6 y 6.1 el texto hace referencia de forma indistinta a "referencia miento de mercado" y "estudio de mercado" y más adelante se habla de "cotizaciones". Se reitera lo manifestado previamente en el sentido de tener cuidado con la utilización de estos conceptos para evitar confusiones.	Revisión de los conceptos empleados en el manual para hacer las aclaraciones correspondientes. Se incluirán estos términos dentro del glosario en la actualización del manual de contratación.	30/06/2026
858	Fuente de Identificación: Revisión por la dirección. Se identifica falta metodología y estandarización en el proceso de ejecución de contratos desde la supervisión. Aunque se tiene una aplicación de gestión de proyectos, requiere revisión para definición de posibles mejoras a nivel de infraestructura y adaptación bajo la metodología PMO adoptada. Gestionar los proyectos bajo marcos de trabajo de PMO y extender la metodología a todas las unidades de la Subgerencia de Servicio.	Realizar un diagnóstico de la plataforma Data Scrum para definir la viabilidad del uso adecuado. Realizar el plan de implementación de la metodología PMO. Capacitar al equipo en el modelo de PMO como plan piloto.	30/06/2026

Carrera 48 # 20 - 114, Centro Empresarial Ciudad del Río, torre 3, piso 5. Medellín - Colombia
Teléfono: (604) 444 34 48 - info@esu.com.co - www.esu.com.co





ID	OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN	FECHA ESTIMADA CIERRE
		Revisar las herramientas digitales definidas el cumplimiento del modelo PMO. Implementar el marco de trabajo PMO en los proyectos que se definan. Estandarizar, documentar e integrar en el sistema de gestión las herramientas ofimáticas y tecnológicas de la metodología	
875	Fuente de Identificación: Revisión proceso. Realizar la revisión integral del ciclo PHVA del proceso de Servicios y Operaciones, con énfasis en una evaluación sistemática de la ejecución del proceso con relación a la documentación vigente. Se revisarán los responsables de cada fase del ciclo, líneas de defensa y identificación de los documentos que requieran actualización, buscando fortalecer la ejecución y facilitar el cumplimiento del proceso.	Efectuar la revisión de los documentos existentes alineados al modelo de operación. Actualizar los documentos que se requieran de la subgerencia de servicios.	28/02/2026
891	Fuente de Identificación: Auditoría Externa. Hallazgo Nro. 03 (Corresponde a la Observación Administrativa Nro. 2 del Informe Preliminar) Debilidades en las funciones de la supervisión. Hecho Irregular: Se identificó algunas debilidades en el ejercicio de supervisión contractual por parte de los responsables designados, al no realizar seguimiento exhaustivo de aspectos relacionados con las etapas de la gestión contractual y la publicación de la información en el Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II, Portal de Contratación ESU o Plataforma HYPER BPM ESU. Las omisiones han derivado en inconsistencias o faltantes de documentos publicados en cada una de las plataformas. Esta situación podría inducir a errores al Equipo Auditor, incumplimiento al Principio de Publicidad y al Artículo 53 de la Ley 2195 de 2022, que establece la obligación de publicar en el SECOP II todos los documentos relacionados con la actividad contractual por parte de las entidades estatales y particulares que manejen recursos públicos. A continuación, se relacionan los contratos de la muestra que presentan esta debilidad: Contrato 202400139 - UNIÓN ELÉCTRICA S.A. Contrato 202400193 - EXPERTOS TECNOLOGICOS S.A.S. Contrato 202400130 - CABLETRONICS S.A.S. Contrato 2023000905 - UNIÓN TEMPORAL SEGURIDAD INTEGRAL. Contrato 202400136 - SOUTH AMERICA SOFTWARE COMPANY SAS, 202400137 - SOFTWARE ESTRATÉGICO S.A.S y 202400138 - SOFTCARIBBEAN S.A. Contrato 202400124 - CABLETRONICS S.A.S. Contrato 202400206 - PICORP DE MEXICO SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE. Contrato 202300091-26 - UNION TEMPORAL SERVIBUHO. Contrato 202400203 - TEAM IT S.A.S. Contrato 202400202 - UNIÓN ELÉCTRICAS.A..	Acción 1: Realizar la revisión de los contratos relacionados y proceder a subsanar los documentos faltantes. Acción 2: Diseñar y divulgar una guía de lineamientos de publicación en SECOP II dirigida a los supervisores de la entidad.	31/03/2026
893	Fuente de Identificación: Auditoría Externa. Hallazgo Nro. 05 (Corresponde a la Observación Administrativa Nro. 4 del Informe Preliminar) Debilidades en la rendición de la cuenta en el Sistema de Información Gestión Transparente. Hecho Irregular: Una vez realizada la revisión de la rendición de los contratos a través del sistema de información Gestión Transparente, en el marco de la Resolución 0460 de 2024, emitida por la Contraloría Distrital	Acción 1: Subsanan la actualización del estado "finalizado" en la plataforma Gestión Transparente, de los contratos. Relacionados.	30/06/2026



