

DATOS GENERALES

Título: Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos en respuesta a las Auditorías Internas realizadas durante las vigencias 2024 y 2025, actividades evidenciadas por cada dependencia con corte al primer trimestre de 2026.

Tipo de Informe: De ley __ Seguimiento y/o Evaluación X

Destinatarios:

Mauricio Rodríguez Gómez – Director General
Sandra de la Rosa Montoya – Subdirectora Administrativa y Financiera
Javier Pineda López – Subdirector Técnico y Desarrollo Sostenible
Angélica Rodríguez Castilla – Subdirectora de Investigación y Educación Ambiental
Carlos Triviño Montes – Jefe Oficina Asesora Jurídica
Rafael Escudero Aguirre – Jefe Oficina Asesora de Planeación

DESCRIPCIÓN

Introducción

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento y evaluación establecidas en la Ley 87 de 1993 y en concordancia con lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, presenta el informe de seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por el Establecimiento Público Ambiental de Cartagena – EPA Cartagena, derivados de las auditorías internas realizadas durante las vigencias 2024 y 2025.

El presente seguimiento tiene como finalidad verificar el avance y cumplimiento de las acciones de mejora formuladas por las diferentes dependencias, correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2026, evaluando la efectividad de las medidas implementadas para subsanar los hallazgos y observaciones identificados, fortalecer los procesos institucionales y contribuir al mejoramiento continuo de la gestión administrativa, técnica y financiera de la entidad.

Marco Legal:

- Constitución Política de Colombia de 1991. En sus artículos 209 y 269, establece que la función administrativa debe desarrollarse con fundamento en los principios de eficiencia, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, así como la obligación de las entidades públicas de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de

control interno.

- Ley 87 de 1993. “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”, la cual define el Sistema de Control Interno y asigna a las Oficinas de Control Interno la responsabilidad de evaluar y verificar la efectividad de los controles, así como realizar seguimiento a las acciones correctivas derivadas de auditorías internas.
- Decreto 648 de 2017. Modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, estableciendo los roles de las Oficinas de Control Interno, entre ellos el de evaluación y seguimiento, enfoque hacia la prevención y acompañamiento institucional.
- Decreto 1499 de 2017. Mediante el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, articulando el Sistema de Control Interno con la gestión institucional y promoviendo la mejora continua de los procesos.
- Decreto 1083 de 2015. Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, que compila las disposiciones relacionadas con la administración pública y el Sistema de Control Interno.
- Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Establece lineamientos para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas, orientando el fortalecimiento institucional y la gestión de riesgos.

Objetivo:

Verificar el grado de avance de las actividades propuestas en los Planes de Mejoramiento por proceso, producto de las auditorías internas realizadas durante la vigencia 2024 y 2025, con corte a primer trimestre de la vigencia 2026.

Alcance:

El seguimiento se realizará sobre la gestión presentada del 1 de enero al 31 de marzo de 2026, por todas las áreas responsables de los Planes de Mejoramiento producto de las Auditorías Internas por proceso Vigencias 2024 y 2025.

Metodología Aplicada

Para el desarrollo del presente seguimiento, la Oficina de Control Interno adelantó la revisión del avance de los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías internas realizadas durante las vigencias 2024 y 2025, correspondientes a las diferentes dependencias del Establecimiento Público Ambiental de Cartagena – EPA Cartagena.

En primer lugar, en la elaboración y remisión de oficios dirigidos a las dependencias responsables, mediante los cuales se solicitó informar el estado de avance de las acciones

de mejora pendientes de cumplimiento, correspondientes al primer trimestre de la vigencia 2026, así como el envío de las evidencias que soportaran las actividades ejecutadas.

Posteriormente, se realizó la revisión y análisis de las respuestas recibidas, verificando la información reportada, el porcentaje de cumplimiento alcanzado y la pertinencia de los soportes aportados frente a cada hallazgo identificado.

Con base en esta información, se consolidó el presente informe de seguimiento, permitiendo establecer el nivel de avance de los planes de mejoramiento, identificar acciones pendientes y formular las recomendaciones orientadas al fortalecimiento del control interno y la mejora continua de los procesos institucionales.

DESARROLLO

En cumplimiento con el Plan Anual de Auditorías Internas 2026, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno del Establecimiento Público Ambiental de Cartagena – EPA, en el cual se acordó realizar el seguimiento a los Planes de Mejoramientos Internos, en respuesta a las auditorías internas realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno del EPA.

Conforme a esto, la Oficina Asesora de Control Interno, realizó solicitud de avance a los planes de mejoramiento con corte al primer trimestre de 2026, a través de los memorandos enunciados a continuación, posteriormente, una vez se recibieron las respuestas con las evidencias por cada líder de proceso, remitidas por SIGOB y al correo electrónico institucional, controlinterno@epacartagena.gov.co, fueron debidamente revisadas y analizadas de acuerdo a las acciones de mejora propuestas (acciones a implementar), por los responsables de cada dependencia.

SOLICITUD			RESPUESTA	
DEPENDENCIA	MEMORANDO	FECHA	MEMORANDO	FECHA
Subdirección Administrativa y Financiera	EPA-MEM-0000683-2026	16-04-2026	EPA-MEM-0000783-2026	24-04-2026
Subdirección Técnica y de Desarrollo Sostenible	EPA-MEM-0000686-2026	16-04-2026	EPA-MEM-0000802-2026	27-04-2026
Subdirección de Investigación y Educación Ambiental	EPA-MEM-0000685-2026	16-04-2026	EPA-MEM-0000799-2026	27-04-2026
Oficina Asesora Jurídica	EPA-MEM-0000598-2026	9-04-2026	EPA-MEM-0000637-2026	13-04-2026

1. TOTAL HALLAZGOS POR PROCESO: ESTRATÉGICO, MISIONAL O DE APOYO

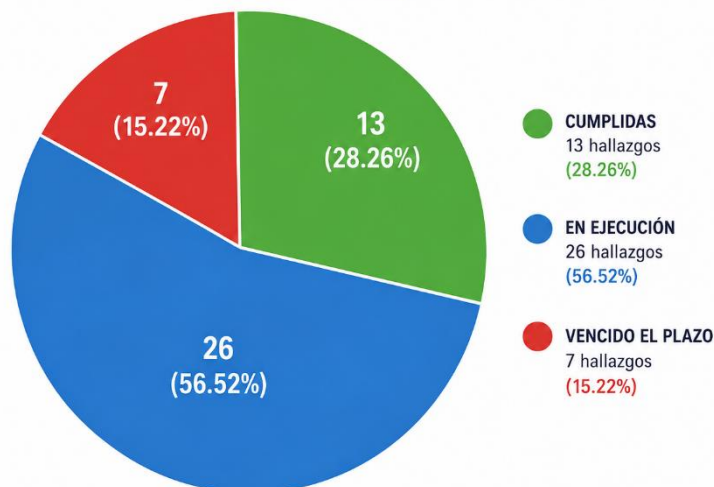
Resultado del seguimiento se evidencia por proceso estratégico, misional o de apoyo, de los 46 hallazgos, establecidos en las auditorías internas vigencias 2024 y 2025, 12 están cumplidas (26.08%), 7 en ejecución (15.21%) y 27 tienen vencido el plazo (58.7%), como se presenta a continuación:

