



REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL CUARTO TRIMESTRE 2025

**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA - COPNIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**



CONTENIDO

1. NIVELES DE VALORACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	4
2. PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA -CGR 4	
3. PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO AUDITORIA DE CALIDAD	5
4. PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO	5
5. RESULTADOS POR DEPENDENCIA.....	7
5.1. DIRECCIÓN GENERAL	7
5.1.1. Resultados de la verificación:.....	8
5.2. SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	8
5.2.1. Resultados de la Verificación:	9
5.3. SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN CONTROL Y SEGUIMIENTO9	
5.3.1. Resultados de la verificación:	10
5.4. SUBDIRECCIÓN JURIDICA	10
5.4.1. Resultados de la verificación.	10
5.5. OFICINA DE CONTROL INTERNO	10
5.6. OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	11
5.6.1. Resultados de la verificación.	11
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	11
7. MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL....	12



Índice de Tablas

TABLA 1. ESCALA DE CALIFICACIÓN DE ACCIONES DE PLANES DE MEJORAMIENTO	4
TABLA 2. ESTADO ACCIONES Y HALLAZGOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO CGR	5
TABLA 3. ESTADO ACCIONES PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO POR DEPENDENCIAS	5
TABLA 4. ESTADO ACCIONES Y NO CONFORMIDADES DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS A CARGO DE LA DIRECCIÓN GENERAL	8
TABLA 5. ESTADO DE LAS ACCIONES Y NO CONFORMIDADES, DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS A CARGO DE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA	8
TABLA 6. ESTADO DE LAS ACCIONES Y NO CONFORMIDADES, DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS A CARGO DE LA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO.	9
TABLA 7. ESTADO ACCIONES Y NO CONFORMIDADES, DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PROCESO ÉTICO PROFESIONAL.	10
TABLA 8. ESTADO ACCIONES Y NO CONFORMIDADES, DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DISCIPLINARIA.	11



1. NIVELES DE VALORACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta la escala de calificación de la Oficina de Control Interno:

Tabla 1. Escala de calificación de acciones de planes de mejoramiento

Valoración	Tipo de Acción	Descripción
0%-49%	Acción Vencida	Corresponde a acciones cuya fecha de finalización ya expiró y no registra ningún avance en su ejecución.
50%-95%	Acción en Ejecución	Acciones que presentan un nivel de avance y se están ejecutando dentro del plazo establecido en el plan de mejoramiento.
96%-100%	Acción Cumplida	Acciones que han alcanzado el 100% de cumplimiento, por lo cual se consideran finalizadas.
N/A	Programadas a cierre futuro	Acciones cuya fecha de finalización excede el periodo de evaluación, por lo tanto, no son objeto de valoración en el presente seguimiento.

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

2. PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA -CGR

En el marco del seguimiento al plan de mejoramiento, la Contraloría calificó como “No efectivas” las acciones implementadas por la entidad para corregir los hallazgos con código 03-2022, 08 -2022, 09-2022 y H11-01. Adicionalmente, el hallazgo 09-2022 fue mantenido en estado vencido al no presentarse evidencia de avance.

Durante la auditoría correspondiente a la vigencia 2023, la Contraloría evidenció nuevamente las situaciones asociadas a estos hallazgos, motivo por el cual formuló nuevos hallazgos por las mismas circunstancias, lo que dio lugar a la apertura de un nuevo plan de mejoramiento para atender las observaciones formuladas en dicho informe de auditoría.

En consecuencia, el plan de mejoramiento ajustado a los requerimientos establecidos en el informe de auditoría financiera CGR- vigencia 2023, quedo conformado por (5) hallazgos derivados de la auditoría correspondiente a la vigencia 2023 y (1) hallazgo (09-2022) que se mantiene como no efectivo.

Las acciones correctivas asociadas al plan de mejoramiento se encuentran en el siguiente estado:



Tabla 2. Estado acciones y hallazgos del Plan de Mejoramiento CGR

Hallazgos		Acciones			
Abiertos	Cerrados	V	EE	C	PF
6	0	0	0	9	0
6		9			

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

Estado acciones: EE=en ejecución. C=cumplidas. PF=programadas a futuro. V= vencidas

En el seguimiento realizado se evidencio que las acciones de mejora implementadas han sido ejecutadas dentro de los plazos establecidos; sin embargo, las evidencias aportadas no permiten concluir que dichas acciones hayan sido eficaces.