ID	OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN	FECHA ESTIMADA CIERRE
	de Medellín, se evidenció que los contratos relacionados a continuación, presentan debilidades en la rendición del campo fecha de terminación: Contratos: 202400202 - UNIÓN ELÉCTRICAS.A. 202400139 - UNIÓN ELÉCTRICAS.A. 202400218 - TEAM IT S.A.S. 202400136 - SOUTH AMERICA SOFTWARE COMPANY SAS. 202400137 - SOFTWARE ESTRATÉGICO S.A.S. 202400067-8 - TELEVISIÓN LTDA. 202300091-26 - UNION TEMPORAL SERVIBUHO. 202300091-26-2 - UNION TEMPORAL SERVIBUHO. 202400056-5 - SERACIS LTDA. 202400056-5-2 - SERACIS LTDA. 202300090-5 - UNION TEMPORAL SEGURIDAD INTEGRAL. 202400206 - PICORP DE MEXICO SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE (...).	Acción 2: Incluir dentro del procedimiento de supervisión actividad relacionada con la actualización del estado cuando los contratos estén finalizados.	

Acciones cerradas: 8.

Las acciones de mejora con ID: 724, 782, 785, 786, 840, 886, 887, 888 fueron cerradas en el periodo verificado con el seguimiento y la última ejecución registrada

1.1.1 Supervisión:

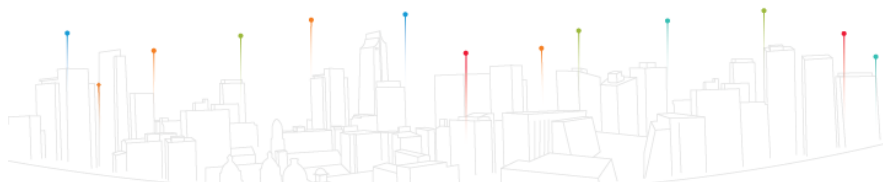
Acciones abiertas: 0.

Acciones cerradas: 0.

1.1.2 Gestión de compras:

Acciones abiertas: 2

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
756	Fuente de Identificación: Auditoría Control interno. .."Lo anterior expone a la entidad a la posibilidad de materialización de varios riesgos, tales como: &ldquo; realización incompleta o inoportuna de estudios de mercado&rdquo;, &ldquo; falta de conocimiento de los potenciales proponen .."Lo anterior expone a la entidad a la posibilidad de materialización de varios riesgos, tales como: realización incompleta o inoportuna de estudios de mercado&rdquo;, &ldquo; falta de conocimiento de los potenciales proponentes sobre la convocatoria de contratación, inadecuada formulación de pliegos de condiciones, inadecuada evaluación de potenciales contratistas; sobre la convocatoria de contratación, inadecuada formulación de pliegos de condiciones;¿ inadecuada evaluación de potenciales contratistas.	Se incluirán estos términos dentro del glosario en la actualización del manual de contratación. Referencia miento de precios Estudios de mercado Estudio de sector.	30/06/2026
759	Fuente de Identificación: Auditoria Control Interno. En los numerales 6 y 6.1 el texto hace referencia de forma indistinta a &ldquo; referencia miento de mercado&rdquo; y &ldquo; estudio de mercado&rdquo; y más adelante se habla de &ldquo; cotizacione. Se reitera lo manifestado	Se incluirán estos términos dentro del glosario en la actualización del manual de contratación.	<u>30/06/2026</u>



Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
	previamente en el sentido de tener cuidado con la utilización de estos conceptos para evitar confusiones.		

Acciones cerradas: 3.

Las acciones de mejora con ID: 758, 775, 780 fueron cerradas en el periodo verificado con el seguimiento y la última ejecución registrada.

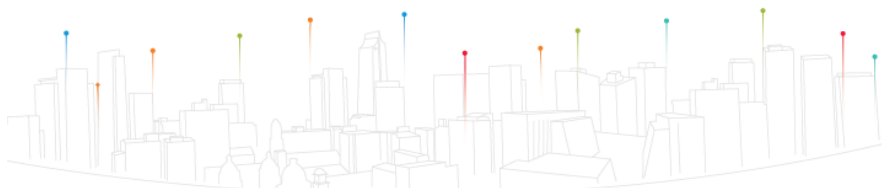
1.2 Gestión Comercial y de Mercadeo:

Acciones abiertas: 2.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
853	Fuente de Identificación: Auditoría control interno. Se identificó que, en el indicador de cumplimiento del Plan de Ventas componente de ingresos para la vigencia 2024, la Unidad de Gestión Comercial está incorporando proyecciones en la variable de ingresos ejecutados, en lugar de utilizar los ingresos reales. Esta situación se evidencia en los comentarios registrados en el sistema Kawak, donde se señala: "Es de aclarar que estos son datos comerciales que se derivan de una proyección. El ingreso real se conoce al culminar la ejecución, como lo indican los convenios interadministrativos." Lo anterior, se valida con la discrepancia entre los ingresos reales reportados en el estado de resultados de la entidad para el año 2024, que ascienden a \$20.184.925.000, y la suma de los ingresos reportados en los cuatro trimestres del indicador, que totaliza \$23.358.776.631.	Alimentar los indicadores de acuerdo con la necesidad actual. Actualizar los indicadores de la subgerencia comercial y de mercadeo.	15/01/2026
854	Fuente de Identificación: Auditoría control interno. Según el informe de ventas acumuladas 2024 presentado por la Subgerencia Comercial y de Mercadeo, se pudo verificar que la entidad no ha logrado posicionar de manera eficiente y eficaz la Línea Estratégica de Sostenibilidad. Esta línea de negocio carece de aliados estratégicos y proveedores que respalden la adecuada planeación y ejecución de sus operaciones.	A partir de la fecha, el equipo de la subgerencia comercial y mercadeo definirá con más detalle la línea estratégica a la que corresponde cada contrato. En particular, se tendrá en cuenta que contratos pueden incluir elementos relacionados con sostenibilidad y seguridad digital, los cuales están inmersos en las líneas de tecnología, seguridad y logística para poderlos discriminar.	31/12/2025

Acciones cerradas: 6.

Las acciones de mejora con ID: 721, 833, 834, 835, 836, 852 fueron cerradas en el periodo verificado con el seguimiento y la última ejecución registrada.



2. PROCESOS DE APOYO

2.1. Gestión del servicio.

Acciones abiertas: 0.

Acciones cerradas: 1.

La acción de mejora con *ID:* 855 fue cerrada en el segundo semestre de 2025 fue cerrada en el periodo verificado con el seguimiento y la última ejecución registrada.

2.2. Gestión Documental.

Acciones abiertas: 1.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
571	Fuente de Identificación: Auditoría interna SGC Sistema Gestión de Calidad. Se evidencia el incumplimiento al procedimiento en mención y al Decreto 1080 de 2015, ya que la entidad no ha realizado depuración de la información. También incumple la norma ISO 9001 en el numeral 7.5.3.2 en su ítem d) Conservación y Disposición. No se evidencia la ejecución de la eliminación de documentos para disposición final.	Actualizar el inventario documental. Selección documental. Elaboración de actas. Publicación información en la Página Web de la entidad. Eliminación de documentos.	30/03/2024

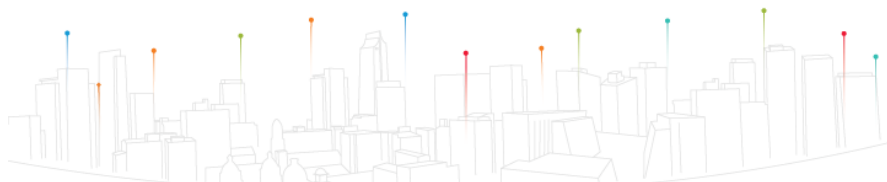
Acciones cerradas: 1.

La accione de mejora con *ID:* 878 fue cerrada en el segundo semestre de 2025 fue cerradas en el periodo verificado.

2.3. Gestión Jurídica.

Acciones abiertas: 2.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
788	Fuente de Identificación: Auditoría Externa. Hallazgo Nro. 2 correspondiente a la observación Nro. 2 del informe preliminar incumplimiento en entrega de periférico de almacenamiento por parte de la ESU e incumplimiento en pago al contratista. El contrato 202300296 suscrito con NOVAPANGEA S.A.S por valor de \$5.964.864.000, con plazo del 19 de diciembre de 2023 hasta el 26 de diciembre de 2023. En visita realizada a la secretaria de seguridad, por parte del equipo auditor el 26 de junio de 2024, se pudo evidenciar que no se ha hecho entrega del periférico de almacenamiento PURESTORAGE a la secretaria de seguridad, no obstante el contratista lo entrego oportunamente a la ESU, según acta de entrega del 22 de diciembre de 2023 firmada por el supervisor y el	Actualización del manual de supervisión	31/12/25



	responsable de TI de la entidad. Cabe a notar que a la fecha de la auditoría el pago de ese contrato no se ha realizado.		
962	Fuente de Identificación: Revisión proceso. Revisión y actualización de los documentos del sistema de gestión jurídica, que contemple responsables y seguimiento, con el fin de asegurar la vigencia, pertinencia y trazabilidad de los mismos.	Actualización de los documentos	31/12/2026

Acciones cerradas: 4.

Las acciones de mejora con *ID: 872, 879, 880, 881* fueron cerradas en el periodo verificado con el seguimiento y la última ejecución registrada.

2.4. Gestión de liquidación convenios.

Acciones abiertas: 0.

Acciones cerradas: 0.

2.5. Gestión de bienes y servicios.

Acciones abiertas: 0.