Auditoría Interna	Vigencia de ejecución de la auditoría	Hallazgos identificados	Cumplida	En ejecución	Con plazo vencido
Subdirección Administrativa y Financiera					
Auditoría al proceso de gestión documental	2024	3	1	0	2
Auditoría al proceso de gestión administrativa y financiera	2024	8	5	0	3
Auditoría al proceso de talento humano	2025	7	2	0	5
Subdirección de Investigación y Educación Ambiental					
Auditoría al proceso de investigación y educación ambiental	2024	2	0	0	2
Subdirección Técnica y Desarrollo Sostenible					
Auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental	2024	8	0	0	8
Auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental	2025	7	0	7	0
Oficina Asesora Jurídica					
Auditoría al proceso de gestión contractual vigencia 2024	2024	5	2	0	3
Auditoría al proceso	2025	6	3	0	3

gestión contractual vigencia 2025					
Total		46	13	7	26

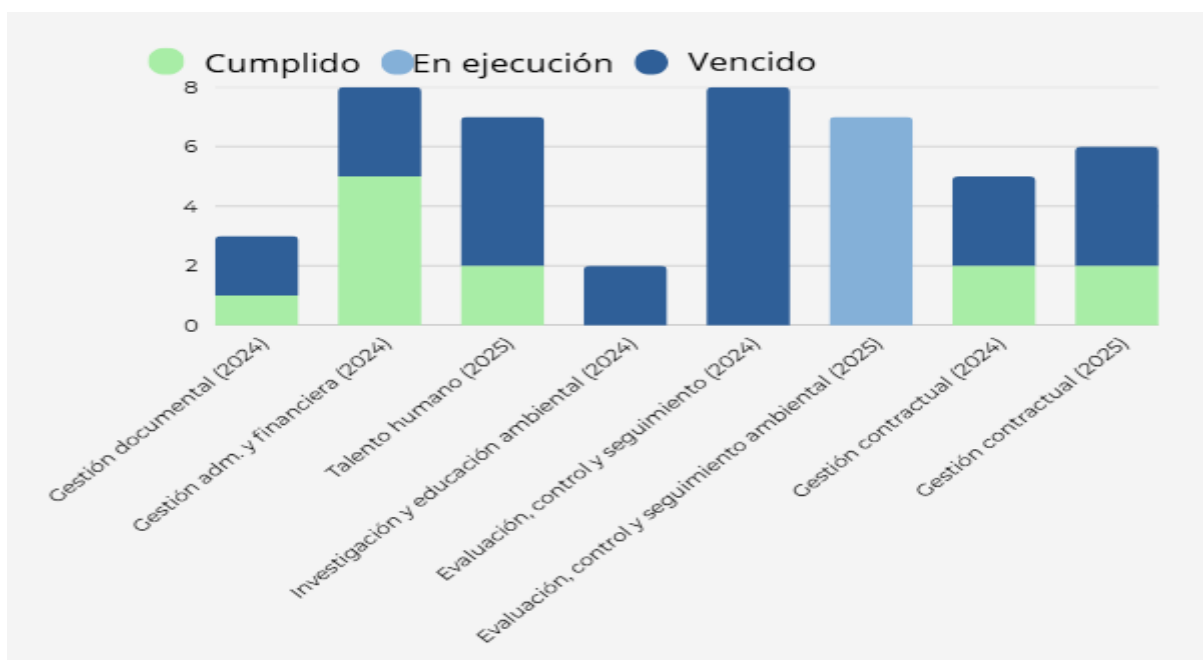
**ESTADO DE LOS HALLAZGOS DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO
DE LAS AUDITORÍAS EVALUADAS (VIGENCIAS 2024 Y 2025)**

Total de hallazgos: 46



Del total de 46 hallazgos:

13 están cumplidas (28.26%), 26 en ejecución (56.52%) y 7 tienen vencido el plazo (15.22%).



1.1 Planes de mejoramiento internos suscritos por la Subdirección Administrativa y Financiera

1.1.1. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de gestión documental

En atención a la información reportada por la Subdirección Administrativa y Financiera, se reportan los siguientes avances:

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	Observaciones
Hallazgo #1: Durante la auditoría se identificó que las dependencias no utilizan las tablas de retención documental establecidas para el manejo de archivos, ya que no se evidencia la codificación de los documentos serie y subseries asignadas, por lo que se recomienda adelantar urgentemente estrategias y procesos de inducción y/o socialización que permitan fortalecer los conocimientos, la comprensión y el uso de las políticas, los procedimientos e instructivos relacionadas con el manejo de archivos.	1. Socializar a funcionarios y contratista la importancia del uso de la TRD. 2. Realizar capacitaciones presenciales para incentivar el uso de las herramientas archivísticas. 3. Establecer compromisos y lineamientos con los funcionarios y contratistas, para la adecuada implementación de los instrumentos archivísticos.	100%	Esta actividad con cumplimiento del 100% se cerró en el informe anterior
Hallazgo #2: Se evidencia debilidad en el cumplimiento del PINAR con un indicador calculado con un 64% y un diferente de avance registrado en el 63%, en los dos casos, no se alcanza la meta establecida para el indicador en la actual vigencia.	Cumplir con las actividades establecidas en el PINAR VIGENCIA 2025	75%	El PINAR vigencia 2025, se ejecutó en un 75%
Hallazgo #3, Diferencia entre los riesgos establecidos en la caracterización del proceso y los riesgos reportados en la auditoría como se puede observar a continuación:	Unificar los riesgos del procedimiento de Gestión Documental	50%	Se actualizaron los mapas de riesgo de gestión y corrupción del proceso de Gestión Documental y se remitieron ala Oficina Asesora de Planeación para su revisión y posterior aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño

Con respecto al primer hallazgo, conforme a la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, con corte a 30 de junio de 2025, ya se encontraba al 100% de cumplimiento de las acciones a implementar.

