Agencia Nacional de Minería

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS

WILMA ROCÍO BEJARANO GAITÁN
Jefe Control Interno

Equipo Auditor:

ALCIRA YANNETH MALAGÓN MUÑOZ

NIXON YAMID GUTIERREZ ESPINEL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

2026

ANM-OCI-042-2026

1. OBJETIVO GENERAL

Verificar de manera independiente el cumplimiento, eficacia y trazabilidad de las acciones correctivas y las acciones de mejora registradas por la ANM en el aplicativo ISOLUCION, evaluando su conformidad con el Procedimiento ES-P-003 (Versión 1, 15 de abril de 2026), con el fin de constatar la idoneidad de las medidas implementadas y emitir recomendaciones técnicas orientadas al fortalecimiento de los procesos institucionales y a la mejora continua del Sistema de Control Interno.

2. OBJETIVO ESPECIFICOS

Verificar la gestión de la primera y segunda línea de aseguramiento[1] en la formulación, implementación, seguimiento y cierre de las acciones correctivas y de mejora que hacen parte del Plan de Mejoramiento Interno, conforme al procedimiento ES-P-003 y a la Guía para la Gestión Estratégica y Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas[2]

Revisar el estado de suscripción, avance y cierre de las acciones correctivas y de mejora generadas a partir de los informes de auditorías internas anteriores realizados por la Oficina de Control Interno, identificando hallazgos recurrentes y su tratamiento.

Valorar la calidad, oportunidad y suficiencia de la información registrada en el aplicativo ISOLUCION para el seguimiento de las acciones correctivas y de mejora, como insumo para la evaluación del control interno y la toma de decisiones de la administración.

3. ALCANCE

El alcance comprende las actividades ejecutadas entre el 16 de abril y el 31 de agosto de 2026, orientadas a verificar el cumplimiento de las funciones de seguimiento asignadas al Grupo de Planeación, conforme al procedimiento ES-P-003, con relación a:

[1] *Línea de aseguramiento: Adaptado por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, a partir de los documentos: El modelo de las tres líneas del IIA (2020) y Aplicación del Modelo de las Tres Líneas En el Sector Público - IIA Global (2022). 2025.Guìa para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Púbicas.*

[2] *Dirección Gestión y Desempeño Institucional-Versión 5, julio de 2026*

(i) Seguimiento mensual al cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramiento y la generación de alertas por correo electrónico a los responsables,
(ii) Asesoría y acompañamiento a los procesos en el análisis e identificación de la causa raíz para la implementación de acciones efectivas,
(iii) Consolidación semestral del estado de avance de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas,

Así mismo, comprende la revisión de la gestión adelantada por la primera línea de aseguramiento en la formulación y tratamiento de las acciones de mejora derivadas de las auditorías internas de gestión.

De requerirse en el ejercicio de auditoría, se podrá ampliar el periodo evaluado, lo cual se dejará registrado en el informe.

4. MARCO NORMATIVO

El presente seguimiento se realizó con base en el marco normativo vigente para la implementación de acciones correctivas y acciones de mejora:

Constitución Política de Colombia: Establece los principios rectores del control interno y la obligación de las entidades públicas de evaluar la gestión y adoptar planes para subsanar deficiencias, al señalar que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y debe desarrollarse con arreglo a los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, y que la administración pública contará con control interno; además, impone a las entidades el deber de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno acordes con la naturaleza de sus funciones, para garantizar el cumplimiento de las metas y el mejoramiento de la gestión.

Ley 87 de 1993: Norma que regula el Sistema de Control Interno en las entidades y organismos del estado.

Ley 1437 de 2011: Establece que las entidades públicas deben desarrollar sus actuaciones administrativas conforme a los principios de transparencia, eficacia, economía y debido proceso, garantizando que los actos administrativos se expidan, notifiquen y, en caso necesario, se revoquen de acuerdo con lo previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y que

se aseguren mecanismos judiciales idóneos para el control ciudadano sobre las decisiones de la administración.

Decreto 1083 de 2015: Reglamenta el Sistema de Control Interno y la gestión del mejoramiento en el sector público, estableciendo la obligación de estructurar planes de mejoramiento institucionales y por procesos a partir de la autoevaluación y de otros mecanismos de valoración de la gestión. En este esquema, asigna a la Oficina de Control Interno el rol de evaluación independiente, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles y de hacer seguimiento a la efectividad de las acciones correctivas y de mejora.

Decreto 1499 de 2017: Integra el Sistema de Control Interno (MECI) como la séptima Dimensión dentro de la estructura transversal del MIPG Para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión institucional; articula la autoevaluación, el control de gestión y la mejora.

Guía para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas- Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, versión 5 de julio 2026: Promueve lineamientos técnicos y metodológicos que fortalezcan la auditoría interna en el sector público colombiano, asegurando que las Oficinas de Control Interno actúen como un mecanismo estratégico de aseguramiento y mejora continua, en beneficio de la transparencia, la eficiencia y la protección del valor público.

Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG: Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de garantizar derechos, generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de las ciudadanías con integridad y calidad en el servicio.

Procedimiento de Auditoría Interna código ES-P-002, versión No.1, fecha 17/10/2025: establece la evaluación independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría a la gestión de la entidad, de acuerdo con lo establecido en el Plan Anual de Auditoria aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para agregar valor y aportar a la mejora de las operaciones de la entidad.

Procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y acciones de Mejora código ES-P-003, versión 1, fecha 15/04/2026: Define los lineamientos y

directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones correctivas y acciones de mejora de la Agencia Nacional de Minería (ANM) derivadas de los planes de mejoramiento internos o externos.

5. METODOLOGÍA

El presente seguimiento se realizó a partir de la asignación por parte de la Jefe de Oficina de Control interno, el día dos (02) de septiembre de 2026, en reunión interna del equipo de la OCI, en la cual se conformó el equipo auditor responsable.

Se envió una solicitud formal de información a la Segunda Línea de Aseguramiento[3] de la Agencia Nacional de Minería, con el fin de obtener los soportes documentales que demuestren el cumplimiento de sus responsabilidades, de acuerdo con el Procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y Acciones de Mejora código ES-P-003, en cuanto a:

(i) seguimiento mensual al cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramiento y la generación de alertas por correo electrónico a los responsables,
(ii) asesoría y acompañamiento a los procesos en el análisis e identificación de la causa raíz para la implementación de acciones efectivas,
(iii) consolidación semestral del estado de avance de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas,

El equipo de la OCI revisó los resultados del Informe de "*Seguimiento Hallazgos 1er Semestre 2026*", elaborado por el Grupo de Planeación (como segunda línea de aseguramiento), cuyo objetivo se estableció para:

> *"Verificar de manera sistemática el cumplimiento y la oportunidad en la implementación de las acciones asociadas a los hallazgos y las oportunidades de mejora registradas por las diferentes dependencias en el aplicativo Isolucion[4]. Este proceso se ejecuta a través de actividades de seguimiento de segunda línea, con el propósito fundamental de contribuir al*

[3] *Segunda línea de defensa ahora Segunda línea de aseguramiento, encargada de realizar seguimiento, monitoreo, asesoría y acompañamiento a la gestión de los procesos, con el fin de verificar que los controles y la gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa ahora primera línea de aseguramiento sean adecuados y efectivos. "Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Versión 7. Bogotá D.C., 2026"*

4 Software para la administración del Sistema Integrado de Gestión de la Agencia Nacional de Minería.

fortalecimiento del Sistema de Gestión y fomentar una cultura de mejora continua en toda la entidad"

A partir de dicho informe, se procedió al análisis de la base de datos del aplicativo, constatando el cumplimiento de la Primera Línea de Aseguramiento (líderes de proceso) conforme al Procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y Acciones de Mejora (ES-P-003), evaluando la trazabilidad, efectividad y consistencia entre los registros del aplicativo y el reporte de la Segunda Línea de Aseguramiento publicado en la página web.

Para la elaboración del presente informe se tuvieron en cuenta los términos definidos en el procedimiento de Auditoría Interna de Gestión, que establece lo siguiente:

• **Fortalezas:** Aspectos que superan las expectativas o los estándares que están siendo objeto de revisión. El auditor puede destacar los aspectos sobresalientes en su informe de auditoría.

• **Cumplimientos:** Resultados que demuestran conformidad con los criterios objeto de evaluación.

• **Oportunidades de mejora:** Situaciones evidenciadas por el auditor donde puede presentarse alguna de las siguientes condiciones:

a) Existe una oportunidad para el mejoramiento del proceso o la unidad auditable que se puede aprovechar.

b) Existe algún riesgo que dificulta el logro de los objetivos del proceso o unidad auditable y resulta recomendable implementar medidas para evitar su materialización.

• **Incumplimientos:** Resultados que demuestran que no existe concordancia entre los criterios de auditoría y lo evidenciado en el proceso auditor. En este caso, es obligatorio para la unidad auditable formular un Plan de Mejoramiento para tratar las causas de los hallazgos o resultados del trabajo de auditoría.

6. RESULTADOS

6.1. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE RESPONSABILIDADES GRUPO DE PLANEACION COMO SEGUNDA LINEA DE ASEGURAMIENTO.

Se evaluó la conformidad de las responsabilidades asignadas al Grupo de Planeación como Segunda Línea (*ahora Segunda Línea de Aseguramiento*[5]) de acuerdo con lo dispuesto en el Procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas acciones de Mejora (código ES-P-003, versión 1), con lo relacionado a:

> El numeral 4.3.1. "Responsables", establece que corresponde al Grupo de Planeación efectuar el seguimiento a los planes de mejoramiento a cargo de la Primera Línea de Aseguramiento (líderes de proceso, servidores públicos y contratistas).