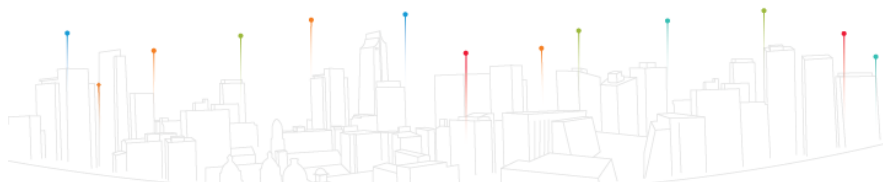
Acciones cerradas: 1.

Las acciones de mejora con *ID: 832* fue cerrada en el periodo verificado.

2.6. Gestión del Talento Humano.

Acciones abiertas: 3.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
819	Fuente de identificación: Auditoría interna SGC. Sistema de Gestión de Calidad. En verificación de inducción realizada a personal nuevo en la institución, en temas relacionados con la introducción a los requisitos a aplicar en la Gestión Documental; se realizó trazabilidad al formato programa de Inducción. FT-M3-GTH-06_v5. de la funcionaria Valentina Villa, actividad realizada el 20 de agosto de 2024. Se identificó que, a pesar de contar realización de inducción en Gestión Documental, se encuentran sin diligenciar los campos de las inducciones de la Oficina Estratégica, Oficina Comercial y Mercadeo, Subgerencia de Servicios, Administrativa y Financiera. Con lo anterior, se incumple el procedimiento inducción, entrenamiento y reintroducción del	Programar una inducción general a la organización para garantizar que todos los funcionarios tengan la inducción completa. A través de la ARL y el colegio de Gestión del riesgo se cargará la inducción corporativa, la cual se nutrirá de la información que cada Subgerencia nos entregue de su área y se organizará con comunicaciones para que se adecúe a la imagen corporativa. Actualizar el procedimiento de acuerdo con los cambios que se generen.	30/06/2026



Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
	personal (Código: PR-M2-GTH-2), numeral 6.1. Actividad 1.		
860	Fuente de identificación: Revisión por la dirección. Mejorar los procesos de inducción y entrenamiento de la entidad Implementando un nuevo software, especializado en gestión del aprendizaje (LMS - Learning Management System).	El plan de capacitaciones se realizará a través del sistema KawaK. Socializar en el próximo comité de gestión y desempeño la necesidad de incluir un software para la administración del plan de inducción de la entidad y validar mediante el comité si es factible la asignación de los recursos para el 2026	30/04/2026
861	Fuente de identificación: Revisión por la dirección. Automatizar el proceso de calificación de requisitos precontractuales y contractuales en SST para que sea más ágil y permita la trazabilidad de la información	Solicitar al área de servicios un cronograma de ejecución del proyecto de datos 360 para identificar cuando se llevará a cabo la automatización del proceso contractual y precontractual	31/12/2025

Acciones cerradas: 1.

La acción de mejora con ID: 757, 859 fue cerrada en el periodo verificado.

2.6.1 Seguridad y Salud en el Trabajo.

Acciones abiertas: 1.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
863	Fuente de Identificación: Auditoría interna SGC. Para una correcta gestión del riesgo ergonómico, es importante contar con las evidencias de participación por parte de los colaboradores de manera individual, es por esto que se recomienda implementar una estrategia que permita el registro de los participantes en la gimnasia laboral o pausas activas.	Dejar registro fotográfico semanalmente hasta diciembre como evidencia al seguimiento de las pausas activas.	31/12/2025

Acciones cerradas: 1.

La acción de mejora con ID: 862 fue cerrada en el periodo verificado.

2.7 Gestión Financiera.

Acciones abiertas: 0.

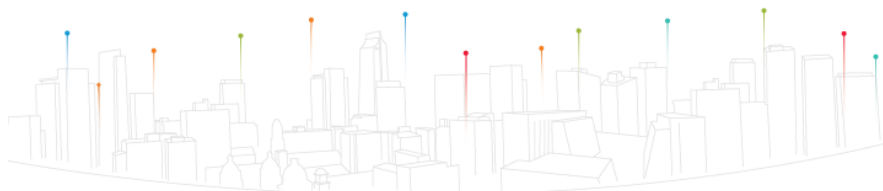
Acciones cerradas: 0.

2.7.1 Gestión Contable.

Acciones abiertas: 4.