En lo relacionado con el segundo hallazgo, durante el seguimiento realizado con corte al primer trimestre de 2026, la dependencia informó que para la vigencia 2025 la ejecución de las actividades del PINAR alcanzó un 73%, lo que refleja una mejora frente a la vigencia anterior; sin embargo, nuevamente no se logró el cumplimiento total de las actividades programadas, persistiendo el incumplimiento que dio origen al hallazgo. Teniendo en cuenta que el plazo establecido en el plan de mejoramiento ya se encuentra vencido, no es procedente el cierre definitivo del hallazgo, manteniéndose en estado de incumplimiento.

Asimismo, para la vigencia 2026 se reporta un avance del 33% correspondiente al primer trimestre, lo cual evidencia continuidad en la ejecución de actividades orientadas al fortalecimiento de la gestión documental y archivística. No obstante, resulta necesario reforzar el seguimiento y control sobre las acciones pendientes, a fin de garantizar el cumplimiento del PINAR de la presente vigencia y evitar la reiteración de la situación observada en vigencias anteriores.

En consecuencia, se mantiene el porcentaje de avance alcanzado durante la vigencia 2025 (75%) y se recomienda a la dependencia responsable priorizar el cierre de las actividades pendientes del PINAR de la vigencia 2026, y asegurar la remisión oportuna de los soportes que evidencien el cumplimiento efectivo de las acciones programadas.

Finalmente, frente al seguimiento del tercer hallazgo con corte al primer trimestre de 2026, la dependencia reportó un avance del 50%, informando que fueron actualizados los mapas de riesgos de gestión y corrupción del proceso de Gestión Documental y remitidos a la Oficina Asesora de Planeación para su revisión y posterior aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Esta actuación se soporta en el memorando EPA-MEM-0002142-2025 del 22 de diciembre de 2025, mediante el cual se remitieron las matrices actualizadas para revisión, indicando además que estas fueron elaboradas teniendo en cuenta las caracterizaciones aprobadas y vigentes.

Si bien se evidencia gestión y avance en la actualización documental, se acepta el avance del 50%, toda vez que aún se encuentra pendiente la validación definitiva por parte de la Oficina Asesora de Planeación y la aprobación correspondiente por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancia que formaliza la adopción de los riesgos unificados.

1.1.2. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de gestión administrativa y financiera

En atención a la información reportada por la Subdirección Administrativa y Financiera, se reportan los siguientes avances:

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	OBSERVACIONES
Hallazgo # 1: Desconocimiento General de los documentos que hacen parte del proceso y sus procedimientos, aspecto que se evidencio al preguntar al personal sobre su conocimiento y manejo de los documentos establecidos en el proceso y los procedimientos, incumpliendo el artículo 7 del Decreto Ley 1567 de 1998 y la responsabilidad de "Garantizar la Implementación adecuada del procedimiento descrito en el documento", según lo descrito el "Procedimiento Información Documentada", Código: P GP-001, versión 5.0 de Fecha: 24/05/2021, por lo que se recomienda adelantar urgentemente estrategias y procesos de inducción y/o socialización de los mismos.	1. Realizar una (1) jornada de inducción y reinducción al personal en general, donde serán dados a conocer los manuales, procesos y formatos correspondientes a sus áreas. 2. Revisar y actualizar periódicamente los procedimientos y documentos del proceso	100%	Esta actividad se evidencia con cumplimiento del 100% en el informe anterior.
Hallazgo # 2 En el procedimiento para la elaboración del presupuesto, Código: P-GAF011, versión: 1.0, del Fecha: 15/11/2022, en el numeral "6 Actividades", solo tiene en cuenta los gastos de funcionamiento e inversión, por lo que falta incluir actividades relacionadas al cálculo y	1. Se actualizará el P-GAF-011 Procedimiento de elaboración de anteproyecto de presupuestos Incluyendo la estimación de ingresos en la	100%	Esta actividad se evidencia con cumplimiento del 100% en el informe anterior.

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

proyecciones de los ingresos, como insumo para la planeación y proyección del presupuesto de ingresos, en concordancia con lo establecido en el Decreto – Ley- 111 de 1996 y demás normas concordantes del orden Distrital y/o Nacional.	planificación presupuestal. 2. Se enviará a la oficina de planeación el Procedimiento actualizado para su aprobación.		
Hallazgo #3 Se tienen definidos tres (3) indicadores de gestión en el proceso, pero se evidencia debilidad en la fuente de información, en el cumplimiento de la frecuencia de medición, en el análisis de los datos, tendencias y evaluación que permita tomar decisiones en cuanto al comportamiento de los indicadores, tales como sobreestimación y/o subestimación de metas, no se evidencian toma de acciones ante los resultados obtenidos en los indicadores	Se revisarán los indicadores y en conjunto con la Oficina de planeación, se establecerá la viabilidad de modificar los indicadores establecidos. De existir falencias en la medición de los indicadores se surtirán nuevos parámetros.	0%	La Subdirección Administrativa y Financiera envió las fichas de indicadores, sin la medición correspondiente.
Hallazgo #4 Los entrevistados, evidencian desconocimiento y gestión de los riesgos del proceso, incumpliendo lo establecido en la Política de Administración de Riesgos del EPA Cartagena, basada en la metodología que establece el MIPG y acorde con el modelo de las tres líneas de defensa	Realizar una (1) jornada de inducción dirigido a funcionarios de Planta que ingresaron esta vigencia a la entidad, donde serán presentados los manuales, procesos y formatos correspondientes a sus áreas.	100%	Esta actividad se evidencia con cumplimiento del 100% en el informe anterior.
Hallazgo #5 No se han establecido los riesgos de los procesos contables, la identificación de riesgos contables debe considerar los riesgos causados por factores internos y externos, tales como: la estructura del área contable, la competencia y suficiencia del talento humano, la disponibilidad de los recursos financieros, la falta de capacitación del personal del área contable, la inadecuada infraestructura tecnológica y el software obsoleto, generando inconvenientes con la calidad de la información y operatividad de los recursos tecnológicos.	Establecer Riesgos al proceso de gestión contable de la entidad.	50%	Se actualizaron los mapas de riesgo de gestión y corrupción del proceso de Gestión Documental y se remitieron a la Oficina Asesora de Planeación para su revisión y posterior aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño
Hallazgo #6 Se reitera el hallazgo respecto a solicitar al proveedor del sistema de información Apolo, la necesidad de continuar con la automatización de varios procesos que aún se adelantan manualmente desde el área contable, como es la liquidación y el registro de la nómina en los módulos de presupuesto, la liquidación y registro de novedades y parafiscales, entre otros.	Se solicitará al proveedor del sistema de Información contable Apolo ajuste necesarios para lograr el correcto funcionamiento del sistema en los diferentes módulos.	100%	Esta actividad se evidencia con cumplimiento del 100% en el informe anterior.
Hallazgo #7 No se evidencian planes de mejoramiento en respuesta a las observaciones y Hallazgos presentados en los informes de auditoría de la revisoría fiscal, encontrando hallazgos reiterativos urgentes de corregir, que generan riesgos en la razonabilidad de las cuentas contables Se debe dar seguimiento a las recomendaciones brindadas por parte de revisoría fiscal	Para la presente vigencia con el revisor fiscal vigente, se suscribirán los planes de mejoramiento que sugiera.	100%	Esta actividad se evidencia con cumplimiento del 100% en el informe anterior.
Hallazgo #8 De los planes de mejoramiento en respuesta a las auditorías internas vigencia 2022 y 2023, pese a que se venció el tiempo para el cierre eficaz, aún tiene pendientes por cumplir con las acciones proyectadas para los hallazgos #1 de la auditoría interna al Sistema de Control Interno contable vigencia 2022, al igual que los hallazgos #3, #4 y #5 de la auditoría interna al proceso de Gestión Administrativa y Financiera y sistema de control interno contable vigencia 2023, cuyo plazo de cumplimiento venció el pasado 30 de junio de 2024.	Se subsanarán los hallazgos pendientes por terminar gestión en lo concerniente a la auditoría interna de vigencia 2023.	0%	No se presentó avance para el cumplimiento de esta actividad

