

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 1 de 55

Fecha del informe	09-07-2026
Tipo de informe	Preliminar () Final (X)
Auditoría Interna	Programada (X) Especial ()
Proceso:	Direccionamiento Estratégico
Área:	Coordinación de Planeación
Responsable del proceso / área:	Viviana Andrea Ussa
Equipo auditor	El equipo auditor que desarrolló la presente auditoría está conformado por:
Líder auditor	Astrid Yasmin Villanueva
Grupo auditor	Sandra Patricia Ricardo Valentina Pineda Camelo

1. NOMBRE DE LA AUDITORÍA

Auditoría al Plan de Transparencia y Ética Pública - PTEP de INRAVISION.

2. OBJETIVO

Evaluar la eficacia en el diseño, publicación y ejecución de los componentes del Plan de Transparencia y Ética Pública (PTEP) vigente al 31 de marzo de 2026, con el fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos legales y la mitigación de riesgos de corrupción.

3. PERÍODO DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

La presente auditoría se realizó desde el 11 de mayo de 2026 hasta el 1 de julio de 2026, iniciando con la reunión de apertura y cerrando con la entrega del informe final de auditoría.

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La auditoría revisará de manera integral el PTEP desde 01 de septiembre de 2025 hasta 31 de marzo de 2026. Se evaluará la ejecución de los componentes programático y transversal, el cumplimiento de sus 9 acciones estratégicas y el desarrollo de las iniciativas complementarias establecidas.

5. CRITERIOS Y/O MARCO LEGAL

- Ley 1474 de 2011: Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1712 de 2014: Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.
- Ley 2195 de 2022: Medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción.
- Decreto 1083 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública (especialmente en gestión de SIGEP).
- Decreto 830 de 2021, Por el cual se modifican y adicionan algunos artículos al Decreto 1081 de 2015.
- Decreto 1081 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.
- Decreto 1122 de 2024, Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública.
- Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública - Secretaría de Transparencia.
- Documentación interna INRAVISION.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 2 de 55

- Plan de Transparencia y Ética Pública INRAVISIÓN.
- Demás normatividad aplicable

6. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO / ÁREA / PROYECTO /

Teniendo en cuenta que el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 “*Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones*”, modificó el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, transformando el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), en el Programa de Transparencia y Ética Pública. Así como el deber de las entidades del orden nacional, departamental y municipal de elaborar, publicar e implementar el Programa de Transparencia y Ética Pública.

El Decreto 1122 de 2024 reglamenta lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública y su Anexo Técnico.

La Circular 25-00026 de 2025 de la Secretaría de Transparencia establece lineamientos respecto al régimen de transición aplicable a los Programas de Transparencia y Ética Pública.

A través de la Resolución RTVC 492 de 2015, a la Coordinación de Planeación se le asignó la responsabilidad de “10. *Coordinar la consolidación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano*”; mediante Resolución 0192 del 29 de agosto de 2025 la entidad adoptó el “*Programa y Plan de Transparencia y Ética en lo Público en Radio Televisión Nacional de Colombia – RTVC S.A.S.*”, y procedió a la elaboración de los componentes transversal y programático para el periodo comprendido entre septiembre de 2025 y diciembre de 2026, liderado por la Coordinación de Planeación y con la participación de las diferentes áreas y procesos de INRAVISIÓN.

7. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

En cumplimiento del rol de evaluación y seguimiento que corresponde a la Oficina de Control Interno, conforme a lo establecido en el Programa Anual de Auditoría Basado en Riesgos 2026, y de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1122 de 2024, los lineamientos y orientaciones técnicas de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y demás normatividad aplicable emitida para el desarrollo e implementación del PTEP, se solicitó a través de correo electrónico del día 30 de abril de 2026 a las diferentes Coordinaciones y áreas de la entidad, informar sobre las actividades desarrolladas desde septiembre de 2025 y a marzo 31 de 2026 en el marco del componente programático del PTEP, finalizadas o en curso, indicando el porcentaje de avance, dando una descripción breve de las mismas y aportando los respectivos soportes. Así mismo, se efectuaron solicitudes puntuales a las diferentes áreas para los temas de integridad, rendición de cuentas, canales de denuncia y Ley 1712 de 2014.

Por otra parte, de la página web de la entidad, sección Quiénes Somos - Planeación, Gestión y Control - Políticas, Planes y Líneas Estratégicas, se descargaron los documentos: Componente Transversal Programa de Transparencia y Ética Pública 2025-2026 - versión 2 del 27/08/2025, Estrategia Institucional para la lucha contra la corrupción - versión 4 del 27/04/2026 y el Diagnóstico Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP 2025-2026 del 01/12/2025.

Por último, se realizaron mesas de trabajo con las Coordinaciones de Planeación y Relacionamento con el Ciudadano.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 3 de 55

A continuación, se presentan los resultados encontrados frente al cumplimiento de los lineamientos dados en la normatividad vigente. Para mejor comprensión, el informe se ha organizado teniendo en cuenta la estructura dada en el Anexo Técnico Programas de Transparencia y Ética Pública de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. **Ver Anexo No. 1. Índice.**

A. VERIFICACIÓN COMPONENTE TRANSVERSAL, CAPÍTULO 2 DEL ANEXO TÉCNICO.

La OCI revisó el “Programa de Transparencia y Ética Pública 2025-2026” versión 2 publicada en la página web de INRAVISIÓN el día 27/08/2025, encontrando que el documento en mención contiene los nueve (9) puntos del componente transversal, los cuales se analizan a continuación:

1. DECLARACIÓN

La declaración cumple con lo indicado en el Anexo y da cuenta del compromiso de la Alta Dirección con la implementación del PTEP, representa la voluntad de todos los colaboradores con su observancia y, recopila los valores y principios que la entidad quiere exaltar.

2. OBJETIVO

El PTEP cuenta con un objetivo general y tres específicos a saber, los cuales están realizados en función de la Declaración:

- Incorporar principios éticos y de integridad en la planeación, ejecución y evaluación de los procesos institucionales,
- Fortalecer la cultura institucional mediante la sensibilización y capacitación.
- Fomentar la participación ciudadana y el control social en la gestión institucional,

No conformidad No. 01: En el objetivo del componente transversal no se identifica cómo se realizará la medición, tanto del objetivo general como de los específicos; Así mismo, en la matriz de “Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción (septiembre 01 de 2025 a diciembre 31 de 2026)”, en la que se detallan las actividades a adelantar en el marco de cada componente y categoría, no se puede establecer cómo cada una de éstas aporta al logro de los objetivos específicos propuestos en el PTEP, lo que **incumple** con lo establecido en el Capítulo 2 Componente Transversal, numeral 2 Objetivo del Anexo Técnico que indica “el Programa de Transparencia y Ética Pública debe contar con objetivos específicos, **medibles**, alcanzables, relevantes y con plazos ciertos.” (resaltado al margen del texto), lo cual dificulta el seguimiento y evaluación de su cumplimiento.

3. ALCANCE

El Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) incluye en su alcance a todas las dependencias, procesos y niveles jerárquicos de INRAVISIÓN, comprometiendo e indicando los roles de servidores públicos, contratistas y grupos de interés (internos y externos) bajo los ejes de ética, integridad y servicio al ciudadano.

4. PLANEACION

En este apartado se observan las actividades principales que se desarrollarán en cada una de las fases o etapas del PTEP: Formulación y diseño del programa, validación, consolidación, aprobación, publicación, ejecución,

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 4 de 55

seguimiento y evaluación, modificación o reformulación.

De acuerdo con lo establecido en la circular CIR25-00000026 del 6 de junio de 2025 de la Secretaría de Transparencia, numeral 2 “*A más tardar el 31 de diciembre de 2025, las entidades del orden nacional obligadas deberán haber realizado los diagnósticos necesarios para formular las acciones estratégicas de las temáticas de Redes y Articulación, Desarrollo del Modelo de Estado Abierto e Iniciativas Adicionales del Componente Programático de los Programas de Transparencia...*”, la OCI constató la existencia del documento “*Diagnóstico Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP 2025-2026*”, fechado el 1 de diciembre de 2025. Al respecto, se identificó que dicha herramienta se elaboró con posterioridad a la formulación del componente programático, desvirtuando su naturaleza de línea base.

Adicionalmente, se determinó que el documento no cumple con su propósito técnico, toda vez que no analiza el entorno institucional, no identifica las debilidades o riesgos de corrupción de la entidad, ni evalúa el desempeño histórico frente al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), impidiendo contar con un inventario de brechas técnico que sirviera de insumo para orientar las prioridades operacionales del PTEP de la entidad.

Tal y como se señala en este numeral, se observa la incorporación del PTEP en el Plan de Acción Institucional 2026, con 3 actividades relacionadas con categorías de participación ciudadana, atención al ciudadano e integridad en el servicio público, cuyos indicadores son: Porcentaje de cumplimiento al Plan de Atención al Ciudadano, Estrategia de Participación Ciudadana Implementada y Número de colaboradores sensibilizados en ética pública, integridad y prevención de la corrupción.

5. MONITOREO, ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN

Están definidos en el PTEP de INRAVISIÓN así: el administrador del Programa es la Coordinación de Planeación, quien responde directamente a la Alta Dirección, la Supervisión se ejercerá por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Monitoreo se ejercerá por parte de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo, cumpliendo con lo señalado en el Anexo Técnico.

Teniendo en cuenta que, como se observa en el siguiente numeral, el resultado del primer monitoreo con corte a diciembre 31 de 2025 realizado por la Coordinación de Planeación, no se ha comunicado a la Alta Dirección ni al CIGD, estas instancias no han podido ejercer su rol de supervisión.

6. REPORTES

Se definió como herramienta para la ejecución y seguimiento una matriz diseñada por la Coordinación de Planeación, para registrar la formulación, ejecución y el seguimiento cuatrimestral. Así mismo, se asignaron responsables de los reportes por líneas de defensa. Aunque en el PTEP no se indica la frecuencia de los reportes, en la matriz de Excel “*Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción*” que va de septiembre 01 de 2025 a diciembre 31 de 2026, se observa que los reportes de la primera línea de defensa y los monitoreos de la segunda línea se efectuarán de manera cuatrimestral, iniciando en enero de 2026. Igualmente, la Coordinación de Planeación reportará el avance a partir del resultado de monitoreo periódico al Comité Institucional de Gestión y Desempeño - CIGD.

A la fecha de realización de la presente auditoría no ha sido comunicado a la Gerencia ni al CIGD el resultado del 1er monitoreo cuatrimestral, con corte a diciembre 31 de 2025, efectuado en los primeros días del mes de enero de 2026. Con memorando radicado 202601300014703 del día 11 de mayo de 2026 fue remitido el

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 5 de 55

documento “Análisis de resultado de monitoreo de la Estrategia Institucional de Lucha contra la Corrupción corte a 31 de diciembre de 2025.” a los líderes de proceso y enlaces. La falta de comunicación oportuna a la Gerencia y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) sobre los resultados del monitoreo, sumado a un desfase de más de cuatro meses para su socialización con las áreas operativas, debilita el principio de oportunidad en el control de gestión. Esta situación impide que la alta dirección conozca de manera oportuna el avance de implementación del PTEP, limitando su capacidad para adoptar decisiones estratégicas, correctivas o preventivas en tiempo real. Así mismo, desarticula la trazabilidad que debe existir entre los resultados de la vigencia cerrada y la planeación o ajustes requeridos para el programa del año en curso.

Recomendación No. 01: Se **recomienda** a la Coordinación de Planeación establecer y formalizar un cronograma estricto de cierres, consolidación y reporte para los monitoreos de la Estrategia Institucional de Lucha contra la Corrupción (o PTEP). Este control debe garantizar que, una vez recolectada la información en los primeros días posteriores al corte, se elabore el informe analítico y se presente de manera prioritaria ante la Gerencia y el CIGD, fijando un plazo perentorio óptimo (por ejemplo, dentro del mes siguiente al cierre de cada periodo) para la toma de decisiones, como a los líderes de proceso y enlaces para la retroalimentación operativa, evitando dilaciones que afecten la efectividad y la oportunidad de las acciones de transparencia institucional.

Así mismo, del análisis al citado memorando (radicado 202601300014703 del día 11 de mayo de 2026), se constató la inclusión de un enlace digital que remite a la herramienta de seguimiento (*I Monitoreo Estrategia Institucional Lucha Contra la Corrupcion RTVC_V3.xlsx*). Si bien la matriz refleja el estado de verificación de las acciones del componente programático, no se evidenció la existencia de un informe ejecutivo u operativo que consolide los resultados de dicha validación. La ausencia de este documento técnico impide visualizar de manera agregada los porcentajes de avance, las desviaciones o retrasos presentados en el periodo y, en términos generales, limita contar con un insumo estructurado que sirva de base para la toma de decisiones estratégicas en torno a la implementación y ajuste del PTEP.

Recomendación No. 02: Se **recomienda** a la Coordinación de Planeación diseñar, reglamentar e implementar un modelo de Informe Ejecutivo de Consolidación y Monitoreo Cuatrimestral (o con la periodicidad establecida para el PTEP), el cual sirva como soporte analítico a los datos registrados en la matriz en Excel que se utiliza para el monitoreo. Este documento técnico complementario deberá estructurarse de tal manera que consolide cualitativa y cuantitativamente los resultados de las verificaciones, detallando de forma clara:

- El porcentaje agregado de avance físico por cada componente del programa.
- Las alertas tempranas sobre desviaciones, rezagos o dificultades presentadas por las áreas responsables.
- Las acciones correctivas o planes de contingencia propuestos para mitigar dichos retrasos.

Lo anterior con el propósito de transformar el registro de datos en un instrumento de análisis estratégico y de control de gestión que sea presentado formalmente ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y la Alta Dirección de la entidad, garantizando así un insumo confiable y oportuno para la toma de decisiones orientadas al cumplimiento efectivo del PTEP.

7. FORMACION

En el numeral 12 del PTEP de RTVC, se indican los temas que se incluirán en el Plan Institucional de Capacitación -PIC- de la entidad, que está a cargo de la Coordinación de Talento Humano:

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 6 de 55

- Transparencia y ética pública.
- Gestión del riesgo.
- Mecanismos de control social, participación ciudadana y rendición de cuentas.
- Principios y valores institucionales.
- Cultura de legalidad y Estado abierto.
- Derechos humanos y servicio al ciudadano.
- Integración del PTEP con el MIPG y demás instrumentos de planeación institucional.

Como parte de la verificación realizada por el equipo auditor, se solicitó a la Coordinación de Talento Humano – CTH, la evidencia de la solicitud de inclusión de los temas anteriormente mencionados en el PIC 2026 por parte de la Coordinación de Planeación, a lo que la CTH respondió que “... se dieron 2 plazos cada uno con recordatorio de la fecha, el primer plazo el 5 de noviembre de 2025 y el segundo el 19 de noviembre de 2025, esto con el fin de tenerlo como insumo para la creación del PIC 2026.

Es así que la Coordinación de planeación no allego solicitud alguna dentro de los plazos establecidos, sin embargo, el plan de capacitación se adapta a las necesidades que surjan en el transcurso del año.”

No obstante, la Coordinación de Talento Humano, teniendo en cuenta los lineamientos dados por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, si incluyó los temas en el PIC 2026, faltando solamente “Gestión del Riesgo”. A lo que ésta misma Coordinación aclaró “Se aclara que en el PIC se establece un módulo llamado “oferta sector público” en el cual se incluyen los temas exigidos por los diferentes entes de control, los cuales deben ser solicitados por las áreas que deben dar cumplimiento a estos, es así que de ser necesario los temas se pueden ejecutar a través de este módulo.”.

Recomendación No. 03: Se **recomienda** incluir en las capacitaciones del PIC 2026 los aspectos transversales relacionados con la Declaración, objetivos, Alcance, Planeación y ciclo del Programa, Reportes, Comunicación y Auditoría que hacen parte de la estrategia de formación, tal y como se indica en el numeral 7.2. del Anexo Técnico, “Es necesario tener en cuenta que el Programa tiene un componente transversal y un componente programático y ambos deben ser objeto de formación. Los aspectos transversales relacionados con la Declaración, Objetivos, Alcance, Planeación y ciclo del Programa, Reportes, Comunicación y Auditoría deben hacer parte de la estrategia de formación, tanto como los instrumentos que hacen parte del componente programático.”, con el objetivo de fortalecer las competencias del personal tanto en la gestión operativa como en la ejecución estratégica del programa, asegurando que el proceso formativo abarque la totalidad de los componentes requeridos para una implementación exitosa.

Recomendación No. 04: Se **recomienda** a la Coordinación de Planeación articular de manera prioritaria con la Coordinación de Talento Humano (CTH) la activación del módulo “Oferta Sector Público” para formalizar e iniciar la capacitación en Gestión del Riesgo durante la presente vigencia, subsanando así la omisión en la fase de planeación inicial del PIC 2026.

Así mismo, con el fin de evitar la materialización de riesgos de incumplimiento normativo en futuras vigencias, se insta a la Coordinación de Planeación a fortalecer sus controles internos y canales de comunicación institucional, garantizando una respuesta oportuna y efectiva a las convocatorias y plazos perentorios establecidos por la CTH para la consolidación de los insumos del Plan Institucional de Capacitaciones. Esto permitirá asegurar que todas las temáticas transversales y de ley, especialmente aquellas vinculadas al MIPG, la transparencia y el control interno, queden integradas desde la fase de diseño y no de manera excepcional o reactiva.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 7 de 55

8. COMUNICACIÓN

La OCI pudo observar el documento “*Estrategia de Comunicaciones 2026- Inravisión – Sistema de Medios Públicos*”, remitido por la Coordinación de Comunicaciones, el cual no tiene fecha de elaboración, y el cual, de acuerdo a información dada por la Coordinación, es presentado y socializado directamente a la Gerencia.

Este documento incluye las estrategias de difusión tanto interna como externa de la entidad, contempla criterios de accesibilidad y difusión a través de diversos medios con los cuales cuenta la entidad: portal web, redes sociales, boletines de prensa, productos audiovisuales y digitales, boletines internos, correos masivos, monitores ubicados dentro de las instalaciones de INRAVISIÓN, entre otros.

Como está indicado en el documento del componente transversal del PTEP, la Coordinación de Comunicaciones y el Equipo Digital elabora un informe mensual sobre la ejecución de la estrategia de comunicaciones tanto interna como externa de la entidad, incluye el desarrollo de las diferentes actividades realizadas a través de cada uno de los canales de difusión con que cuenta la entidad y mencionados anteriormente.

Del análisis efectuado a los informes mensuales presentados por la Coordinación de Comunicaciones respecto al desarrollo de la Estrategia de Comunicaciones (tanto interna como externa), se evidenció que dichos reportes se limitan a una recopilación documental y fotográfica de los soportes de las actividades ejecutadas.

Si bien estos archivos acreditan la realización operativa de las tareas, los informes carecen de un componente analítico y estadístico que refleje variables críticas de gestión, tales como: el porcentaje de avance frente a las metas planeadas, la caracterización y cobertura de la población efectivamente alcanzada (público interno y externo), el nivel de interacción o impacto de los mensajes, y los inconvenientes o desviaciones presentados durante el periodo. Esta fragmentación de la información desvirtúa la naturaleza del informe de gestión, transformándolo en un registro meramente acumulativo de evidencias en lugar de un instrumento de evaluación.

Recomendación No. 05: Se **recomienda** a la Coordinación de Comunicaciones, en coordinación con el Equipo Digital, reestructurar y estandarizar el modelo de reporte mensual de la Estrategia de Comunicaciones a través del diseño de un Tablero de Control o Informe Ejecutivo Analítico.

Este nuevo esquema de reporte deberá trascender la entrega de soportes físicos y deberá incorporar obligatoriamente:

- Indicadores de gestión e impacto: Medición cualitativa y cuantitativa del alcance de las campañas (número de servidores públicos sensibilizados, métricas de canales virtuales, niveles de recordación, etc.).
- Análisis de desviaciones: Un apartado técnico donde se expongan los retrasos o inconvenientes operativos y logísticos presentados.
- Planes de mitigación: Propuestas de ajuste o acciones correctivas inmediatas para reorientar las estrategias que no estén alcanzando el impacto esperado.

Con lo anterior se garantizará que el proceso de comunicaciones genere un producto informativo con valor agregado que sirva como herramienta efectiva para el control, el seguimiento del PTEP y la toma de decisiones estratégicas.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 8 de 55

9. AUDITORÍA Y MEJORA

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa incluyó la presente auditoría en el Programa Anual de Auditoría Basado en Riesgos 2026, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizado el 23 de febrero de 2026.

Así mismo, durante la vigencia 2025, la OCI realizó seguimiento a la implementación del PTEP con corte al 30 de octubre de 2025, en el cual se generaron quince recomendaciones a tener en cuenta para el mejoramiento de los componentes transversal y programático.

B. VERIFICACIÓN COMPONENTE PROGRAMÁTICO, CAPÍTULO 3 DEL ANEXO TÉCNICO.

1. Verificación Matriz “ESTRATEGIA INSTITUCIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN”, con corte a marzo 31 de 2025. Ver Anexo No. 2. Matriz estrategia LCC.