Con el propósito de verificar el cumplimiento de estas responsabilidades, la Oficina de Control Interno el día 21 de septiembre solicitó mediante correo electrónico al Grupo de Planeación las evidencias documentales y soportes requeridos de:

- *Capacitar a los servidores públicos y contratistas en el manejo de herramienta definida por la entidad para administrar los planes de mejoramiento.*
- *Asesorar y acompañar a los procesos en el análisis e identificación de la causa raíz para la implementación de acciones efectivas.*
- *Generar alertas de incumplimiento de planes de mejoramiento de auditorías internas y auditorias de entes certificadores relacionadas con el SIG al Comité Institucional de Gestión y Desempeño*

El día 24 de septiembre de 2026, el equipo auditor de la OCI obtiene respuesta del Grupo de Planeación, la cual se presenta a continuación.

[5] *Guía para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas- Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, versión 5 de julio 2026*

- **Capacitación a servidores públicos y contratistas en el manejo de la herramienta Isolucion**

Durante el periodo comprendido entre el 16 de abril y el 31 de agosto de 2026, el Grupo de Planeación programó y ejecutó 2 (dos) capacitaciones a los servidores públicos y contratistas, así:

Tabla No.1 Capacitaciones Herramienta Isolucion entre el 16 de abril al 31 de agosto 2026

Fecha capacitación	Dependencias	No. Asistentes	Tema	Duración
25/06/2026	Oficina de Control Interno	16	Capacitación cargue de hallazgos Isolucion	1 hora + 13 min
03/07/2026	Grupo de Planeación	2	Orientación cargue de hallazgos	29 min + 34 seg

Fuente: Oficina de Control Interno, a partir de la información suministrada por el Grupo de Planeación

Se observó el cumplimiento de la actividad planteada: *"Capacitar a los servidores públicos y contratistas en el manejo de herramienta definida por la entidad para administrar los planes de mejoramiento".*

No obstante, la OCI sugiere al Grupo de Planeación fortalecer la capacitación en el uso del aplicativo ISOLUCION, programando con mayor frecuencia y ampliando la cobertura a todas las dependencias y contratistas vinculados con la formulación y seguimiento de planes de mejoramiento, con el fin de que al cierre de la vigencia la herramienta se consolide como un instrumento de uso generalizado y efectivo para la gestión de las acciones correctivas y acciones de mejora de la ANM.

- **Asesoría y acompañamiento a los procesos en el análisis e identificación de la causa raíz.**

De acuerdo con la información suministrada por el Grupo de Planeación, durante el periodo objeto del presente informe, se brindó asesoría y acompañamiento para la identificación de la causa raíz de los hallazgos, a:

Tabla No. 2 Asesoría y acompañamiento a los líderes de proceso para identificar la causa raíz

Tema	Dirigido a	Fecha	Hallazgos revisados
Análisis causal	Grupo Gestión del Talento humano - SST	24/08/2026	Auditoría interna del SIG 2026
Análisis causal y plan de mejoramiento hallazgo identificado en auditoría interna del SIG	Grupo de Gestión Documental y Notificaciones	28/08/2026	Auditoría interna del SIG 2026

Tema	Dirigido a	Fecha	Hallazgos revisados
Sesión 3 orientación análisis causal y planes de mejoramiento	Grupo Gestión del Talento humano - SST	25/08/2026	Auditoría interna del SIG 2026
Creación análisis causal OM auditoría OCI	Grupo de Contratación	26/08/2026	Auditoría interna OCI 2026

Fuente: Oficina de Control Interno, a partir de la información suministrada por el Grupo de Planeación

Desde la OCI, se evidencia que el Grupo de Planeación cumple con lo establecido en el procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y Acciones de Mejora, numeral 4.4. Metodología para análisis causal:

> "(…) *Todos los grupos u oficinas podrán solicitar al Grupo de Planeación una orientación de la implementación de las metodologías aquí expuestas. Todos los grupos u oficinas podrán solicitar al Grupo de Planeación una orientación de la implementación de las metodologías aquí expuestas (…)".*

- **Generación de alertas de incumplimiento de planes de mejoramiento de auditorías internas y auditorias de entes certificadores relacionadas con el SIG.**

El Grupo de Planeación de la ANM, realizó la verificación mensual de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas del SIG y externas del ente certificador, generando las alertas de incumplimiento que fueron comunicadas a los líderes de proceso.

Asimismo, estas alertas se presentaron en el Quinto Comité Institucional de Gestión y Desempeño, llevado a cabo el 3 de agosto de 2026.