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se concluye que los hallazgos No. 3, 5 y 8 del plan de mejoramiento del proceso de gestión administrativa y financiera se mantienen en estado de incumplimiento, toda vez que, a la fecha de corte del primer trimestre de la vigencia 2026, no se evidencia el cumplimiento efectivo de las acciones correctivas propuestas y los plazos establecidos para su ejecución se encuentran

vencidos (3 de septiembre de 2025 para los hallazgos 3 y 5, y 31 de diciembre de 2024 para el hallazgo 8).

En relación con el Hallazgo No. 3, se observa un avance nulo (0%), evidenciándose que, aunque se remitieron fichas de indicadores, estas carecen de medición, análisis y seguimiento, lo que limita la toma de decisiones basada en información confiable.

Frente al Hallazgo No. 5, si bien se reporta un avance del 50%, este no resulta suficiente para su cierre, en tanto la identificación y formalización de los riesgos contables no ha culminado con su aprobación y adopción oficial.

Por su parte, el Hallazgo No. 8 no presenta un avance claro, evidenciando la falta de gestión para subsanar hallazgos de vigencias anteriores, lo cual refleja una reiteración en las debilidades del proceso.

En consecuencia, la persistencia de estos hallazgos vencidos evidencia debilidades en la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones correctivas, afectando la efectividad del Sistema de Control Interno y el principio de mejora continua. Por lo anterior, no es procedente su cierre, debiendo mantenerse en seguimiento hasta tanto se evidencie su cumplimiento total, con soportes verificables y aprobaciones formales correspondientes.

Adicionalmente, se precisa que estos hallazgos serán objeto de verificación y análisis más detallado en el marco de la auditoría al proceso de gestión administrativa y financiera que actualmente adelanta la Oficina de Control Interno, lo que permitirá validar la efectividad de las acciones reportadas y, de ser el caso, determinar nuevas observaciones o ajustes requeridos.

1.1.3. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de “Gestión Del Talento Humano (GTH)- Asuntos de carrera administrativa CNSC

En atención a la información reportada por la Subdirección Administrativa y Financiera, se reportan los siguientes avances:

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	OBSERVACIONES
Hallazgo #1: no se evidencian la evaluación parcial de desempeño del primer semestre. Corresponde al período comprendido entre el primero (1°) de febrero y el treinta y uno (31) de julio del presente año del señor Decio Echenique Batista, incumpliendo el Artículo 5°. EVALUACIONES PARCIALES Y EVENTUALES EN EL PERÍODO ANUAL, del Acuerdo No. CNSC - 20181000006176 del 2018, “Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba”	1. Realizar un memorando dirigido a la supervisora y funcionario identificados que han incumplido la realización de evaluación de desempeño, recordándole las obligaciones y riesgos al incumplir tal directriz. 2. Realizar un memorando dirigido a los Jefes de áreas, supervisores y personal de carrera administrativa, recordando la obligación de realizar la evaluación de desempeño de los funcionarios de carrera, así como los tiempos estipulados para ello, y las implicaciones de su no realización.	100%	Se evidencia cumplimiento del 50% de la actividad dentro del periodo de ejecución de la acción de mejora, y del 50% restante, durante el primer trimestre de la vigencia 2026.
Hallazgo #2: No se evidencia que se remitieron las solicitudes de actualización del		50%	No se presenta acción de mejora ni avance del hallazgo