En la matriz de seguimiento a los planes de mejoramiento, que se anexa al presente informe, se registran de manera detallada las observaciones y consideraciones derivadas del análisis de la información y de las evidencias suministradas por la subdirección administrativa para el periodo evaluado.

En concordancia con lo anterior y en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular 05 del 11 de marzo de 2019, la oficina de control interno remitió a la contraloría general de la república CGR, el 22 de enero de 2026, el informe correspondiente al segundo semestre de 2025, sobre el seguimiento realizado al plan de Mejoramiento suscrito con dicha entidad.

3. PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO AUDITORIA DE CALIDAD

Para el IV trimestre de 2025, no se tenían programadas actividades asociadas al plan de mejoramiento externo derivado de la auditoría de calidad realizada por el ente certificador Global Colombia Certificación – GCC vigencia 2024, toda vez que la totalidad de las acciones definidas fueron ejecutadas de manera eficaz y oportuna en el tercer trimestre de la vigencia 2025, alcanzando el cumplimiento del 100%, por lo que se procedió al cierre formal del plan de mejoramiento.

4. PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO

Con corte al 31 de diciembre de 2025, el plan de mejoramiento institucional consolidado, derivado de las auditorías internas realizadas a los diferentes procesos, contempla 137 acciones de mejora. A continuación, se presenta el estado de avance y/o cumplimiento de dichas acciones por dependencias.

Tabla 3 Estado acciones planes de mejoramiento interno por dependencias

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO IV TRIMESTRE DE 2025				
PROCESO	C	EE	V	PF
DIRECCIÓN GENERAL	25	0	2	0
Relacionamiento interinstitucional	0	0	0	0
Tecnologías de información	21	0	2	0
Seguridad de la información	4	0	0	0



SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	19	11	1	2
Gestión documental	7	0	0	0
Atención al ciudadano	0	0	0	0
Contabilidad	0	0	0	0
Contratación	7	4	0	0
Gestión financiera y Presupuestal	4	0	1	0
Gestión humana	1	6	0	0
Presupuesto	0	0	0	0
Administración de bienes y servicios	0	1	0	2
SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	55	4	0	5
Registro profesional	40	1	0	5
Inspección y vigilancia	4	2	0	0
Direccionamiento estratégico	1	1	0	0
Regional Tolima (Zona 5)	1	0	0	0
Regional Antioquia (Zona 8)	3	0	0	0
Seccionales Risaralda, Caldas, Quindío (zona 3)	6	0	0	0
SUBDIRECCIÓN JURIDICA	7	0	1	0
Gestión jurídica	0	0	0	0
Ético profesional	7	0	1	0
OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	1	0	1	0
Gestión Disciplinaria	1	0	1	0
OFICINA DE CONTROL INTERNO	0	0	0	3
Evaluación y control	0	0	0	3
TOTAL	107	15	5	10

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

Estado acciones: EE=en ejecución. C=cumplidas. PF=programadas a futuro. V= vencidas

En el seguimiento realizado, se identificó que, del total de acciones, 107 se encuentran cumplidas, 15 en ejecución, 5 vencidas y 10 programadas para ejecución en periodos posteriores.

Al analizar el avance global del plan, se evidencia que el 78,1% de las acciones han sido cumplidas, lo que refleja un compromiso significativo por parte de las áreas responsables en la implementación de las acciones de mejora.

En cuanto a las acciones vencidas, se identifican 5, lo que representa un porcentaje reducido frente al total del plan. Sin embargo, estas evidencian la necesidad de fortalecer la planeación, la gestión del tiempo y el monitoreo oportuno por parte de las áreas responsables, con el propósito de prevenir retrasos en la implementación de las acciones de mejora.