El detalle de la evaluación aplicada a la matriz en mención se encuentra desarrollado de manera desagregada en cada una de las actividades que la integran. Con el propósito de consolidar los resultados obtenidos, a continuación, se presenta el comportamiento cuantitativo de las variables analizadas durante el ejercicio auditor:

Tabla No. 1. Consolidado resultados verificación componente programático

Descripción	Cantidad	% Avance	Observaciones
Total de actividades en la matriz del componente programático "ESTRATEGIA INSTITUCIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN"	102		
Actividades verificadas por la Oficina de Control Interno	98		Las actividades de verificación técnica se iniciaron el 11 de mayo de 2026. Para su desarrollo, el equipo auditor tomó como base los soportes probatorios allegados por las áreas competentes y lo consignado en la matriz como reporte de avance.
Actividades finalizadas a mayo de 2026	46: Cumple: 39 Cumple parcialmente: 6 No cumple: 1	92%	Respecto a la cifra reportada, se precisa que este porcentaje indexa aquellas acciones que carecen de evidencia objetiva que demuestre su efectivo cumplimiento. Así mismo, se integra el hallazgo correspondiente al mapa de riesgos institucional, el cual, a pesar de encontrarse publicado, no cumple con los estándares metodológicos ni el marco normativo legal aplicable.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 9 de 55

Descripción	Cantidad	% Avance	Observaciones
Actividades en ejecución, que finalizan luego de mayo de 2026	52 Cumple: 26 Cumple parcialmente: 13 No cumple: 13	56%	Respecto a la medición obtenida, se precisa que dicho porcentaje está indexado a las actividades que las dependencias responsables determinaron reestructurar, a los requerimientos que no presentaron los soportes probatorios correspondientes y a las líneas de acción que evidencian un rezago frente al cronograma establecido

Fuente: Elaboración propia. Oficina de Control Interno INRAVISIÓN.

Una vez realizada la verificación de las actividades finalizadas y en ejecución a la fecha, se identificó la necesidad de armonizar la planeación institucional con las realidades operativas de la entidad. **Recomendación No. 06:** La OCI recomienda realizar una revisión integral de las actividades, productos y cronogramas del componente programático, considerando los recientes cambios en la estructuración del mapa de procesos y la adopción de las nuevas herramientas tecnológicas (SUITE VISION y SIGDI). Lo anterior, con el fin de que estos instrumentos reflejen la realidad actual de INRAVISIÓN, asegurando que su monitoreo, análisis y oportuna comunicación a la Alta Gerencia y al CIGD sirvan como insumos estratégicos para la toma de decisiones en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)

Con base en los resultados de la evaluación, los hallazgos se detallan a continuación. Para facilitar su seguimiento, dentro de los párrafos se indica el número de actividad respectivo de la matriz de la “Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción” o matriz del componente programático.

Así mismo, complementando el análisis de las actividades contempladas en la matriz mencionada, el equipo auditor revisó las acciones adicionales que adelantan los procesos u áreas de la entidad, bajo el marco de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (Versión 7 de 2025) del DAFP y en alineación con los planes operativos institucionales. En este marco, adicional a la revisión documental adelantada, el equipo auditor desarrolló una mesa de trabajo el 2 de junio de 2026 con la Técnico Administrativa delegada por la Coordinación de Planeación para la implementación y seguimiento al PTEP y la contratista de apoyo a la Gestión del Riesgo, en la que se indagó por los avances relacionados con riesgos para la integridad, riesgo de LA/FP/ADM y debida diligencia y, con la Coordinación de Relacionamento con el Ciudadano y las Audiencias, el tema de canales de denuncia, el día 09 de junio de 2026. Los hallazgos y aspectos clave se desarrollan a continuación:

1. GESTIÓN DEL RIESGO

En cumplimiento de lo establecido en el Anexo Técnico de los Programas de Transparencia y Ética Pública de la Secretaría de Transparencia y en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (Versión 7 de 2025), los hallazgos y aspectos clave se desarrollan a continuación:

1.1. RIESGO PARA LA INTEGRIDAD

1.1.1. Política para la gestión integral de riesgos

Actividad No. 14 de la matriz del componente programático. La Oficina de Control Interno (OCI) verificó el documento en borrador de la “Política Operacional de Administración de Riesgos”, suministrado por la

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 10 de 55

Coordinación de Planeación. Se constató que esta dependencia ha trabajado en dicho documento desde finales de la vigencia 2025 con el propósito de incorporar los nuevos lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAPF, articulando esfuerzos con áreas clave como las Coordinaciones de TI, Gestión del Talento Humano y Gestión Administrativa (esta última respecto al componente de Gestión Ambiental). No obstante, a la fecha de corte del presente informe, el documento no ha sido sometido a aprobación ni formalizado ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Así mismo, está vigente el documento interno "Guía de Administración de Riesgos", código E-G-2 del 18/12/2024, la cual está en proceso de actualización por parte de la Coordinación de Planeación.

Recomendación No. 07: Se recomienda a la Coordinación de Planeación revisar que la Política de Riesgos cumpla con todos los lineamientos indicados en la Guía de Gestión Integral del Riesgo del DAFP, culminar la fase de ajuste del documento borrador de la nueva política operacional de administración de riesgos y de la nueva versión de la Guía de Administración del Riesgo. Para ello, se deberá proyectar un cronograma ágil que permita presentar, someter a aprobación y formalizar dichos instrumentos técnicos ante el Comité Institucional Coordinación de Control Interno en el menor tiempo posible. Lo anterior, con el fin de garantizar que la entidad cuente con un marco institucional vigente, formalizado y alineado con la última versión de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP, asegurando así su obligatoria adopción y aplicación por parte de todos los procesos.

1.1.2 Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública - SIGRIP

El SIGRIP (Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública) se puede definir como el conjunto articulado de políticas, procesos, controles y herramientas que deben implementar las entidades del Estado para prevenir, detectar, gestionar y reportar los riesgos que amenazan la transparencia, legalidad e integridad de la función pública.

Teniendo en cuenta lo indicado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAPF, numeral 6.3. Sistema de Gestión del Riesgo, *"El Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP contempla que la entidad adopte una serie de instrumentos de gestión del riesgo, que actúe con diligencia en el conocimiento de sus contrapartes y que integre en su operación una función de cumplimiento, todo esto además de la identificación y valoración de los riesgos según la metodología definida en la Política para la Gestión Integral de Riesgos que adopte."*

El equipo auditor indagó por los avances realizados frente a los lineamientos establecidos por la guía antes mencionada.

Con corte a 31 de marzo de 2026, fecha del alcance de la presente auditoría, y basados en la mesa de trabajo sostenida con la Coordinación de Planeación el día 02 de junio de 2026, se evidenció lo siguiente:

1.1.2.1. Contexto de la organización

En memorando del día 8 de mayo de 2026, radicado 202601300013393, dirigido a los líderes de procesos y enlaces, la Coordinación de Planeación solicita el levantamiento de información para la construcción del instrumento denominado "Análisis de Contexto". Dentro del mismo no se observa asignación específica de responsables de para dar respuesta a cada uno de los ítems de información requerida ni plazo para su entrega.

A la fecha de la presente auditoría han dado respuesta la Coordinación de TI y Oficina de Control Interno, de acuerdo con información registrada en la plataforma ORFEO.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 11 de 55

1.1.2.2. Liderazgo del Sistema

En el numeral 6.3.2. Liderazgo del Sistema de la guía integral del riesgo, se indica que “...en el marco de la formulación de la Política para la Gestión Integral de Riesgos la entidad deberá asignar unos niveles de responsabilidad. (...) Para efectos del SIGRIP, existen unos roles y responsabilidades que deben agregarse a esos niveles de responsabilidad.”. En ese orden de ideas en el documento de política de riesgos deben incluirse las 4 responsabilidades indicadas en la Tabla 31 Roles y responsabilidades SIGRIP de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (Versión 7 de 2025).

1.1.2.3. Planificación

La Guía para la Administración del Gestión del Riesgo del DAFP, en su numeral 6.3.3. Planificación, establece entre otras cosas que: “...las entidades en el marco de la formulación de la Política para la Gestión Integral de Riesgos deberán definir un objetivo (ver numeral 2.3.1) y un alcance (ver numeral 2.3.2), así como establecer marco de apetito del riesgo (ver numeral 2.4) y el esquema metodológico que aplicarán (ver numeral 2.3.5), para lo cual deberán contemplar los siguientes aspectos relevantes del SIGRIP:...” y teniendo en cuenta que la política para la gestión del riesgo aún se encuentra en fase de ajuste, aún no se ha dado cumplimiento a esta fase del SIGRIP.

1.1.2.4. Apoyo

En el numeral 6.3.4. Apoyo, de la Guía de Gestión del Riesgo del DAFP, se establece que: “Para que el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP pueda operar adecuadamente, la entidad debe disponer de los recursos necesarios, señalar claramente los atributos comportamentales que se requieren, disponer de una estrategia de formación y de comunicación, y documentar cada una de las actividades que se ejecuten...”

No se presentan avances en los aspectos antes mencionados.

1.1.2.5. Operación

Identificación y valoración de riesgos para la integridad pública en la Política para la Gestión Integral de Riesgos

Actividad No. 9 matriz de componente programático: En el mes de enero de 2026, se publicó en la página web de la entidad, en el link <https://www.rtv.c.gov.co/quienes-somos/sistema-integrado-de-gestion>, el mapa de riesgos de corrupción con fecha 27/01/2026, el cual contiene 15 riesgos distribuidos como se observa en la Tabla No. 2.

Al respecto, la Coordinación de Planeación informó que, con el fin de dar cumplimiento al plazo legal del 31 de enero de 2026, se procedió a publicar la matriz del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) de la vigencia anterior. Así mismo, manifestaron que desde febrero del año en curso se adelantan mesas de trabajo con las diferentes dependencias. Este ejercicio tiene como propósito estructurar los nuevos riesgos a la integridad pública, alineándolos con la normativa vigente, la actualización del mapa de procesos de INRAVISION y la adopción de una nueva estructura metodológica de la matriz, sin embargo, manifiestan que no se ha logrado el avance esperado con los procesos de Control Disciplinario Interno, Radio, Televisión (Señal Colombia y Canal Institucional) Gestión Jurídica y Gestión de Proveedores.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026 Página: 12 de 55

Tabla No. 2. Distribución de riesgos

PROCESO	CANTIDAD
Contenidos digitales	1
Control interno	1
Direccionamiento estratégico	2
Gestión administrativa	1
Gestión de Proveedores	2
Gestión Documental	1
Gestión Financiera	1
Gestión Jurídica	1
Gestión Tecnológica de Servicios Convergentes	1
Radio	2
Televisión	2

Fuente: Elaboración propia. Oficina de Control Interno INRAVISIÓN.

La publicación inicial de una matriz basada en la vigencia anterior genera el riesgo de que el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) opere de manera transitoria con riesgos desactualizados. Esto puede ocasionar que los controles implementados durante los primeros meses de la vigencia 2026 no respondan a la realidad operativa actual, a los cambios normativos recientes, ni a la nueva estructura e interacciones del mapa de procesos de INRAVISIÓN, limitando la capacidad de la entidad para prevenir o mitigar de forma oportuna nuevas alertas o modalidades de riesgo de corrupción.

Adicionalmente, en atención a la actividad N° 13 de la matriz del componente programático "identificar indicadores claves de riesgo (KRI)", que tiene fecha de finalización el 30 de julio de 2026, es importante resaltar que para su construcción es fundamental contar con la matriz de riesgos de integridad actualizada, lo que podrá garantizar la correspondencia en la información a identificar.

Recomendación No. 08: Se recomienda a la Coordinación de Planeación establecer un cronograma prioritario y formalizado para culminar las mesas de trabajo técnicas que se adelantan con las diferentes dependencias de la entidad. Este cronograma debe garantizar, en el menor tiempo posible, la consolidación, validación y publicación oficial de la nueva matriz de riesgos, asegurando su total alineación con el nuevo mapa de procesos de INRAVISIÓN, el formato actualizado y las directrices normativas vigentes. De la misma manera, esta consolidación permitirá avanzar con la identificación de los Indicadores Claves de Riesgos (KRI).

Recomendación No. 09: Se recomienda diseñar un mecanismo de control de versiones o un plan de contingencia metodológico para futuras vigencias, de modo que las actualizaciones estructurales del modelo de operación se anticipen a los plazos legales de publicación. Vale la pena recalcar que, para la correcta actualización de la matriz de riesgos de corrupción, es fundamental incorporar las cinco amenazas para la integridad definidas por el DAFP en la versión 7 de su guía para la gestión integral del riesgo.

Como conclusión general, **Recomendación No.10:** Se recomienda a la Coordinación de Planeación, en conjunto con los líderes de los procesos institucionales, diseñar y poner en marcha un Plan de Trabajo Estructurado para la adopción e incorporación formal del marco del **SIGRIP** dentro del modelo de gestión de la entidad durante la presente vigencia.

Este plan debe orientarse a transformar el enfoque actual de cumplimiento documental en un esquema de control preventivo, ejecutando las siguientes acciones estratégicas:

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026 Página: 13 de 55

- **Revisión y Homologación de Procesos:** Evaluar las metodologías actuales de identificación de riesgos de corrupción para alinearlas y estandarizarlas bajo las reglas y procesos exigidos en el marco del SIGRIP.
- **Estructuración de Indicadores de Alerta Temprana:** Definir de manera conjunta con los líderes de proceso criterios técnicos y puntos de control críticos que permitan identificar desviaciones institucionales a tiempo, antes de que los riesgos se materialicen.
- **Estandarización de Reportes Analíticos:** Diseñar canales y plantillas de consolidación que exijan un análisis cualitativo de los datos de integridad, asegurando que la información sirva como insumo oportuno para el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD).
- **Fortalecimiento Metodológico:** Desarrollar mesas de trabajo técnicas con los servidores públicos responsables de cada área para apropiar las directrices de la Secretaría de Transparencia, promoviendo la transición hacia un monitoreo constante y proactivo del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).

Con esta medida se busca que la entidad adecúe su estructura interna y sus dinámicas de planeación a los estándares nacionales obligatorios, garantizando que el seguimiento de la integridad pública deje de ser un ejercicio reactivo y se convierta en una herramienta de decisión estratégica, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Función de Cumplimiento

De la revisión efectuada por la OCI a los componentes estructurales del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), se constató que la entidad aún no ha iniciado el diseño, formalización ni implementación de la Función de Cumplimiento.

La ausencia de esta función causa que la entidad carezca de una instancia técnica e independiente encargada de vigilar de manera exclusiva el acatamiento de las políticas de integridad, la prevención del lavado de activos, la corrupción y el fraude. Esto genera como consecuencia directa una alta vulnerabilidad ante riesgos institucionales que puedan comprometer la responsabilidad legal y administrativa de la entidad, propicia la dispersión de esfuerzos de control en los diferentes procesos y debilita la capacidad de supervisión interna. Así mismo, sitúa a la entidad en un estado de inobservancia frente a las directrices vinculantes emitidas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y los estándares del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

Recomendación No.11: Se recomienda a la Coordinación de Planeación, en articulación con la Alta Dirección, estructurar e incluir en la agenda institucional un Plan de Adopción e Institucionalización de la Función de Cumplimiento para la presente vigencia.

Este plan deberá contemplar, como mínimo, las siguientes acciones estratégicas:

- **Definición de la Instancia o Rol:** Evaluar y definir, bajo criterios de idoneidad y de acuerdo con la estructura organizacional, si la función será asignada a un rol específico o a una instancia existente encargada de articular la gestión de cumplimiento normativo.
- **Asignación de Competencias y Responsabilidades:** Formalizar mediante acto administrativo las funciones específicas de este rol, orientadas al monitoreo del PTEP, la gestión de canales de denuncia seguros y la verificación del cumplimiento normativo interno y externo.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 14 de 55

- **Diseño del Plan de Monitoreo:** Establecer un esquema periódico de seguimiento y reporte directo hacia la Gerencia y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), asegurando que los hallazgos de cumplimiento sirvan de insumo preventivo y oportuno para la toma de decisiones estratégicas.

1.2. CANALES DE DENUNCIA.

Una de las actividades planteadas en la matriz del componente programático, a cargo por la Coordinación de Relación con el Ciudadano y las Audiencias -CRCA- fue “...la identificación de debilidades y fortalezas en los canales de relacionamiento con la ciudadanía.”. Para dicha actividad, aplicaron la encuesta denominada “Encuesta de percepción – Evaluación de canales RTVC 2025”, la cual estuvo compuesta por: Sección 1 (Datos personales), Sección 2 (Canal de comunicación utilizado), y sección 3 (generalidades de la atención).

La encuesta se aplicó por medio del correo electrónico de la Coordinación de Relación con el Ciudadano y las Audiencias, durante los meses de septiembre y octubre 2025, con la que se obtuvieron un total de 47 respuestas. Resultado de su análisis se identificaron un total de 5 debilidades y 5 fortalezas y se plantearon 2 acciones de mejora, a saber:

- Crear espacios de trabajo con las áreas de la entidad con el fin de optimizar el proceso de gestión de las PQRS, dando así cumplimiento a las necesidades de la ciudadanía en aras de emitir respuestas oportunas, claras y efectivas mejorando así la experiencia del ciudadano con la entidad.
- Promocionar y generar mayor impacto sobre los canales de atención a la ciudadanía, que dispone la entidad, tanto en la modalidad presencial como virtuales dispuestos en la página web.

En desarrollo de la primera acción, la CRCA ha realizado dos reuniones de verificación proceso de PQRS – peticiones vencidas con la Dirección de Tecnologías Convergentes el 07 y 12 de mayo de 2026, en consideración al número importante de peticiones que no han sido contestadas en los términos legalmente establecidos durante la vigencia 2026, en las cuales se analizaron las causas y posibles soluciones y, se hicieron unos compromisos para subsanar las deficiencias. **Recomendación No. 12:** Se recomienda a la CRCA continuar realizando las mesas de trabajo con las áreas de la entidad que mayor flujo de asignación de PQRS tienen, con el fin de evitar la materialización de riesgos por el incumplimiento normativo en este tema.

Actividad No. 47 de la matriz componente programático: Para la segunda acción se observa la siguiente pieza gráfica publicada en la página web de la entidad, link: <https://rtvc.gov.co/atencion-al-ciudadano/canales-de-atencion>.



	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 15 de 55

Con el fin de generar mayor impacto sobre los canales de atención a la ciudadanía, que dispone la entidad, tanto en la modalidad presencial como virtuales, **Recomendación No. 13:** se recomienda difundir, no solamente en la página web de la entidad sino también a través de las pantallas y medios de comunicación internos, redes sociales institucionales, piezas gráficas en las sedes físicas (estudios y estaciones) y, de ser viable, mediante inserciones en la programación de los canales. Esto con el propósito de descentralizar la información, garantizar una pedagogía accesible para todo tipo de usuarios y asegurar que los ciudadanos conozcan con claridad los mecanismos de contacto, radicación de PQRSD y orientaciones disponibles, consolidando así la estrategia de servicio al ciudadano como una oportunidad de mejora continua en los niveles de confianza y transparencia institucional.

- a. **Formulario Conflicto de Interés:** teniendo en cuenta que, a través de la Resolución interna 0327 de 2022, se designó a la Coordinación de Talento Humano para liderar la Política de Gestión Estratégica de Talento Humano y ésta incluye el tema de conflicto de interés, la OCI solicitó información a la CTH sobre la gestión de este formulario, sin embargo, no se recibió respuesta, por lo tanto no fue posible verificar el estado actual de la gestión, diligenciamiento y control de los formularios de conflicto de interés al interior de la entidad. La ausencia de soportes por parte de la CTH genera incertidumbre sobre el control preventivo de los conflictos de interés, exponiendo a la entidad al riesgo de inobservancia frente a las directrices de transparencia y debatiendo la oportunidad en el seguimiento institucional.

Recomendación No. 14: Se recomienda a la Coordinación de Talento Humano (CTH), en cumplimiento de las funciones delegadas mediante la Resolución Interna 0327 de 2022, elaborar y presentar de manera perentoria un Informe Consolidado sobre la Gestión de Conflictos de Interés con corte a la fecha. Con esta medida se busca restablecer los canales de comunicación técnica entre dependencias, mitigar el riesgo legal y asegurar el cumplimiento efectivo de la Política de Gestión Estratégica de Talento Humano y los lineamientos de transparencia vigentes.

- b. **Formulario y correo PQRSD:** de acuerdo con la Resolución interna 492 de 2015, la Coordinación de Servicios Generales tiene a su cargo el sistema de correspondencia de la entidad; El Manual para la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias – PQRSD, código RC-M-2, versión 01, oficializado el 17/12/2025, contiene los lineamientos y el procedimiento detallados para la gestión de PQRSD; dentro de ellos establece que *“El rol de radicador, clasificador y asignador de PQRSD a las diferentes áreas de la entidad estará a cargo de la Unidad de Correspondencia -Gestión Documental.”*

Teniendo en cuenta que la entidad contaba con un instrumento adoptado en vigencias anteriores, el cual sirvió como base para auditorías, informes de seguimiento y reportes de gestión, se evidencia la necesidad de estandarizar su actualización. **Recomendación No. 15:** Se recomienda a la Coordinación de Planeación revisar el histórico de cambios del Manual para la Gestión de PQRSD con el fin de continuar rigurosamente con la secuencia cronológica de codificación y versión. Lo anterior, con el propósito de mitigar riesgos asociados a la coexistencia de documentos obsoletos y garantizar el control, la identificación plena y la trazabilidad de la documentación institucional.

