



Proceso auditado	Todos los procesos del IDPYBA
Fecha de realización	Enero 2026
Auditor	Damian Camilo Vargas Vargas - Julieth Paola Pulido Parra - Sergio Geovanny Tocancipá - María Teresa Sánchez López - Mateo Soler Barbón

#### OBJETIVO DE LA AUDITORIA:

Evaluar el sistema de control interno implementado en el reporte de la ejecución de las acciones de las diferentes oficinas y subdirecciones del Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal.

#### ALCANCE DE LA AUDITORIA:

El alcance de la auditoría corresponde al seguimiento de las acciones planteadas por cada una de las áreas del instituto para la vigencia 2025, incluyendo las que están asociadas a las metas de los proyectos de inversión. Además, se incluirá una revisión y retroalimentación frente a la administración de los riesgos de gestión durante la vigencia mencionada anteriormente.

El informe se desarrolla en el mes de enero de la vigencia 2026.

#### MUESTRA Y CRITERIOS:

Los criterios apropiados para el informe de auditoría se basarán en los postulados normativos que se enuncian a continuación: Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"; 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" y demás normas reglamentarias vigentes, y la ley 152 de 1994 " Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo".

Adicionalmente, se tienen en cuenta los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, los actos administrativos internos del IDPYBA, los procedimientos institucionales, los planes operativos vigentes y demás instrumentos de gestión que orientan el desarrollo de las funciones misionales y administrativas de la Entidad.

La muestra seleccionada en este proceso de auditoría siguió los parámetros estadísticos establecidos en el aplicativo de muestreo del DAEP para determinar el alcance del control. Con una población total de 413 acciones del Plan de Acción Institucional y un nivel de confianza del 90% ( $Z = 1,645$ ), el cálculo arroja una muestra inicial de 97 elementos bajo el supuesto de una población infinita. Sin embargo, al aplicar el factor de corrección para poblaciones finitas (ajustando el cálculo al tamaño real de la población de 413), se obtiene una muestra óptima de 80 elementos. Este tamaño muestral, con un margen de error del 5% y una proporción de éxito estimada del 10%, garantiza que los resultados obtenidos sean estadísticamente representativos para evaluar el cumplimiento del periodo 2025, permitiendo a los auditores emitir una conclusión técnica válida sin necesidad de revisar la totalidad de los registros.

#### METODOLOGIA:

Para el desarrollo de la auditoría se realizará seguimiento al Plan de Acción Institucional (PAI), incluyendo el porcentaje de avance para cada una de las categorías (Gestión Institucional MIPG,



Políticas Públicas y Proyectos de Inversión) de las acciones planteadas por cada Subdirección y oficina de la entidad. Además, con el objetivo de corroborar que el porcentaje de avance reportado en el PAI esté debidamente soportado, se tomará una muestra aleatoria de las evidencias aportadas por las oficinas u subdirecciones.

Asimismo, se realizará retroalimentación y seguimiento frente a la Estructuración de los riesgos identificados en el mapa general de riesgos por Proceso (Gestión), el diseño de controles y planes de acción de riesgos, durante la vigencia 2025.

## DESARROLLO DE LA AUDITORIA

### 1. Seguimiento a las acciones del Plan de Acción Institucional por Subdirecciones y Oficinas

Teniendo en cuenta los reportes generados por la primera línea de defensa (Áreas) y la consolidación desarrollada por parte de la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación) a través del formato Plan de Acción Institucional código: PE01-PR11-F01, el equipo de Control Interno evalúa el avance ponderado de las acciones establecidas, divididas en dos categorías principales: Políticas públicas y gestión institucional (MIPG).

El ciclo de solicitud de información inició el 6 de enero de 2026, cuando Control Interno solicitó formalmente el Plan de Acción Institucional (PAI), informes de seguimiento, evidencias y el reporte de SEGPLAN con corte a 31 diciembre de 2025. Ante este requerimiento, la Oficina Asesora de Planeación solicitó el mismo día una ampliación del término hasta el 16 de enero, argumentando la necesidad de validar cierres con las áreas y dificultades operativas por la contratación de equipos bajo la Ley de Garantías. Esta solicitud fue aceptada por Control Interno, reiterando que la información debía ser actualizada al cierre de vigencia. Posteriormente, el 19 de enero, se emitió un alertamiento preventivo para instar a la entrega completa de los insumos.

La Oficina Asesora de Planeación consolidó el 20 de enero de 2026, remitiendo el PAI con 413 acciones y el Memorando de seguimiento número 2026BAIE0000047. En dicha comunicación, la OAP precisó que el reporte de SEGPLAN se consolidaría antes del 30 de enero y agregó que el seguimiento físico-financiero ya se encontraba disponible. Asimismo, se justificó que el proceso de validación de ciertas evidencias del proyecto 7933 continuaba bajo la supervisión de la segunda línea de defensa, lo cual dificultó la revisión por parte del equipo auditor.

A continuación, se dan a conocer las observaciones efectuadas a partir de la revisión aleatoria de las evidencias aportadas por la OAP del avance de dichas acciones, obteniendo como resultado lo siguiente:

#### 1.1. Oficina Asesora de Planeación (OAP)

Categoría	% de avance a 31/12/2025 1ra y 2daL	Acción	Observaciones frente a la revisión de evidencias
Gestión institucional (MIPG)	96,5%	n/a	Se observa que las evidencias correspondientes a estas acciones se encuentran dentro de la carpeta de la Subdirección de Gestión Corporativa,

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>AMBIENTE Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal</small>	<b>PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL A LA GESTIÓN</b> <b>INFORME AUDITORIA INTERNA</b> <b>Código: PV01-PR01-F01</b>   <b>Versión: 3.0</b>	 <b>BOGOTÁ</b> <small>INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL</small>
--	--	---

<b>Gestión institucional (MIPG)</b>			lo que dificulta su localización y revisión.
		Capacitación - MIPG - Dimensiones	No se encontró el acta y listado de asistencia para la capacitación registrada en el avance para el mes de febrero.
		Definir y monitorear indicadores de gestión institucional por proceso	No fue posible localizar evidencias que soporten la ejecución de la acción.
		Desarrollar componente Gestión Integral de Riesgos de corrupción y soborno del PTEP	La carpeta de evidencias correspondiente al mes de abril se encuentra vacía.