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

registro a la CNSC del señor Decio Echenique Batista, quien registra código 401, grado 10			identificado. Sin embargo, se evidenció la corrección del funcionario en el aplicativo.
Hallazgo #3: Se evidencia error en el registro de la funcionaria: Paola Margarita Pinillos Olier, quien registra código 222, grado 19, por lo que se recomienda se revise e informe a la CNSC	Realizar la revisión en el aplicativo SIMO referente al Registro Público de Carrera Administrativa y proceder hacer los ajustes necesarios, en el cargue de documentación para su correcta su actualización.	100%	Se evidencia Resolución 14327 de 30 de diciembre de 2025 expedida por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por la cual se actualiza en el Registro Público de Carrera Administrativa a unos servidores público, entre ellos Paola Pinillos Olier
Hallazgo #4: No se evidencia que la comisión de personal realizara las reuniones ordinarias una vez al mes, incumpliendo el Artículo Décimo Tercero. Reuniones de la Comisión de Personal, del Acuerdo N° 001 de 2023 "Por medio del cual se reglamenta el funcionamiento de la Comisión de Personal del EPA".	Se evidencia que la no periodicidad de la reunión obedece a la carencia de temas a tratar y evitar la ineficacia de las reuniones y optimización del tiempo. Como secretaria técnica del comité se propone que en la instalación del nuevo comité se reajuste los periodos de sesión, dejando abierta la posibilidad con ocasión a los temas a tratar y la urgencia de estos.	16.6%	La Subdirección Administrativa y Financiera, no reportó los registros de evidencia de reunión durante el mes de diciembre. Sin embargo, presenta los registros de asistencia de 2 reuniones realizadas durante el primer trimestre de la vigencia 2026.
Hallazgo #5: No se evidencia hoja de vida en el SIGEP del funcionario Alexis Manuel Viloria Escobar, se recomienda que los funcionarios actualicen sus hojas de vida cuando se presenten novedades.	1. Elaborar un requerir de forma inmediata al funcionario Alexis Manuel Viloria Escobar que complete y cargue la totalidad de su información y soportes en el SIGEP. 2. Estructurar y emitir una circular o comunicación oficial a todos los empleados de la entidad, recordando la obligatoriedad y responsabilidad de mantener actualizada su información en el SIGEP ante cualquier novedad (cambio de estudios, experiencia laboral, estado civil, etc.).	50%	Se evidencia hoja de vida del funcionario en el formato de hoja de vida de SIGEP con la información completa. Sin embargo, mediante EPA-MEM-0000823-2026 la Subdirección Administrativa y Financiera remite matriz con la base de datos de funcionario de la entidad, indicando que algunos aún cuentan con la hoja de vida desactualizada en SIGEP
Hallazgo #6: En SIGEP II, no se evidencia que los funcionarios de planta del EPA se encuentren con vinculación registrada, por lo tanto, se recuerda que: "No se puede vincular a los funcionarios hasta tanto no se registre en el sistema una aprobación de su hoja vida de parte de un usuario autorizado de la entidad. Dicha aprobación debe haberse realizado hace menos de 52 meses y se puede hacer validando la hoja de vida desde el componente Información de las personas."	1. Identificar a todos los funcionarios que se encuentren en la misma situación y realizar el proceso de aprobación de sus hojas de vida en el módulo "Información de las personas" del SIGEP II de manera retroactiva, asegurando que la fecha de aprobación cumpla con los requisitos del sistema. 2. Solicitar a la plataforma SIGEP II la corrección y actualización de la información reportada.	96.15%	Mediante EPA-MEM-0000823-2026 la Subdirección Administrativa y Financiera indica que los funcionarios del EPA ya se encuentran vinculados a la entidad. Actualmente, se encuentra pendiente solo un funcionario que se encontraba en periodo de prueba.
Hallazgo #7: No se evidencia en el SIGEP la declaración de bienes y rentas 2024 del funcionario Alexis Manuel Viloria Escobar y se observan dos declaraciones presentadas extemporáneamente, la del señor Alexandra Viviana Lopez Polo y la del señor Jesús Manuel Castrillo Lopez	1. Elaborar un requerir de forma inmediata al funcionario Alexis Manuel Viloria Escobar que realice la declaración de bienes y rentas. 3. Estructurar y emitir una circular o comunicación oficial a todos los empleados de la entidad, recordando la obligatoriedad y responsabilidad de mantener actualizada su información en el SIGEP ante cualquier novedad (cambio de estudios, experiencia laboral, estado civil, etc.), con inclusión del ítem de declaración de bienes y servicios.	50%	Se evidencia declaración de del funcionario en el formato de hoja de vida de SIGEP con la información completa. Sin embargo, mediante EPA-MEM-0000823-2026 la Subdirección Administrativa y Financiera indica que próximamente será solicitado a todos los funcionarios con el fin de mantener actualizada la información relacionada con su situación patrimonial, recordando que el diligenciamiento debe realizarse entre el 1° de abril y el 31 de julio de cada vigencia para las entidades territoriales

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se concluye que el plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría al proceso de Gestión del Talento Humano (GTH) – asuntos de carrera administrativa presenta un bajo nivel de cumplimiento, evidenciándose avances parciales en algunas acciones, pero con una proporción significativa de hallazgos en estado de incumplimiento o con avances insuficientes.

En efecto, de los siete (7) hallazgos identificados, únicamente dos (2) se encuentran cumplidos con evidencias, y uno (hallazgo 2) que, si bien presenta una situación crítica como la ausencia de acciones de mejora, se pudo evidenciar la corrección en el aplicativo de lo relacionado en dicho hallazgo, y avances incompletos en los Hallazgos No. 4, 5, 6 y 7, los cuales no permiten garantizar la efectividad de las acciones implementadas ni su cierre definitivo. Teniendo en cuenta que el plazo para el cumplimiento de estos hallazgos venció el pasado 12 de diciembre de 2025.

Por lo anterior, la oficina de control interno se encuentra realizando un nuevo informe de evaluación del proceso de implementación del sistema de evaluación de desempeño laboral, en el cual se analizarán los resultados de avance del presente plan de mejoramiento. Sin embargo, hasta tanto no se concluya el informe que actualmente se encuentra en ejecución, no es procedente el cierre de los hallazgos pendientes, los cuales deberán mantenerse en seguimiento hasta tanto se evidencie su cumplimiento total, con soportes verificables, actualizados y acordes con las acciones formuladas. Asimismo, se hace necesario fortalecer los mecanismos de control y seguimiento por parte de los líderes del proceso, a fin de garantizar el cumplimiento oportuno de las acciones correctivas y evitar la reiteración de las situaciones identificadas.

1.2 Planes de mejoramiento internos suscritos por la Subdirección de Investigación y Educación Ambiental.

1.2.1. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de investigación y educación ambiental

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	Observaciones de Avance
---------------------------------	----------------------	-------------	-------------------------