Por otra parte, con respecto al rol y responsabilidad antes mencionado, no se observó en el Manual la definición de perfiles en orden a las competencias y exigencias en cuanto a seguridad de la información que debe tener el personal para la recepción y asignación de PQRSD. **Recomendación No. 16:** Se recomienda incluir en el Manual para la Gestión de PQRSD, los perfiles, competencias y restricciones del personal de la Unidad de Correspondencia con el fin de mitigar los riesgos de fuga o manipulación de información sensible, garantizar la debida reserva y confidencialidad en el tratamiento de

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026 Página: 16 de 55

quejas o denuncias por corrupción, y asegurar que el direccionamiento de las solicitudes sea ejecutado por personal idóneo, optimizando así los tiempos de respuesta institucional y el cumplimiento de los términos legales vigentes.

Así mismo, se observa que *“El seguimiento de alertas tempranas semanales y vencimientos de las PQRSD asignadas a las áreas será responsabilidad de La Coordinación de Relación con el Ciudadano y las Audiencias; así como la presentación de los informes trimestrales de PQRSD”*, en razón a lo cual la CRCA, como una actividad de autocontrol, realiza un seguimiento semanal preventivo, el primer día hábil de la semana, y remite correo electrónico a cada una de las áreas con requerimientos que se vencen durante la semana o que aún aparecen como vencidas.

Actividad No. 51 de la matriz del componente programático: Igualmente, la CRCA, en cumplimiento con lo establecido en el Manual de PQRSD, realiza informes mensuales, los dos primeros días hábiles del mes, informando el estado de las PQRSD vencidas a cada líder de área. Así mismo, la CRCA realiza un informe trimestral de PQRSD, los cuales son publicados en la página web de la entidad, <https://www.inravision.gov.co/atencion-al-ciudadano/informes-pqrs>.

Se identificó que en el mapa de procesos de la entidad se mantiene visible el procedimiento de PQRSD (Código: RC-P-3, Versión 1) sin su respectiva fecha de oficialización. Este documento técnico incluye el correo peticionesquejasyreclamos@rtvc.gov.co como canal válido de recepción, el cual no está articulado con los medios oficiales de denuncia difundidos a la ciudadanía. Aunque la CRCA ha remitido solicitudes previas requiriendo la depuración y baja de este procedimiento, el Sistema de Gestión de la entidad aún no ha realizado el trámite correspondiente, lo que genera un riesgo de desinformación al usuario y posibles fallas en el servicio.

- c. **Formulario visitas guiadas:** las solicitudes son recibidas por la CRCA a través del correo electrónico relacionconelciudadano@rtvc.gov.co y son gestionadas por la misma Coordinación.
- d. **Canal para prevención de posibles actos de corrupción:** se reciben a través del correo soytransparente@rtvc.gov.co y su administración, de acuerdo con lo informado en la reunión sostenida con la CRCA, está a cargo del grupo de Correspondencia.

Los canales de denuncia son mencionados en el Manual para la Gestión de PQRSD de la entidad; no obstante, no se evidenció en este u otro documento institucional la asignación formal de la responsabilidad para su administración, monitoreo y custodia.

En el caso específico del correo soytransparente@rtvc.gov.co, esta omisión en la gobernanza del canal causa que no exista claridad sobre qué dependencia o servidor público es el custodio oficial de la información que allí se recibe, lo que desvirtúa la cadena de custodia de los datos sensibles y vulnera el principio de confidencialidad exigido para la protección de los denunciantes. Así mismo, la falta de una asignación formal de roles genera el riesgo de que las comunicaciones no sean atendidas con la oportunidad y celeridad legalmente obligatorias, propiciando posibles vacíos en el seguimiento preventivo de presuntos actos de corrupción y exponiendo a la entidad a fallas en el control institucional.

Recomendación No. 17: Se recomienda a la entidad, definir y formalizar mediante el instrumento administrativo correspondiente, la asignación explícita de la responsabilidad sobre la administración, custodia y operación de los canales de denuncia, así mismo establecer un protocolo técnico de acceso restringido al correo institucional, documentando quiénes son los usuarios autorizados para ingresar y garantizando que se mantenga la trazabilidad

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 17 de 55

de la información con el fin de evitar riesgo de fugas o manipulación de datos sensibles y el incumplimiento de la normativa vigente para la atención de denuncias.

1.3. RIESGO DE LAFT/FPDADM

Como se mencionó anteriormente, la OCI evidenció que la matriz de riesgos publicada en el mes de enero de 2026 en la página web de la entidad, es la que estaba vigente para el año 2025 y no fue actualizada con las nuevas directrices para la gestión del riesgo dadas por el DAPF en septiembre de 2025. Por lo tanto, la matriz vigente no contiene los riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo / Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LAFT/FPDADM). Se ratifica la recomendación dada en la sección “Identificación y valoración de riesgos para la integridad pública en la Política para la Gestión Integral de Riesgos”, en cuanto a la prioridad de actualización de la matriz de riesgos de corrupción para dar cumplimiento a los lineamientos normativos vigentes.

Actividades No. 15 y 16 de la matriz componente programático. El producto de las actividades planteadas no da cuenta de lo indicado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAPF, teniendo en cuenta que el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, hace obligatorio para las entidades públicas la “*prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción, incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la UIAF, consultas en las listas restrictivas y otras medidas específicas que defina el Gobierno nacional*”. La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República sugirió a las entidades obligadas a implementar el Programa de Transparencia y Ética Pública “*contar con un sistema de gestión que le permita prevenir, detectar y corregir los eventos que amenazan el ejercicio íntegro del servicio público (riesgos asociados a Corrupción) o la integridad de las instituciones del Estado (riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción), de manera integral.*” Para eso, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República diseñó el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP, que incluye como una amenaza a la integridad pública los riesgos de LAFT/FPDADM; no obstante, como se observa en el numeral 1.1.2. de este informe, la entidad no ha realizado avances en la implementación del SIGRIP, por lo tanto, se ratifica la **recomendación No. 10**.

Así mismo, **Recomendación No. 18:** Se recomienda replantear el producto de la actividad No. 16 de la matriz del componente programático, para que se alinee con su objetivo original, evidenciando avances concretos en la implementación de la Guía para la Gestión Integral de Riesgos (versión 7) del DAFP específicamente en la categoría “Riesgo de LAFT/FPADM”.

1.4. DEBIDA DILIGENCIA

Los procesos de conocimiento de la contraparte son fundamentales para gestionar adecuadamente el riesgo de LAFT/FPADM, por esa razón, la debida diligencia se asocia con la acción estratégica 3. En esa medida, las entidades deben ser diligentes en la recolección de información relevante sobre las partes con las que se van a relacionar y que van a vincular, esto incluye, tanto a funcionarios o empleados públicos que ingresan a las plantas de personal, como a contratistas o proveedores con los que se celebran acuerdos de voluntades.

Las actividades Nos. 69, 70 y 95 de la matriz componente programático, no cubren la totalidad de aspectos indicados en el Anexo Técnico de la Secretaría de Transparencia toda vez que se limitan al conocimiento de la contraparte cuando es empleado público o trabajador oficial y a los contratantes de servicios de INRAVISION a través de Gestión Comercial.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 18 de 55

Actividad No. 95 de la matriz componente programático: En particular sobre éste último, Gestión Comercial lleva el registro de sus contrapartes en una “*Matriz de riesgo aplicada a contrapartes*”, donde asigna una calificación de 1 a 3, a aspectos como: antecedentes legales, oportunidad en la comunicación, calidad operativa y el aspecto reputacional, dependiendo de su calificación total se asigna un nivel de riesgo (bajo, medio y alto) y una medida de control según nivel de riesgo: Seguimiento habitual, Seguimiento y verificación adicional y, Control más estricto y notificación a los responsables.

Igualmente, se evidenció que, a la fecha de la presente auditoría, la entidad no ha iniciado actividades tendientes a la construcción del Manual de Debida Diligencia, **Recomendación No. 19:** Se recomienda diseñar, formular y adoptar formalmente el Manual de Debida Diligencia, asegurando la incorporación de mecanismos y metodologías que desarrollen de manera integral el principio de debida diligencia en todas las interacciones con las contrapartes de la entidad, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 6.3.5.2 de la *Guía para la Gestión Integral del Riesgo (Versión 7)*. Este documento deberá priorizar aquellas interacciones con contrapartes que presenten una mayor exposición a riesgos contra la integridad pública, tales como: soborno, fraude, gestión inadecuada de conflictos de interés, corrupción, lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT) y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM). Así mismo, se deberá establecer un cronograma de socialización e implementación de dicho manual en los procesos críticos identificados.

Así mismo, se identificó que el Procedimiento Gestión Contractual de Venta de Servicios (código J-P-4, versión 1 del 23/10/2025), el cual fue socializado por correo electrónico el 24/10/2025 pero que aún no se encuentra publicado en el mapa de procesos institucional, carece de actividades o controles orientados al conocimiento de la contraparte (contratante). Igualmente, el Manual de Contratación (código P-M-3 de febrero de 2024) no incluye lineamientos de debida diligencia que permitan identificar al beneficiario final de las personas jurídicas; específicamente, a aquellos accionistas y/o asociados con una participación directa o indirecta igual o superior al 5% del capital social, de conformidad con los artículos 631-5 y 631-6 del Estatuto Tributario, la Resolución DIAN 000164 de 2021 y los artículos 1 al 4 de la Ley 1474 de 2011.

Recomendación No. 20: Se recomienda actualizar e incorporar de forma articulada, tanto en el Manual de Contratación (P-M-3) como en el Procedimiento Gestión Contractual de Venta de Servicios (J-P-4), los lineamientos de la Acción Estratégica 4, “Debida Diligencia”, ítem 3, del Anexo Técnico de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. Esta inclusión debe garantizar la plena identificación del beneficiario final en los términos normativos ya descritos, con el fin de mitigar los riesgos asociados al lavado de activos, la financiación del terrorismo y la corrupción, asegurar el cumplimiento del marco legal vigente y fortalecer los controles institucionales en la selección y contratación con clientes y aliados.

Recomendación No. 21: Se recomienda tener en cuenta en la actualización de tablas de retención de las áreas/procesos, que deben realizar el conocimiento de la contraparte, lo indicado en el ítem 1 de la Acción Estratégica 4, “Debida Diligencia” del Anexo Técnico de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, así: “*Conservar, por lo menos cinco (5) años, con actualización periódica anual, los soportes de la verificación y conocimiento de la contraparte, que permitan la identificación hasta de los beneficiarios finales.*”

2. REDES DE ARTICULACIÓN

2.1. REDES INTERNAS Y EXTERNAS

Contexto y Marco Normativo

Las redes internas y externas constituyen mecanismos de articulación institucional esenciales para facilitar la coordinación, el intercambio de información, la gestión del conocimiento y la adopción de decisiones orientadas al

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 19 de 55

cumplimiento de los objetivos institucionales. De acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), las entidades tienen el deber de identificar, promover y realizar un seguimiento sistemático a las redes y espacios de articulación en los que participan. Esto garantiza que dichos escenarios contribuyan de manera efectiva al fortalecimiento de la gestión pública, la integridad, la prevención de riesgos y el control interno.

Así mismo, el Anexo Técnico señala la necesidad de verificar la participación de la entidad en instancias clave asociadas al Sistema Nacional de Rendición de Cuentas, el Sistema Nacional de Integridad, los órganos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y la Red Anticorrupción de jefes de Control Interno. En este contexto, la presente evaluación se orientó a verificar la identificación de las redes internas y externas de la entidad, los instrumentos establecidos para su monitoreo y la articulación real de estos espacios con los objetivos y acciones definidos en el PTEP.

Articulación de Redes Internas y Transversalidad del PTEP

En el documento “Diagnóstico” del PTEP, la entidad reconoció la articulación interna como un elemento fundamental para la transparencia y la lucha contra la corrupción, describiendo instancias formalmente constituidas como el Comité Directivo, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el espacio de Tráfico de Marcas y el Equipo Líder de MIPG. Adicionalmente, dentro del componente de redes internas de la matriz preliminar, se identificó la inclusión de la Mesa Técnica de Gestión del Conocimiento e Innovación.

Sin embargo, al revisar el Programa de Transparencia y Ética Pública publicado por la entidad (https://s3.amazonaws.com/rtvc-assets-ga-sistemaseنالcolombia.gov.co/archivos/programa_transparencia_etica_publica_ptep-rtvc_v2.pdf), se observó que la sección “9.2 Redes y Articulación” se limitó a una descripción conceptual del componente, omitiendo la identificación expresa de estas instancias. Así mismo, se evidenció que los temas y componentes asociados al PTEP no se encuentran incorporados de manera expresa dentro de las funciones, agendas o mecanismos de seguimiento de dichos comités y mesas técnicas.

Diagnóstico, Control y Monitoreo de Instrumentos

Actividad No. 24. De la matriz de componente programático. Frente a las acciones de la estrategia de Lucha Contra la Corrupción, se constató la existencia del instrumento denominado “24. BORRADOR INSTRUMENTO REDES INT_EXT”. A través de este, la entidad ha avanzado en el mapeo de sus escenarios de articulación; no obstante, se identificó que la matriz presenta información incompleta en campos críticos como la periodicidad de las reuniones, la secretaría técnica, el enlace responsable y la vigencia de las instancias.

Adicionalmente, se evidenció una ausencia de mecanismos complementarios que permitan realizar un seguimiento formal a la asistencia de los integrantes, la frecuencia de las sesiones, los compromisos adquiridos, los resultados obtenidos o las acciones de mejora implementadas como consecuencia de la participación institucional, lo cual limita la trazabilidad y el control sobre estos espacios.

Recomendación No. 22: Se recomienda estructurar, adoptar formalmente y mantener actualizado un instrumento institucional definitivo para la gestión y seguimiento de las redes e instancias de articulación (internas y externas) en las que participa INRAVISIÓN por mandato legal, reglamentario o estratégico. Este mecanismo de control debe asegurar:

- **Trazabilidad y contenido mínimo:** El instrumento debe registrar la identificación de la instancia,

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 20 de 55

dependencia o delegado responsable, periodicidad, soporte de asistencia, compromisos adquiridos, responsables, fechas límite y estado de avance, permitiendo evaluar periódicamente los aportes técnicos de la entidad.

- **Transversalidad del PTEP en redes internas:** Incorporar formal y expresamente las materias del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) dentro de las funciones, agendas o planes de trabajo de las instancias existentes (como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité de Coordinación de Control Interno).
- **Monitoreo periódico:** Garantizar espacios sistemáticos dentro de dichas instancias para la socialización de resultados, seguimiento a compromisos, análisis de riesgos de corrupción e intercambio de buenas prácticas de integridad.

Validación de Instancias Externas y Relación Misional

En lo concerniente a las redes externas, el diagnóstico inicial identificó la participación de la entidad en el Comité Sectorial de Gestión y Desempeño del Sector TIC y en el Nodo “*Más colombianos con acceso y cobertura de las TIC*” del Sistema Nacional de Rendición de Cuentas.

Sin embargo, durante la revisión del documento “*24. BORRADOR INSTRUMENTO REDES INT_EXT*”, se observó que la validación de la participación de INRAVISIÓN en la *Comisión Intersectorial para la Programación Educativa y Cultural en Medios de Comunicación Masiva* (creada por el Decreto 2063 de 2003) se encuentra en estado “pendiente de revisión”. Esta omisión resulta crítica si se considera que dicha Comisión tiene por objeto coordinar y orientar el diseño, implementación y ejecución de políticas para la programación educativa y cultural en radio y televisión. Al ser INRAVISIÓN la entidad encargada de programar, producir y emitir los canales públicos de televisión nacional (Señal Colombia y Canal Institucional) y las emisoras públicas nacionales (Radio Nacional de Colombia y Radiónica), la participación en esta instancia es de carácter estratégico y tiene una relación directa con el cumplimiento de sus funciones misionales.

Recomendación No. 23: Se recomienda que, ante el estado “pendiente” observado en el instrumento de planeación de redes internas y externas, se debe proceder con la validación de la participación de INRAVISIÓN en la *Comisión Intersectorial para la Programación Educativa y Cultural en Medios de Comunicación Masiva*. Para ello, se debe verificar la designación oficial del delegado correspondiente y establecer canales formales de comunicación que permitan hacer seguimiento a los compromisos derivados de dicha instancia, con el fin de asegurar la alineación con los objetivos misionales de la entidad en materia de radio y televisión pública.

3. CULTURA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO

3.1. Acceso a la información pública y transparencia

Actividad No. 36. De la matriz de componente programático. De conformidad con la Acción Estratégica N° 7 del Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), las entidades del Estado tienen la obligación de garantizar de manera efectiva el derecho fundamental de acceso a la información pública, considerado la primera herramienta de lucha contra la corrupción, garante del control social y de la participación ciudadana. Bajo este marco conceptual, el principio de transparencia se materializa a través de cuatro componentes esenciales: la transparencia activa, la transparencia pasiva, los instrumentos de gestión de la información y la accesibilidad (tanto digital como física).

En cumplimiento de estas disposiciones, y en desarrollo de su rol de evaluación y seguimiento, la Oficina de Control Interno llevó a cabo la verificación del cumplimiento por parte de INRAVISIÓN de los lineamientos establecidos

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 21 de 55

en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC, y las Normas Técnicas Colombianas NTC 5854 (Accesibilidad Web) y NTC 6047 (Accesibilidad al Medio Físico).

Para la ejecución de esta auditoría, se diseñaron y aplicaron tres (3) matrices de verificación que permitieron contrastar los niveles de cumplimiento normativo frente a las evidencias electrónicas y fotográficas recolectadas directamente en el portal web oficial y en las instalaciones de la entidad. Así mismo, y con el fin de fortalecer el análisis, se tomó como referencia la auditoría adelantada por la Procuraduría General de la Nación (PGN) durante la vigencia 2025, realizando un ejercicio de triangulación sobre una muestra aleatoria de criterios para evaluar la consistencia entre lo reportado por la Coordinación de Planeación, la valoración del organismo de control y la realidad evidenciada en la plataforma institucional.

Los resultados del presente seguimiento se estructuran y desarrollan a continuación en tres (3) apartados específicos:

- **Apartado I. Verificación de Transparencia Activa y Accesibilidad Digital:** Evaluación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de 2020 y los estándares de la NTC 5854 a través de la matriz del Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA).
- **Apartado II. Verificación de Resultados PGN (Vigencia 2025):** Validación y análisis de la muestra de criterios evaluados por la Procuraduría General de la Nación frente a la información disponible en el sitio web.
- **Apartado III. Verificación de Accesibilidad Física (NTC 6047):** Diagnóstico y estado de las condiciones de infraestructura y espacios físicos de las instalaciones de la entidad, orientados a garantizar la inclusión y el acceso de los ciudadanos.

Con el propósito de brindar una visión integral del estado de cumplimiento de la entidad frente a las obligaciones evaluadas en el marco de la Ley de Transparencia, se presenta a continuación la Tabla Resumen de Seguimiento.

Esta herramienta consolida los resultados obtenidos en la evaluación de 316 ítems, permitiendo identificar de manera clara el nivel de cumplimiento alcanzado en cada uno de los componentes normativos, así como aquellos aspectos que requieren fortalecimiento. Adicionalmente, incorpora la escala de valoración institucional que clasifica los resultados en niveles que van desde “Satisfactorio” hasta “Crítico”, facilitando la comprensión del desempeño general de la entidad.

Los porcentajes presentados se calculan sobre los requisitos aplicables evaluados y consideran, de manera proporcional, los cumplimientos parciales definidos en la metodología de seguimiento de la Oficina de Control Interno. Los resultados consolidados se presentan a continuación:

Tabla No. 3. Acceso a la información pública y transparencia

Norma / Componente	Ítems Aplicables	Cumple	Verificación de cumplimiento				Resultado
			Cumple Parcialmente	No Cumple	No Aplica	% Cumplimiento	
Ley 1712 de 2014 y Resolución 1519 de 2020	244	160	11	41	32	78,1%	SATISFACTORIO
NTC 5854 – Accesibilidad Web	41	26	3	4	8	83,3%	SATISFACTORIO

 inravisión Sistema de Medios Públicos	CONTROL INTERNO		Código: K-F-11
	FORMATO		Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		Fecha: 01/06/2026
			Página: 22 de 55

Norma / Componente	Ítems Aplicables	Cumple	Verificación de cumplimiento				Resultado
			Cumple Parcialmente	No Cumple	No Aplica	% Cumplimiento	
NTC 6047 – Accesibilidad Física	31	6	2	23	0	22,6%	CRÍTICO
TOTAL GENERAL	316	192	16	68	40	72,5%	ACEPTABLE

Fuente: Elaboración Oficina Control Interno INRAVISIÓN

✓ SATISFACTORIO ≥ 75%	♦ ACEPTABLE 50% – 74%	▲ EN RIESGO 30% – 49%	✗ CRÍTICO < 30%
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

Nota metodológica: El porcentaje de cumplimiento se calcula sobre los ítems aplicables, excluyendo los criterios calificados como No Aplica (N/A). El puntaje parcial pondera con factor 0,5 los ítems "Cumple Parcialmente".