Carrera 48 # 20 - 114, Centro Empresarial Ciudad del Río, torre 3, piso 5. Medellín - Colombia
Teléfono: (604) 444 34 48 - info@esu.com.co - www.esu.com.co





Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
958	Fuente de Identificación: Revisión por la dirección. Parametrizar los formatos de medios magnéticos en el software SAFIX	Identificar si en SAFIX se tienen horas de desarrollo para adelantar la parametrización. En caso de contar con las horas de desarrollo en SAFIX se procederá a parametrizar los formatos de medios magnéticos.	07/05/2026
876	Fuente de Identificación: Revisión por la dirección. Garantizar la integridad, exactitud y coherencia de la información contable relacionada con los activos fijos, mediante un proceso de saneamiento y conciliación que permita contar con datos confiables para la toma de decisiones y el cumplimiento normativo.	Requiere parametrización en el Software Safix y realizar pruebas de funcionamiento	31/12/2025
877	Fuente de Identificación: Revisión por la dirección. Automatizar y estandarizar el proceso de generación de certificados de mandato, IVA y retenciones, eliminando tareas manuales para reducir errores, optimizar tiempos de respuesta y garantizar la trazabilidad de la información.	Generación de certificados desde la intranet	31/12/2025
981	Fuente de Identificación: Auditoría Externa. Hallazgo no 1. (Corresponde al hallazgo 01 de la Carta de hallazgos). Debilidades en el proceso de conciliación de saldos de operaciones recíprocas: Hecho irregular: Una vez efectuado el análisis de la información dispuesta en la opción ;Ingreso de la página web del Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP) de la Contaduría General de la Nación (CGN), con el fin de facilitar a las Entidades Públicas la gestión y ajustes necesarios para reducir los saldos por conciliar de la entidad reportarte con otras entidades públicas con las cuales tiene elaciones comerciales o de servicios, se pudo determinar que existen partidas conciliatorias pendientes por reducir, por un monto total de \$105.259.965.929, lo cual implica que existen debilidades en el manejo de las Operaciones Recíprocas, en cuanto a la verificación de saldos por conciliar y la aplicación oportuna de las reglas para disminuirlos. En el siguiente cuadro se detallan las partidas conciliatorias, separadas en tres categorías: 1. Por inconsistencia en reporte y registros contables. 2. Por criterio contable y normatividad vigente. 3. Por momento del devengo o causación. Cuadro 24. Partidas Conciliatorias de la ESU vs Otras Entidades reportantes. Por inconsistencia en reporte y registros contables.	Enviar oficio trimestral de circularización de operaciones recíprocas a las entidades. Diseñar e implementar formato para la conciliación de saldos de los registros contables entre la ESU y los clientes. Realizar mesas de trabajo con los clientes con el fin de identificar y subsanar las diferencias que se presentan en la conciliación de operaciones recíprocas.	31/03/2026

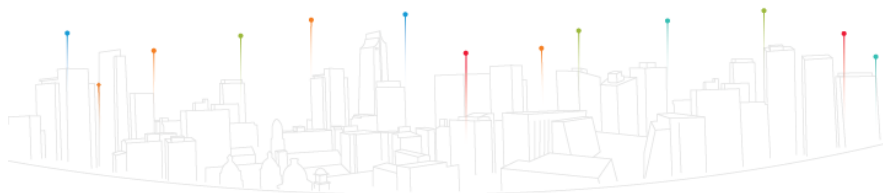
Acciones cerradas: 0.

2.7.2 Gestión Presupuestal.

Acciones abiertas: 2.

Carrera 48 # 20 - 114, Centro Empresarial Ciudad del Río, torre 3, piso 5. Medellín - Colombia
Teléfono: (604) 444 34 48 - info@esu.com.co - www.esu.com.co





Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
717	Fuente de Identificación: Auditoría control interno. Se identificaron 90 compromisos presupuestales generados antes del 2023, que tienen saldo disponible al 30 de junio superior a \$1.000.000	En estos momentos se cuenta con un plan de choque para liberar contratos que están con saldo y vencidos. La unidad de presupuesto liderará una campaña de limpieza de presupuesto con las diferentes áreas responsables.	31/12/2025
870	Fuente de Identificación: Estandarizar los datos utilizados para la elaboración del presupuesto y del estado de resultados (PyG) por la línea de negocio, con el fin de garantizar consistencia, precisión y trazabilidad en la información financiera, facilitando así el análisis y la toma de decisiones.	Evaluar la viabilidad de implementar una metodología que permita la identificación y planificación de los costos, enlazada al presupuesto, y realizar seguimiento al estado de resultados (PyG).	31/12/2025

Acciones cerradas: 1.

La acción de mejora con *ID*: 839 fue cerrada en el periodo verificado.

2.7.3 Gestión de Tesorería.

Acciones abiertas: 0.

Acciones cerradas: 1.

Las acciones de mejora con *ID*: 627 fue cerrada según lo reportado y verificado en el período.