Tabla No. 3 Generación de alertas de cumplimiento dirigidas a los lideres de proceso

MES	FECHA LIMITE DE ALERTA	FECHA DE COMUNICACIÓN DE ALERTA	CUMPLIMIENTO EN TERMINO	EVIDENCIA
ABRIL	8/05/2026	8/05/2026	SI	CORREO ELECTRONICO
MAYO	5/06/2026	5/06/2026	SI	CORREO ELECTRONICO
JUNIO	7/07/2026	7/07/2026	SI	CORREO ELECTRONICO
JULIO	10/08/2026	11/08/2026	NO	CORREO ELECTRONICO
AGOSTO	7/09/2026	7/09/2026	SI	CORREO ELECTRONICO

Fuente: Oficina de Control Interno, a partir de la información suministrada por el Grupo de Planeación

Oportunidad de mejora 1.

De la revisión efectuada a la responsabilidad de generación de alertas de incumplimiento, entre abril y agosto de 2026, se evidenció un nivel de cumplimiento por parte de la Segunda Línea de Aseguramiento del 80% en la entrega dentro de los plazos establecidos.

Sin embargo, el 20% correspondiente al reporte de julio, se realizó un día después de la fecha límite definida en el procedimiento ES-P-003.

> "4.7.1. Grupo de Planeación El Grupo de Planeación de *la ANM mensualmente realizará seguimiento al cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramiento y generará las alertas necesarias por correo electrónico a los responsables del plan de mejoramiento con el fin de que adelanten las gestiones pertinentes. El reporte se generará los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes".*

Recomendación. Se sugiere al Grupo de Planeación, implementar mecanismos de control que garanticen la comunicación oportuna de las alertas necesarias a los lideres de procesos para la gestión y ejecución de los planes de mejoramiento internos, en cumplimiento al procedimiento de Implementación de acciones correctivas y acciones de mejora.

6.2. INFORME SEGUIMIENTO HALLAZGOS PRIMER SEMESTRE DE 2026.

El equipo auditor al analizar el Informe de Seguimiento a Planes de Mejoramiento Internos (I Semestre de 2026), publicado en la página web de la Agencia Nacional de Minería (ANM) por el Grupo de Planeación, pudo evidenciar que:

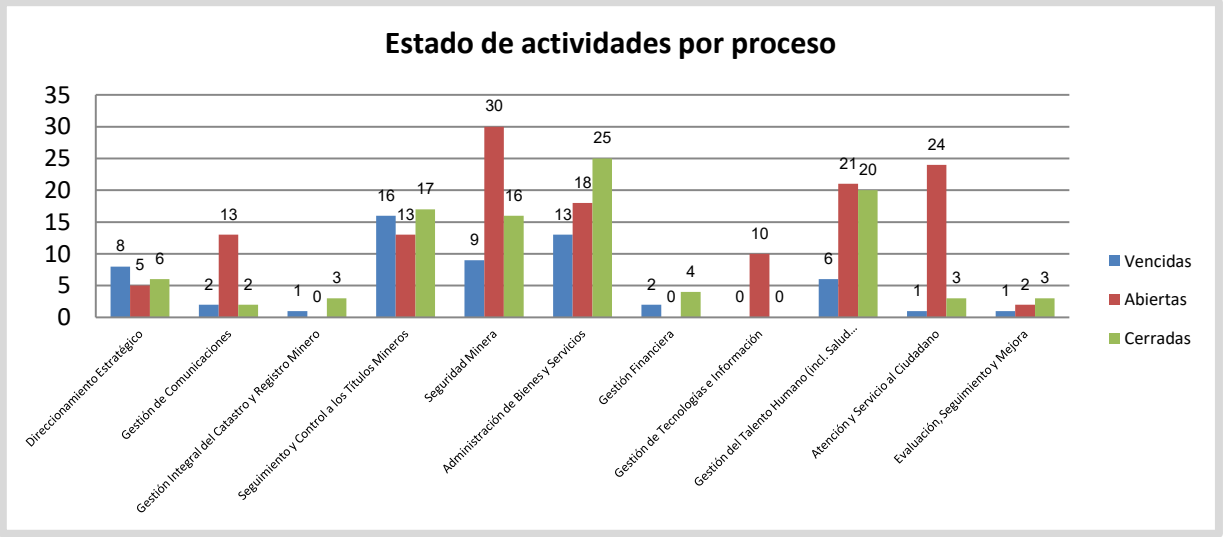
Tabla 4. Distribución hallazgos y actividades informe de seguimiento a planes de mejoramiento semestral por el Grupo de Planeación.