Con base en los resultados consolidados obtenidos, que sitúan el nivel general de cumplimiento de la entidad en un rango **Aceptable (72,5%)**, se presenta a continuación el análisis detallado de cada uno de los capítulos evaluados. Este resultado refleja avances significativos en los componentes asociados a los entornos digitales, así como oportunidades de fortalecimiento en aspectos relacionados con la infraestructura física y la accesibilidad presencial.

El análisis que se desarrolla a continuación permite identificar los principales logros, brechas y acciones de mejora requeridas en cada componente, proporcionando una visión más completa del estado de cumplimiento de la entidad.

3.1.1. Verificación de Transparencia Activa y Accesibilidad Digital:

Nota: Cabe resaltar que la numeración que se relaciona a continuación corresponde a la establecida en el Anexo 2. Matriz de verificación Transparencia y Accesibilidad. Adicionalmente, la presente verificación del portal web y las instalaciones físicas se llevó a cabo entre el 10 y 11 de junio de 2026.

3.1.1.1. Matriz ITA. Ver Anexo No. 3 Matriz ITA

El Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA) constituye la herramienta metodológica oficial y estándar diseñada para verificar el estado de cumplimiento de las obligaciones de transparencia activa que la Ley 1712 de 2014 impone a los sujetos obligados. En este sentido, la Oficina de Control Interno aplicó de manera rigurosa la matriz de verificación sobre el portal web institucional de INRAVISIÓN, evaluando los componentes obligatorios que estructuran la integridad de la información pública dispuesta para los ciudadanos. A continuación, se exponen los resultados consolidados de esta medición, detallando los niveles de cumplimiento cualitativo y cuantitativo alcanzados por cada anexo técnico evaluado:

Tabla No. 4. Matriz ITA

Anexos Técnicos	Nivel	Sub nivel	Cant. Ítems	Verificación de cumplimiento					Resultado
				Cumple	Cumple Parcialmente	No Cumple	No Aplica	% Cumplimiento	
1. Accesibilidad web	1	1	9	9	0	0	0	100.0%	Satisfactorio

	CONTROL INTERNO		Código: K-F-11
	FORMATO		Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		Fecha: 01/06/2026
			Página: 23 de 55

				Verificación de cumplimiento					Resultado
Anexos Técnicos	Nivel	Sub nivel	Cant. Ítems	Cumple	Cumple Parcialmente	No Cumple	No Aplica	% Cumplimiento	Categoría
2. Requisitos sobre identidad visual y articulación con portal único del estado colombiano gov.co.	1	4	18	15	1	1	1	91.2%	Satisfactorio
Ítems del Menú de Transparencia y Acceso a la Información	9	41	190	132	10	21	27	84.0%	Satisfactorio
Menú atención a la ciudadanía	1	3	23	3	0	19	1	13.6%	Crítico
Sección de noticias	1	1	1	1	0	0	0	100.0%	Satisfactorio
Anexo 3. Condiciones Técnicas Mínimas y de Seguridad Digital Web	1	1	3	0	0	0	3	N/A	N/A

Fuente: Elaboración Oficina Control Interno INRAVISIÓN

Si bien los resultados consolidados en la matriz anterior exponen un desempeño favorable y calificado como Satisfactorio en componentes críticos como la Accesibilidad Web (100%), la Sección de Noticias (100%) y la articulación formal con el portal único del Estado (91.2%), se identificaron criterios que limitan la garantía del derecho de acceso a la información, de manera particular, el "Menú atención a la ciudadanía" presenta un nivel de cumplimiento calificado en estado **Crítico (13.6%)**.

Con el propósito de precisar los hallazgos y facilitar la identificación por parte de las dependencias responsables, en el siguiente apartado se detallan e ilustran, mediante capturas de pantalla, aquellas secciones, ítems y criterios específicos de la matriz ITA que exponen un cumplimiento parcial, y que, en consecuencia, requieren ajustes, actualizaciones y mejoras prioritarias para adecuarse de forma estricta a la normatividad legal y técnica vigente.

Anexo Técnico 2. Identidad visual y articulación con GOV.CO.

c. Vínculo a redes sociales, para ser redireccionado en los botones respectivos.

Se constató que el botón interactivo correspondiente a la red social X (antes Twitter) presenta una falla de direccionamiento, toda vez que al activar el logotipo no redirige a la cuenta oficial de la entidad.

c. Línea anticorrupción.

Al verificar los canales telefónicos institucionales dispuestos en el menú superior (*topbar*) del portal, se observó únicamente la línea gratuita nacional, omitiendo la publicación específica de la línea anticorrupción requerida por la norma.

1.2.a. Organigrama.

Al ingresar al link <https://www.inravisión.gov.co/quienes-somos/organigrama> Se evidencia el logo que se encuentra establecido en el organigrama dispuesto en la página web, se encuentra desactualizado.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 24 de 55

1.3.a. Mapas y cartas descriptivas de los procesos.

Dentro del apartado del "Sistema Integrado de Gestión", el hipervínculo asignado al botón "Descargar mapa de procesos" (https://s3.amazonaws.com/rtvc-assets-ga-sistemasecolombia.gov.co/archivos/mapa_de_procesos_2022.pdf) remite a una versión cartográfica desactualizada correspondiente al año 2022. Se requiere la sustitución inmediata de este archivo por la versión técnica aprobada el 27 de agosto de 2025 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

1.4.a. Información de contacto.

Los formularios y canales de atención al ciudadano se encuentran publicados en formato de imagen fija, lo cual impide el uso de hipervínculos funcionales y restringe la accesibilidad del contenido para el usuario.

1.5.9. Escala salarial según las categorías para servidores públicos y/o empleados del sector privado.

El esquema publicado sobre asignaciones salariales se encuentra incompleto, puesto que solo desagrega las categorías correspondientes a los niveles asesor, directivo y profesional, omitiendo los demás niveles de la planta de personal de la entidad como el nivel técnico.

1.5.10. Objeto, valor total de los honorarios, fecha de inicio y de terminación, cuando se trate contratos de prestación de servicios.

La entidad no genera de forma interna un directorio autónomo para esta modalidad de vinculación, remitiendo al ciudadano exclusivamente a la plataforma SIGEP II. No obstante, al aplicar los filtros institucionales en dicho sistema nacional, la consulta arroja un único (1) registro de contratista. En caso de que el resto del personal bajo esta modalidad esté erróneamente indexado como "Servidores públicos", es imperativo gestionar la actualización y depuración de las hojas de vida en el aplicativo.

1.8.1. Servicio al público, normas, formularios y protocolos de atención.

En la sección de servicio al público, se evidenció que los enlaces guían directamente a contenidos fraccionados y no a un hipervínculo general que unifique la sección, las normas, los formularios y los protocolos de atención.

1.10.1. Mecanismo de presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos

Al examinar la URL oficial de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (<https://www.inravision.gov.co/atencion-al-ciudadano/peticiones-quejas-reclamos-sugerencias-y-denuncias>), el portal despliega correctamente las definiciones de cada tipología; sin embargo, al accionar el botón interno "Haz clic aquí para hacer una solicitud PQRSD anónima", el sistema genera un error de navegación con el mensaje: "No se ha encontrado la página solicitada". De manera complementaria, se verificó que el módulo tecnológico general para la radicación de PQRSD presenta fallas estructurales y se encuentra fuera de servicio.

1.13 Entes y autoridades que lo vigilan.

Se detectó un error de configuración en el hipervínculo principal del título "1.13 Entes y autoridades que lo vigilan", link <https://aspirantes.presidencia.gov.co/>, debido a que redirecciona al portal externo de "Publicación de Hojas de Vida" de la Presidencia de la República, lo cual desvirtúa el propósito de la sección y confunde al usuario.

1.13.5. Enlace al sitio web del ente o autoridad.

Así mismo, en el numeral 1.13.5 se digita la dirección textual de la autoridad, pero no se habilita el link de navegación directo.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 25 de 55

2.2.2. Sistema de búsquedas de normas, propio de la entidad.

Aunque la entidad dispone de un repositorio para actos administrativos internos (protocolos, guías, lineamientos, manuales, acuerdos y estatutos), este componente presenta dos debilidades:

1. No se encuentra debidamente identificado ni ubicado en la Sección 2 del menú general de transparencia.
2. Su estructura técnica carece de un motor o caja de búsqueda indexada, limitándose a un esquema pasivo de menús desplegables tipo acordeón.

3.3. Publicación de la ejecución de los contratos.

No conformidad No. 02. La base de datos en formato Excel publicada en el repositorio institucional (https://s3.amazonaws.com/rvc-assets-qa-sistemasenalcolombia.gov.co/archivos/rvc_ita_contratista_a_30_de_junio_de_2024.xlsx) presenta un rezago temporal significativo, al no reflejar datos de las vigencias recientes (2025 y 2026). Adicionalmente, el documento omite campos obligatorios de la matriz ITA, puntualmente: porcentaje de ejecución (3.3.3), recursos totales desembolsados o pagados (3.3.4) y recursos pendientes por ejecutar (3.3.5). Respecto al numeral 3.3.6 (otros íes, adiciones y modificaciones), el reporte registra exclusivamente las adiciones presupuestales, excluyendo otros tipos de novedades contractuales como las prórrogas. Incumpliendo con lo establecido en el parágrafo del artículo 10 “Publicidad de la contratación” de la Ley 1712 de 2014 que indica *“En el caso de la información de contratos indicada en el artículo 9 literal e), tratándose de contrataciones sometidas al régimen de contratación estatal, cada entidad publicará en el medio electrónico institucional sus contrataciones en curso y un vínculo al sistema electrónico para la contratación pública o el que haga sus veces, a través del cual podrá accederse directamente a la información correspondiente al respectivo proceso contractual, en aquellos que se encuentren sometidas a dicho sistema, sin excepción.*

PARÁGRAFO. Los sujetos obligados deberán actualizar la información a la que se refiere el artículo 9, mínimo cada mes.”

4.3. Plan de acción

4.3.1. Objetivos.

Al activar el botón de acceso al *Plan de Acción - Plan Estratégico Institucional* (4.3 Plan de Acción) la plataforma redirige al usuario a la documentación histórica de la vigencia 2025. Para asegurar la precisión informativa exigida por la Ley 1712 de 2014, el enlace debe reconfigurarse hacia la sección general de planes y líneas estratégicas, donde reposan los instrumentos actualizados aprobados para la vigencia en curso.

4.5.1. Informe de empalme del representante legal y los ordenadores del gasto, cuando haya un cambio del o de los mismos.

Se evidenció que en el sitio web se encuentran publicados informes de empalme correspondientes a vigencias anteriores. En este sentido, se sugiere a la entidad evaluar la pertinencia de mantener dicha información publicada de manera permanente, así como revisar la necesidad de actualizar, depurar o gestionar su permanencia conforme a los criterios de vigencia, utilidad y gestión documental aplicables.

4.6.1. Divulgar los informes o comunicados de información relevante.

No conformidad No. 03. Una vez revisado el portal web de la entidad, no se evidenció la publicación de los estados financieros correspondientes al primer trimestre de la vigencia 2026. Esta omisión configura un incumplimiento frente a los términos perentorios establecidos en la Resolución 261 de 2023 de la Contaduría

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 26 de 55

General de la Nación, artículo 2, numeral 6 “*Publicación de los Informes Financieros y Contables*”, la cual establece que la información contable del primer trimestre del año debe ser publicada a más tardar el 31 de mayo de la respectiva vigencia.

4.7.5.b. Enlace al organismo de control donde se encuentren los informes que éste ha elaborado en relación con el sujeto obligado.

No se detectó el enlace requerido hacia el portal del organismo de control externo encargado de auditar al sujeto obligado.

4.10.2.e. Sección en el informe reportando el tiempo de respuesta a cada solicitud.

Al evaluar el archivo en PDF del primer trimestre de 2026 correspondiente al informe de solicitudes de acceso a la información (https://s3.amazonaws.com/rtvc-assets-qa-sistemasenalcolombia.gov.co/archivos/Informe%20de%20solicitudes_de_acceso_a_la_informacion.%20i%20trim%202026.pdf), se constató que no se desagrega de manera específica el tiempo de respuesta empleado para resolver cada solicitud tramitada.

5. TRÁMITES

De acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, esta sección debe incluir un vínculo al menú de trámites conforme a los lineamientos de estandarización definidos por MinTIC para las sedes electrónicas, trámites, otros procedimientos administrativos y consultas de acceso a la información pública. Así mismo, el Ministerio precisó que este requisito se entiende cumplido mediante la publicación del enlace que redirija al Sistema Único de Información de Trámites (SUIT), donde reposa la información oficial de los trámites de la entidad.

No obstante, durante la verificación realizada se evidenció que, tanto en la sección de “*Listado de Trámites y Servicios*” como en el menú de “*Transparencia*” del sitio web institucional, no se encuentra disponible un enlace que redirija al SUIT, por lo que el criterio evaluado no se observa cumplido en los términos definidos por la normativa aplicable.

6.2.2.d. Visibilizar avances de decisiones y su estado (semáforo), 6.2.3.d. Crear un enlace que redireccione a la Sección Normativa y 6.2.5.c. Calendario eventos de diálogo.

Se identificaron ausencias técnicas en el componente de espacios de diálogo, evidenciadas en:

- La falta de una herramienta visual semafórica que permita monitorear el avance, estado y frecuencia de ejecución de las decisiones concertadas.
- La inexistencia de un hipervínculo directo hacia la Sección Normativa para la consulta del informe global de observaciones de la ciudadanía.
- La ausencia de un calendario público, visible y dinámico para la programación de eventos de diálogo.

7.1.1.g. Enlace a www.datos.gov.co.

Durante la revisión del Registro de Activos de Información publicado en el sitio web institucional, no se evidenció la inclusión de un enlace que redirija al portal www.datos.gov.co, conforme a lo requerido por el criterio evaluado.

7.1.2 Índice de información clasificada y reservada:

Al verificar el archivo publicado correspondiente al Índice de Información Clasificada y Reservada, se observó que no se encuentra incorporada la siguiente información exigida por la normativa:

- **7.1.2.e.** Fecha de generación de la información.
- **7.1.2.f.** Nombre del responsable de la producción de la información.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 27 de 55

- **7.1.2.g.** Nombre del responsable de la información.
- **7.1.2.l.** Plazo de la clasificación o reserva.
- **7.1.2.m.** Enlace a www.datos.gov.co.

Adicionalmente, se evidenció que el documento publicado corresponde a la vigencia 2024, sin que se encuentren disponibles versiones actualizadas para las vigencias 2025 o 2026.

7.1.4 Programa de gestión documental:

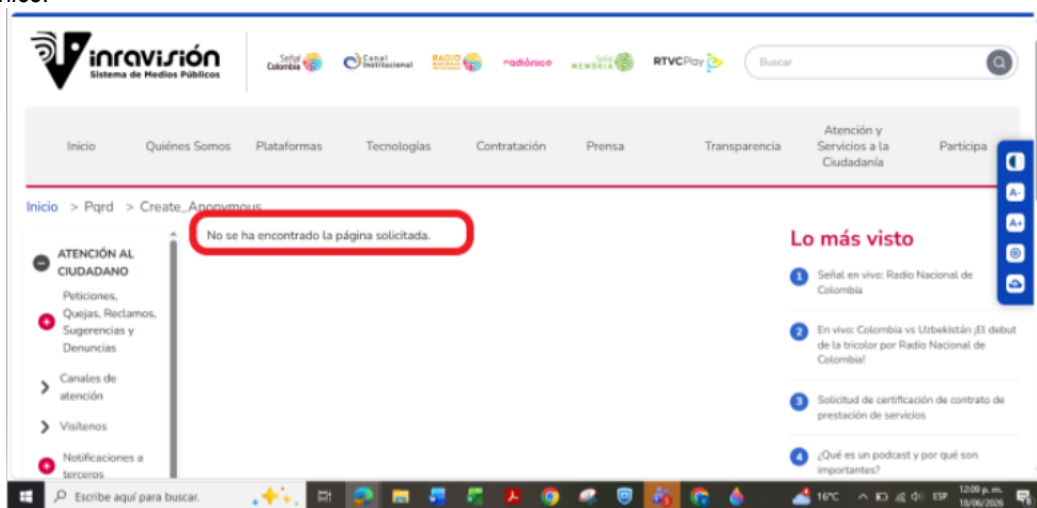
Si bien en el portal institucional se encuentra publicado el Programa de Gestión Documental correspondiente al período 2020-2024, no se evidenció una versión actualizada que contemple las vigencias posteriores, lo que limita la verificación de la vigencia y aplicabilidad de este instrumento de gestión documental.

7.1.4.b. Aprobación por parte del Comité de Desarrollo Administrativo (entidades del orden nacional) o la aprobación del Comité Interno de Archivo (entidades del orden territorial).

De conformidad con la estructura organizacional de la entidad, la aprobación del Programa de Gestión Documental debe ser realizada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. No obstante, dentro de la sección evaluada no se evidenció información o soporte documental que permita verificar dicha aprobación.

3. PQRSD.

Durante la verificación realizada, se evidenció que el módulo dispuesto para la radicación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRS) https://www.inravision.gov.co/pqrd/create_anonymous no se encuentra operativo, lo que impide a los ciudadanos realizar el registro de sus solicitudes a través de este canal electrónico.



En conclusión y teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, **Recomendación No. 24:** Se recomienda replantear nuevas acciones en el marco del plan de mejoramiento suscrito para el hallazgo identificado con código 2025TRANS2-2 el cual tiene fecha de finalización el 30 de junio de 2026, toda vez que persisten las incompatibilidades, deficiencias e incompletitud en la información contenida en el botón de transparencia. El detalle de esta observación se desarrolla en el capítulo de planes de mejoramiento del presente informe, con el objetivo de garantizar la actualización oportuna de los instrumentos archivísticos y de gestión documental, la revisión periódica de enlaces y contenidos publicados, así como la adecuada funcionalidad

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 28 de 55

de los canales de atención ciudadana y la interoperabilidad con las plataformas dispuestas por el Estado. Lo anterior, para los siguientes ítems:

- c. Vínculo a redes sociales, para ser redireccionado en los botones respectivos.
- c. Línea anticorrupción.
- 1.3.a. Mapas y cartas descriptivas de los procesos.
- 1..4.a. Información de contacto.
- 1.5.9. Escala salarial según las categorías para servidores públicos y/o empleados del sector privado.
- 1.5.10. Objeto, valor total de los honorarios, fecha de inicio y de terminación, cuando se trate contratos de prestación de servicios.
- 1.10.1. Mecanismo de presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos.
- 1.13.5. Enlace al sitio web del ente o autoridad.
- 2.1.5.a. Políticas y lineamientos sectoriales.
- 2.2.2. Sistema de búsquedas de normas, propio de la entidad.
- 3.3. Publicación de la ejecución de los contratos.
- 4.3.1. Objetivos.
- 4.6.1. Divulgar los informes o comunicados de información relevante.
- 4.7.5.b. Enlace al organismo de control donde se encuentren los informes que éste ha elaborado en relación con el sujeto obligado.
- 4.10.2.e. Sección en el informe reportando el tiempo de respuesta a cada solicitud.
- 6.1.6. Publicación de informes de rendición de cuentas generales.
- 6.2.2.d. Visibilizar avances de decisiones y su estado (semáforo).
- 6.2.3.d. Crear un enlace que redirija a la Sección Normativa.
- 6.2.5.c. Calendario eventos de diálogo.
- 7.1.1.g. Enlace a www.datos.gov.co.
- 7.1.2.e. Fecha de generación de la información.
- 7.1.2.f. Nombre del responsable de la producción de la información.
- 7.1.2.g. Nombre del responsable de la información.
- 7.1.2.l. Plazo de la clasificación o reserva.
- 7.1.2.m. Enlace a www.datos.gov.co.
- 7.1.3.e. Fecha de generación de la información
- 7.1.4 Programa de gestión documental:
- 7.1.4.a. Plan para facilitar la identificación, gestión, clasificación, organización, conservación y disposición de la información pública, elaborado según lineamientos del Decreto 2609 de 2012, o las normas que lo sustituyan o modifiquen.
- 7.1.4.b. Aprobación por parte del Comité de Desarrollo Administrativo (entidades del orden nacional) o la aprobación del Comité Interno de Archivo (entidades del orden territorial).
- 3. PQRSD.