4.1. CALIFICACIÓN DE EFICACIA

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO IV TRIMESTRE DE 2025	CALIFICACIÓN DE EFICACIA
--	---------------------------------



PROCESO	No. A/C eficaces	No. A/C No eficaces
DIRECCIÓN GENERAL	22	3
Relacionamiento interinstitucional	0	0
Tecnologías de información	18	3
Seguridad de la información	4	0
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	13	6
Gestión documental	5	2
Atención al ciudadano	0	0
Contabilidad	0	0
Contratación	6	1
Gestión financiera y Presupuestal	1	3
Gestión humana	1	0
Presupuesto	0	0
Administración de bienes y servicios	0	0
SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	12	43
Registro profesional	2	38
Inspección y vigilancia	3	1
Direccionamiento estratégico	0	0
Regional Tolima (Zona 5)	0	1
Regional Antioquia (Zona 8)	3	0
Seccionales Risaralda, Caldas, Quindío (zona 3)	3	3
SUBDIRECCIÓN JURIDICA	4	3
Gestión jurídica	0	0
Ético profesional	4	3
OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	0	1
Gestión Disciplinaria	0	1
OFICINA DE CONTROL INTERNO	0	0
Evaluación y control	0	0
TOTAL	51	56

En cuanto a la eficacia de las 107 acciones cumplidas, se evidencia que 56 fueron calificadas como no eficaces, lo que indica que el 52% de las acciones formuladas no han logrado resolver de manera efectiva las causas que dieron origen a los hallazgos.

5. RESULTADOS POR DEPENDENCIA

5.1. DIRECCIÓN GENERAL

El plan de mejoramiento de los procesos a cargo de la Dirección General consta de un total de diecinueve (18) No conformidades y veintinueve (27) Acciones de mejora. A corte del 31 de diciembre de 2025, presenta el siguiente estado:



Tabla 4. Estado acciones y No conformidades de los planes de mejoramiento de los procesos a cargo de la Dirección General

Proceso	No Conformidades		Acciones		
	Abiertas	Cerradas	EE	C	V
Relacionamiento Interinstitucional y comunicaciones.	0	0	0	0	0
Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones	5	9	0	21	2
Seguridad y privacidad de la Información	0	4	0	4	0

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

Estado acciones: EE=en ejecución. C=cumplidas. V=Vencidas

5.1.1. Resultados de la verificación:

- Se evidencia un avance significativo en la gestión del Plan de mejoramiento del proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, dado que, para el periodo evaluado, se registraron veintiuna 21 acciones cumplidas y dos (2) vencidas.

Del total de acciones cumplidas, cinco (5) fueron calificadas como No eficaces y dieciocho (18) como eficaces, lo que permitió el cierre de las siguientes No conformidades:

01-0623	05 -0623	4 -0624
03-0623	07-0623	5 -0624
04-0623	3 -0624	6 -0624

- En la evaluación independiente realizada al proceso de Seguridad y Privacidad de la Información para la vigencia 2025, se pudo constatar que las acciones implementadas para subsanar las No conformidades [1-3524], [2-3524], [3-3524] y [4-3524]; fueron eficaces, en consecuencia, en este trimestre se procede al cierre del plan de mejoramiento.

5.2. SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

El plan de mejoramiento de los procesos a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera consta de veintidos (22) No conformidades y treinta y tres (33) acciones de mejora. A corte del 31 de diciembre de 2025, presentan el siguiente estado:

Tabla 5. Estado de las acciones y No conformidades, de los planes de mejoramiento de los procesos a cargo de la Subdirección Administrativa Financiera

Proceso	No Conformidades		Acciones			
	Abiertas	Cerradas	EE	C	PF	V
Gestión documental	1	3	0	7	0	0
Contratación	3	2	4	7	0	0
Gestión financiera y Presupuestal	4	1	0	4	0	1



Gestión humana	4	1	6	1	0	0
Administración de bienes y servicios	3	0	1	0	2	0

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

Estado acciones: EE=en ejecución. C=cumplidas. PF=programadas a futuro. V= vencidas