## 1.2. Oficina Jurídica

Categoría	% de avance a 31/12/2025 1ra y 2daL	Acción	Observaciones frente a la revisión de evidencias
Gestión Institucional (MIPG)	100%	Contrato realidad y estabilidad reforzada, componentes importantes en la supervisión y apoyo a la supervisión de los contratos del IDPYBA	No fue posible localizar evidencias que soporten la ejecución de la acción.
Gestión Institucional (MIPG)		Centro de Atención Jurídica para la Protección y Bienestar Animal	No fue posible localizar evidencias que soporten la ejecución de la acción.
Gestión Institucional (MIPG)		Sensibilización: Ley 1755. Segundo semestre	No fue posible localizar evidencias que soporten la ejecución de la acción.

## 1.3. Subdirección de Cultura Ciudadana y Gestión del Conocimiento

Categoría	% de avance a 31/12/2025 1ra y 2daL	Acción	Observaciones frente a la revisión de evidencias
Políticas publicas	100%	Programa Distrital de Voluntariado Social por la Protección y el Bienestar Animal	No se encuentran evidencias que soporten la consolidación de la base de datos de voluntarios del mes julio. De igual forma, no se evidencia el producto establecido como entregable para el avance mensual de la acción.



Políticas publicas			
		Semana Distrital de Protección y Bienestar Animal	No se encuentra cargado el producto entregable en el SharePoint para el mes de octubre.
		Sello Zolidario	No fue posible localizar evidencias que soporten la ejecución de la acción.
		Convenios para el fomento de la investigación en protección y bienestar animal	No se encontró evidencia del producto reportado para la acción, específicamente para los meses de febrero y abril.
		Iniciativas juveniles apoyadas para la protección y bienestar animal que fomente el conocimiento, la participación y la movilización social, en el marco del Servicio Social Estudiantil.	Si bien, para la acción se encuentra el producto entregable del mes de abril, correspondiente a las/los estudiantes vinculados al programa de servicio social estudiantil, esta base de datos no tiene encabezado o código institucional.
		Estrategia Pedagógica en temas de protección y bienestar animal para la Kumpania Rrom en concertación con la instancia consultiva Rrom y su normativa Vigente.	No se encuentra evidencia que soporte el 100% del reporte su ejecución.
		Lineamientos técnicos de inclusión del enfoque étnico diferencial palenquero diseñado e implementado en los planes, programas y proyectos del Sector Ambiente, en concertación y con participación del espacio autónomo palenquero Kuagro Mona ri Palenge andi Bakatá.	Se reporta un 100% de avance, sin embargo, no hay evidencias que soporten este porcentaje.

#### 1.4. Subdirección de Atención a la Fauna

Categoría	% de avance a 31/12/2025 1ra y 2daL	Acción	Observaciones frente a la revisión de evidencias
Gestión institucional MIPG	100%	Capacitación de ruta de atención y denuncia a través de nuestros canales de atención. Primer semestre	<p>La fecha de inicio y entrega está contemplada del 1 al 30 de mayo y se encuentra el debido reporte en el mes de mayo.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p>



	<p>Socialización de como atendemos los casos por presunto maltrato animal- Primer semestre</p> <p>Capacitación acerca de la atención de casos a través del Programa Urgencias Veterinarias</p> <p>Capacitación acerca de la atención de animales sinantrópicos Palomas de Plaza y Enjambres de Abeja Común en el Distrito Capital. Segundo Semestre</p> <p>¿Qué hacemos en nuestra Unidad de Cuidado Animal? Primer semestre</p> <p>¿Por qué adoptar animales del IDPYBA? Segundo semestre</p>	<p>A pesar de que la fecha de inicio y entrega está contemplada del 1 al 30 de abril, en la columna de reporte del mes de mayo se establece como ejecutada con un avance con valor asignado de 0,0.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p> <p>A pesar de que la fecha de inicio y entrega está contemplada del 1 al 30 de junio, en la columna de reporte del mes de mayo se establece como ejecutada con valor asignado de 0,0.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p> <p>A pesar de que la fecha de inicio y entrega está contemplada del 1 al 30 de septiembre, en la columna de reporte del mes de mayo se establece como ejecutada con valor asignado de 0,0.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p> <p>A pesar de que la fecha de inicio y entrega está contemplada del 1 al 30 de junio, en la columna de reporte del mes de mayo se establece como ejecutada con valor asignado de 0,0.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p> <p>A pesar de que la fecha de inicio y entrega está contemplada del 1 al 30 de septiembre, en la columna de reporte del mes de mayo se establece como ejecutada con valor asignado de 0,0.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p>
--	--	---



Políticas públicas	98%		<p>de septiembre, en la columna de reporte del mes de mayo se establece como ejecutada con valor asignado de 0,0.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión y ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p>
		¿Qué hacemos por los animales de granja y las especies no convencionales?	<p>A pesar de que la fecha de inicio y entrega está contemplada del 1 al 30 de agosto, en la columna de reporte del mes de mayo se establece como ejecutada con valor asignado de 0,0.</p> <p>Como evidencia no se encuentra el acta de la reunión y ni el listado de asistencia, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 %.</p>
		Programa de esterilización canina y felina en el Distrito Capital	<p>En la revisión efectuada, no fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción para los meses de mayo, junio julio, agosto, septiembre, noviembre y diciembre lo que limita la verificación del cumplimiento de la acción. En enero, la evidencia encontrada permitió corroborar la información presentada en el monitoreo de la acción.</p>
		Programa de cuidado integral de la fauna doméstica	<p>En la revisión efectuada, no fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción para los meses de marzo, mayo julio, agosto, septiembre y noviembre, lo que limita la verificación del cumplimiento de la acción. En enero, la evidencia encontrada permitió confirmar la información presentada en el monitoreo de la acción.</p>
		Programa de urgencias veterinarias	<p>En la revisión efectuada, no fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción para los meses de junio, agosto, octubre y diciembre lo que limita la verificación del cumplimiento de la acción. En abril, la evidencia encontrada no coincide con la publicada en la matriz del PAI.</p>