3.1.1.2. NTC 5854

La Norma Técnica Colombiana NTC 5854 establece las directrices y requisitos de accesibilidad aplicables a las páginas web y entornos digitales del sector público, con el propósito de garantizar que cualquier ciudadano, incluidas las personas con discapacidad o diversidad funcional, puedan acceder a la información en igualdad de condiciones. En concordancia con los postulados de la Ley 1712 de 2014 y la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC, la Oficina de Control Interno evaluó el portal institucional (<https://www.inravision.gov.co/>) bajo los niveles de conformidad "A" (requisitos mínimos de accesibilidad) y "AA" (requisitos intermedios).

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026 Página: 29 de 55

A continuación, se exponen los resultados cuantitativos derivados de dicha verificación:

Tabla No. 5. NTC 5854

Nivel de Conformidad	Criterio	Cumple	Cumple Parcialmente	No Cumple	No Aplica	% Cumplimiento	Resultado	
							Categoría	
A	28	16	1	4	7	78.6%	Satisfactorio	
AA	13	10	2	0	1	91.7%	Satisfactorio	

Fuente: Elaboración Control Interno INRAVISIÓN

Aunque el consolidado de la evaluación arroja un desempeño calificado como *Satisfactorio* en ambos niveles de conformidad, alcanzando un 78.6% en el Nivel A y un destacado 91.7% en el Nivel AA, la auditoría identificó debilidades técnicas puntuales. Específicamente, se detectaron cuatro (4) criterios de no cumplimiento y un (1) cumplimiento parcial en el nivel básico, sumados a dos (2) cumplimientos parciales en el nivel intermedio.

Con el objetivo de orientar las acciones correctivas y de desarrollo tecnológico por parte de la dependencia responsable, a continuación, se desglosan de manera cualitativa aquellos criterios específicos de la NTC 5854 que requieren de ajustes, optimizaciones y mejoras técnicas prioritarias para asegurar la accesibilidad digital, la totalidad de los criterios que fueron evaluados, así como sus imágenes de verificación se encuentran en el **Anexo 4. Matriz 5854**.

NIVEL A:

1.2. Medios tiempo dependientes: se deben proporcionar alternativas para los medios tiempo dependientes.

Sólo audio grabado: se debe proporcionar una alternativa para los medios tiempo dependientes que presentan información equivalente para el contenido sólo audio grabado.

Se identificó la publicación de contenidos multimedia emitidos exclusivamente en formato de audio grabado que carecen de una transcripción textual integral o de una alternativa equivalente de acceso. Esta condición tecnológica configura una barrera de comunicación que impide el acceso efectivo a la información por parte de los usuarios con discapacidad auditiva.

Sólo video grabado: se debe proporcionar una alternativa para los medios tiempo dependientes o se proporciona una pista sonora que presente información equivalente al contenido del medio de sólo video grabado.

Se evidenció la existencia de contenidos publicados únicamente en formato de video grabado que no disponen de alternativas textuales equivalentes. Al no ofrecer un medio alternativo para procesar la información visual, se restringe el acceso autónomo a los usuarios con limitaciones auditivas o cognitivas.

1.2.3. Autodescripción o medio alternativo (grabado)

Durante la inspección funcional del contenido audiovisual alojado en el portal, se constató que la información puramente visual (como gráficos, escenarios o acciones no narradas en el audio principal) no cuenta con un mecanismo complementario de audiodescripción grabado ni con una alternativa de texto descriptivo. Esto limita la comprensión e interacción con el material por parte de los usuarios con discapacidad visual.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026 Página: 30 de 55

4.1 Compatible: Se debe maximizar la compatibilidad con las aplicaciones de usuario y futuras; incluyendo las ayudas técnicas

4.1.1. Procesamiento

Mediante la validación realizada con el Validador W3C se identificaron errores de marcado asociados a atributos duplicados y una advertencia relacionada con el uso redundante del atributo role, lo que evidencia oportunidades de mejora en la estructura del código fuente.

NIVEL AA:

1.4. Distinguir: Se debe facilitar a los usuarios ver y oír el contenido, incluyendo la separación entre el primer plano y el fondo.

1.4.3. Contraste (mínimo)

Mediante la aplicación de la herramienta especializada *WCAG Contrast Checker*, se constató la existencia de elementos textuales y componentes de interfaz gráfica cuyas relaciones de contraste entre el texto de primer plano y el fondo son inferiores a los umbrales mínimos de legibilidad exigidos por la NTC 5854. Se registraron niveles críticos de contraste de hasta 1.11:1, 1.36:1 y 1.88:1, situación que afecta severamente la visibilidad y lectura del contenido para personas con baja visión o fatiga visual.

3.3. Entrada de datos asistida: Se debe ayudar a los usuarios a evitar y corregir errores.

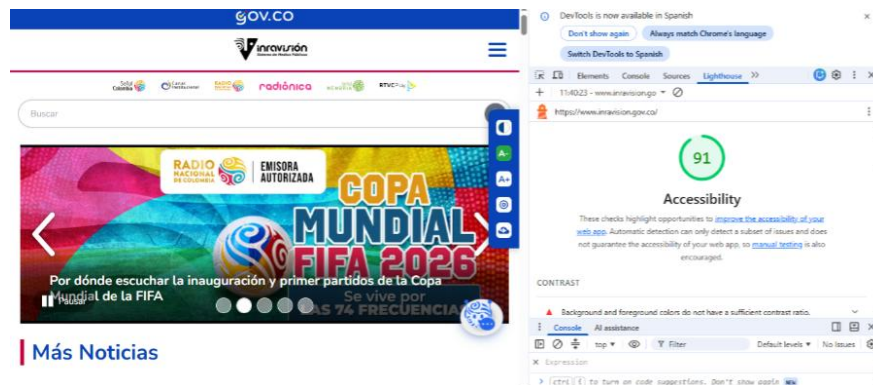
3.3.3. Sugerencias ante errores

Se verificó que los formularios digitales del portal web no despliegan instrucciones de validación o sugerencias de corrección de forma contextualizada y directa sobre los campos que presentan error. Por el contrario, el sistema agrupa y restringe la visualización de estas indicaciones únicamente en la sección superior de la pantalla, lo que dificulta la navegación autónoma, la usabilidad y la entrada asistida de datos para el usuario.

Una vez analizados los hallazgos detectados bajo la Norma Técnica Colombiana NTC 5854, la Oficina de Control Interno concluye que las debilidades identificadas en el portal web oficial de INRAVISIÓN no representan fallas de carácter estructural ni comprometen la arquitectura base de la plataforma. Por el contrario, las inconformidades se concentran en aspectos de parametrización operativa y de actualización de contenidos, tales como la incorporación de textos alternativos descriptivos para medios tiempo dependientes, ajustes puntuales en las hojas de estilo para optimizar las relaciones de contraste y la reconfiguración del despliegue de mensajes informativos en formularios.

Fortaleza N° 1: Es de especial importancia resaltar y exaltar la gestión adelantada por la entidad en esta materia, toda vez que INRAVISIÓN cuenta actualmente con una certificación oficial de accesibilidad vigente. Esta solidez técnica e institucional fue corroborada durante el presente ejercicio auditor mediante la aplicación de la herramienta estandarizada *Google Lighthouse*, la cual otorgó al portal web una calificación sobresaliente del **91% en su índice global de accesibilidad**.

	CONTROL INTERNO		Código: K-F-11
	FORMATO		Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		Fecha: 01/06/2026
			Página: 31 de 55



En consecuencia, las brechas reportadas en este capítulo deben ser interpretadas como recomendaciones y gestiones técnicas destinadas a mantener, asegurar y potenciar el estándar de excelencia ya alcanzado en la plataforma.

Recomendación No. 25: Se recomienda redefinir, implementar y hacer seguimiento a las acciones contenidas en el plan de mejoramiento identificado con el código 2025TRANS 3-3 y 2025TRANS 3-4 que tienen fecha de finalización el 30 de junio, con el objetivo de que se priorice la actualización de contenidos que faciliten la accesibilidad como lo son: mecanismos complementarios de autodescripción, ajuste de contraste en imágenes y la mejora de los formularios para que orienten de manera clara a los usuarios cuando se presenten errores en el portal web institucional. Lo anterior, con el fin de cerrar las brechas identificadas y mantener los estándares de accesibilidad digital alcanzados por la entidad.

A partir de este punto, se retoma la numeración consecutiva establecida en el índice.

3.1.1.3. Verificación de Resultados Procuraduría General de la Nación (Vigencia 2025)

Con el propósito de validar algunos de los aspectos incluidos dentro del ejercicio de auditoría adelantado por la Procuraduría General de la Nación en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Oficina de Control Interno efectuó una revisión selectiva de los criterios evaluados, tomando como referencia el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1519 de 2020, los lineamientos de accesibilidad digital y la información actualmente publicada en el sitio web institucional. Esta verificación tuvo como finalidad identificar el estado actual de los aspectos observados.

Accesibilidad del sitio web institucional

Como resultado de la revisión efectuada al Anexo Técnico 1, la Norma Técnica Colombiana NTC 5854 y los resultados obtenidos mediante la herramienta Lighthouse de Google, se evidenció que el sitio web institucional registra un nivel de accesibilidad del 91%, reflejando un avance significativo frente a los resultados observados durante la vigencia 2025.

Se considera que los resultados reportados por la Procuraduría corresponden al contexto existente para la fecha de su evaluación, período durante el cual la entidad se encontraba ejecutando acciones orientadas al fortalecimiento de las condiciones de accesibilidad en el marco de los respectivos planes de mejoramiento. En este sentido, se observa que actualmente el portal institucional cumple en gran medida con los criterios de accesibilidad exigidos por la normativa vigente.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 32 de 55

Publicación de informes de gestión, evaluación y auditoría

Como muestra de validación se revisó el apartado "4. Planeación - Presupuesto e Informes" de la Matriz ITA, específicamente el numeral 6.7 correspondiente a "Informes de gestión, evaluación y auditoría".

Producto de la verificación realizada, se evidenció que los informes requeridos se encuentran publicados y disponibles para consulta en el sitio web institucional, situación que fue constatada tanto durante la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2025 como en la presente revisión y se lleva su control a través del constante monitoreo y seguimiento al Programa Anual de Auditoría Basado en Riesgos, como se puede evidenciar en las actas de reunión semanales de la Oficina de Control Interno.

Módulo de radicación de PQRSD

En relación con la sección de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), ubicada en el menú "Atención y Servicios a la Ciudadanía", se evidenció que el módulo dispuesto para la radicación electrónica de solicitudes no se encuentra operativo al momento de la presente verificación.

La situación observada impide que los ciudadanos realicen el registro de sus solicitudes a través de este canal, lo que representa una oportunidad de mejora para garantizar la disponibilidad y continuidad de los mecanismos de atención dispuestos por la entidad. En este sentido, ratifica la **recomendación No. 24** del presente informe.

3.1.1.4. Verificación de Accesibilidad Física (NTC 6047): Ver Anexo No. 5 Matriz 6047

El principio de transparencia y acceso a la información, tal como lo prevé el Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), trasciende los entornos virtuales y obliga a las entidades estatales a suprimir las barreras del entorno físico que limiten la atención ciudadana. En cumplimiento de este postulado, la Oficina de Control Interno evaluó las condiciones de infraestructura de la sede de la entidad mediante la aplicación de una matriz técnica basada en la Norma Técnica Colombiana NTC 6047, la cual regula las condiciones de accesibilidad al medio físico y los parámetros de diseño universal para el acceso de las personas a los espacios públicos y de servicio.

A continuación, se expone el balance consolidado de este diagnóstico cuantitativo, indicando el número de variables analizadas y su nivel de cumplimiento:

Tabla No. 6. NTC 6047

Criterio	Nivel	Ítem	Cumple	Cumple Parcialmente	No Cumple	No Aplica	% Cumplimiento	Categoría
20	6	31	6	2	23	0	22.6%	Crítico

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno INRAVISIÓN

Los resultados expuestos reflejan una situación de control que se ubica en la categoría de **Crítico**, con un índice de cumplimiento consolidado del **22,6%**. Esta condición física representa un riesgo institucional frente a las garantías de inclusión, accesibilidad universal y atención prioritaria que dictan las normas colombianas.

Espacio Reservado para Estacionamiento Accesible

- **Señalización (Ítem 6.5) — NO CUMPLE:** La zona de parqueo carece de flechas e indicaciones visuales direccionales que guíen al usuario hacia la ubicación exacta de los estacionamientos accesibles, limitándose únicamente al uso del Símbolo Internacional de Accesibilidad (SIA) en el espacio reservado.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 33 de 55

Cuarto de Baños e Instalaciones Sanitarias

- **Compartimientos (Ítem 24.2) — NO CUMPLE:** Al evaluar el mecanismo de acceso a los compartimientos sanitarios para personas con movilidad reducida, se constató que las puertas operan de forma deslizante. Si bien el texto estricto de la norma prevé una apertura batiente hacia afuera con fines de evacuación, esta Oficina destaca que la solución biomecánica implementada por la entidad resulta altamente accesible en la práctica. El sistema deslizante optimiza el radio de giro, elimina el riesgo por el barrido de la hoja y facilita una maniobrabilidad autónoma y segura para los usuarios en silla de ruedas, cumpliendo con el espíritu de diseño universal de la norma.
- **Accesorios — NO CUMPLE:** Las instalaciones sanitarias no disponen de ganchos especializados instalados para el soporte y colgado autónomo de muletas o bastones.
- **Sistemas de Alarma (Ítem 24.14) — NO CUMPLE:** No se evidenció la existencia de un sistema de alarma o botón de asistencia médica que sea alcanzable desde el sanitario o desde una posición tendida en el piso, lo cual impide la conexión directa con la sala de control en caso de emergencia.

Evacuación Asistida en Caso de Incendios (Ítem 43.6)

- **Distribución por Pisos (Ítem 43.6.2) — NO CUMPLE:** El área de asistencia de rescate no se encuentra replicada en cada uno de los niveles de la edificación de la entidad.
- **Ubicación y Suministros — CUMPLE:** El área del primer piso se encuentra correctamente ubicada de forma adyacente a las escaleras de evacuación, cuenta con dimensiones óptimas para almacenar una silla de evacuación, posee iluminación y rotulación adecuada, integra espacio para usuarios en silla de ruedas y provee un kit con suministros de emergencia.
- **Sistema de Comunicación — NO CUMPLE:** El área de rescate carece de un sistema de comunicación independiente, accesible y confiable (ubicado entre 800 mm y 1100 mm de altura) para contactar directamente al personal de control.

Señalización y Símbolos Gráficos (Ítem 45.8)

- **Discapacidad Visual — NO CUMPLE:** Se constató la ausencia total de instalaciones para la permanencia de perros guía, así como de zonas físicas que suministren información institucional audible y táctil.
- **Discapacidad Auditiva — NO CUMPLE:** El entorno físico no dispone de teléfonos públicos o de emergencia equipados con amplificadores de sonido, ni de sistemas tecnológicos de escucha de ayuda asistida.

Consideraciones de Diseño Mental (Anexo A.4.7)

- **Pistas de Ubicación — NO CUMPLE:** El entorno arquitectónico de la entidad no ofrece pistas sensoriales (táctiles, audibles o estructurales) que sean fáciles de seguir para orientar a ciudadanos con limitaciones o capacidades cognitivas diversas.

Características Mínimas de Oficinas de Atención al Público

- **Planos y Apoyos Técnicos — NO CUMPLE:** Las recepciones de la entidad no cuentan con un mapa de ubicación o plano háptico en alto relieve configurado en Sistema Braille, audio o video. De igual manera, se identificó la ausencia de apoyos técnicos como bucles acústicos o intérpretes de señas.
- **Mobiliario Prioritario — NO CUMPLE:** No se evidenció la asignación o adecuación de ventanillas y silletería de atención prioritaria diseñadas bajo parámetros antropométricos para personas de talla baja o usuarios de sillas de ruedas.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 34 de 55

Seguimiento a recomendaciones de la vigencia anterior:

- **Ampliación de Estacionamientos — NO CUMPLE:** Persiste el incumplimiento, toda vez que la entidad mantiene únicamente cuatro (4) espacios de estacionamiento demarcados con el Símbolo Internacional de Accesibilidad (SIA), de los seis (6) exigidos por la normativa aplicable. Adicionalmente, durante la auditoría se evidenció que dos (2) de estos espacios, ubicados frente a la segunda recepción e ingreso a las instalaciones, se encontraban ocupados de manera permanente por la móvil institucional, limitando su uso efectivo por parte de las personas con discapacidad.

En consecuencia, se requiere garantizar la disponibilidad efectiva de los dos (2) espacios actualmente ocupados por la móvil institucional y, adicionalmente, habilitar y demarcar los espacios necesarios para cumplir con el mínimo de seis (6) estacionamientos accesibles exigidos por la normativa vigente, asegurando su uso exclusivo y permanente para las personas con discapacidad.

- **Barras de Agarre en Baños — CUMPLE:** Se verificó la instalación y correcto funcionamiento de una barra de agarre retráctil en el baño de accesibilidad del piso 3, facilitando la maniobrabilidad del usuario.
- **Rotulación en Relieve y Braille — NO CUMPLE:** La señalización táctil de las oficinas, baños y cafeterías es deficiente; el sistema braille está ausente en la mayoría de los espacios o presenta un alto nivel de deterioro físico.
- **Formato de Tipografía — NO CUMPLE:** Los rótulos indicadores de los cuartos de baño continúan grabados enteramente en letras mayúsculas, contraviniendo la recomendación de diseño universal de usar mayúscula inicial seguida de minúsculas para optimizar la legibilidad.
- **Altura y Ubicación de Señales — CUMPLE PARCIALMENTE:** Se identificaron placas ubicadas adyacentes a las puertas de las oficinas, pero persisten señales críticas suspendidas en el techo o desalineadas, destacando negativamente el letrero del área de "Atención al Ciudadano" donde ocasionalmente se pueden atender los ciudadanos.
- **Material de Soporte — CUMPLE PARCIALMENTE:** Se evidenció el uso continuado de papel simple para señalar ciertas dependencias, material que impide el grabado en relieve braille, dificulta la limpieza y acelera el deterioro del elemento.
- **Infraestructura de la Oficina de Atención — NO CUMPLE:** El área física de Atención al Ciudadano se encuentra en un estado de adecuación física e inaccesible, lo que impide validar el cumplimiento de las dimensiones de circulación para movilidad reducida.
- **Instrucciones de Uso Sanitarios — NO CUMPLE:** Los dispensadores de toallas y lavamanos no poseen instrucciones de uso accesibles en braille. Los pocos textos informativos existentes están impresos en papel expuesto a la humedad y salpicaduras de agua.
- **Gestión de Cableado Interno — NO CUMPLE:** Debido a las obras civiles en ejecución en la Oficina de Relación con el Ciudadano, se constató una disposición incorrecta de cables sobre el piso, configurando un riesgo de tropiezo y barrera de tránsito.
- **Superficies Podotáctiles — NO CUMPLE:** La entidad no ha implementado pavimentos con texturas guía o pisos podotáctiles en los pasillos principales que conducen a los puntos clave de atención como la ventanilla de radicación.

En desarrollo de las acciones de seguimiento y articulación adelantadas por la Coordinación de Relacionamiento con el Ciudadano y las Audiencias (CRCA), se constató que dicha dependencia solicitó el 17 de marzo de 2026, vía correo electrónico, la definición y ejecución de un plan de trabajo a la Coordinación de Gestión Administrativa para atender las adecuaciones físicas y operativas de su competencia. Si bien esta última área dio respuesta escrita el 18 de marzo detallando una serie de actividades a realizar, se evidenció que las acciones propuestas carecen de plazos, fechas estimadas de ejecución o un cronograma formal para su cumplimiento. Esta omisión

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 35 de 55

impide medir el avance real de la gestión, diluye la oportunidad del control y afecta la trazabilidad en la atención de los requerimientos institucionales.

Recomendación No. 26: Se recomienda a la CRCA verificar y reformular las actividades dispuestas en el plan de trabajo, de manera articulada con la Coordinación de Gestión Administrativa, correspondientes al hallazgo identificado con código 2025TRANS4, debido a la falta de implementación de acciones para el cierre de las brechas identificadas frente a los criterios evaluados de la NTC 6047, que tienen fecha de finalización el próximo 30 de junio de 2026. Se resalta que de no gestionar las adecuaciones requeridas se continuará incumpliendo con lo establecido en el Artículo 14 de la Ley 1712 de 2014, relacionado con la accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad, el cual dispone que los sujetos obligados deben cumplir con los criterios y requisitos generales de accesibilidad y señalización de los espacios destinados para la atención de solicitudes de información pública y divulgación de la misma, conforme a los lineamientos de la Norma Técnica Colombiana NTC 6047.

3.2. Participación ciudadana y Rendición cuentas.

3.2.1. Estrategia Anual de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas vigente.

Actividad No. 44 y 37. Matriz componente programático. La Oficina de Control Interno evidenció que INRAVISIÓN cuenta con una “*Política Operacional Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas*” en su versión 6 del 23/12/2022, la cual tiene como objetivo garantizar la participación ciudadana en la gestión pública, facilitando la incidencia de ciudadanos en procesos de planeación y ejecución, y promoviendo el control social sobre la gestión de la entidad, que en atención al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, las actividades enmarcadas en la Política de Participación Ciudadana, se desarrollan bajo las dimensiones operativas de Gestión con Valores para Resultados (Relación Estado – Ciudadano) y Direccionamiento Estratégico y Planeación.