3. PROCESOS ESTRATÉGICOS.

3.1 Gestión de Sistemas de la Información.

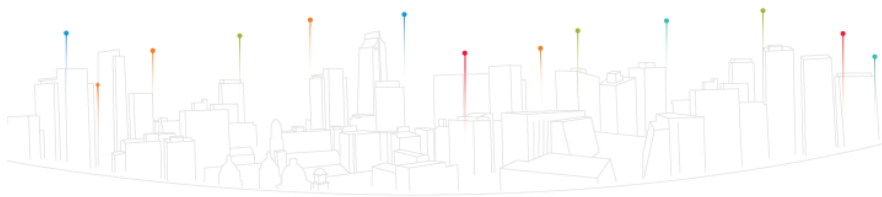
Acciones abiertas: 1.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
955	Fuente de identificación: Revisión por la dirección. Implementación inicial de una herramienta ESUBOT.	Desarrollar un documento claro y detallado que explique paso a paso cómo utilizar la herramienta, sus funcionalidades principales les y ejemplos prácticos, para facilitar su adopción por parte de todos los usuarios de la entidad. Socializarlo a la entidad mediante el correo institucional de comunicaciones. Realizar capacitaciones y sensibilizaciones sobre el uso del ESUBOT	30/06/2026

Acciones cerradas: 9.

Carrera 48 # 20 - 114, Centro Empresarial Ciudad del Río, torre 3, piso 5. Medellín - Colombia
Teléfono: (604) 444 34 48 - info@esu.com.co - www.esu.com.co





Las acciones de mejora con ID: 724, 786, 790, 817, 866, 867, 882, 883, 884 fueron cerradas en el periodo verificado.

3.2 Gestión de Comunicación.

Acciones abiertas: 2.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
825	Fuente de Identificación: Indicador. ANÁLISIS INFORME DE ENCUESTA SE SATISFACCION CLIENTES- VIGENCIA 2023 En cumplimiento del procedimiento establecido, se realizó una encuesta de satisfacción a una base de 62 clientes con contratos finalizados en 2023. El objetivo fue medir la percepción del servicio prestado e identificar oportunidades de mejora. Sin embargo, solo se obtuvieron 5 respuestas, lo que representa una tasa de participación del 8%, limitando la representatividad de los resultados. Los aspectos evaluados se calificaron en una escala de 1 a 3, obteniendo un promedio general de 1.93, lo que indica una percepción parcialmente positiva, pero con áreas críticas que requieren atención inmediata. ¿Destacados?: Solicitud de mayor agilidad en la atención. ¿Énfasis en la calidad del servicio y comunicación efectiva.? Reconocimiento del personal idóneo.? Sugerencias para fortalecer el trabajo en equipo. Los resultados muestran que, aunque se cuenta con personal capacitado, se requiere mejorar la coordinación, la respuesta oportuna y la comunicación con los clientes, además de la efectividad de respuestas por parte de los mismos.	Ajustar el procedimiento PR-M3-GS-1 Procedimiento Gestión del Servicio en los capítulos de objetivo, alcance, responsables, actividades del PHVA, herramientas/ formatos. Incluir mecanismo estadístico para asegurar la confiabilidad de la muestra Revisar la estructura actual de la encuesta, escalas de calificación que permitan conocer el cumplimiento de las necesidades y expectativas del cliente en relación con los requisitos establecidos. Aplicar la nueva metodología y los cambios a nivel del nuevo procedimiento evaluando los resultados y la medición del indicador con análisis comparativos trazables	30/06/2026
892	Fuente de Identificación: Contraloría Distrital de Medellín. Hallazgo Nro. 04 (Corresponde a la Observación Administrativa Nro. 3 del Informe Preliminar) Debilidades en la publicación de información sobre el Portal Corporativo. Hecho irregular: En cumplimiento de las funciones de control y seguimiento de las obligaciones legales en materia de transparencia y acceso a la información pública, se realizó una revisión técnica del sitio web institucional de la entidad. Durante la revisión se detectaron las siguientes situaciones: - Enlaces rotos en secciones clave como "Normatividad", "Contratación" y "Transparencia". - Información desactualizada, con documentos cuya última actualización data de más de 12 meses. - Imágenes y archivos que no cargan, afectando la comprensión del contenido publicado. - Documentos no disponibles o con errores de descarga (formato dañado o inexistente).	Acción 1: Verificar todos los enlaces de las secciones de "Normatividad", "Contratación" y "Transparencia", procediendo a subsanar los enlaces rotos y los archivos e imágenes no disponibles o con errores de descarga. Acción 2: Actualizar el procedimiento de comunicaciones externas PR-M1-GC-1, incluyendo la actualización por demanda de la página web.	31/01/2026

Acciones cerradas: 3.

Las acciones de mejora con ID: 788, 823, 868 fueron cerradas en el periodo verificado.

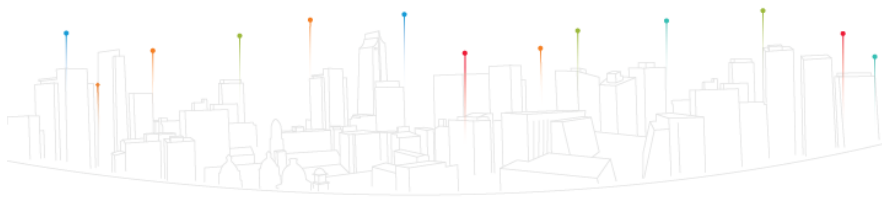
3.3 Planeación Estratégica

Acciones abiertas: 0.