Hallazgo #1: Los procedimientos del proceso, están desactualizados, como se indicó anteriormente, no se han socializado completamente, por lo cual no se utilizan, como se evidencia por el no uso del "Formato para el diseño y Desarrollo de las capacitaciones y sensibilización", establecido y mencionado en el numeral 6 del "PROCEDIMIENTO PARA CAPACITACIONES, PERSUASIONES Y/O SENSIBILIZACIONES". De igual forma se observa que se realizan actividades diferentes a las establecida en los documentos, o que no son pertinentes para los procedimientos, como por ejemplo el "Formato para la Presentación de Proyectos de Investigación Ambiental", el cual indican los entrevistados que se rige por la Metodología General Ajustada "MGA", que es una metodología aplicable a los proyectos de inversión, pero los proyectos de investigación tienen otros parámetros dependiendo el sector y la entidad a la cual se le presenta el proyecto. Es importante fortalecer cada procedimiento y de paso, dar cumplimiento a las directrices establecidas en las Guías para la gestión por procesos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), por lo que la Oficina Asesora de Control Interno, ratifica la recomendación	Establecer estrategias y acciones tendientes a revisar y actualizar los procedimientos, en concordancia con el procedimiento interno "PROCEDIMIENTO INFORMACIÓN DOCUMENTADA, Versión:5.0", en especial adoptando las formas de presentar la secuencia lógica de actividades: A través de "b. Matriz de Descripción de Actividades: que se muestra a continuación como la segunda estructura aprobada para la descripción de actividades o "Paso a Paso" para cada Procedimiento".	50%	No se evidencia envío de los procedimientos a la Oficina Asesora de Planeación para su actualización. Igualmente, hasta que no se actualicen no se puede dar por cumplido el hallazgo.
Hallazgo #2: La mayor parte de los entrevistados, desconoce los indicadores del proceso; los indicadores presentados tiene como ultimo cálculos el primer trimestre, incumpliendo la periodicidad para su cálculo y analice de los indicadores claves para medir el desempeño del proceso, lo que impide la toma de decisiones basadas en información y la identificación de alertas preventivas por posibles incumplimiento a metas y el establecimiento de acciones de mejora, por lo que la Oficina Asesora de Control Interno, recomienda con los encargados de cada procedimiento, revisar y definir los indicadores claves para medir el desempeño del proceso y de manera integral la gestión de la Subdirección, acorde a lo establecido en la Ley 909 de 2004.	Socializar con los responsables de cumplimiento de metas, los indicadores claves para medir el desempeño del proceso y de manera integral la gestión de la Subdirección.	50%	Si bien se evidencia una jornada de inducción y reinducción en la subdirección, en la que se incluye la socialización de los indicadores, no se presentan los indicadores medidos en las frecuencias establecidas, para las vigencias 2024, 2025 y/o 2026.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se concluye que el plan de mejoramiento correspondiente al proceso de Investigación y Educación Ambiental presenta un nivel de cumplimiento parcial, evidenciándose avances en la ejecución de las acciones propuestas; sin embargo, estos no son suficientes para el cierre de los hallazgos identificados.

En efecto, los dos (2) hallazgos formulados en la auditoría interna de la vigencia 2024 registran un avance del 50%, lo cual evidencia gestión por parte de la dependencia; no obstante, como persisten debilidades en el proceso, tales como la actualización,

formalización y uso efectivo de los procedimientos, así como en la medición, análisis y seguimiento de los indicadores de gestión.

Particularmente, se observa que, aunque se han adelantado acciones de socialización y capacitación, no se ha culminado la actualización de los procedimientos ni su validación ante la instancia competente, lo que limita su aplicación efectiva. De igual forma, la ausencia de medición periódica de los indicadores impide evaluar el desempeño del proceso y dificulta la toma de decisiones oportunas basadas en información confiable.

Por lo anterior, y en virtud de que la oficina de control interno se encuentra realizando una nueva auditoría al proceso de investigación y educación ambiental, en la cual se analizarán los resultados de avance del presente plan de mejoramiento. Sin embargo, hasta tanto no se concluya la auditoría que actualmente se encuentra en ejecución, no es procedente el cierre de los hallazgos pendientes, los cuales deberán mantenerse en seguimiento hasta tanto se evidencie su cumplimiento total, con soportes verificables, actualizados y acordes con las acciones formuladas. Asimismo, se hace necesario fortalecer los mecanismos de control y seguimiento por parte de los líderes del proceso, a fin de garantizar el cumplimiento oportuno de las acciones correctivas y evitar la reiteración de las situaciones identificadas.

1.3 Planes de mejoramiento internos suscritos por la Subdirección Técnica y Desarrollo Sostenible.

1.3.1. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental vigencia 2024

La Subdirección Técnica y Desarrollo Sostenible no envió información relacionada con el cumplimiento de este plan de mejoramiento. Sin embargo, teniendo en cuenta que la oficina de control interno se encuentra realizando una nueva auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental vigencia 2026, en ésta, se analizarán los resultados de avance del presente plan de mejoramiento.

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	Observación
Debilidad por falta de personal para el desarrollo de las actividades propias del proceso, teniendo presente que a nivel misional es uno de mayor responsabilidad y con alto volumen de solicitudes y tramites que requieren actuación en términos perentorios, lo que ha generado aumento en la carga de trabajo, afectando la calidad y oportunidad de las respuestas a PQRDS.	Optimizar la mesa de entrada con procedimientos y personal capacitado, que permitan incluir acciones de automatización de estos. Contratación de personal idóneo para atender las solicitudes y tramite de manera eficiente. Optimizar el proceso (mesa de entrada) mediante herramientas tecnológicas. Monitoreo y seguimiento de las acciones implementadas mediante reuniones de trabajo que permitan la retroalimentación y mejora continua	20%	La actividad presentaba este avance en el informe anterior. No se presenta evidencia del cumplimiento de esta actividad por lo que no se puede establecer otro porcentaje de avance para esta actividad.

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

Debilidad en el proceso de inducción a nuevos funcionarios que origina el avance de las actividades y por ende puede afectar la toma de decisiones, por lo que la Oficina Asesora de Control Interno, ratifica la recomendación dada en otros documentos de adelantar urgentemente estrategias y procesos de inducción al personal, en este caso en particular que incluya socialización de los documentos de los procesos y sus procedimientos, desconocimiento general de los documentos, indicadores, riesgos y planes de mejoramiento que hacen parte del proceso y de sus procedimientos, generando que los nuevos funcionarios incluido el Subdirector Técnico y de Desarrollo Sostenible, no están adecuadamente informados sobre los procedimientos y responsabilidades, incrementando los tiempos de aprendizaje y la reducción en términos de productividad, afectando la calidad y oportunidad en el avance de las actividades y por ende puede afectar la toma de decisiones, por lo que la Oficina Asesora de Control Interno, ratifica la recomendación dada en otros documentos de adelantar urgentemente estrategias y procesos de inducción al personal, en este caso en particular que incluya socialización de los documentos de los procesos y sus procedimientos.	Realizar jornadas de inducción y reinducción, que asegurando que se cubran todos los aspectos del funcionamiento de la Entidad y permitan desarrollar procesos que fortalezcan el intercambio de información y experiencia dentro de STDS, con el objetivo de mejorar la claridad, comprensión y eficiencia en la ejecución de los procesos. Desarrollar programas de inducción digital o virtual en un programa de inducción digital interactivo o una plataforma en línea donde los nuevos empleados puedan acceder a los recursos necesarios para el cumplimiento de sus labores	50%	La actividad presentaba este avance en el informe anterior. No se presenta evidencia del cumplimiento de esta actividad por lo que no se puede establecer otro porcentaje de avance para esta actividad.
Se detectó incumplimiento a planes o cronogramas de visitas, falta de trazabilidad de visitas realizadas, como insumo para la planeación de los cronogramas de seguimiento, por lo que se observa, que no se están planeando adecuadamente las actividades en el proceso, actuando de forma reactiva, afectando el ejercicio de control para verificar la ejecución de las actividades programadas, lo que impide garantizar que las tareas se realicen de manera eficiente y efectiva, como se evidencia en la materialización del riesgo por la falta de respuesta y/o celeridad en la gestión de PQRSD o trámites, al evidenciar 1506 solicitudes por SIGOB a 30 de junio de 2024 sin respuesta y 1586 casos según matriz de seguimiento reportados a 31 de julio de 2024, la Oficina Asesora de Control Interno, recomienda fortalecer las actividades de planeación y cumplir con lo programado, realizando monitoreo a fin de identificar y abordar desviaciones o retrasos en la ejecución de las actividades.	Fortalecer los seguimientos y monitores del proceso de PQRSD, mejorando los tiempos de respuestas y solicitudes que llegan a la STDS. Revisión y optimización del proceso de planeación de visitas. Implementación de un sistema de visitas con trazabilidad. Utilizar de herramientas de planeación. Establecer indicadores de desempeño	50%	La actividad presentaba este avance en el informe anterior. Y la evidencia presentada permite mantener ese porcentaje de avance.