5.2.1. Resultados de la Verificación:

- Se evidencia avances importantes en la gestión de las no conformidades del proceso de gestión documental, de las cuatro (4) no conformidades formuladas, tres (3) fueron cerradas durante el periodo evaluado, permaneciendo una no conformidad abierta, lo que refleja un nivel significativo de cumplimiento frente a los compromisos establecidos. Sin embargo, la existencia de una no conformidad abierta con acciones cumplidas, pero no eficaces evidencian la necesidad de fortalecer el análisis de causas y ajustar las acciones implementadas a fin de garantizar su efectividad.
- En la evaluación de la evidencia aportada por el área de contratación para el presente periodo se evidenció que cinco (5) de las acciones de mejora han sido eficaces, lo que permitió el cierre de dos (2) no conformidades. Las tres (3) no conformidades restantes se mantienen abiertas, debido a que las acciones asociadas se encuentran programadas para finalizar su ejecución en el mes de diciembre del presente año.
- El proceso de gestión financiera y presupuestal presenta una no conformidad cerrada por cumplimiento eficaz de sus acciones. No obstante, se identifica una acción vencida, situación que requiere fortalecer el seguimiento y la gestión oportuna del plan para evitar retrasos en el cierre de las no conformidades pendientes.
- El proceso de Gestión humana registra el cierre de la no conformidad [08-0522] asociada a una (1) acción de mejora. Sin embargo, permanecen en seguimiento seis (6) acciones de mejora que se encuentran en ejecución, asociadas a (4) no conformidades.

5.3. SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN CONTROL Y SEGUIMIENTO

El plan de mejoramiento consolidado de los procesos a cargo de la Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento está conformado por (33) No conformidades y (64) acciones de mejora. A corte del 31 de diciembre de 2025, presentan el siguiente estado:

Tabla 6. Estado de las acciones y No conformidades, de los planes de mejoramiento de los procesos a cargo de la Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento.

Proceso	No Conformidades		Acciones			
	Abiertas	Cerradas	EE	C	V	PF
Registro Profesional	22	1	1	40	0	5
Direccionamiento Estratégico	1	0	1	1	0	0
Inspección y Vigilancia	2	0	2	4	0	0
Regional Tolima (Zona 5)	1	0	0	1	0	0
Regional Antioquia (Zona 8)	0	1	0	3	0	0



Seccionales Risaralda, Caldas, Quindío (zona 3)	3	2	0	6	0	0
---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

Estado acciones: EE=en ejecución. C=cumplidas. PF=programadas a futuro. V= vencidas

5.3.1. Resultados de la verificación:

- Para este periodo la subdirección de planeación control y seguimiento, registró el cierre de cuatro (4) no conformidades, una (1) correspondiente al proceso de registro profesional, una (1) de la Secretaría Regional Antioquia y dos (2) de las secretarías seccionales de Risaralda, Quindío y Caldas.
- El proceso de registro profesional presenta cumplimiento en la ejecución de cuarenta (40) acciones de mejora; de las cuales treinta y ocho (38), tras la evaluación de la evidencia aportada, fueron calificadas como no eficaces, lo que indica que las medidas implementadas no lograron eliminar las causas raíz de las no conformidades. Se recomienda revisar la pertinencia de las acciones adoptadas y definir los ajustes necesarios que permitan garantizar resultados efectivos.

5.4. SUBDIRECCIÓN JURIDICA

El plan de mejoramiento de la Subdirección Jurídica está conformado por (4) No conformidades y (8) acciones de mejora. A corte del 31 de diciembre de 2025, presentan el siguiente estado:

Tabla 7. Estado acciones y No conformidades, del plan de mejoramiento del proceso Ético Profesional.

Proceso	No Conformidades		Acciones		
	Abiertas	Cerradas	EE	C	V
Ético Profesional	3	1	0	7	1

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

Estado acciones: EE=en ejecución. C=cumplidas. PF=programadas a futuro. V= vencidas

5.4.1. Resultados de la verificación.

- En la evaluación de eficacia de las siete (7) acciones cumplidas, solo dos (2) fueron calificadas como eficaces, lo que permitió el cierre de una no conformidad. Las cinco (5) acciones restantes, aunque registran cumplimiento, obtuvieron calificación no eficaz, ya que la evidencia aportada no permitió establecer que estas lograron eliminar la causa raíz de los hallazgos identificados.

5.5. OFICINA DE CONTROL INTERNO

Para el IV Trimestre de 2025, no se tenían programadas actividades asociadas al plan de mejoramiento - vigencia 2024, toda vez que la totalidad de las acciones definidas fueron ejecutadas de manera oportuna en el tercer trimestre de la vigencia 2025, alcanzando el cumplimiento del 100%.; sin embargo, en el marco de la auditoría realizada al proceso en diciembre de 2025, el auditor calificó el plan de mejoramiento como no eficaz, al identificar una no conformidad de naturaleza similar a la previamente tratada.