Categoría	Proceso	Hallazgos	Actividades	Vencidas	Abiertas	Cerradas	Sin análisis causal	% actividades Vencidas
Estratégico	Direccionamiento Estratégico	7	19	8	5	6	0	42,1%
Estratégico	Gestión de Comunicaciones	10	17	2	13	2	0	11,8%
Estratégico	Gestión Integral del Catastro y Registro Minero	1	4	1	0	3	0	25,0%

Categoría	Proceso	Hallazgos	Actividades	Vencidas	Abiertas	Cerradas	Sin análisis causal	% actividades Vencidas
Misional	Seguimiento y Control a los Títulos Mineros	41	46	16	13	17	20	34,8%
Misional	Seguridad Minera	16	55	9	30	16	3	16,4%
Apoyo	Administración de Bienes y Servicios	17	56	13	18	25	1	23,2%
Apoyo	Gestión Financiera	1	6	2	0	4	0	33,3%
Apoyo	Gestión de Tecnologías e Información	3	10	0	10	0	0	0,0%
Apoyo	Gestión del Talento Humano (incl. Salud Ocupacional)	18	47	6	21	20	0	12,8%
Apoyo	Atención y Servicio al Ciudadano	13	28	1	24	3	0	3,6%
Evaluación	Evaluación, Seguimiento y Mejora	1	6	1	2	3	0	16,7%
	TOTAL	**128**	**294**	**59**	**136**	**99**	**24**	**20,1%**

Fuente: Extraído de informe seguimiento a planes de mejoramiento (I semestre de 2026) elaborado por El Grupo de Planeación de la ANM.

Grafica 1. Estado actividades por proceso.



Fuente: Extraído de informe seguimiento a planes de mejoramiento (I semestre de 2026) elaborado por El Grupo de Planeación de la ANM.

Se analizó la consistencia de la información, la oportunidad de los datos y la eficacia del Plan de Mejoramiento, contrastando los registros del aplicativo ISOLUCION con la información divulgada en el informe, observando:

- La tabla *5.1*, *ANÁLISIS DE HALLAZGOS PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO*, presenta una inconsistencia dado que los hallazgos con ID 1464, 1465, 1466, 1479 y 1523 aparecen duplicados en el consolidado. Esta situación genera discrepancia entre el número de hallazgos reportados en la tabla que consolida la información y el análisis de la misma, afectando la confiabilidad, trazabilidad y transparencia de la información.

- Se evidenció una inconsistencia material en las cifras del Informe de Seguimiento a Planes de Mejoramiento Internos (I semestre de 2026) correspondiente al proceso de Gestión Integral para el Seguimiento y Control a los Títulos Mineros. Se identificó una contradicción entre el numeral 3, que reporta 16 actividades vencidas, 13 abiertas y 17 cerradas, y el numeral 5.4, que registra 26 actividades abiertas y 14 vencidas.

  Dado que los datos y la sumatoria de las variables no coinciden, los porcentajes de ejecución presentados en el numeral 5.4 (63.4% y 34.1%) carecen de soporte verificable. Esta situación puede inducir a error en los indicadores institucionales publicados, afectar la trazabilidad del proceso y contravenir los lineamientos establecidos en el procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y Acciones de Mejora.

- En el numeral 5.9 *ANÁLISIS DE HALLAZGOS PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO* del Informe de Seguimiento a Planes de Mejoramiento Internos (I semestre de 2026), el registro del hallazgo 1357 presenta la "Fecha Compromiso" consignada como "12/10/205", evidenciando un año incompleto o erróneo.

Oportunidad de Mejora 2.

Se identificaron inconsistencias en la información consolidada, como duplicidad de hallazgos, diferencias entre el total de actividades reportadas y las clasificadas, porcentajes calculados sobre unidades de análisis distintas y registros con fechas incompletas o erróneas. Estas situaciones afectan la confiabilidad, trazabilidad y transparencia de los datos divulgados, generando riesgos de interpretación inadecuada sobre el avance de los planes de mejoramiento de acuerdo con lo

establecido en el *MIPG Dimensión 6 Dimensión: Seguimiento, evaluación y control integral -Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional*

> *"(…) componente del control se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.*
>
> *Para ello, se debe generar y obtener información relevante, oportuna, confiable, íntegra y segura que da soporte al Sistema de Control Interno. Adicionalmente, debe asegurar la Calidad de los datos (..)"*

Recomendación. La OCI sugiere que, para los próximos informes de seguimiento a planes de mejoramiento internos, se refuerce la validación integral de los datos antes de su publicación, garantizando que los registros, cifras y porcentajes presentados sean consistentes. Este fortalecimiento contribuye a preservar la trazabilidad, transparencia y credibilidad institucional, evitando discrepancias que puedan afectar la interpretación de los resultados y la confianza de los grupos de interés.