		<p>Sistema de registro e identificación de caninos y felinos del distrito capital</p>	<p>En la revisión efectuada, no fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción para los meses de abril, junio, agosto, octubre y diciembre lo que limita la verificación del cumplimiento de la acción. En febrero, la evidencia encontrada permitió corroborar la información presentada en el monitoreo de la acción.</p>
		<p>Grupo de manejo de animales Sinantrópicos</p>	<p>En la revisión efectuada, no fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción para los meses de mayo, julio, septiembre y noviembre lo que limita la verificación del cumplimiento de la acción. En marzo, la evidencia encontrada no contiene las coordenadas geográficas como exige el formato, en enero la evidencia permitió corroborar la información presentada en el monitoreo de la acción.</p>
		<p>Estrategia de atención integral para animales en la ruralidad.</p>	<p>En la revisión efectuada, no fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción para los meses de marzo, mayo, Julio, septiembre y noviembre lo que limita la verificación del cumplimiento de la acción. En enero, no se realizó ninguna acción.</p>
		<p>Estrategia de atención integral de fauna doméstica en la Kumpania Rrom concertado con la instancia consultiva Rrom de Bogotá.</p>	<p>En la revisión efectuada, en la matriz del PAI, para la vigencia 2025 se indica que la actividad no fue realizada, contradictoriamente se reporta que la actividad fue cumplida al 100 % pero no se anexan los soportes de evidencias.</p>

## 1.5. Subdirección de Gestión Corporativa

Categoría	% de avance a 31/12/2025 1ra y 2daL	Acción	Observaciones frente a la revisión de evidencias
Políticas publicas	100%	<p>Programa de comunicación por la protección y el bienestar animal</p>	<p>De los meses objeto de revisión, únicamente julio cuenta con evidencia de la ejecución de la acción. No obstante, el soporte presentado no se encuentra alineado con el entregable establecido en el PAI y no permite verificar la información consignada en el monitoreo del mes.</p>
		<p>TICS para la PyBA</p>	<p>La evidencia de cumplimiento de la acción es parcial y heterogénea, dado</p>



Políticas publicas	100%	Casa Ecológica de los animales (CEA)	que existen meses sin soportes, meses con evidencia alineada al plan de acción y meses en los que, aunque se reporta el monitoreo, la evidencia no se ajusta a lo establecido.
		Plan de trabajo para fortalecer la capacitación y promover la vinculación laboral de mujeres y hombres trans en los quince sectores de la administración distrital.	La evidencia de la acción es dispar y carece de criterios uniformes. Existen periodos sin soporte y otros con documentos que permiten validar la información reportada en el monitoreo; sin embargo, también se identifican evidencias insuficientes para corroborar el cumplimiento, como citaciones a comités sin información sobre los temas abordados o decisiones adoptadas. Por lo anterior, se recomienda establecer criterios claros sobre las características que debe cumplir la evidencia de la acción.
		Piezas elaboradas y difundidas, de manera digital e impresa, de acuerdo con los lineamientos de la Estrategia de Cambio Cultural establecidos por la Dirección de Diversidad Sexual	En la revisión de las evidencias de los meses impares no se identificaron soportes que acrediten el cumplimiento de la acción. Aunque en el monitoreo se reporta la ejecución de actividades en abril, no se aportó evidencia que la respalde. Adicionalmente, la acción, programada para toda la vigencia, presenta meses sin actividades reportadas y no desarrolla el "plan de trabajo" al que hace referencia.
Gestión Institucional (MIPG)	100%	Jornada de sensibilización: Estrategias para la atención a personas con diversidades funcionales Primer Semestre	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Primera Jornada de Ahorro de energía	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Definir el Plan de Capacitación para el 2026 en SST del Instituto.	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Psicosocial: Fatiga Compasional. Primer semestre	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Incluir en la matriz la información de Recursos, financieros, humanos y	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.



Gestión Institucional (MIPG)		tecnológicos del SG-SST para la vigencia 2026, de conformidad con el presupuesto establecido.	
		Campañas de prevención del suicidio - segundo semestre	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Psicosocial: Retroalimentación o feedback	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Segunda jornada de: Manejo de Residuos Peligrosos	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Evento sobre Violencia de género y su impacto en el bienestar animal	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Conmemoración día de la madre	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Capacitación - MIPG - Dimensiones	No fue posible localizar las evidencias que soporten la ejecución de acción.
		Diligenciamiento de Formato Único de Inventario FUID	No fue posible localizar la evidencia que soporta la ejecución de la acción.
		Jornada de sensibilización: enfoque de género y su importancia en la gestión pública:	No fue posible localizar la evidencia que soporta la ejecución de la acción.
		Fortalecimiento del valor público	Como evidencia se encuentra el acta de la reunión y el listado de asistencia en el formato controlado identificado con el código PE01-PR01-F04 cuyo contenido corresponde a la sensibilización sobre el fortalecimiento del valor público, en los términos en los que señala el monitoreo de la acción.
		Ciberseguridad backup de la información	No fue posible localizar la evidencia que soporta la ejecución de la acción.
		Primera jornada de: Riesgo biológico: Enfermedades Zoonóticas(rabia, leptospira)	No fue posible localizar la evidencia que soporta la ejecución de la acción.
		Programa de orden y aseo	No fue posible localizar la evidencia que soporta la ejecución de la acción.
		Sistema de gestión SST: Políticas y responsabilidades. Primer semestre	No fue posible localizar la evidencia que soporta la ejecución de la acción.
		Primera Jornada de capacitación Reciclaje	No fue posible localizar la evidencia que soporta la ejecución de la acción.
		Plástico de un solo uso consumo sostenible, cero papel	Como evidencia se encuentran dos actas de reunión y listados de asistencia, en el formato identificado con código PE01-PR01-F04, cuyos contenidos corresponden a capacitaciones sobre consumo



			sostenible (08/10/2025) y plásticos de un solo uso (30/10/2025), tal como lo señala la acción y el correspondiente monitoreo. Ahora bien, en la evidencia no se encontró soporte de actividad relacionada con "cero papel".
		Realizar seguimiento a recomendaciones generadas de las mediciones ambientales realizadas	Se observa monitoreo de la acción en los meses de febrero y octubre, cuyo porcentaje de cumplimiento está dado por la suma de la proporción asignada a cada mes. Sin embargo, la acción está definida para ser desarrollada en el mes de octubre. Adicionalmente, no se encontraron evidencias que soporten las actividades señaladas en los monitoreos en las carpetas de los meses mencionados.