En atención a lo anterior, y conforme a los lineamientos de mejora continua, la oficina de control interno procedió al cierre del plan de mejoramiento formulado derivado de la auditoría de la vigencia 2024, y a la reformulación de este, incorporando la nueva no conformidad identificada en la auditoría de diciembre de 2025.

El nuevo plan de mejoramiento inicia su ejecución a partir del mes de febrero de 2026, con acciones orientadas a corregir de fondo la causa del hallazgo, razón por la cual al cierre del IV trimestre de 2025 no se registran acciones en ejecución, quedando su seguimiento programado para la vigencia 2026.

5.6. OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

El plan de mejoramiento del proceso de gestión disciplinaria a cargo de la Oficina de Control Interno Disciplinario está conformado por (1) No conformidad y (2) acciones de mejora. A corte del 31 de diciembre de 2025, presentan el siguiente estado:

Tabla 8. Estado acciones y No conformidades, del plan de mejoramiento del proceso de Gestión Disciplinaria.

Proceso	No Conformidades		Acciones		
	Abiertas	Cerradas	EE	C	V
Gestión Disciplinaria	1	0	0	1	1

Fuente: Oficina de Control Interno COPNIA

Estado acciones: EE=en ejecución. C=cumplidas. PF=programadas a futuro. V= vencidas

5.6.1. Resultados de la verificación.

Con corte a 31 de diciembre de 2025, el plan de mejoramiento de la oficina de control interno disciplinario registra una acción cumplida y una vencida. Respecto a la acción vencida, el proceso informó que su ejecución está supeditada a la habilitación técnica y a la migración de los expedientes por parte del área de TICs, en el marco de la implementación del nuevo gestor documental SOADOC, lo cual impidió su cumplimiento dentro del plazo establecido.

En consecuencia, se recomienda reprogramar la fecha de cumplimiento de la acción en el plan de mejoramiento, de acuerdo con el cronograma definido por el área de TICs para la migración de los expedientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El seguimiento al plan de mejoramiento consolidado interno evidencia un avance en el cumplimiento del 78,1% en la ejecución de las acciones de mejora y un número reducido de acciones vencidas, lo que demuestra una gestión favorable del plan de mejoramiento por parte de las áreas de la entidad.
- Teniendo en cuenta que el 52% de las acciones cumplidas fueron calificadas como no eficaces, se recomienda fortalecer la formulación de las acciones de mejora, asegurando que estas se orienten a la identificación y tratamiento de las causas raíz



de los hallazgos, y no únicamente a la corrección de sus efectos. Así mismo, se sugiere revisar la pertinencia y coherencia de las acciones formuladas frente a los hallazgos identificados.

- En el seguimiento realizado al plan de mejoramiento derivado de la auditoría de la Contraloría General de la República CGR vigencia 2023, se evidenció que las acciones fueron ejecutadas dentro de los plazos establecidos. Sin embargo, la verificación de su eficacia y cierre formal de las No conformidades permanecen supeditados a la evaluación que realice el ente de control en su próxima auditoría.
- Se recomienda a aquellas áreas donde se concentra el mayor número de hallazgos y acciones de mejora fortalecer los mecanismos de control, planeación y seguimiento.
- Para el periodo evaluado, se evidenció el cierre de 26 no conformidades, destacándose la Dirección General como la dependencia con mayor número de cierres, con un total de 13 no conformidades, seguida por la subdirección administrativa y financiera con 8 no conformidades cerradas. Estos resultados reflejan un fortalecimiento de la gestión institucional orientado al cierre efectivo de los hallazgos identificados.

7. MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Se anexa matriz de seguimiento a planes de mejoramiento -IV trimestre 2025, donde se presenta el detalle de la evaluación individual realizada para cada una de las acciones que conforman el plan de mejoramiento institucional.

Cordialmente,

ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA

Jefe Oficina de Control Interno.

Elaboró: Rocio Porras Niño- Profesional Especializado - OCI

Aprobó: Alberto Castiblanco- jefe de la Oficina de Control Interno