Acciones cerradas: 4.

Carrera 48 # 20 - 114, Centro Empresarial Ciudad del Río, torre 3, piso 5. Medellín - Colombia
Teléfono: (604) 444 34 48 - info@esu.com.co - www.esu.com.co





Las acciones de mejora con ID: 790, 817, 865, 866 fueron cerradas en el periodo verificado con el seguimiento y la última ejecución registrada.

3.4 Gestión de la Innovación

Acciones abiertas: 3.

Id	Observación (descripción)	Acción	Fecha estimada cierre
925	Fuente de Identificación: Revisión por la dirección. Inclusión del requisito 8.3 diseño y desarrollo de productos.	Documentar el proceso correspondiente al numeral 8.3 de la norma ISO:9001: 2015	31/12/2026
992	Fuente de Identificación: Indicador. Al analizar el comportamiento del indicador ID 148 durante los dos últimos semestres, se identifica que su formulación presenta debilidades tanto en la definición de la meta como en su estructura, lo que genera que la oficina de innovación no alcance la meta en ningún momento. La principal causa del incumplimiento radica en que la naturaleza del indicador es de frecuencia semestral y los proyectos se formulan de manera anual los cuales quedan registrados en el plan de acción institucional	Solicitar al área de Planeación la revisión y reestructuración del indicador, con el fin de definir si el indicador existente debe ajustarse, eliminarse o reemplazarse por uno nuevo, garantizando su pertinencia, viabilidad y alineación con los objetivos del proceso y la planeación institucional.	31/12/2026
993	Fuente de Identificación: Indicador. El presupuesto inicialmente previsto para la Oficina de Innovación resultó insuficiente y únicamente contemplaba recursos para capacitaciones; no obstante, dichas capacitaciones fueron ejecutadas con cargo al rubro de Gestión Humana, el cual se encuentra destinado específicamente para este fin. En consecuencia, estas actividades no impactaron el presupuesto de Innovación, pero tampoco permitieron el cumplimiento de la meta del indicador asociado al proceso.	Realizar seguimiento semestral al presupuesto, estableciendo cortes al 30 de junio y 31 de diciembre de 2026, con el fin de verificar el nivel de ejecución presupuestal y asegurar el cumplimiento adecuado del presupuesto asignado que se ate al Plan de Acción Institucional.	31/12/2026

Acciones cerradas: 7.

Las acciones de mejora con ID: 844, 845, 846, 847, 848, 849, 864 fueron cerradas en el periodo verificado con el seguimiento y la última ejecución registrada.

4. PROCESOS DE EVALUACIÓN.

4.1 Evaluación y Control.

Acciones abiertas: 0.

Acciones cerradas: 0.

4.2 Administración de Sistemas Integrados.

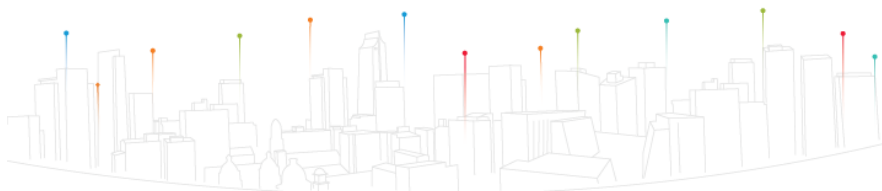
Acciones abiertas: 0

Acciones cerradas: 3.

Las acciones de mejora con ID: 815, 885, 818 fueron cerradas en el periodo verificado con

Carrera 48 # 20 - 114, Centro Empresarial Ciudad del Río, torre 3, piso 5. Medellín - Colombia
Teléfono: (604) 444 34 48 - info@esu.com.co - www.esu.com.co





el seguimiento y la última ejecución registrada.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1) Frente a las acciones en estado vencido

En ejercicio del rol de evaluación y seguimiento, esta Dirección evidencia la necesidad de que los responsables de proceso adopten medidas inmediatas para regularizar las acciones cuyo plazo de ejecución se encuentra vencido, garantizando su culminación efectiva y el cargue oportuno de las evidencias que soporten su implementación.

El incumplimiento en los plazos establecidos debilita la efectividad del Plan de Mejoramiento Institucional y expone a la entidad a riesgos de reiteración de hallazgos por parte de los órganos de control, así como a posibles consecuencias derivadas del seguimiento fiscal externo.

En este sentido, corresponde a cada líder de proceso, en el marco de la primera línea de defensa, asegurar la reprogramación formal, ejecución y cierre efectivo de las acciones bajo su responsabilidad, fortaleciendo los mecanismos internos de control y autocontrol.