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

Se mantiene la debilidad en la trazabilidad de la gestión final o resultado de cada solicitud o trámite adelantado por la Subdirección Técnica y de Desarrollo Sostenible, al no tener acceso o retroalimentación al cierre, o copia de la respuesta final generada por el EPA, aspecto que se mejoraría al atender la recomendación de establecer una carpeta por usuario, que permita revisar el histórico de trámites y demás actuaciones adelantadas por el EPA.	Establecer una herramienta que permita realizar los conceptos de trámites y servicios adelantados por el EPA Cartagena, a fin de fortalecer su designación, control estadística y evaluación.	0%	No se presentó avance en el cumplimiento de esta actividad
Al no conocerse, no se están calculando ni analizando los indicadores claves para medir el desempeño del proceso, por lo que no se está realizando un análisis efectivo al no tener los resultados de los indicadores, lo que impide la toma de decisiones basadas en información y la identificación de incumplimiento a metas y el establecimiento de oportunidades de mejora, por lo que la Oficina Asesora de Control Interno, recomienda con los encargados de cada procedimiento, revisar, definir y calcular indicadores claves para medir el desempeño del proceso.	Actualizar los indicadores de los procedimientos del a STDS en cumplimiento del Modelo Integrado de Gestión y planeación MIPG	20%	Si bien se evidencia este avance desde el informe anterior (70%), se considera elevado para las evidencias presentadas. Se podría establecer en un 20% por la reunión a la que asistió la Subdirección Técnica
En el marco de las pruebas de recorrido, la gran mayoría de los entrevistados, evidencian desconocimiento y gestión de los riesgos del proceso, incumpliendo lo establecido en la Política de Administración de Riesgos del EPA Cartagena, como consecuencia de lo anterior, a pesar del interés y los esfuerzos del nuevo personal, en relación con el proceso de gestión de los mapa de riesgos, se identificó una falta de actualización, evaluación, monitoreo y mantenimiento, evidenciando una inadecuada mitigación de los riesgos que potencialmente pueden afectar el proceso y por ende las metas estratégicas a cargo de la Subdirección Técnica y de Desarrollo Sostenible, incrementando la exposición a riesgos no identificados o mal identificados, por lo que esta Oficina Asesora de Control Interno, recomienda en primer lugar asignar responsabilidades frente a la gestión del mapa de riesgos; brindar capacitación tendiente a mejorar la identificación y administración de los riesgos e implementar un proceso de monitoreo y seguimiento continuo del mapa de riesgos.	Actualizar mapa de riesgo y asignar un responsable dentro de la STDS para el manejo de este conforme a los establecido en cumplimiento de lo establecido en el modelo de gestión por procesos y las Guías de administración de riesgo versión 5 y 6 del DAFP	20%	Si bien se evidencia este avance desde el informe anterior (50%), se considera elevado para las evidencias presentadas. Se podría establecer en un 20% por la reunión a la que asistió la Subdirección Técnica

	INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION		Fecha: 12/11/2020
			Versión: 1.0
			CÓDIGO: F-SEV-004
Se observa incumplimiento a la actividad del proceso respecto a la generación de informes de monitoreo de calidad del agua, ruido y suelo, en el momento de la auditoría solo se evidencia publicado en el sitio web del observatorio ambiental el informe de calidad de aire al mes de julio de 2024, por lo que la Oficina Asesora de Control Interno, recomienda cumplir con las actividades e informes establecidos en el procesos y en sus procedimientos, o revisar la pertinencia de las actividades proyectadas en los Procedimientos y viabilizar su actualización, modificación o ajuste en cumplimiento de las regulaciones y directrices establecidas por el EPA.	Actualizar los procedimientos de la STDS en cumplimiento del Modelo Integrado de gestión y planeación MIPG	50%	La actividad presentaba este avance en el informe anterior. No se presenta evidencia del cumplimiento de esta actividad por lo que no se puede establecer otro porcentaje de avance para esta actividad.
Incumplimiento plazo de ejecución a planes de mejoramiento internos del proceso, durante la evaluación del seguimiento a los hallazgos y recomendaciones emitidas en la auditoría interna anterior, se observa que la Subdirección Técnica no ha implementado adecuadamente el Plan de Mejoramiento establecido en respuesta a las mismas; se venció el tiempo para el cierre eficaz, pendientes por cumplir con las acciones proyectadas para los hallazgos # 3, 4, 6, 7 y 10, al no haber realizado un seguimiento efectivo del progreso en la implementación del plan y por otro lado al no haber sido comunicado oportunamente a los responsables de las actividades, entre ellos como se indicó anteriormente a os nuevos funcionarios, el riesgo de continuar con las deficiencias y debilidades identificadas, en tal sentido la Oficina Asesora de Control Interno, en el marco de sus roles de consultoría recomienda, inicialmente si no se ha hecho, comunicar e implementar inmediatamente el Plan de Mejoramiento proyectado; seguidamente se recomienda establecer un sistema de seguimiento, monitoreo y autoevaluación del progreso en la implementación y su efectividad a fin de tomar decisiones sobre mantener o ajustar el plan de mejoramiento.	Actualizar los procedimientos de la STDS en cumplimiento del Modelo Integrado de gestión y planeación MIPG	50%	La actividad presentaba este avance en el informe anterior. No se presenta evidencia del cumplimiento de esta actividad por lo que no se puede establecer otro porcentaje de avance para esta actividad.
De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se concluye que el plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría del proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental de la vigencia 2024 presenta un nivel de incumplimiento, toda vez que, a la fecha de corte del primer trimestre de la vigencia 2026, no se evidencia el cierre efectivo de los hallazgos formulados.			
En efecto, los ocho (8) hallazgos identificados en la auditoría de la vigencia 2024 se encuentran con plazo vencido, sin registro de cumplimiento, lo cual evidencia debilidades en la ejecución, seguimiento y control de las acciones propuestas.			
Es importante precisar que el plazo máximo para el cumplimiento de las acciones de mejora			