6.3. SEGUIMIENTO A ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA REGISTRADAS EN EL APLICATIVO

Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento formulados para los hallazgos registrados en la herramienta ISOLUCION entre el 16 de abril y el 31 de agosto de 2026. Para dicho periodo, se cuenta con trazabilidad de 38 hallazgos registrados, producto de las auditorías internas de gestión, distribuidos por proceso de la siguiente manera:

a. Proceso de Direccionamiento Estratégico

Se presenta el estado de los 13 (trece) hallazgos registrados en el aplicativo Isolucion a cargo del proceso:

Tabla No. 5 Acciones en Isolucion a cargo del Proceso

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	Última fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
No conformidad	657	04/05/2026	Cerrada	Si	3	3	0	0	30/06/2026	30/06/2026	100%	07/07/2026	Con plan formulado
Administrativo	1538	04/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	15/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Administrativo	1537	04/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	15/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Administrativo	1539	04/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	15/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1534	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	30/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1533	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	30/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1536	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	30/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1530	23/07/2026	Abierta	No	3	0	3	0	30/11/2026	31/12/2026	0%	sin información	Con plan formulado
Proceso	1535	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	30/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1532	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	sin información	30/12/2026	0%	sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1531	23/07/2026	Abierta	No	3	0	3	0	30/11/2026	30/12/2026	0%	sin información	Con plan formulado
Administrativo	1522	04/05/2026	Cerrada	Si	2	2	0	0	26/05/2026	31/12/2026	100%	25/06/2026	Con plan formulado
Administrativo	1523	04/05/2026	Abierta	No	3	0	3	3	31/08/2026	15/12/2026	0%	sin información	Con plan formulado

Fuente Oficina de Control Interno

De lo anterior se observa:

- El 15,4% (ID 657,1522) de los hallazgos se encuentran en estado cerrado,
- El 23,1% (ID 1523,1530 y 1531) de los hallazgos se encuentran en estado abierto y cuentan con el plan de mejoramiento formulado y en termino para su ejecución.
- El 61,5 % (ID 1538, 1537, 1539, 1534, 1533, 1536, 1535 y 1532) de los hallazgos restantes, se encuentran en estado abierto, no obstante,

no registran el análisis causal, ni la identificación de acciones para subsanar la causa raíz que originó el hallazgo.

b. ATENCIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO

Se analizaron los 5 (cinco) hallazgos registrados en el aplicativo Isolucion, los cuales presentan el siguiente estado:

Tabla No. 6. Acciones en Isolucion a cargo del Proceso Atención y Servicio al Ciudadano

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
No conformidad	662	10/06/2026	Cerrada	Si	2	2	0	0	30/09/2026	30/12/2026	100%	10/08/2026	Con plan formulado
No conformidad	661	10/06/2026	Abierta	No	2	0	2	0	29/12/2026	30/12/2026	0%	Sin información	Con plan formulado
No conformidad	660	10/06/2026	Abierta	No	2	0	2	0	28/12/2026	30/12/2026	0%	Sin información	Con plan formulado
Proceso	1525	10/06/2026	Abierta	No	2	0	2	0	28/12/2026	30/12/2026	0%	Sin información	Con plan formulado
Proceso	1524	10/06/2026	Cerrada	Si	2	2	0	0	31/08/2026	29/12/2026	100%	12/08/2026	Con plan formulado

Fuente Oficina de Control Interno

De los cinco (5) hallazgos registrados en Isolucion el 100 % cuenta con plan de mejoramiento interno formulado.
El 60% (03) hallazgos se encuentran con estado abierto,
El 40% (02) hallazgos se encuentran con estado cerrado, con cierre eficaz.

c. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

El Proceso cuenta con cinco acciones registradas en el aplicativo Isolucion, así:

Tabla No. 7. Acciones en Isolucion a cargo del Proceso Gestión de Talento Humano

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	Última fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
No conformidad	671	06/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	06/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
No conformidad	670	06/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	06/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
No conformidad	669	06/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	06/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
No conformidad	656	27/04/2026	Abierta	No	2	0	2	2	31/08/2026	15/12/2026	0%	Sin información	Con plan formulado
Proceso	1541	06/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	06/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo

Fuente Oficina de Control Interno

Del análisis anterior se observó:

- El 80% de los hallazgos (ID 671, 670, 669 y 1541), se encuentran en estado abierto, no obstante, a la fecha del presente informe no cuentan con plan de mejoramiento formulado y se encuentran extemporáneos para su formulación, mientras.
- El 20% de los hallazgos (ID 656) se encuentra en estado abierto y cuenta con plan de mejoramiento formulado y se encuentra en ejecución.

d. GESTIÓN DOCUMENTAL

Se presenta el estado de los 7 (siete) hallazgos registrados en el aplicativo a cargo del proceso:

Tabla No. 8. Acciones en Isolucion a cargo del Proceso Gestión Documental

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	Última fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
No conformidad	666	23/07/2026	Abierta	No	3	0	3	0	30/06/2027	01/07/2027	0%	Sin información	Con plan formulado
No conformidad Real	665	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	01/07/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	Última fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
No conformidad Real	664	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	01/07/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
No conformidad Real	663	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	01/07/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1528	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	01/07/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1527	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	01/07/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1529	23/07/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	01/07/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo

Fuente Oficina de Control Interno

Se observó que:

- El 86% de los hallazgos (ID 665, 664, 663, 1528, 1527 y 1529), se encuentran en estado abierto, no obstante, no cuentan con el análisis causal, ni definido el plan de acción para subsanar la causa raíz que generó los hallazgos
- El 14% de los hallazgos (ID 666) cuenta con plan de mejoramiento formulado.

e. GESTIÓN CONTRACTUAL ADMINISTRATIVA

Se presenta el estado de los 7 (siete) hallazgos registrados en el aplicativo a cargo del proceso

Tabla No. 9. Acciones en Isolucion a cargo del Proceso Gestión Contractual Administrativa

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	Última fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
No conform idad	673	21/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	20/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado
No conformidad	672	21/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	20/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	Última fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
Proceso	1543	21/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	20/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado
Proceso	1545	21/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	20/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado
Proceso	1544	21/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	20/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado
Proceso	1542	6/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	06/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo
Proceso	1540	6/08/2026	Abierta	No	0	0	0	0	Sin información	06/08/2027	0%	Sin información	Sin plan formulado – extemporáneo

Fuente Oficina de Control Interno

Se observó que:

- Que el 29 % de los hallazgos (ID 1540 y 1542) no cuentan con plan de mejoramiento formulado y se encuentran extemporáneos para su formulación,

- El 71% de los hallazgos (ID 672, 673, 1543, 1544,1545) no cuentan con plan de mejoramiento formulado, sin embargo, a corte de 31 de agosto de 2026 se encontraban en el término para su formulación.

f. SEGURIDAD MINERA

En el ejercicio de seguimiento al hallazgo registrado al proceso seguridad minera, se identificó:

Tabla No. 10. Acciones en Isolucion a cargo del Proceso de Seguridad Minera

Tipo	N° hallazgo	Fecha hallazgo	Estado	Eficacia global	N° actividades	Actividades cumplidas	Actividades pendientes	Actividades vencidas	Última fecha compromiso	Cierre proyectado	Avance %	Fecha cierre	Situación del plan de mejoramiento
No conformidad	658	25/05/2026	Cerrada	No	2	1	0	0	25/08/2026	15/12/2026	100%	01/09/2026	Con plan formulado

Fuente Oficina de Control Interno

- La primera línea de aseguramiento implementó las acciones de mejora con las cuales se obtuvo el cierre eficaz del hallazgo, no obstante, en la herramienta Isolucion se evidenció que una de las dos (2) actividades del plan de mejoramiento no obtuvo el cierre eficaz por parte del auditor de acuerdo al siguiente pronunciamiento:

  "Se evidenció que el proceso no adelantó un adecuado ejercicio de tratamiento a la no conformidad, la acción definida de consulta frente a la situación generada a una entidad externa aunque permite tener claridad desde el funcionamiento propio del SIIF, al interior de la ANM el proceso si debe determinar controles internos que permitan que en próximas oportunidades se controlen estas novedades y se articule el ejercicio con las demás áreas de la entidad que permitan dar manejo al tema en caso de requerirse algo relacionado con la caja menor. En próximos ejercicios de auditoría se verificará la efectividad de la implementación de acciones de fondo. Se recomienda fortalecer el análisis causal para dar tratamiento a las no conformidades derivadas de las auditorias aplicando las disposiciones del Procedimiento ES-P-003 Implementación de acciones correctivas y acciones de mejora, y requerir asesoría al Grupo de Planeación con el fin de tener acompañamiento en el análisis e identificación de la causa raíz para la implementación de acciones efectivas".

Incumplimiento No. 1.

Una vez presentados los resultados del seguimiento al plan de mejoramiento interno por cada uno de los procesos para el periodo de la auditoria comprendido entre el 16 de abril al 31 de agosto de 2026, se observó que:

- El proceso de Direccionamiento estratégico registra que el 61,5 % (8 hallazgos) no cuentan con el análisis causal, ni con el plan de acción para subsanar la causa raíz que los generó.
- El Proceso de Gestión del talento Humano registra que el 80% (4 hallazgos) no cuentan con el análisis causal, ni se ha establecido el plan de acción para subsanar la causa raíz que los genero.
- El Proceso de Gestión Documental el 86% equivalente a 6 de sus hallazgos no registran el análisis causal, ni se han identificado las acciones para subsanar los hallazgos identificados.

- El Procesos Gestión Contractual Administrativa registra que el 29% (2 hallazgos) no cuentan con el análisis causal, ni se ha establecido el plan de acción para subsanar la causa raíz que los generó.