## 2. Seguimiento a las acciones del PAI asociadas a los proyectos de inversión del Instituto y al Plan de Desarrollo Distrital (PDD)

### 2.1. Proyecto de inversión 7930

No.	Actividad Proyecto de inversión	Programada vigencia 2025	Ejecutada vigencia 2025	Porcentaje de avance
1.	Generar 14 Reporte(s) de análisis de los indicadores de la Política Pública en PYBA para la toma de decisiones.	4.0	4.0	100%
2.	Generar 7 Producto(s) de investigación que contribuyan a la protección y el bienestar animal.	2.0	2.0	100%
3.	Establecer 4 Alianza(s) estratégicas para el fortalecimiento de la investigación y la gestión de conocimiento en PYBA.	1.0	1.0	100%
4.	Implementar 1 Semillero(s) de investigación como escenario para fomentar la vinculación ciudadana en procesos de gestión del conocimiento en PYBA.	1.0	1.0	100%
5.	Implementar 1 Batería(s) de herramientas para el fortalecimiento de la gestión del conocimiento.	1.0	1.0	100%

### Observaciones frente a revisión de evidencias y los reportes de avance

#### Actividad 1



- Se observa que, en la matriz del PAI se enuncia como producto entregable los reportes trimestrales de los indicadores. No obstante, durante la revisión aleatoria de evidencias se encontró que se cargan otro tipo de documentos.
- Para el reporte de avance del mes de enero, no es clara la información que se va a encontrar en las evidencias.

## Actividad 2

- Si bien, para las evidencias del mes de febrero, se cargan actas de reuniones que se realizaron para direccionar el desarrollo de la investigación, no se encuentra el producto establecido como entregable denominado "anteproyecto".
- Se evidencian discrepancias en la información de avance mensual reportada entre la hoja "PAI" y la hoja "METAS PDD", en la primera se reporta que no hubo avances para esta actividad desde el mes de abril. En consecuencia, el resto de la revisión de evidencias se hace con la segunda hoja.
- Para el avance del mes de marzo, se enuncia que se tienen dos anteproyectos de la siguiente forma: "Se generaron los dos (2) anteproyectos de investigación uno en la Línea de investigación en Ciencia Animal y otro en la Línea de Investigación en Relación Humano-Animal". No obstante, dentro de las evidencias cargadas no es posible determinar cuál corresponde a cada línea.
- En lo concerniente a las evidencias del mes de mayo, no es posible determinar cuál producto corresponde a la investigación del componente biótico de los programas del IDPYBA.

## Actividad 3

- Hay discrepancia entre los avances reportados en las hojas mencionadas en la actividad anterior. Por ende, la revisión de evidencias se realiza con la hoja "METAS PDD".
- En el avance reportado para el mes de febrero, se enuncia que se realizaron acercamientos con diferentes instituciones. Sin embargo, dentro de las evidencias cargadas solo se encuentra la documentación de una reunión exploratoria con la Universidad de la Salle.
- Con respecto al avance del mes de abril, no es posible diferenciar que acciones corresponden a la actividad tres del proyecto de inversión.
- Para el avance del mes de septiembre, se reporta la formalización de la alianza con el IPYBAC, el SENA y la Uniagraria. Asimismo, las evidencias soportan estos hechos. No obstante, para Control Interno no es claro porque se reporta para la vigencia 2025 el establecimiento de una alianza estratégica, si con base en lo reportado en el PAI, en este mes se formalizaron tres.

## Actividad 4

- Se encuentran discrepancias en el reporte de avance mensual de la hoja uno y dos del PAI. En la hoja uno se reportan las dificultades para la implementación del semillero durante los primeros meses de la vigencia, mientras que en la hoja dos no se enuncian explícitamente las dificultades para ejecutar esta actividad. La revisión de evidencias se hace con la hoja "METAS PDD".
- Si bien, para las evidencias del mes de Julio se encuentra la ficha técnica del semillero, no se encuentra la evidencia que hacen alusión a listado de semilleristas.



- Para las evidencias del mes de septiembre, se encuentra la documentación de las sesiones formativas, pero no es claro cuáles son las sesiones conjuntas con el Museo de Bogotá.

#### Actividad 5

- Se encuentran discrepancias en el reporte de avance mensual de la hoja uno y dos del PAI. La revisión de evidencias se realiza con base a la hoja dos.
- Para el reporte de avance mensual de algunos meses se enuncia lo siguiente: "Finalmente, se continúa de manera constante con la implementación de una batería de herramientas para el fortalecimiento de la gestión de conocimiento en PYBA", esta frase no permite identificar que evidencias se van a revisar para corroborar el cumplimiento del avance. Se recomienda escribir explícitamente que herramientas se diseñaron/utilizaron para que desde Control Interno se pueda hacer una revisión directa de las evidencias.

#### 2.2. Proyecto de inversión 7933

No.	Actividad proyecto de inversión	Programada vigencia 2025	Ejecutada vigencia 2025	Porcentaje de avance
1.	Atender Animales por Urgencias Veterinarias	13.450	9.030	86.24%
2.	Atender animales por Brigadas Médicas	13.450	9.030	115.21%
3.	Atender integralmente a caninos y felinos que sean remitidos por otras entidades en la Unidad de Cuidado Animal	13.450	9.030	61.75%
4.	Dar en adopción a caninos y felinos bajo custodia de la entidad.	13.450	9.030	106.89%
5.	Atender animales bajo el cuidado de animalistas y protecciónistas en el Distrito Capital	1377	842	111.29%
6.	Fortalecer la línea única contra el maltrato Animal (601) 439 9801 - Antigua 018000115161	7165	5064	94.69%
7.	Brindar atención integral y especializada a palomas de plaza ( <i>Columba livia</i> )	0.6	0.405	92.83%

#### Observaciones frente a revisión de evidencias y los reportes de avance

#### Actividad 1

- En la matriz de seguimiento identificada con el código PM01-PR03-F21, Territorialización del Programa de Urgencias Veterinarias, se observan datos de la vigencia 2024 que coinciden cuantitativamente con la información reportada para el mes de enero de 2025. Se anexa la imagen 1.0 como soporte.