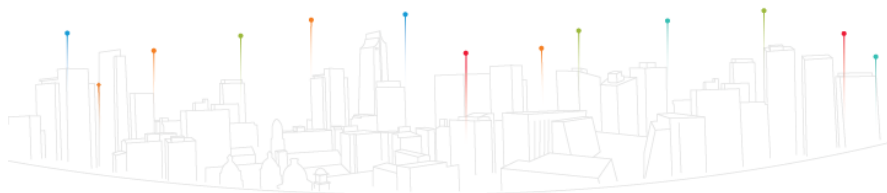
2) Frente al seguimiento y monitoreo del Plan de Mejoramiento

Se recomienda continuar fortaleciendo el registro oportuno y completo de las evidencias en el aplicativo Kawak, incluyendo la actualización de la fecha real de ejecución y los soportes que permitan demostrar el avance y la implementación de las acciones definidas frente a los hallazgos u observaciones.

En el marco del rol independiente de evaluación y seguimiento, es importante que el porcentaje de avance reportado refleje actividades verificables y cuente con el respectivo soporte documental, con el fin de garantizar mayor trazabilidad y consistencia en la información registrada.

De igual manera, se sugiere que, desde la función de planeación y los líderes de proceso, se continúe consolidando la adecuada programación y el seguimiento operativo de las acciones formuladas, mientras que esta Oficina mantendrá el acompañamiento y seguimiento independiente orientado a verificar su cumplimiento y efectividad.

3) Frente a la responsabilidad de las líneas de defensa y su articulación institucional



En el marco del modelo de líneas de defensa, corresponde a la primera línea, integrada por los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, formular, ejecutar y documentar las acciones del Plan de Mejoramiento, asegurando que estas respondan de manera adecuada a la causa identificada y contribuyan a prevenir la recurrencia de los hallazgos.

Por su parte, la segunda línea de defensa, en cabeza de las instancias responsables de planeación y gestión estratégica, debe realizar el seguimiento institucional a la ejecución de dichas acciones, velando por su coherencia con los objetivos estratégicos, la adecuada programación, la trazabilidad en el aplicativo institucional y el cumplimiento de los plazos definidos.

En este contexto, la Oficina de Evaluación y Control mantiene su rol independiente de evaluación y seguimiento, orientado a verificar la implementación, suficiencia y efectividad de las acciones

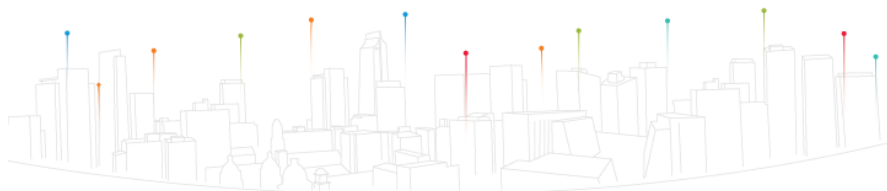
Se sugiere continuar fortaleciendo los espacios de sensibilización institucional sobre el alcance del Plan de Mejoramiento, la responsabilidad compartida entre las líneas de defensa y la importancia del autocontrol como pilar del Sistema de Control Interno.

CONCLUSIONES GENERALES DEL SEGUIMIENTO

Con base en el seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento Institucional con corte al 31 de diciembre de 2025, la Oficina de Evaluación y Control evidencia avances en la implementación de varias acciones formuladas por los procesos; no obstante, persisten acciones en ejecución y algunas en estado vencido que requieren atención prioritaria para asegurar su culminación efectiva.

El cumplimiento oportuno y suficiente de las acciones definidas constituye un elemento esencial para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y para la mitigación de los riesgos identificados en las auditorías internas y externas. Las acciones que superan la fecha estimada de cierre, o aquellas cuyo avance no cuenta con evidencia suficiente, pueden afectar la efectividad del Plan de Mejoramiento y generar alertas en eventuales seguimientos por parte de los órganos de control.

Se observa la necesidad de continuar fortaleciendo la articulación institucional entre la primera y segunda línea de defensa, particularmente en lo relacionado con la programación, seguimiento operativo y registro oportuno de evidencias en el aplicativo institucional. La adecuada trazabilidad de la información y la actualización de las fechas reales de ejecución contribuyen a la confiabilidad del reporte institucional y a la transparencia en la gestión.



En este marco, la Oficina de Evaluación y Control continuará ejerciendo su rol independiente de evaluación y seguimiento, verificando la implementación y efectividad de las acciones formuladas, mientras que corresponde a los líderes de proceso, con el acompañamiento de las instancias de planeación estratégica, asegurar la ejecución integral y documentada de los compromisos adquiridos.

Finalmente, se considera pertinente seguir promoviendo espacios de sensibilización sobre el alcance del Plan de Mejoramiento y el modelo de líneas de defensa, con el fin de consolidar una cultura organizacional basada en el autocontrol, la autogestión y la mejora continua.

Atentamente,

ANDREA QUIRAMA GARCIA

Directora de Evaluación y Control

Proyectó: Luis Felipe Velásquez Estrada. (Auditor/Técnico)