Esta situación, incumple lo dispuesto en el procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y Acciones de Mejora,

numeral 4.5 plazos y prórrogas de definición, ejecución y cumplimiento de planes de mejoramiento:
"(…) Los hallazgos identificados por la Oficina de Control Interno tendrán un plazo de quince (15) días hábiles para registrarse en el aplicativo de ISOLUCION posteriores a la comunicación del informe final a la unidad auditable. El responsable de dar cumplimiento al plan de mejoramiento es quien debe definir y registrar en el aplicativo ISOLUCION el análisis causal y el plan de acción para subsanar la causa raíz, tendrá un plazo de diez (10) días hábiles.

Y lo establecido en el numeral 4.3.1. responsables:

Líderes de proceso, servidores públicos o contratistas (Primera línea ahora primera línea de aseguramiento).

- *Realizar evaluaciones de autocontrol internas del proceso y reportar/documentar en el aplicativo dispuesto para tal fin, los hallazgos identificados.*
- *Participar en la definición y registro de las acciones correctivas o acciones de mejora para la mitigación y/o eliminación de su causa raíz.*
- *Formular, apropiar y aplicar los planes de mejoramiento de los hallazgos identificados de las diferentes fuentes de la cual se es responsable.*
- *Realizar monitoreo al cumplimiento de la ejecución de las acciones definidas.*
- *Detectar y reportar al Grupo de Planeación cualquier novedad que se presente en la ejecución de las acciones definidas en el caso de auditorías del Sistema Integrado de Gestión y entes certificadores para tomar las medidas necesarias.*
- *Reportar a la Oficina de Control Interno cualquier novedad que se presente en la ejecución de las acciones definidas en el caso de auditorías internas de gestión para tomar las medidas necesarias.*

- *Registrar y reportar en el aplicativo dispuesto para tal fin el avance o cumplimiento de las acciones establecidas. (…)"*

La falta de análisis causal y de planes de acción oportunamente formulados, limita la definición de medidas orientadas a eliminar o reducir las causas que dieron origen a los hallazgos, incrementando el riesgo de recurrencia de las situaciones identificadas, dificultando el seguimiento al plan de mejoramiento interno, afectando la trazabilidad, oportunidad y efectividad del ciclo de mejoramiento institucional.

Recomendación: La OCI sugiere a la primera línea de aseguramiento, (procesos evaluados), fortalecer la aplicación de los mecanismos previstos en el procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y Acciones de Mejora, que garanticen el adecuado y oportuno cumplimiento de las responsabilidades asignadas a los líderes de procesos y de los plazos para la formulación, ejecución y cierre del plan de mejoramiento interno, contribuyendo a la efectividad el ciclo de mejora institucional.

En cuanto a la segunda línea de aseguramiento (Grupo de Planeación), se sugiere fortalecer las acciones de acompañamiento, orientación y verificación sobre la aplicación del procedimiento de Implementación de Acciones Correctivas y Acciones de Mejora, con el fin de garantizar que los líderes de proceso cumplan oportunamente con la definición del análisis causal y la formulación de los planes de acción en el aplicativo ISOLUCION.

Adicionalmente, se recomienda que la primera y segunda línea de aseguramiento concertar la formulación de los planes de mejoramiento derivados del hallazgo identificado, en el marco de las responsabilidades asignadas en el procedimiento código ES-P-003, versión 1.

7. OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

Como resultado del informe de seguimiento a planes de mejoramiento, durante el ejercicio auditor se determinaron los siguientes hallazgos.

Oportunidad de Mejora No. 1. Se identificó que el reporte de alertas correspondiente al mes de julio fue realizado fuera del término establecido en el numeral 4.7.1. del procedimiento acciones correctivas y acciones de mejora.

Oportunidad de Mejora No. 2. Se identificaron inconsistencias en la precisión y calidad de los datos consolidados en el informe de seguimiento a hallazgos de I semestre de 2026.

Incumplimiento No. 1. El plan de mejoramiento en la herramienta Isolucion no cuenta con el análisis causal, ni la identificación de las acciones para subsanar la causa raíz que dieron origen a los hallazgos, incumpliendo lo establecido en numerales *4.3.1 y 4.5 del procedimiento acciones correctivas y acciones de mejora*.

Los procesos que presentan esta condición son:

- El proceso de Direccionamiento estratégico
- El Proceso de Gestión del talento Humano.
- El Proceso de Gestión Documental
- El Procesos Gestión Contractual Administrativa

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de octubre del año 2026.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
Wilma Rocío Bejarano Gaitán	Jefe Oficina de Control Interno	BEJARANO GAITAN WILMA ROCIO Firmado digitalmente por BEJARANO GAITAN WILMA ROCIO Fecha: 2026.10.21 16:38:21 -05'00'
Alcira Malagón Muñoz	Contratista Oficina de Control Interno	*Alcira Yanneth Malagón Muñoz*
Nixon Gutierrez Espinel	Analista Oficina de Control Interno	