**Fuente:** Archivo Plan de Acción Institucional.

## Actividad 2

- Se identifican inconsistencias, se reporta en atención 515 animales, en la evidencia se visibilizan 535 animales atendidos según reporte en el formato PM01-PR05-F07 Registro de animales atendidos enero 2025.

## Actividad 3

- Se reporta el ingreso de 16 animales caninos y felinos a la Unidad de Cuidado Animal en la matriz de PAI, en la base de datos de evidencias aportadas se verifican 36 registros del mes correspondientes a enero vigencia 2025.
  - Se sugiere implementar en las evidencias gestión documental del formato **PM01-PR17-F01 Ingreso de animales a la Unidad de Cuidado Animal**.

## Actividad 4

- Se verifica la matriz contenida en evidencias con 33 caninos y felinos entregados en adopción debidamente sustentados en el **formato PM05-PR02-F05**.

## Actividad 5

- Se realiza verificación de 69 historias clínicas en formato PDF correspondientes al mes de febrero vigencia 2025, como soporte de consultas médicas.

## Actividad 6

- Se verifica el reporte mensual de la línea única contra el maltrato Animal (601) 439 9801 - Antigua 018000115161 dentro del entregable se evidencia un cumplimiento parcial, toda vez que se encontró el informe mensual de reporte de atenciones, sin embargo, no se observa evidencia del producto referente a piezas publicitarias.

## Actividad 7



- Se verifica la evidencia referente al mes de abril de 2025, se reporta atención médica para 20 Palomas de Plaza (*Columba livia*) mediante las brigadas médicas in situ y en clínica de palomas, se sugiere anexar formato PM01-PR11-F07 registro clínico veterinario de palomas de plaza *Columba livia*.

### 2.3. Proyecto de inversión 7936

No.	Actividad proyecto de inversión	Programada vigencia 2025	Ejecutada vigencia 2025	Porcentaje de avance
1.	Involucrar 50000 Persona(s) a las acciones educativas en protección y bienestar animal para la transformación cultural y la convivencia armónica entre animales humanos y no humanos en Bogotá.	19890	19890	100%
2.	Implementar 1 Estrategia(s) de participación y movilización ciudadana para la apropiación social del conocimiento en protección y bienestar animal en el Distrito Capital.	0,37	0,37	100%
3.	Implementar 1 Estrategia(s) de regulación en protección y bienestar animal para los prestadores de servicios con y para animales en Bogotá.	0,43	0,422	98%

### Observaciones frente a revisión de evidencias y los reportes de avance

**Nota:** la revisión de evidencias se realizó con base a la hoja "METAS PDD" del Plan de Acción Institucional.

#### Actividad 1

- Se evidencia que para la meta 2085 del PDD, la magnitud de avance reportada en la hoja "PAI" del plan de acción institucional, no es congruente con lo reportado en la hoja "METAS PDD". Por ende, la revisión de evidencias se hace con la segunda hoja,
- Para esta misma meta, en las evidencias del mes enero, para las actividades de tipo comunitario, no se encuentran los registros de participantes que soportan el avance reportado en las bases de datos.
- En las evidencias cargadas para el avance del mes de mayo, no se encuentra documentación que soporte la ejecución del evento de ámbito educativo denominado: "Sensibilización dominios del bienestar animal y relación planta/animal" realizado el 02/05/2025 en la Universidad Sergio Arboleda. Lo mismo ocurre para la actividad de ámbito comunitario realizada en el Parque Pontevedra el 29/05/2025.
- Con relación a las evidencias del mes julio, estas carecen de la base de datos que permitía tener un control de los participantes que asistieron a las actividades. Lo mismo ocurre con las evidencias cargadas para el mes de septiembre.

#### Actividad 2

- Para las evidencias del mes de marzo se evidenciaron algunos listados de asistencia sin la información correspondiente a: lugar, hora, fecha, de las actividades correspondientes a



copropiedad. Por otro lado, para las instancias de participación, no se encontró el soporte documental del acompañamiento realizado a la mesa local PYBA de la localidad Antonio Nariño.

- Con respecto a las evidencias del mes de mayo, no se encontró el soporte documental de la alianza con Asosalud para el programa de voluntariado.
- Se evidencia que en la hoja "PAI" se reporta un avance igual a cero en muchos de los meses de la vigencia 2025.

### Actividad 3

- En las evidencias del mes de febrero no se encontró la documentación que soporta la actividad enunciada en la hoja "METAS PDD", "Gestiones con el gremio para la actualización del documento", Línea normativa, paseadores caninos. De igual forma, para la línea apropiación del conocimiento, se enuncia que se realizaron jornadas de socialización del protocolo de paseadores caninos del instituto. No obstante, la documentación cargada corresponde a visitas de inspección realizadas a paseadores caninos en dos parques de Bogotá.
- Con respecto a las evidencias del avance del mes de junio, línea normativa, paseadores caninos, no se observó la evidencia que da prueba de los "ajustes al cronograma".

Con relación a las evidencias de visitas de inspección y vigilancia se recomienda agregar una sección en las actas de actas (documento en el que las/los inspectores reportan las actividades mensualmente) un resumen cuantitativo de cuantas visitas y socializaciones realizaron en total. Lo anterior, con el objetivo de tener a la vista el número total de estas actividades sin mirar acta por acta.

### 2.4. Proyecto de inversión 7951

No.	Actividad proyecto de inversión	Programada vigencia 2025	Ejecutado 2025	Porcentaje de avance
1.	Implementar 100 Porciento la estrategia de comunicación para posicionar la entidad en el Distrito Capital.	27	15,7	100%
2.	Fortalecer 100 Porciento la implementación de la estrategia de los procesos tecnológicos para el desarrollo institucional.	27	15.7	100%
3.	Realizar 1 Documento(s) de actualización del diagnóstico de cargas laborales y estructuración organizacional que incluya propuesta de viabilidad en la implementación.	0.27	0.16	100%
4.	Realizar 100 Porciento de las intervenciones en los procesos jurídicos, contractuales y disciplinarios de la entidad.	27	15.5	100%
5.	Implementar 100 Porciento de las fases del modelo de planeación y gestión orientado a resultados.	27	15,7	100%
6.	Realizar 100 Porciento de las intervenciones en los procesos de apoyo identificados al interior de la entidad.	27	7	100%



7.	Realizar 100 Porciento de las acciones normativas en el marco de la gestión financiera y del talento humano.	27	15,7	100%
8.	Realizar 100 Porciento del plan de mantenimiento correctivo- preventivo, que se requiera en la entidad para las diferentes sedes.	27	15,7	100%
9.	Realizar 100 Porciento de las fases definidas del ciclo de vida para la creación del sistema de información de la entidad.	32	18,7	100%

### Observaciones frente a revisión de evidencias y los reportes de avance

#### Actividad 1

- Se observa que, en la matriz del PAI se enuncia como producto entregable documentos y/o material audiovisual, como ejemplo se tiene que en marzo se realizaron 46 videos 136 piezas graficas. No obstante, durante la revisión de evidencias se encontró que se cargan otro tipo de documentos, adicional es importante indicar que el link aportado en la base denominado como "evidencias" no permite abrir el archivo.