En ese sentido, la Coordinación de Relación con el Ciudadano y las Audiencias - CRCA, es la encargada de liderar la Estrategia de Participación Ciudadana, articulando la ejecución de la Política de Participación Ciudadana y su componente de Rendición de Cuentas con las Coordinaciones de Planeación, Comunicaciones y Tecnologías de la Información, así como las áreas misionales de la entidad.

De igual manera, en la revisión efectuada por la OCI, se constató que los soportes allegados por la CRCA contemplan cuatro (4) planes armonizados con los lineamientos del Anexo Técnico de la Secretaría de Transparencia, cuyos resultados se desglosan a continuación:

a. Mecanismos de participación ciudadana

La entidad cuenta con mecanismos formalmente definidos para promover la participación ciudadana, los cuales se encuentran documentados en la Estrategia de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas 2026 y 2025. Dentro de estos mecanismos se incluyen consultas públicas, encuestas de percepción, formularios para la recepción de observaciones ciudadanas, ejercicios de control social, laboratorios de simplificación y lenguaje claro, así como espacios de interacción con grupos de interés y grupos de valor. Lo anterior permite identificar la existencia de herramientas orientadas a facilitar la intervención de la ciudadanía en los asuntos de interés institucional, en concordancia con los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y la normativa vigente en materia de participación ciudadana.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 36 de 55

b. Espacios de participación ciudadana

De la revisión efectuada se observó que la estrategia contempla diversos espacios de participación, tanto presenciales como virtuales, destinados a fortalecer el relacionamiento entre la entidad y la ciudadanía. Entre estos se encuentran la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, las ferias de servicios institucionales, las consultas ciudadanas, los ejercicios de diálogo y retroalimentación, así como actividades de sensibilización y divulgación dirigidas a grupos de valor y grupos de interés. Estos espacios evidencian la implementación de escenarios destinados a fomentar el diálogo, la colaboración y el ejercicio del control social sobre la gestión institucional.

c. Cronograma de actividades

Se verificó que el Plan de Acción de la Estrategia de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas 2025 y 2026 incorpora un cronograma detallado para la ejecución de 35 actividades programadas durante las vigencias. Dicho cronograma establece fechas de inicio y finalización, responsables, productos esperados y fases asociadas al ciclo de gestión pública, permitiendo identificar de manera clara la planeación de las acciones previstas para el fortalecimiento de la participación ciudadana y la rendición de cuentas. Esta programación constituye un instrumento de seguimiento y control que facilita la ejecución ordenada de las actividades y la evaluación de su cumplimiento. Verificadas las actividades programadas se evidenció que se encuentran de acuerdo con la planeación establecida en la estrategia.

d. Actividades definidas para promover la participación ciudadana

Se evidenció que la entidad definió actividades específicas orientadas a promover la participación ciudadana y fortalecer los procesos de rendición de cuentas, entre las que se destacan la formulación y publicación de la estrategia anual, la realización de consultas ciudadanas, la aplicación de encuestas para la identificación de temas de interés para la ciudadanía, la ejecución de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, las campañas de divulgación institucional, las ferias de servicios, los ejercicios de lenguaje claro y las actividades dirigidas al fortalecimiento del control social. Estas acciones reflejan la adopción de medidas encaminadas a garantizar el acceso a la información, la interacción con la ciudadanía y la generación de espacios de diálogo sobre la gestión institucional.

INRAVISIÓN dispone de una Estrategia de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas vigente para la vigencia 2026 (Código RC-S-1, versión 1, fecha 26/02/2026), alineada con la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del MIPG, la Ley 1757 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 y demás disposiciones aplicables, y acompañada de un plan de acción que incorpora mecanismos, espacios, cronogramas y actividades orientadas a promover la participación ciudadana y fortalecer los ejercicios de rendición de cuentas. En consecuencia, la entidad está cumpliendo con la formulación y adopción de la Estrategia Anual de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas.

3.2.2. Mecanismos de participación ciudadana implementados por la entidad durante las vigencias 2025 y 2026

Se observó que durante las vigencias 2025 y 2026 la entidad implementó diversos mecanismos de participación ciudadana orientados a promover el diálogo con la ciudadanía, fortalecer la rendición de cuentas, fomentar el control social y recopilar aportes de los grupos de valor e interés para la mejora de la gestión institucional.

a. Encuestas y mecanismos de consulta

Se evidenciaron soportes asociados a diferentes ejercicios de consulta y recolección de percepción ciudadana, entre ellos informes de actividades de sondeo de temas para rendición de cuentas, encuestas de

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 37 de 55

percepción sobre servicios y contenidos institucionales, encuestas dirigidas a usuarios de RTVCPlay, Radiónica, Señal Colombia y Señal Memoria, así como formularios para la postulación de preguntas y temáticas para las audiencias de rendición de cuentas. Adicionalmente, se verificaron los respectivos informes de resultados y evidencias de divulgación de estos ejercicios, lo que permite concluir que la entidad implementó mecanismos de participación orientados a recoger opiniones, necesidades y expectativas de la ciudadanía.

b. Consultas ciudadanas

Se observó la realización de consultas ciudadanas relacionadas con los planes institucionales de INRAVISIÓN, la planeación estratégica y las estrategias de relacionamiento y participación ciudadana correspondientes a las vigencias 2025 y 2026. Los informes revisados evidencian la apertura de espacios para que la ciudadanía formulara observaciones, recomendaciones y aportes frente a instrumentos de planeación institucional, en concordancia con los principios de participación y transparencia establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

c. Audiencias públicas de rendición de cuentas

Dentro de la evidencia suministrada se identificó el informe de desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la gestión institucional presentada durante la vigencia 2025. La documentación revisada da cuenta de la realización del ejercicio de diálogo público con la ciudadanía, así como de las actividades de preparación, convocatoria, desarrollo y evaluación del evento, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de participación y control social implementados por la entidad.

d. Diálogos ciudadanos y espacios de interacción

Se verificó la realización de ejercicios de diálogo ciudadano mediante actividades de diálogo comunitario y diálogo de paz, cuyos informes documentan la participación de diferentes actores sociales y grupos de interés. Estos espacios permitieron el intercambio de opiniones, necesidades y expectativas de la ciudadanía frente a la gestión institucional y los contenidos de los medios públicos, fortaleciendo los canales de interacción entre la entidad y la comunidad.

e. Otros mecanismos de participación

Adicionalmente, se evidenciaron otros mecanismos complementarios de participación ciudadana, entre los cuales se encuentran laboratorios de simplificación y lenguaje claro, talleres de consulta y participación con enfoque diferencial, actividades de traducción y validación de información en lengua nativa, ferias de servicios institucionales y visitas guiadas a Señal Memoria. Estos ejercicios contribuyen a ampliar los canales de participación, inclusión y acceso a la información por parte de los diferentes grupos poblacionales.

Recomendación No. 27: Se recomienda establecer mecanismos y/o indicadores que permitan medir de manera sistemática la efectividad e incidencia de estos espacios de participación en la gestión institucional, identificando el nivel de aprovechamiento de los aportes ciudadanos, el grado de satisfacción de los participantes y las acciones de mejora implementadas como resultado de los ejercicios desarrollados (encuestas, formularios para postulación de temáticas, entre otros) Lo anterior contribuirá a fortalecer los principios de transparencia, participación ciudadana y generación de valor público, así como a consolidar procesos de mejora continua en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

3.2.3. Acciones desarrolladas para garantizar la participación de grupos poblacionales diferenciales, minorías, grupos étnicos, jóvenes, población rural u otros grupos de interés.

Actividad N° 34, 89 y 90. Matriz componente programático. De la validación de la información suministrada por la Dirección Radio Nacional de Colombia y Coordinación de Relación con el Ciudadano y las Audiencias, se

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 38 de 55

evidenció la ejecución de acciones orientadas a promover la participación de grupos poblacionales diferenciales y grupos de interés, en cumplimiento de los principios de inclusión, diversidad, participación ciudadana y enfoque diferencial establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Se verificó la realización de ejercicios de diálogo comunitario y diálogo de paz durante la vigencia 2025, los cuales constituyen espacios de interacción y escucha activa con diferentes actores sociales y comunidades, permitiendo identificar necesidades, expectativas y aportes de los participantes frente a la gestión institucional y los contenidos de los medios públicos.

Así mismo, se evidenciaron ejercicios de participación ciudadana liderados por Radio Nacional de Colombia, orientados a fortalecer el relacionamiento con diversos grupos poblacionales y territoriales, promoviendo espacios de interacción y retroalimentación con las audiencias. De igual manera, se identificó la aplicación de encuestas dirigidas a usuarios de la plataforma RTVCPlay y otros grupos de interés, como mecanismo para recopilar información sobre necesidades, percepciones y oportunidades de mejora de los servicios ofrecidos por la entidad.

Frente al enfoque diferencial y étnico, se verificó la realización de actividades de participación relacionadas con la priorización y validación de información en lengua nativa, así como el desarrollo de ejercicios de traducción de la Carta de Trato Digno al Ciudadano, evidenciados mediante informes y registros fotográficos. Estas acciones reflejan esfuerzos institucionales encaminados a facilitar el acceso a la información y promover la inclusión de comunidades étnicas y poblaciones con particularidades culturales y lingüísticas.

Adicionalmente, se evidenció la realización de visitas guiadas y actividades de interacción con grupos de interés durante la vigencia 2026, las cuales contribuyen al fortalecimiento de la relación entre la entidad y la ciudadanía, promoviendo el conocimiento de la gestión institucional y facilitando espacios de participación y apropiación social.

Recomendación No. 28: Se recomienda fortalecer la caracterización de los participantes en los diferentes espacios de participación ciudadana, con el propósito de identificar de manera más precisa la participación de grupos poblacionales diferenciales, comunidades étnicas, jóvenes, población rural y demás grupos de interés, contribuyendo así al fortalecimiento de una participación más inclusiva y representativa.

3.2.4 Actas de compromisos generadas con ocasión de espacios de participación ciudadana y rendición de cuentas, indicando responsables, fechas de cumplimiento y estado de avance.

Actividad N° 53 de la matriz del componente programático: Las matrices permiten identificar mecanismos de monitoreo y control sobre las actividades incluidas en el plan, evidenciando el seguimiento al cumplimiento de las acciones de participación ciudadana y rendición de cuentas desarrolladas por la entidad. Así mismo, se observan registros relacionados con el estado de ejecución de las actividades, los soportes aportados y las validaciones efectuadas durante los diferentes periodos de seguimiento.

La evidencia aportada no permite identificar de manera expresa actas de compromisos generadas como resultado de espacios de participación ciudadana o ejercicios de rendición de cuentas, en las cuales se documenten los compromisos adquiridos con la ciudadanía, los responsables designados para su cumplimiento, las fechas previstas de ejecución y el estado de avance de cada compromiso.

En consecuencia, si bien se cuenta con instrumentos de seguimiento a las actividades del plan, no se evidencian soportes suficientes que permitan verificar integralmente el cumplimiento del requisito en los términos solicitados.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 39 de 55

En este sentido, **Recomendación No. 29:** Se recomienda fortalecer la documentación de los ejercicios de participación y rendición de cuentas mediante la elaboración y conservación de actas de compromisos que incluyan responsables, fechas de cumplimiento, acciones acordadas y seguimiento a su ejecución, facilitando la trazabilidad y el control sobre los compromisos institucionales adquiridos con los grupos de valor y de interés.

3.2.5 Remitir la matriz, tablero de control o mecanismo utilizado para realizar seguimiento a los compromisos adquiridos con la ciudadanía, indicando el estado actual de cumplimiento.

Actividad N° 53 de la matriz del componente programático: De la revisión de la información suministrada por la CRCA, se evidenció la existencia de mecanismos de seguimiento y control implementados para monitorear el cumplimiento de las actividades asociadas a la Estrategia de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas de las vigencias 2025 y 2026.

En particular, se verificaron matrices de seguimiento que contienen información relacionada con las actividades programadas, dependencias responsables, fechas de ejecución, avances reportados, observaciones de seguimiento y estado de cumplimiento de cada una de las acciones definidas dentro del plan. Estos instrumentos permiten realizar monitoreo periódico sobre la ejecución de las actividades y facilitan la identificación de avances, alertas y acciones pendientes.

Así mismo, se evidenció que las matrices incorporan registros de seguimiento efectuados durante las diferentes vigencias 2025 y 2026, permitiendo conocer el estado actual de cumplimiento de las actividades programadas y la trazabilidad de las acciones adelantadas por las áreas responsables para dar cumplimiento a los compromisos establecidos en materia de participación ciudadana y rendición de cuentas.

La entidad cumple con el requisito evaluado, toda vez que dispone de mecanismos formales de seguimiento que permiten monitorear el avance y estado de cumplimiento de las actividades asociadas a la Estrategia de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas. **Recomendación No. 30:** Se recomienda continuar fortaleciendo estos instrumentos mediante la incorporación de indicadores de resultado y el registro específico de los compromisos adquiridos con la ciudadanía, con el fin de facilitar su trazabilidad y la evaluación de su cumplimiento e impacto.

3.2.6. Procedimiento adoptado para analizar, evaluar y responder las propuestas, recomendaciones u observaciones formuladas por la ciudadanía.

Actividad N° 44 de la matriz del componente programático De la revisión de la documentación suministrada la Coordinación de Relación con el Ciudadano y las Audiencias- CRCA el procedimiento adoptado para analizar, evaluar y responder las propuestas, recomendaciones u observaciones formuladas por la ciudadanía y las Audiencias, se evidenció la existencia de mecanismos definidos para la recepción, análisis, evaluación y respuesta de las propuestas, recomendaciones, observaciones y preguntas formuladas por la ciudadanía y los grupos de interés en el marco de los ejercicios de participación ciudadana y rendición de cuentas.

En particular, se verificó la utilización de formularios para la recepción de comentarios y observaciones relacionados con la construcción de las estrategias de Relacionamento con la Ciudadanía y Participación Ciudadana, así como informes de resultados en los cuales se consolidan, analizan y valoran los aportes recibidos por parte de la ciudadanía. Igualmente, se evidenciaron informes de participación ciudadana que documentan los resultados obtenidos y la forma en que las observaciones ciudadanas son consideradas dentro de los procesos institucionales.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 40 de 55

Como soporte del proceso de análisis y gestión de las inquietudes ciudadanas, se observó evidencia de clasificación y direccionamiento de preguntas recibidas en el marco de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, mediante la asignación de los requerimientos a las dependencias competentes para su respectiva atención y respuesta, estableciendo plazos para su trámite conforme a la normativa vigente.

Así mismo, se evidenció el documento denominado “*Respuestas a las preguntas realizadas por la ciudadanía y grupos de interés en el marco de la Audiencia de Rendición de Cuentas – Vigencia 2024*”, en el cual se relacionan las preguntas recibidas, la fecha de recepción, el mecanismo utilizado para su presentación, el número de radicado y la respuesta emitida por la entidad, permitiendo verificar la trazabilidad del proceso de atención y respuesta a las solicitudes ciudadanas.

Adicionalmente, se identificaron informes de resultados derivados de ejercicios de participación ciudadana, tales como la construcción de estrategias institucionales, la priorización de documentos de interés para traducción a lengua nativa y la identificación de necesidades de información por parte de la ciudadanía, evidenciando la recopilación, análisis y utilización de los aportes recibidos en dichos espacios. No obstante, **Recomendación No. 31:** Se recomienda continuar fortaleciendo la documentación de estos ejercicios mediante la consolidación de un mecanismo que permita visualizar de manera integrada los aportes ciudadanos recibidos, las acciones adoptadas por la entidad y el resultado de su gestión, facilitando el seguimiento y la rendición de cuentas frente a la ciudadanía.

3.2.7 Actividades desarrolladas para promover, fortalecer o capacitar a las veedurías ciudadanas y demás instancias de control social.

De la revisión de la documentación suministrada, se evidenció que la entidad desarrolló actividades orientadas a promover y fortalecer el ejercicio del control social y la participación ciudadana durante la vigencia evaluada.

En particular, se verificó el desarrollo de un programa de participación ciudadana denominado “*Promoción del Control Social frente a RTVC*”, realizado a través del programa “*Todo lo que vemos*” de Señal Colombia, cuyo objetivo fue fomentar ejercicios de control social sobre la gestión institucional. De acuerdo con el informe revisado, esta actividad estuvo dirigida a la ciudadanía en general, grupos de interés y televidentes, promoviendo espacios de información, diálogo y participación.

Así mismo, se evidenciaron acciones de divulgación y sensibilización relacionadas con el control social y la rendición de cuentas, mediante la publicación de material informativo, piezas gráficas e infografías dirigidas a fortalecer el conocimiento de la ciudadanía sobre los mecanismos de participación y control social disponibles en la entidad. Dentro de estas herramientas se destaca la información publicada sobre las modalidades de control social implementadas por INRAVISIÓN, incluyendo el Defensor del Televidente y los mecanismos de seguimiento ciudadano a la gestión contractual. De lo anterior, la CRCA realiza seguimiento a las actividades, evidenciado en “informes del desarrollo de actividades o eventos de participación ciudadana” de manera cuatrimestral.

Las evidencias revisadas permiten establecer que la entidad adelanta acciones de promoción y fortalecimiento del control social, facilitando el acceso de la ciudadanía a información sobre los mecanismos de participación disponibles y generando espacios para el ejercicio del control ciudadano sobre la gestión institucional.

Aun así, dentro de la documentación aportada no se evidenciaron actividades específicas de formación, capacitación o acompañamiento dirigidas de manera particular a veedurías ciudadanas formalmente constituidas

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 41 de 55

u otras instancias organizadas de control social, ni soportes que permitan verificar procesos estructurados de fortalecimiento de capacidades para estos actores.

Recomendación No. 32: Se recomienda fortalecer las estrategias de formación y acompañamiento dirigidas a veedurías ciudadanas u otras instancias organizadas de control social, con el propósito de incrementar sus capacidades para ejercer de manera efectiva el control social sobre la gestión institucional y fortalecer los mecanismos de participación ciudadana.

3.2.8. Indicar si, como resultado de los ejercicios de participación ciudadana o rendición de cuentas, se materializaron riesgos de corrupción, denuncias, alertas o situaciones que hayan sido trasladadas para su trámite a través de los canales institucionales correspondientes.

En el marco de los resultados de los ejercicios de participación ciudadana o rendición de cuentas, no se evidenció la materialización de riesgos de corrupción, denuncias, alertas o situaciones que hayan sido trasladadas para su trámite a través de los canales institucionales correspondientes.

3.3. INTEGRIDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO

3.3.1. Código de Integridad Institucional

- Existencia y adopción formal del Código de Integridad de la entidad.

Actividad N° 68 de la matriz del componente programático: Se evidenció la adopción de un Código de Integridad institucional mediante la Resolución 0039 de 2026 publicado en la página web de INRAVISIÓN, en la ruta https://s3.amazonaws.com/rtvc-assets-qa-sistemasencolombia.gov.co/archivos/codigo_de_integridad_1_2_1.pdf. El documento define los principios, valores y comportamientos esperados de los servidores públicos y colaboradores, constituyéndose en el instrumento institucional orientado a promover la ética pública y la integridad en el ejercicio de las funciones de la entidad.

- Alineación con los valores del servicio público establecidos por Función Pública.

De la revisión del Código de Integridad publicado por INRAVISIÓN se observó que su contenido se encuentra armonizado con los lineamientos promovidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en materia de integridad pública, incorporando los valores y principios orientadores del servicio público colombiano. El documento se concibe como una herramienta de gestión ética destinada a orientar el comportamiento de quienes ejercen funciones públicas o prestan sus servicios a la entidad, en concordancia con el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Sistema Nacional de Integridad.

- Publicación y divulgación del Código de Integridad.

Actividad N° 74 de la matriz del componente programático: Se verificó que el Código de Integridad se encuentra publicado en el portal institucional de INRAVISIÓN, Código de integridad, permitiendo su consulta por parte de servidores públicos, contratistas y ciudadanía en general. La disponibilidad del documento en los espacios de transparencia institucional evidencia el cumplimiento del principio de publicidad, facilita el acceso a la información relacionada con los valores y comportamientos esperados dentro de la entidad. Así mismo éste fue socializado mediante el correo institucional de Inravisión el día 30 de marzo de 2026.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 42 de 55

- **Evidencia de actualización y apropiación institucional.**

Se evidenció la actualización del código de integridad a marzo de 2026 y que la Coordinación de Talento Humano tiene programadas actividades de apropiación institucional como: una obra de teatro pedagógica, diseñada para presentar de manera dinámica y participativa situaciones cotidianas relacionadas con la aplicación de los valores institucionales, material de recordación que contiene los valores del Código de Integridad (agenda, pines, padmouse, entre otros).