En febrero se conceptualizaron e implementaron las campañas: Día mundial de la esterilización, día del gato, Un viejito en tu vida, San Valentín, Día sin carro y sin moto, Diálogos zoódicos, servicio social estudiantil, Microchips, Brigadas médicas, Miércoles de seguimiento, Adoptermonos, Escuadrón Antirruedas, Jornadas de Adopción, Diálogos zoódicos, servicio social estudiantil, acciones interinstitucionales, jornadas de esterilización, entre otras, las cuales además temporalmente, dieron continuidad a la visibilización misionales del Instituto.	Microsoft Excel	Nombre: Sin identificar Rol: Enlace corporativa	En marzo se conceptualizaron e implementaron campañas y estrategias de comunicación: Jornadas de adopción, Brigadas médicas, Esterilizar Salva, Adoptermonos, Adopta a un perro rescatado del Hogar de paso Callejeros de Fontibón, Sistema Distrital de Cuidado, Diálogos sobre protección y bienestar animal, 8M, 8M y Centro de Atención Jurídica, Chapicats, Huellitas de la calle, Miércoles de Seguimiento, Atención comunidad emberá, Vidas con huella, Canales de Atención, Microchips, Adopta un perro de raza de manejo especial, CES, Escuadrón Antirruedas, Evolución de Amanda, Siantrópicos, Historia de Shova, Negrita y sus cachorros, Sabías que..., Día de la Prevención, Atención y Cuidado de los Animales de Compañía, Flash Animal, Sensibilización Transmilenio.
En total, se realizaron 35 videos y 113 piezas gráficas.	 No se puede abrir el archivo especificado. Aceptar	Evidencia	En total, se realizaron 46 videos y 136 piezas gráficas. Evidencia

Fuente: Archivo Plan de Acción Institucional.

#### Actividad 2

- Se observa que, en la matriz del PAI se enuncia como producto entregable Informe de implementación del modelo de seguridad y privacidad de la información, como ejemplo se tiene que en octubre se realizaron mesas de trabajo con los diferentes procesos. No obstante, durante la revisión de evidencias no se encontraron documentos que soporten lo mencionado.

#### Actividad 3

- Se observa que, en la matriz del PAI se enuncia como producto entregable; elaborar documento de actualización del diagnóstico de cargas laborales y estructuración organizacional que incluya propuesta de viabilidad en la implementación, como ejemplo se tiene que en diciembre se realizaron 2 reuniones con servidores y encargados de la información del 3 y 18 de diciembre



de 2025. No obstante, durante la revisión de evidencias no se encontraron documentos ni actas que soporten lo mencionado o lo transcurrido durante la reunión.

#### Actividad 4

- Se observa que, en la matriz del PAI se enuncia como producto entregable; Matriz de consolidación de tareas, como ejemplo se tiene que en junio se realizaron una serie de actividades jurídicas. No obstante, durante la revisión de evidencias no se encontraron documentos que soporten lo mencionado, es importante indicar que se aporta archivo de Excel pero que a la vista no cumple con el criterio de evidencia o soporte.

#### Actividad 5

- En la revisión de evidencias correspondientes al mes de febrero de la actividad “Definir los elementos base del modelo de planeación y gestión orientadoa (sic) a resultados de los proyectos de inversión a cargo del IDPYBA”, se encuentran como evidencias archivos en Excel con el seguimiento a las metas PDD, proyectos de inversión, políticas de gestión y desempeño y políticas públicas. Sin embargo, el formato no cuenta con encabezado, lo que limita la identificación del documento dentro del Sistema de Gestión. Por otra parte, con respecto a la modificación de las Fichas EBI de los proyectos 7930, 7936 y 7951, se encuentran las mismas como soporte de la acción. Sin embargo, no es posible identificar cuáles fueron los datos objeto de actualización. Por lo tanto, se recomienda complementar la evidencia con los documentos técnicos que soporten la información presentada en el monitoreo en los formatos controlados correspondientes.
- Con respecto a las evidencias del mes de mayo, se encuentran documentos que soportan la ejecución de las actividades señaladas en el monitoreo. Se recomienda que los informes que se elaboran para el cierre de la vigencia sobre el avance de los proyectos se efectúen en formatos que hagan parte del Sistema de Gestión del IDPYBA.
- Frente a las evidencias revisadas correspondientes a la acción mencionada en el primer ítem, en el mes de diciembre se encontró como parte de la evidencia un documento en borrador, dentro del formato controlado, que define el marco conceptual y metodológico del Modelo de Gestión por Resultados, lo que daría cuenta de la ejecución de la acción definida. No obstante, se recomienda precisar las acciones que permitirán la consecución de la meta establecida, toda vez que está definida de forma general, al igual que el entregable establecido (documentos técnicos), lo que limita el seguimiento riguroso del cumplimiento de las acciones.

#### Actividad 6

- Frente a la actividad del PAI correspondiente a la meta señalada como Actividad 6, “Realizar con base en el modelo de relacionamiento con la Ciudadanía una estrategia de relacionamiento con la ciudadanía”, en la revisión de evidencias del mes de febrero se observó que la evidencia da cuenta de la ejecución del monitoreo en relación con la solicitud de aprobación y actualización de procedimientos relacionados con Atención al Ciudadano (soporte de la revisión y documentos actualizados), al igual que la atención brindada a la ciudadanía por medio de los



diferentes canales. Estos últimos soportes son archivos de Excel producto del diligenciamiento de un formato (FORMS).

- Con respecto a la evidencia de la acción señalada en el ítem anterior correspondiente al mes de mayo, se observó que las evidencias que se encuentran permiten corroborar lo que se presenta dentro del monitoreo de la acción. Los documentos adjuntos relacionados con la estrategia de servicio al ciudadano se encuentran en formatos controlados y hacen parte del Sistema de Gestión.
- En la revisión de evidencias del mes de diciembre de la acción señalada en el primer ítem, se encontraron archivos que dieron cuenta del seguimiento a las solicitudes de la ciudadanía a través de los diferentes canales. Sin embargo, con respecto a la estrategia a la que hace alusión la acción y el monitoreo, no se pudo localizar soporte de la gestión de la misma.

#### Actividad 7

- Con respecto a la acción denominada “Realizar la totalidad de las actividades programadas en el Plan Estratégico de Talento Humano y sus planes anexos y el Plan Estratégico de Seguridad Vial”, establecida para dar cumplimiento a la meta señalada en el numeral 7, la revisión de evidencias permitió corroborar que las mismas soportan adecuadamente la ejecución de las actividades presentadas en el monitoreo, al compilar en informes las actas de reunión y listados de asistencia que dan cuenta del cumplimiento de cada una de las actividades planeadas. De igual forma, en dicho informe, hacen seguimiento de lo programado en el Plan Estratégico de Talento Humano y sus planes anexos, así como el Plan de Seguridad Vial.

#### Actividad 8

- Una vez revisadas las evidencias correspondientes a la acción “llevar acabo (sic) el seguimiento al plan de mantenimiento a los bienes y sedes del IDPYBA 2022 aplicado a la Unidad de Cuidado Animal”, establecida para dar cumplimiento a la meta señalada en el numeral 8, se encuentra como evidencia un acta de reunión en el formato controlado correspondiente que da cuenta del control de roedores en la UCA, así como un formato de autoría del proveedor de arrendamiento de la Sede Administrativa haciendo ajustes y cambios en el espacio. Es importante señalar que la actividad específica hace alusión a la UCA específicamente. De otro lado, no es posible establecer si con la ejecución de tales actividades se realizó seguimiento al Plan de mantenimiento de los bienes y si el mismo fue ejecutado al 100%.

#### Actividad 9

- Frente a la acción “Detallar las actividades claves que se llevarán a cabo a lo largo del ciclo de vida del proyecto para el desarrollo del sistema de información. Este proceso abarca la planificación, el análisis, el diseño, el desarrollo, las pruebas, la implementación y el mantenimiento del sistema, para la vigencia se trabajará el análisis y diseño del sistema de información”, establecida para ejecutar la meta señalada en el numeral 9, se efectuó revisión de evidencias en la cual se observó una captura de pantalla de SECOP II que da cuenta de la contratación de un profesional por prestación de servicios, como lo señala el monitoreo, como



parte de las actividades a desarrollar en cumplimiento de la acción. Sin embargo, no fue posible localizar soportes que dieran cuenta de la segunda parte del monitoreo, relacionada con estructuración y actividades precontractuales para la contratación de una empresa de fábrica de software.

- En la revisión efectuada a las evidencias del mes de mayo, fue posible observar un documento en un formato no controlado o perteneciente al Sistema de Gestión, cuyo contenido está relacionado con la acción previamente mencionada, y una matriz, con las mismas características frente a su forma, que detalla las mejoras funcionales y técnicas.
- Frente a la revisión realizada de las evidencias correspondiente a diciembre, si bien se encuentran soportes que dan cuenta del trabajo llevado a cabo durante la vigencia, no es posible identificar si los mismos se encuentran en su versión definitiva, para dar continuidad a las etapas definidas para la creación del sistema de información de la entidad. Por lo tanto, se recomienda que se incorpore un mayor nivel de especificidad en la definición de los productos o entregables, particularmente en lo relacionado con la naturaleza, características y forma de los soportes que acreditan su cumplimiento.

### 3. Seguimiento y retroalimentación frente a la administración de los riesgos de gestión

#### 3.1. Evaluación de la Estructuración de los riesgos identificados en el mapa General de Riesgos por Proceso

Una vez evaluada la estructura de los 28 riesgos por procesos identificados en la “Mapa de riesgos de gestión Código: PE01-PR03-F04 - V4”, a 31 de diciembre de 2025 y de acuerdo con lo establecido en la “Política de administración de riesgos de Administración de Riesgos, Código: PE01-PL01 - V4”, apartado responsabilidad de la gestión del riesgo y control, Responsable “**Oficina Asesora de Planeación**”, se observó que respecto a la responsabilidad “*Acompañar y orientar sobre la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo*” se están presentando debilidades metodológicas, toda vez que, al validar la redacción del riesgo se evidencian fallas en la redacción de : nivel impacto , causa inmediata y causa raíz generando que el diseño de los controles se enfoquen en mitigar otras causas.

#### 3.2. Evaluación del diseño de controles de los riesgos identificados en la Matriz General de Riesgos por Proceso.

Desde Control Interno se evaluó el diseño de los 49 controles asociados a los riesgos por procesos identificados, acorde a los criterios establecidos la Política de Administración de Riesgos, Código: PE01-PL01 – V4, “**Definición de controles**” concluyendo lo siguiente:

- La totalidad de los controles diseñados presentan debilidades metodológicas, esto debido a que los controles carecen de una redacción que cumpla con lo establecido en la Política de administración de Riesgos.
- Debilidades metodológicas en la Responsabilidad a cargo de la Oficina asesora de Planeación: “*Asegura que los controles y los procesos de gestión de riesgo implementados por la primera línea de defensa, estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende*” esto debido a que durante la verificación se documentan



acciones que no corresponden a un control, no se define periodicidad, no se documenta el soporte del control, entre otros lo cual genera confusión en la documentación de evidencia de los procesos.

### 3.3. Evaluación del diseño de los planes de acción de riesgos

Desde Control Interno se evaluó el diseño de los planes de acción asociados a los riesgos por procesos identificados en la Matriz General de Riesgos, con corte a 31 de diciembre de 2025, a la luz de los lineamientos establecidos en la Política de Administración de Riesgos, Código: PE01-PL01 – V4.