Tabla No. 7. Código de integridad

Criterio	Resultado
Existencia y adopción formal del Código de Integridad	Cumple
Alineación con los valores de Función Pública	Cumple
Publicación y divulgación	Cumple
Evidencia de actualización y apropiación institucional	En desarrollo

Fuente: Elaboración Oficina Control Interno INRAVISIÓN

4. INICIATIVAS ADICIONALES

4.1. Promoción de la cultura de integridad

En el marco de las acciones orientadas al fortalecimiento de la cultura organizacional y el reconocimiento del talento humano, y adicional a las establecidas en el componente transversal y que se desarrollan en el PIC, la Coordinación de Talento Humano desarrolló durante diciembre de 2025 la actividad denominada “*Reconocimientos por participación en actividades de cultura organizacional*”, dirigida a todos los funcionarios de INRAVISIÓN, esta participación tuvo como propósito promover el sentido de pertenencia, incentivar la participación activa en las actividades institucionales y resaltar el compromiso de los servidores con los valores y objetivos de la entidad.

Como evidencia de la continuidad de estas acciones, se observó que el Plan de Bienestar Institucional 2026 contempla actividades conmemorativas para el Día del Servidor Público, orientadas al reconocimiento y fortalecimiento de la cultura organizacional. Estas iniciativas contribuyen a la generación de ambientes laborales positivos, al fortalecimiento de los principios institucionales y a la promoción de comportamientos alineados con los valores de integridad, compromiso y servicio, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

4.2. Canales de denuncia y protección al denunciante

Actividad No. 88. Matriz componente programático. Durante la auditoría se evidenció que la entidad se encuentra adelantando acciones orientadas al fortalecimiento de la gestión de conflictos de interés, entre ellas la actualización de la Guía para la Gestión de Conflictos de Interés (H-G-1 de 2021).

No obstante, de acuerdo con la información suministrada por la Coordinación de Gestión de Talento Humano, actualmente INRAVISIÓN no cuenta con un canal institucional, dependencia o mecanismo formal para la orientación y atención de consultas relacionadas con dilemas éticos o conflictos de interés por parte de servidores públicos, trabajadores oficiales y contratistas.

La ausencia de este mecanismo limita la capacidad institucional para brindar acompañamiento preventivo frente a situaciones que puedan comprometer la integridad, la transparencia y la adecuada gestión de los conflictos de interés en el ejercicio de las funciones públicas.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 43 de 55

Recomendación No. 33: Se recomienda gestionar de manera prioritaria la consolidación, divulgación y seguimiento a la apropiación e implementación de la Guía para la gestión de conflicto de interés (H-G-1 de 2021), con el fin de fortalecer la gestión preventiva de riesgos de integridad y promover una adecuada cultura ética institucional.

4.3. Integración con MIPG

Actividad No. 71. Matriz de componente programático. Se evidenció la realización de acciones preliminares orientadas a la implementación de la Política de Integridad en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. En particular, se identificó el desarrollo de actividades encaminadas a la elaboración de un diagnóstico general como insumo para la aplicación del autodiagnóstico de Integridad, en cumplimiento de la actividad "Realizar el autodiagnóstico de la Política MIPG de Integridad".

Como se ha mencionado anteriormente, se observó avance en la actualización de la Guía de Conflicto de Intereses, instrumento alineado con los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la gestión de la integridad en las entidades públicas. De igual manera, se tiene prevista la divulgación del Código de Integridad y de los mecanismos relacionados con la gestión de conflictos de interés y los canales de denuncia.

En conclusión, se evidenciaron acciones orientadas al fortalecimiento de la integridad institucional y la apropiación de los valores del servicio público, entre las que se destacan la inclusión de temáticas de integridad en el Plan Institucional de Capacitación 2026, el desarrollo de actividades preparatorias para la aplicación del autodiagnóstico de la Política de Integridad de MIPG, la actualización de la Guía de Conflicto de Intereses y la programación de jornadas de divulgación del Código de Integridad y sensibilización en materia de integridad pública, conflicto de intereses.

Adicionalmente, se identificaron actividades de inducción institucional y acciones de reconocimiento asociadas a la cultura organizacional, orientadas a fortalecer el sentido de pertenencia y los valores institucionales entre los servidores públicos.

4.4. Racionalización de trámites.

Actividad No. 48. Matriz de componente programático. Como resultado de la evaluación realizada al componente de Racionalización de Trámites del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, contemplado en la Estrategia Institucional para la Lucha contra la Corrupción para el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2025 y el 31 de diciembre de 2026, se evidenció la ejecución de las actividades relacionadas con la formulación, registro, monitoreo, seguimiento y evaluación de la estrategia de racionalización de trámites. Lo anterior se soporta en la formulación del plan de acción de racionalización, el registro de la estrategia en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, la realización de monitoreos periódicos a los datos de operación y los seguimientos efectuados a la estrategia correspondientes al tercer cuatrimestre de 2025 y al primer cuatrimestre de 2026.

Durante la revisión de las evidencias aportadas, se observó que la actividad No. 57 denominada "Realizar seguimiento cuatrimestral a la estrategia de Simplificación, Racionalización y Estandarización de Trámites" tiene como producto la elaboración de tres (3) seguimientos durante el período de ejecución. Al momento de la auditoría se evidencian dos (2) seguimientos realizados, equivalentes a un avance del 66%; dicha actividad tiene como fecha de finalización el 31 de diciembre de 2026, razón por la cual se encuentra dentro de los plazos establecidos y no presenta incumplimiento.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 44 de 55

8. INDICADORES

Al momento de la presente auditoría se observó que el Programa de Transparencia y Ética Pública tiene asociado un indicador denominado “Porcentaje de procesos institucionales que incluyen lineamientos del PTEP en su planeación, ejecución y evaluación”, el cual tiene una periodicidad de medición cuatrimestral, sin embargo, en el tablero de control dispuesto en la página web de INRAVISIÓN no se evidencia reporte de medición a corte a diciembre de 2025 ni a abril de 2026. Por lo anterior, **Recomendación No. 34:** Se recomienda realizar el reporte oportuno del avance de este indicador lo que permitiría monitorear su nivel de implementación y la toma propicia de decisiones.

9. RIESGOS

De acuerdo con lo analizado por la Oficina de Control Interno durante el desarrollo de esta auditoría, se concluye que INRAVISIÓN presenta un rezago estructural en la consolidación de su cultura del riesgo en materia de integridad. Si bien existe un avance en la identificación formal de vulnerabilidades y en actualización documental, la administración del riesgo opera de manera reactiva y aislada.

Para contener de forma proactiva la materialización de estos riesgos, la entidad debe aprovechar la oportunidad de mejora que ofrece la parametrización de SUITE VISION para integrar el SIGRIP. La mitigación de riesgos de integridad no debe ser vista como un esfuerzo administrativo aislado, sino como una estrategia unificada que interconecte a todos los procesos con las directrices de la Alta Gerencia y las alertas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Adicionalmente, en este contexto, la Oficina de Control Interno considera necesario generar las siguientes alertas institucionales:

Riesgo de reincidencia de los hallazgos, en caso de que las acciones actualmente en ejecución no culminen con la implementación efectiva de todos los criterios establecidos en la Resolución 1519 de 2020, sus Anexos Técnicos y la NTC 6047. La permanencia de las brechas descritas en este informe evidencia que las acciones adelantadas aún no permiten acreditar el cumplimiento integral de los requisitos normativos ni la eliminación de las causas que dieron origen a los hallazgos, incrementando el riesgo de reincidencia y de la formulación de nuevas observaciones por parte de los organismos de control.

Riesgo de incumplimiento normativo, debido a que la existencia de planes, reuniones, cronogramas o documentos de seguimiento no constituye, por sí sola, evidencia suficiente del cumplimiento material de las obligaciones legales y técnicas exigidas.

Riesgo de afectación de los principios de transparencia, acceso a la información pública, accesibilidad e inclusión, si la entidad mantiene brechas en el cumplimiento de los estándares de publicación de información y de accesibilidad para la ciudadanía, lo cual puede impactar el ejercicio efectivo del derecho de acceso a la información pública.

Riesgo de nuevos hallazgos por parte de organismos de control, al persistir desviaciones frente a los requisitos regulatorios que fueron objeto de observación en la auditoría, situación que podría derivar en nuevas observaciones, hallazgos administrativos o requerimientos de los organismos de control.

Riesgo reputacional e institucional, al mantenerse incumplimientos relacionados con obligaciones de transparencia

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 45 de 55

activa y accesibilidad digital, aspectos que inciden directamente en la percepción de la gestión institucional y en el fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

10. VERIFICACIÓN EFICACIA DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Ver Anexo No. 6 Planes de Mejora

Como resultado del seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno al cumplimiento de las acciones formuladas para atender los hallazgos identificados en el Informe de Verificación al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 - Transparencia (código utilizado para los hallazgos registrados en los planes de mejoramiento "TRANS"), se evidencia que, aunque la entidad ha implementado avances importantes en la formulación de planes de trabajo, la realización de mesas de seguimiento, la adopción de matrices de verificación y el desarrollo de actividades orientadas al fortalecimiento de la accesibilidad y la publicación de información, persisten incumplimientos parciales frente a la implementación integral de los requisitos establecidos en las disposiciones normativas que dieron origen a los hallazgos, particularmente en relación con la Resolución 1519 de 2020 y sus Anexos Técnicos, así como con la NTC 6047.

Las verificaciones realizadas permiten concluir que varias de las acciones implementadas se han orientado principalmente a la planeación, coordinación y documentación de actividades; sin embargo, en algunos casos aún no se evidencia el cumplimiento efectivo de todos los criterios técnicos exigidos por la normativa, ni la materialización de resultados que permitan afirmar el cierre de las causas que originaron los hallazgos. En consecuencia, algunas acciones continúan con un nivel de cumplimiento parcial, por lo que su efectividad solo podrá determinarse una vez culmine la ejecución de las actividades programadas y se verifique el cumplimiento integral de los estándares normativos aplicables.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno recomienda fortalecer la gestión del plan de mejoramiento, orientando los esfuerzos no solo a la formulación de planes de trabajo, sino a su ejecución efectiva y verificable, garantizando el cumplimiento de cada una de las actividades propuestas dentro de los plazos establecidos, adicionalmente a las acciones que se adelantarán de manera preventiva para tener controles establecidos para la actualización de criterios web y físicos conforme a la normatividad vigente y sus actualizaciones según corresponda. Para ello, resulta indispensable que las acciones de mejora cuenten con una planeación integral que defina claramente las actividades, responsables, cronograma, recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros requeridos, así como los mecanismos de seguimiento, puntos de control e indicadores que permitan medir objetivamente su avance y cumplimiento.

Recomendación No. 35: Se recomienda reformular aquellas actividades de los planes de mejoramiento que, a la fecha, no evidencian avances significativos o presentan deficiencias en su estructuración, particularmente cuando no es posible identificar con claridad los tiempos de ejecución, los responsables, los entregables esperados o los controles asociados. Lo anterior, con el fin de asegurar que las acciones implementadas trasciendan el cumplimiento meramente documental y logren eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, garantizando la sostenibilidad del cumplimiento de la normativa aplicable, la efectividad del plan de mejoramiento y la disminución del riesgo de reincidencia en futuras auditorías internas y externas.

11. HALLAZGOS

Los hallazgos son observaciones o hechos significativos que el equipo auditor identificó durante el ejercicio y que considera importante comunicar a la entidad, con el fin de fortalecer el proceso de mejora continua.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 46 de 55

Bajo esta premisa, si bien la adopción específica de las recomendaciones aquí plasmadas constituye un ejercicio de control preventivo, cuya viabilidad técnica y metodológica es potestad de cada proceso evaluar y concertar, su adecuada implementación permitirá blindar la operación institucional. El desarrollo de estas acciones facultará a las áreas para anticiparse a fallas recurrentes y mitigar de manera proactiva la materialización de riesgos que afecten la transparencia, la integridad y la seguridad de la información en los procesos evaluados.

Por último, se debe realizar el análisis de las causas de las no conformidades, para generar las acciones correctivas y/o preventivas necesarias, para elaborar los correspondientes planes de mejoramiento.

11.1. FORTALEZAS

Fortaleza No. 1: Es de especial importancia resaltar y exaltar la gestión adelantada por la entidad en la implementación de los criterios de accesibilidad, toda vez que INRAVISIÓN cuenta actualmente con una certificación oficial de accesibilidad vigente. Esta solidez técnica e institucional fue corroborada durante el presente ejercicio auditor mediante la aplicación de la herramienta estandarizada Google Lighthouse, la cual otorgó al portal web una calificación sobresaliente del 91% en su índice global de accesibilidad.

Fortaleza No. 2: Se destaca positivamente la gestión adelantada por la Coordinación de Relacionamento con el Ciudadano y las Audiencias (CRCA) en lo referente a la planeación, estructuración y control de sus planes y programas institucionales. La rigurosidad en su organización y el uso de herramientas de seguimiento continuo, han optimizado la trazabilidad de las actividades a su cargo. Esta cultura organizacional no solo permite conocer de manera oportuna el estado de avance e implementación de sus metas, sino que fortalece la cultura del autocontrol, mitiga el riesgo de desviaciones en la planeación y provee información confiable y de calidad para la toma de decisiones estratégicas.

11.2. RECOMENDACIONES

Recomendación No. 01: Se recomienda a la Coordinación de Planeación establecer y formalizar un cronograma estricto de cierres, consolidación y reporte para los monitoreos de la Estrategia Institucional de Lucha contra la Corrupción (o PTEP). Este control debe garantizar que, una vez recolectada la información en los primeros días posteriores al corte, se elabore el informe analítico y se presente de manera prioritaria ante la Gerencia y el CIGD, fijando un plazo perentorio óptimo (por ejemplo, dentro del mes siguiente al cierre de cada periodo) para la toma de decisiones, como a los líderes de proceso y enlaces para la retroalimentación operativa, evitando dilaciones que afecten la efectividad y la oportunidad de las acciones de transparencia institucional.

Recomendación No. 02: Se recomienda a la Coordinación de Planeación diseñar, reglamentar e implementar un modelo de Informe Ejecutivo de Consolidación y Monitoreo Cuatrimestral (o con la periodicidad establecida para el PTEP), el cual sirva como soporte analítico a los datos registrados en la matriz en Excel que se utiliza para el monitoreo. Este documento técnico complementario deberá estructurarse de tal manera que consolide cualitativa y cuantitativamente los resultados de las verificaciones, detallando de forma clara:

- El porcentaje agregado de avance físico por cada componente del programa.
- Las alertas tempranas sobre desviaciones, rezagos o dificultades presentadas por las áreas responsables.
- Las acciones correctivas o planes de contingencia propuestos para mitigar dichos retrasos.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 47 de 55

Recomendación No. 03: Se recomienda incluir en las capacitaciones del PIC 2026 los aspectos transversales relacionados con la Declaración, objetivos, Alcance, Planeación y ciclo del Programa, Reportes, Comunicación y Auditoría que hacen parte de la estrategia de formación, tal y como se indica en el numeral 7.2. del Anexo Técnico, *“Es necesario tener en cuenta que el Programa tiene un componente transversal y un componente programático y ambos deben ser objeto de formación. Los aspectos transversales relacionados con la Declaración, Objetivos, Alcance, Planeación y ciclo del Programa, Reportes, Comunicación y Auditoría deben hacer parte de la estrategia de formación, tanto como los instrumentos que hacen parte del componente programático.”*, con el objetivo de fortalecer las competencias del personal tanto en la gestión operativa como en la ejecución estratégica del programa, asegurando que el proceso formativo abarque la totalidad de los componentes requeridos para una implementación exitosa.

Recomendación No. 04: Se recomienda a la Coordinación de Planeación articular de manera prioritaria con la Coordinación de Talento Humano (CTH) la activación del módulo "Oferta Sector Público" para formalizar e iniciar la capacitación en Gestión del Riesgo durante la presente vigencia, subsanando así la omisión en la fase de planeación inicial del PIC 2026.

Recomendación No. 05: Se recomienda a la Coordinación de Comunicaciones, en coordinación con el Equipo Digital, reestructurar y estandarizar el modelo de reporte mensual de la Estrategia de Comunicaciones a través del diseño de un Tablero de Control o Informe Ejecutivo Analítico.

Este nuevo esquema de reporte deberá trascender la entrega de soportes físicos y deberá incorporar obligatoriamente:

- Indicadores de gestión e impacto: Medición cualitativa y cuantitativa del alcance de las campañas (número de servidores públicos sensibilizados, métricas de canales virtuales, niveles de recordación, etc.).
- Análisis de desviaciones: Un apartado técnico donde se expongan los retrasos o inconvenientes operativos y logísticos presentados.
- Planes de mitigación: Propuestas de ajuste o acciones correctivas inmediatas para reorientar las estrategias que no estén alcanzando el impacto esperado.

Recomendación No. 06: La OCI recomienda realizar una revisión integral de las actividades, productos y cronogramas del componente programático, considerando los recientes cambios en la estructuración del mapa de procesos y la adopción de las nuevas herramientas tecnológicas (SUITEVISION y SIGDI). Lo anterior, con el fin de que estos instrumentos reflejen la realidad actual de INRAVISIÓN, asegurando que su monitoreo, análisis y oportuna comunicación a la Alta Gerencia y al CIGD sirvan como insumos estratégicos para la toma de decisiones en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)

Recomendación No. 07: Se recomienda a la Coordinación de Planeación revisar que la Política de Riesgos cumpla con todos los lineamientos indicados en la Guía de Gestión Integral del Riesgo del DAFP, culminar la fase de ajuste del documento borrador de la nueva política operacional de administración de riesgos y de la nueva versión de la Guía de Administración del Riesgo. Para ello, se deberá proyectar un cronograma ágil que permita presentar, someter a aprobación y formalizar dichos instrumentos técnicos ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en el menor tiempo posible. Lo anterior, con el fin de garantizar que la entidad cuente con un marco institucional vigente, formalizado y alineado con la última versión de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP, asegurando así su obligatoria adopción y aplicación por parte de todos los procesos.

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 48 de 55

Recomendación No. 08: Se recomienda a la Coordinación de Planeación establecer un cronograma prioritario y formalizado para culminar las mesas de trabajo técnicas que se adelantan con las diferentes dependencias de la entidad. Este cronograma debe garantizar, en el menor tiempo posible, la consolidación, validación y publicación oficial de la nueva matriz de riesgos, asegurando su total alineación con el nuevo mapa de procesos de INRAVISIÓN, el formato actualizado y las directrices normativas vigentes. De la misma manera, esta consolidación permitirá avanzar con la identificación de los Indicadores Claves de Riesgos (KRI).

Recomendación No. 09: Se recomienda diseñar un mecanismo de control de versiones o un plan de contingencia metodológico para futuras vigencias, de modo que las actualizaciones estructurales del modelo de operación se anticipen a los plazos legales de publicación. Vale la pena recalcar que, para la correcta actualización de la matriz de riesgos de corrupción, es fundamental incorporar las cinco amenazas para la integridad definidas por el DAFP en la versión 7 de su guía para la gestión integral del riesgo.

Recomendación No. 10, se recomienda a la Oficina de Planeación, en conjunto con los líderes de los procesos institucionales, diseñar y poner en marcha un Plan de Trabajo Estructurado para la adopción e incorporación formal del marco del **SIGRIP** dentro del modelo de gestión de la entidad durante la presente vigencia.

Este plan debe orientarse a transformar el enfoque actual de cumplimiento documental en un esquema de control preventivo, ejecutando las siguientes acciones estratégicas:

- **Revisión y Homologación de Procesos:** Evaluar las metodologías actuales de identificación de riesgos de corrupción para alinearlas y estandarizarlas bajo las reglas y procesos exigidos por el marco del SIGRIP.
- **Estructuración de Indicadores de Alerta Temprana:** Definir de manera conjunta con los líderes de proceso criterios técnicos y puntos de control críticos que permitan identificar desviaciones institucionales a tiempo, antes de que los riesgos se materialicen.
- **Estandarización de Reportes Analíticos:** Diseñar canales y plantillas de consolidación que exijan un análisis cualitativo de los datos de integridad, asegurando que la información sirva como insumo oportuno para el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD).
- **Fortalecimiento Metodológico:** Desarrollar mesas de trabajo técnicas con los servidores públicos responsables de cada área para apropiar las directrices de la Secretaría de Transparencia, promoviendo la transición hacia un monitoreo constante y proactivo del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).

Recomendación No. 11: Se recomienda a la Coordinación de Planeación, en articulación con la Alta Dirección, estructurar e incluir en la agenda institucional un Plan de Adopción e Institucionalización de la Función de Cumplimiento para la presente vigencia.

Este plan deberá contemplar, como mínimo, las siguientes acciones estratégicas:

- **Definición de la Instancia o Rol:** Evaluar y definir, bajo criterios de idoneidad y de acuerdo con la estructura organizacional, si la función será asignada a un rol específico o a una instancia existente encargada de articular la gestión de cumplimiento normativo.
- **Asignación de Competencias y Responsabilidades:** Formalizar mediante acto administrativo las funciones específicas de este rol, orientadas al monitoreo del PTEP, la gestión de canales de denuncia

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 49 de 55

seguros y la verificación del cumplimiento normativo interno y externo.

- **Diseño del Plan de Monitoreo:** Establecer un esquema periódico de seguimiento y reporte directo hacia la Gerencia y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), asegurando que los hallazgos de cumplimiento sirvan de insumo preventivo y oportuno para la toma de decisiones estratégicas.

Recomendación No. 12: Se recomienda a la CRCA continuar realizando las mesas de trabajo con las áreas de la entidad que mayor flujo de asignación de PQRSD tienen, con el fin de evitar la materialización de riesgos por el incumplimiento normativo en este tema.

Recomendación No. 13: se recomienda difundir, no solamente en la página web de la entidad sino también a través de las pantallas y medios de comunicación internos, redes sociales institucionales, piezas gráficas en las sedes físicas (estudios y estaciones) y, de ser viable, mediante inserciones en la programación de los canales. Esto con el propósito de descentralizar la información, garantizar una pedagogía accesible para todo tipo de usuarios y asegurar que los ciudadanos conozcan con claridad los mecanismos de contacto, radicación de PQRSD y orientaciones disponibles, consolidando así la estrategia de servicio al ciudadano como una oportunidad de mejora continua en los niveles de confianza y transparencia institucional.

Recomendación No. 14: Se recomienda a la Coordinación de Talento Humano (CTH), en cumplimiento de las funciones delegadas mediante la Resolución Interna 0327 de 2022, elaborar y presentar de manera perentoria un Informe Consolidado sobre la Gestión de Conflictos de Interés con corte a la fecha. Con esta medida se busca restablecer los canales de comunicación técnica entre dependencias, mitigar el riesgo legal y asegurar el cumplimiento efectivo de la Política de Gestión Estratégica de Talento Humano y los lineamientos de transparencia vigentes.

Recomendación No. 15: Se recomienda a la Coordinación de Planeación, revisar el histórico de cambios del Manual para la Gestión de PQRSD con el fin de continuar rigurosamente con la secuencia cronológica de codificación y versión. Lo anterior, con el propósito de mitigar riesgos asociados a la coexistencia de documentos obsoletos y garantizar el control, la identificación plena y la trazabilidad de la documentación institucional.

Recomendación No. 16: Se recomienda incluir en el Manual para la Gestión de PQRSD, los perfiles, competencias y restricciones del personal de la Unidad de Correspondencia con el fin de mitigar los riesgos de fuga o manipulación de información sensible, garantizar la debida reserva y confidencialidad en el tratamiento de quejas o denuncias por corrupción, y asegurar que el direccionamiento de las solicitudes sea ejecutado por personal idóneo, optimizando así los tiempos de respuesta institucional y el cumplimiento de los términos legales vigentes.

Recomendación No. 17: Se recomienda a la entidad, definir y formalizar mediante el instrumento administrativo correspondiente, la asignación explícita de la responsabilidad sobre la administración, custodia y operación de los canales de denuncias, así mismo establecer un protocolo técnico de acceso restringido al correo institucional, documentando quiénes son los usuarios autorizados para ingresar y garantizando que se mantenga la trazabilidad de la información con el fin de evitar riesgo de fugas o manipulación de datos sensibles y el incumplimiento de la normativa vigente para la atención de denuncias.

Recomendación No. 18: Se recomienda replantear el producto de la actividad No. 16 de la matriz del componente programático, para que se alinee con su objetivo original, evidenciando avances concretos en la implementación de la Guía para la Gestión Integral de Riesgos (versión 7) del DAFP específicamente en la categoría "Riesgo de LAFT/FPADM".

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 50 de 55

Recomendación No. 19: Se recomienda diseñar, formular y adoptar formalmente el Manual de Debita Diligencia, asegurando la incorporación de mecanismos y metodologías que desarrollen de manera integral el principio de debida diligencia en todas las interacciones con las contrapartes de la entidad, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 6.3.5.2 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo (Versión 7), este documento deberá priorizar aquellas interacciones con contrapartes que presenten una mayor exposición a riesgos contra la integridad pública, tales como: soborno, fraude, gestión inadecuada de conflictos de interés, corrupción, lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT) y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM). Así mismo, se deberá establecer un cronograma de socialización e implementación de dicho manual en los procesos críticos identificados.

Recomendación No. 20: Se recomienda actualizar e incorporar de forma articulada, tanto en el Manual de Contratación (P-M-3) como en el Procedimiento Gestión Contractual de Venta de Servicios (J-P-4), los lineamientos de la Acción Estratégica 4, "Debita Diligencia", ítem 3, del Anexo Técnico de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. Esta inclusión debe garantizar la plena identificación del beneficiario final en los términos normativos ya descritos, con el fin de mitigar los riesgos asociados al lavado de activos, la financiación del terrorismo y la corrupción, asegurar el cumplimiento del marco legal vigente y fortalecer los controles institucionales en la selección y contratación de clientes y aliados.

Recomendación No. 21: Se recomienda tener en cuenta en la actualización de tablas de retención de las áreas/procesos que deben realizar el conocimiento de la contraparte, lo indicado en el ítem 1 de la Acción Estratégica 4, "Debita Diligencia" del Anexo Técnico de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, así: "Conservar, por lo menos cinco (5) años, con actualización periódica anual, los soportes de la verificación y conocimiento de la contraparte, que permitan la identificación hasta de los beneficiarios finales."

Recomendación No. 22: Se recomienda estructurar, adoptar formalmente y mantener actualizado un instrumento institucional definitivo para la gestión y seguimiento de las redes e instancias de articulación (internas y externas) en las que participa INRAVISIÓN por mandato legal, reglamentario o estratégico. Este mecanismo de control debe asegurar:

- **Trazabilidad y contenido mínimo:** El instrumento debe registrar la identificación de la instancia, dependencia o delegado responsable, periodicidad, soporte de asistencia, compromisos adquiridos, responsables, fechas límite y estado de avance, permitiendo evaluar periódicamente los aportes técnicos de la entidad.
- **Transversalidad del PTEP en redes internas:** Incorporar formal y expresamente las materias del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) dentro de las funciones, agendas o planes de trabajo de las instancias existentes (como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité de Coordinación de Control Interno).
- **Monitoreo periódico:** Garantizar espacios sistemáticos dentro de dichas instancias para la socialización de resultados, seguimiento a compromisos, análisis de riesgos de corrupción e intercambio de buenas prácticas de integridad.

Recomendación No. 23: Se recomienda que, ante el estado "pendiente" observado en el instrumento de planeación de redes internas y externas, se debe proceder con la validación de la participación de INRAVISIÓN en la Comisión Intersectorial para la Programación Educativa y Cultural en Medios de Comunicación Masiva. Para ello, se debe verificar la designación oficial del delegado correspondiente y establecer canales formales de comunicación que permitan hacer seguimiento a los compromisos derivados de dicha instancia, con el fin de

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 51 de 55

asegurar la alineación con los objetivos misionales de la entidad en materia de radio y televisión pública.

Recomendación No. 24: Se recomienda replantear nuevas acciones en el marco del plan de mejoramiento suscrito para el hallazgo identificado con código 2025TRANS2-2 el cual tiene fecha de finalización el 30 de junio de 2026, toda vez que persisten las incompatibilidades, deficiencias e incompletitud en la información contenida en el botón de transparencia, (el detalle de esta observación se desarrolla en el capítulo de planes de mejoramiento del presente informe), con el objetivo de garantizar la actualización oportuna de los instrumentos archivísticos y de gestión documental, la revisión periódica de enlaces y contenidos publicados, así como la adecuada funcionalidad de los canales de atención ciudadana y la interoperabilidad con las plataformas dispuestas por el Estado. Lo anterior, para los siguientes ítems:

- c. Vínculo a redes sociales, para ser redireccionado en los botones respectivos.
- c. Línea anticorrupción.
- 1.3.a. Mapas y cartas descriptivas de los procesos.
- 1..4.a. Información de contacto.
- 1.5.9. Escala salarial según las categorías para servidores públicos y/o empleados del sector privado.
- 1.5.10. Objeto, valor total de los honorarios, fecha de inicio y de terminación, cuando se trate contratos de prestación de servicios.
- 1.10.1. Mecanismo de presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos.
- 1.13.5. Enlace al sitio web del ente o autoridad.
- 2.1.5.a. Políticas y lineamientos sectoriales.
- 2.2.2. Sistema de búsquedas de normas, propio de la entidad.
- 3.3. Publicación de la ejecución de los contratos.
- 4.3.1. Objetivos.
- 4.6.1. Divulgar los informes o comunicados de información relevante.
- 4.7.5.b. Enlace al organismo de control donde se encuentren los informes que éste ha elaborado en relación con el sujeto obligado.
- 4.10.2.e. Sección en el informe reportando el tiempo de respuesta a cada solicitud.
- 6.1.6. Publicación de informes de rendición de cuentas generales.
- 6.2.2.d. Visibilizar avances de decisiones y su estado (semáforo).
- 6.2.3.d. Crear un enlace que redirija a la Sección Normativa.
- 6.2.5.c. Calendario eventos de diálogo.
- 7.1.1.g. Enlace a www.datos.gov.co.
- 7.1.2.e. Fecha de generación de la información.
- 7.1.2.f. Nombre del responsable de la producción de la información.
- 7.1.2.g. Nombre del responsable de la información.
- 7.1.2.i. Plazo de la clasificación o reserva.
- 7.1.2.m. Enlace a www.datos.gov.co.
- 7.1.3.e. Fecha de generación de la información
- 7.1.4. Programa de gestión documental:
 - 7.1.4.a. Plan para facilitar la identificación, gestión, clasificación, organización, conservación y disposición de la información pública, elaborado según lineamientos del Decreto 2609 de 2012, o las normas que lo sustituyan o modifiquen.
 - 7.1.4.b. Aprobación por parte del Comité de Desarrollo Administrativo (entidades del orden nacional) o la aprobación del Comité Interno de Archivo (entidades del orden territorial).
- 3. PQRS.

Recomendación No.25: Se recomienda redefinir, implementar y hacer seguimiento a las acciones contenidas en

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 52 de 55

el plan de mejoramiento identificado con el código 2025TRANS 3-3 Y 2025TRANS 3-4 que tiene fecha de finalización el 30 de junio, con el objetivo de que prioricen la actualización de contenidos que faciliten la accesibilidad como lo son mecanismos complementarios de autodescripción, ajuste de contraste en imágenes y la mejora de los formularios para que orienten de manera clara a los usuarios cuando se presenten errores en el portal web institucional. Lo anterior, con el fin de cerrar las brechas identificadas y mantener los estándares de accesibilidad digital alcanzados por la entidad.

Recomendación No. 26: Se recomienda a la CRCA verificar y reformular las actividades dispuestas en el plan de trabajo de manera articulada con la Coordinación de Gestión Administrativa, correspondientes al hallazgo identificado con código 2025TRANS4, debido a la falta de implementación de acciones para el cierre de las brechas identificadas frente a los criterios evaluados de la NTC 6047, que tienen fecha de finalización el próximo 30 de junio de 2026. Se resalta que de no gestionar las adecuaciones requeridas se continuará incumpliendo con lo establecido en el Artículo 14 de la Ley 1712 de 2014, relacionado con la accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad, el cual dispone que los sujetos obligados deben cumplir con los criterios y requisitos generales de accesibilidad y señalización de los espacios destinados para la atención de solicitudes de información pública y divulgación de la misma, conforme a los lineamientos de la Norma Técnica Colombiana NTC 6047.

Recomendación No. 27: Se recomienda establecer mecanismos y/o indicadores que permitan medir de manera sistemática la efectividad e incidencia de estos espacios de participación en la gestión institucional, identificando el nivel de aprovechamiento de los aportes ciudadanos, el grado de satisfacción de los participantes y las acciones de mejora implementadas como resultado de los ejercicios desarrollados (encuestas, formularios para postulación de temáticas, entre otros) Lo anterior contribuirá a fortalecer los principios de transparencia, participación ciudadana y generación de valor público, así como a consolidar procesos de mejora continua en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Recomendación No. 28: Se recomienda fortalecer la caracterización de los participantes en los diferentes espacios de participación ciudadana, con el propósito de identificar de manera más precisa la participación de grupos poblacionales diferenciales, comunidades étnicas, jóvenes, población rural y demás grupos de interés, contribuyendo así al fortalecimiento de una participación más inclusiva y representativa.

Recomendación No. 29: Se recomienda fortalecer la documentación de los ejercicios de participación y rendición de cuentas mediante la elaboración y conservación de actas de compromisos que incluyan responsables, fechas de cumplimiento, acciones acordadas y seguimiento a su ejecución, facilitando la trazabilidad y el control sobre los compromisos institucionales adquiridos con los grupos de valor y de interés.

Recomendación No. 30: Se recomienda continuar fortaleciendo estos instrumentos mediante la incorporación de indicadores de resultado y el registro específico de los compromisos adquiridos con la ciudadanía, con el fin de facilitar su trazabilidad y la evaluación de su cumplimiento e impacto.

Recomendación No. 31: Se recomienda continuar fortaleciendo la documentación de estos ejercicios mediante la consolidación de un mecanismo que permita visualizar de manera integrada los aportes ciudadanos recibidos, las acciones adoptadas por la entidad y el resultado de su gestión, facilitando el seguimiento y la rendición de cuentas frente a la ciudadanía.

Recomendación No. 32: Se recomienda fortalecer las estrategias de formación y acompañamiento dirigidas a veedurías ciudadanas u otras instancias organizadas de control social, con el propósito de incrementar sus

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 53 de 55

capacidades para ejercer de manera efectiva el control social sobre la gestión institucional y fortalecer los mecanismos de participación ciudadana.

Recomendación No. 33: Se recomienda gestionar de manera prioritaria la consolidación, divulgación y seguimiento a la apropiación e implementación de la Guía para la gestión de conflicto de interés (H-G-1 de 2021), con el fin de fortalecer la gestión preventiva de riesgos de integridad y promover una adecuada cultura ética institucional.

Recomendación No. 34: Se recomienda realizar el reporte oportuno del avance del indicador denominado “Porcentaje de procesos institucionales que incluyen lineamientos del PTEP en su planeación, ejecución y evaluación” con el fin de monitorear el nivel de implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública y la toma propicia de decisiones.

Recomendación No. 35: Se recomienda reformular aquellas actividades de los planes de mejoramiento que, a la fecha, no evidencian avances significativos o presentan deficiencias en su estructuración, particularmente cuando no es posible identificar con claridad los tiempos de ejecución, los responsables, los entregables esperados o los controles asociados. Lo anterior, con el fin de asegurar que las acciones implementadas trasciendan el cumplimiento meramente documental y logren eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, garantizando la sostenibilidad del cumplimiento de la normativa aplicable, la efectividad del plan de mejoramiento y la disminución del riesgo de reincidencia en futuras auditorías internas y externas.

11.3. NO CONFORMIDADES

No conformidad No. 01: En el objetivo del componente transversal no se identifica cómo se realizará la medición, tanto del objetivo general como de los específicos: Así mismo, en la matriz de “Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción (septiembre 01 de 2025 a diciembre 31 de 2026)”, en la que se detallan las actividades a adelantar en el marco de cada componente y categoría, no se puede establecer cómo cada una de éstas aporta al logro de los objetivos específicos propuestos en el PTEP, lo que **incumple** con lo establecido en el Capítulo 2 Componente Transversal, numeral 2 Objetivo del Anexo Técnico que indica “el Programa de Transparencia y Ética Pública debe contar con objetivos específicos, **medibles**, alcanzables, relevantes y con plazos ciertos.” (resaltado al margen del texto), lo cual dificulta el seguimiento y evaluación de su cumplimiento.

No conformidad No. 02: La base de datos en formato Excel publicada en el repositorio institucional (https://s3.amazonaws.com/rtvc-assets-qa-sistemasenalcolombia.gov.co/archivos/rtvc_ita_contratista_a_30_de_junio_de_2024.xlsx) presenta un rezago temporal significativo, al no reflejar datos de las vigencias recientes (2025 y 2026). Adicionalmente, el documento omite campos obligatorios de la matriz ITA, puntualmente: porcentaje de ejecución (3.3.3), recursos totales desembolsados o pagados (3.3.4) y recursos pendientes por ejecutar (3.3.5). Respecto al numeral 3.3.6 (otrosíes, adiciones y modificaciones), el reporte registra exclusivamente las adiciones presupuestales, excluyendo otros tipos de novedades contractuales como las prórrogas. Lo anterior **incumple** con lo establecido en la Acción estratégica 7. Acceso a la información pública y transparencia, transparencia activa, la cual indica: “En particular, respecto de la contratación estatal, en el marco de esta acción estratégica, las entidades deben definir un instrumento de transparencia activa relacionada con los contratos y convenios celebrados para garantizar que se cumpla con el principio de publicidad en SECOP II y que los expedientes contractuales estén siempre actualizados, completos y que la información disponible sea veraz y accesible”.

No conformidad No. 03. Una vez revisado el portal web de la entidad, no se evidenció la publicación de los estados financieros correspondientes al primer trimestre de la vigencia 2026. Esta omisión **incumple** frente a

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026 Página: 54 de 55

los términos perentorios establecidos en la Resolución 261 de 2023 de la Contaduría General de la Nación, artículo 2, numeral 6 “*Publicación de los Informes Financieros y Contables*”, la cual establece que la información contable del primer trimestre del año debe ser publicada a más tardar el 31 de mayo de la respectiva vigencia.

12. CONCLUSIONES

Conclusión General: Componente Transversal del PTEP (INRAVISION)

Tras evaluar las evidencias, soportes y herramientas metodológicas empleadas para el seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), la Oficina de Control Interno concluye que, si bien la entidad demuestra un cumplimiento operativo en la ejecución de actividades aisladas y en el registro de datos e insumos básicos, el componente transversal del programa presenta debilidades estructurales en términos de oportunidad, analítica de datos y valor estratégico.

Esta situación se evidencia principalmente en tres aspectos críticos:

- **Rezago en la implementación del SIGRIP:** Teniendo en cuenta que el SIGRIP es un conjunto de reglas, procesos y herramientas de gestión que las entidades públicas colombianas están obligadas a implementar, la ausencia de avances en su implementación causa que la capacidad de la entidad para detectar, controlar y prevenir los riesgos relacionados con la integridad pública, se mantenga en una etapa puramente documental y reactiva, lo que impide la consolidación de alertas tempranas, limita la interoperabilidad exigida por los entes de control y desaprovecha la analítica de datos para la prevención del riesgo.
- **Desfase en la Oportunidad de la Información:** Las dilaciones e inobservancias en los cronogramas de reporte y comunicación, como el desfase de más de cuatro meses en la socialización del monitoreo con corte a diciembre de 2025 tanto a las áreas operativas como a las instancias de alta dirección (Gerencia y CIGD), restan efectividad al control de gestión, transformándolo en un ejercicio reactivo en lugar de preventivo.
- **Informes con Enfoque de Actividad y no de Impacto:** Los reportes de apoyo a la estrategia, como los presentados por la Coordinación de Comunicaciones, en materia de comunicaciones internas y externas, así como el informe de monitoreo al PTEP que realiza la Coordinación de Planeación, operan actualmente como recopilaciones documentales de actividades ejecutadas, pero adolecen de análisis, medición consolidada de avances, diagnóstico de dificultades, entre otros, que dan el valor necesario para la toma de decisiones oportunas a la implementación de los diferentes lineamientos del PTEP.

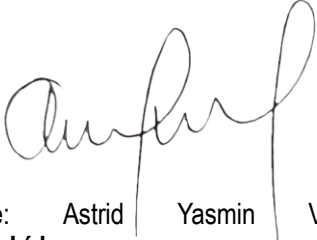
En consecuencia, el componente transversal del PTEP al interior de la entidad funciona hoy como un repositorio de cumplimiento documental que carece de la madurez analítica y la articulación técnica necesarias para constituirse en un insumo confiable y oportuno para la toma de decisiones estratégicas. Se requiere la adopción inmediata de las oportunidades de mejora recomendadas para transformar este esfuerzo institucional en un modelo automatizado, preventivo y alineado con los estándares de transparencia y la política de control del MIPG.

Conclusión General sobre el PTEP de INRAVISION

El principal reto institucional radica en la concepción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), el cual no está siendo abordado bajo un enfoque sistémico o de redes de gestión compartida, sino a través de ejecuciones desagregadas y diferenciadas entre las dependencias. Esta fragmentación limita la articulación y

	CONTROL INTERNO	Código: K-F-11
	FORMATO	Versión: 2
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Fecha: 01/06/2026
		Página: 55 de 55

armonización de las actividades, restando efectividad al control preventivo. Para superar este rezago, es imperativo estructurar de manera formal la Función de Cumplimiento y consolidar el SIGRIP (Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública) no como tareas independientes, sino como los ejes articuladores de la política de gestión integral del riesgo. Como oportunidad de mejora tecnológica, la entidad dispone de la herramienta SUITE VISION, la cual cuenta con el potencial técnico para ser parametrizada e integrar los módulos del SIGRIP, optimizando el monitoreo, la trazabilidad y la unificación de los criterios de integridad en un solo ecosistema institucional

Elaborado por:	Aprobado por:
Firma:  Nombre: Astrid Yasmin Villanueva C. Auditor Líder	Firma:  Nombre: José Ricardo Tobo González Asesor Oficina de Control Interno