Como resultado de la evaluación, se evidencian debilidades metodológicas en la formulación de los planes de acción, toda vez que estos no guardan coherencia directa con las causas inmediatas y causas raíz de los riesgos identificados. En varios casos, las acciones propuestas no atacan el origen del riesgo, sino que se orientan a actividades operativas o correctivas sin impacto real en su mitigación.

Estas debilidades se relacionan con la responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación de orientar y acompañar metodológicamente la formulación de acciones de tratamiento del riesgo, asegurando que estas sean pertinentes, medibles y alineadas con la gestión integral del riesgo, situación que actualmente se encuentra en proceso de fortalecimiento.

No obstante, se resalta que la identificación de estas oportunidades de mejora constituye una base sólida para ajustar y fortalecer los planes de acción, permitiendo avanzar hacia una gestión del riesgo más efectiva, coherente y orientada a resultados, en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

## 4. Hallazgos u observaciones

### 1. Debilidades en el cumplimiento de los lineamientos para el cargue, organización y soporte de evidencias de las actividades del Plan de Acción Institucional (PAI).

De conformidad con el Procedimiento PE01-PR11 y la Guía PE01-PR11-G01, que establecen la obligatoriedad de reportar avances y cargar evidencias que soporten el cumplimiento de las metas, se evidencian deficiencias recurrentes en la gestión documental del Proyecto de Inversión 7933, 7936, 7930, 7951 y de las acciones asociadas a Políticas Públicas. Se identificaron carpetas vacías, soportes incompletos y una falta de adherencia entre los productos entregables definidos y los archivos cargados en SharePoint. Particularmente, se observó que en diversos meses de la vigencia la información es inconsistente, existiendo actividades reportadas al 100% de cumplimiento en la matriz del PAI que carecen de registros, actas o informes que las respalden. Asimismo, la organización de los archivos dificulta su trazabilidad, toda vez que los documentos no coinciden con lo reportado en el PAI.

### 2. Deficiencias en el ejercicio de monitoreo, validación y control de la información reportada en el PAI por parte de la Segunda Línea de Defensa.

A pesar de los alertamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación (OAP) mediante correos electrónicos de cronograma de reporte, se observa que el ejercicio de validación definido en la actividad 10 del Procedimiento PE01-PR11 no está siendo efectivo. Se identificó que la OAP permite la consolidación de reportes con cumplimiento del 100% en la matriz PAI sin que existan las evidencias correspondientes en los repositorios institucionales (MIPG y

Políticas Públicas). Adicionalmente, se detectaron incongruencias no advertidas por la OAP entre la información reportada en las hojas uno y dos del archivo Excel del PAI para los proyectos 7936 y 7930, lo que demuestra una debilidad en el control de calidad de la información antes de su publicación o presentación a instancias directivas.

**3. Debilidades en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Política de Administración de Riesgos, Código: PE01-PL01 – V4, para los riesgos por procesos, bajo la responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación.**

De conformidad con lo establecido en la Política de Administración de Riesgos, Código: PE01-PL01 – V4, y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se evidencian debilidades en el cumplimiento de los lineamientos metodológicos para la adecuada estructuración de los riesgos, el diseño de controles y la formulación de planes de acción, toda vez que, al evaluar los 28 riesgos por proceso, se identifican fallas en la redacción del nivel de impacto, causas inmediatas y causas raíz, lo que conlleva a que los controles no se orienten a mitigar el origen del riesgo; adicionalmente, los 49 controles asociados presentan deficiencias en su diseño, al no cumplir con los criterios definidos en la Política de Administración de Riesgos, tales como claridad en la redacción, definición de periodicidad, identificación del soporte y diferenciación entre acción de control y actividad, así como planes de acción que no guardan coherencia con las causas de los riesgos y se orientan a acciones operativas sin impacto real en su mitigación, situación que afecta la efectividad de la gestión del riesgo institucional y aumenta la exposición de la entidad a eventos adversos.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Tras la evaluación integral realizada, este equipo auditor concluye que, si bien existe un esfuerzo operativo notable por parte de las subdirecciones y oficinas, persisten brechas en la calidad de la información y la gestión documental. Se determinó una debilidad operativa de autocontrol en la ejecución (Primera Línea) y la validación (Segunda Línea - OAP), lo que genera datos de cumplimiento que no siempre cuentan con respaldo documental íntegro.
- Se reconoce el compromiso y el trabajo que desempeñan las subdirecciones y oficinas del Instituto en el cumplimiento de su misión. No obstante, existe una brecha entre la ejecución de actividades y el cargue de las evidencias que soportan los avances reportados en el Plan de Acción Institucional (PAI).
- Se identifica debilidad en el ejercicio de acompañamiento, monitoreo y verificación que realiza la Oficina Asesora de Planeación (OAP). La validación actual no está detectando inconsistencias materiales ni asegurando la calidad de los soportes antes de su consolidación.
- Se determinó que la OAP presenta debilidades en su rol de asesoría técnica para la adecuada estructuración de los riesgos. Esto se refleja en fallas metodológicas en la identificación de causas y diseño de controles, en línea con la Política de Administración de Riesgos PE01-PL01.
- Se recomienda que la Oficina Asesora de Planeación (OAP) fortalezca el control de calidad y validación de la información reportada por las dependencias antes de su consolidación final. Se



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
AMBIENTE  
Instituto Distrital de Protección y  
Bienestar Animal

## PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL A LA GESTIÓN

### INFORME AUDITORIA INTERNA

Código: PV01-PR01-F01

Versión: 3.0



INSTITUTO DISTRITAL  
DE PROTECCIÓN  
Y BIENESTAR ANIMAL

ha identificado que se validan como cumplidas al 100% acciones que carecen de soportes documentales o presentan evidencias inconsistentes con los productos entregables definidos.

- Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, solicitar al DAFP asesoría técnica en relación con la Gestión del riesgo para fortalecer los conocimientos frente a la identificación, valoración de riesgos y diseño de controles.

#### AUDITORES

Damian Camilo Vargas Vargas  
**Asesor Control Interno**

Julieth Paola Pulido Parra  
**Contratista Control Interno**

Mateo Soler Barbón  
**Contratista Control Interno**

Sergio Geovanny Tocancipá  
**Contratista Control Interno**

María Teresa Sánchez López  
**Contratista Control Interno**

Dra. María Teresa Sánchez López  
E.P. 24692  
Universidad de Los Andes - M.V.T.