de esta vigencia venció el 31 de diciembre de 2025. No obstante, se identifica que varios de estos hallazgos fueron reiterados en la auditoría de la vigencia 2025, lo que evidencia que las causas que les dieron origen no han sido subsanadas. En estos casos, si bien el plan 2024 se encuentra vencido, las acciones asociadas continúan vigentes en el marco del nuevo plan de mejoramiento, por lo cual su evaluación deberá realizarse de manera articulada con la vigencia 2025.

En consecuencia, no es procedente el cierre de los hallazgos del plan de mejoramiento 2024, debiendo mantenerse en seguimiento aquellos que no fueron retomados, y trasladándose el control de los hallazgos reiterativos al plan vigente, sin perjuicio de las observaciones por incumplimiento en los términos inicialmente establecidos.

1.3.2. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental vigencia 2025

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	Observación
Debilidad por falta de personal, falta de oportunidad en la contratación, generando la acumulación de un alto número de solicitudes y tramites, generando cargas de trabajo, lo que se ven reflejados en la oportunidad de las respuestas a los PQRDS a cargo de la Subdirección Técnica y de Desarrollo Sostenible.	Contratación de personal idóneo para atender las solicitudes y tramite de manera eficiente. Optimizar el proceso (mesa de entrada) mediante herramientas tecnológicas, monitoreo y seguimiento de las acciones implementadas mediante reuniones de trabajo que permitan la retroalimentación y mejora continua.	20%	Este hallazgo también se identificó en la auditoría de la vigencia 2024. La Subdirección remite el plan de mejoramiento con el avance que presentó en el informe anterior. La evidencia reportada soporta el avance reportado.
Al realizar las pruebas de recorrido programadas con cada área de aire, ruido, suelo, vertimientos, flora, fauna, reforestación y parques, control y seguimiento, se observa que la mayoría ha revisado sus procedimientos, ha proyectado cambios, pero se mantiene la debilidad relacionada a la actualización final para el proceso y los procedimientos, lo que no ha permitido adoptarlos e implementarlos, generando riesgos por la posibilidad del uso de documentos no controlados, por lo que la Oficina Asesora de Control Interno, recomienda como medida urgente la aprobación de las actualización de los documentos y formatos del proceso y sus procedimientos; a fin de su pronta implementación.	Aprobación y formalización, de los documentos del proceso de la SDTDs, sus manuales, guías, procedimientos y formatos asegurando su adopción e implementación, estableciendo mecanismo de control documental (con versiones aprobadas y de fácil consulta)..	0%	No se presentó avance sobre el cumplimiento de esta acción de mejora. Y, aunque se identifica en el plan de mejoramiento enviado como responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación, no se allegó memorando en el que la Subdirección Técnica informara a la Oficina Asesora de Planeación que tenía una acción de mejora por desarrollar en el plan de mejoramiento.
Durante las pruebas de recorrido, al revisar el sistema VITAL, se evidenció un posible riesgo por falta de control, aunque la organización cuenta con un formato de solicitud de clave y asignación de roles, no se evidencia control o un procedimiento efectivo para la desactivación de usuarios cuando los funcionarios se retiran o cambian de cargo, por lo tanto se recomienda revisar este Riesgo de acceso no autorizado a información confidencial o sensible por parte de exempleados o terceros.	Diseñar e implementar un procedimiento de gestión de usuarios en el sistema VITAL, que incluya: 1. Creación, asignación de roles y desactivación inmediata de accesos cuando un funcionario se retire o cambie de cargo. 2. Designar un responsable de la administración de accesos. 3. Establecer un registro de auditoría que evidencie las altas, modificaciones y bajas de usuarios. 4. Realizar revisiones periódicas de los usuarios activos y sus roles para	0%	No se recibieron soportes para evaluar el avance de la acción de mejora

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

	garantizar que estén alineados con las funciones vigentes.		
Se detectó incumplimiento a planes o cronogramas de visitas, falta de trazabilidad de visitas realizadas, como insumo para la planeación de los cronogramas de seguimiento, por lo que se observa, que no se están planeando adecuadamente las actividades en el proceso, actuando de forma reactiva, afectando el ejercicio de control para verificar la ejecución de las actividades programadas, lo que impide garantizar que las tareas se realicen de manera eficiente y efectiva, como se evidencia en la materialización del riesgo por la falta de respuesta y/o celeridad en la gestión de PQRSD o trámites, al evidenciar 1506 solicitudes por SIGOB a 30 de junio de 2024 sin respuesta y 1586 casos según matriz de seguimiento reportados a 31 de julio de 2024, la Oficina Asesora de Control Interno, recomienda fortalecer las actividades de planeación y cumplir con lo programado, realizando monitoreo a fin de identificar y abordar desviaciones o retrasos en la ejecución de las actividades.	Revisión y optimización del proceso de planeación de visitas, implementación de un sistema de visitas con trazabilidad, utilizando herramientas de planeación, que permitan establecer indicadores de desempeño	50%	La actividad presentaba este avance en el informe anterior. Y la evidencia presentada permite mantener ese porcentaje de avance
Durante la auditoría se observa la necesidad de fortalecer los procesos de planeación, asignación y seguimiento de actividades, se identificó que actualmente en la Subdirección se aplican varios métodos para la asignación de tareas, lo que genera riesgos de dispersión en la información y falta de trazabilidad, esto ocasiona que la información relacionada con la asignación de tareas no se centralice ni quede formalmente registrada en las matrices de control de programación de actividades, dificultando la verificación de: Quién asignó la tarea?. Cuándo fue asignada?.Cuál era el alcance y plazo definido?. Evidencia de cumplimiento y cierre.	Unificación de la matriz de transferencias, como herramienta que permita optimizar la trazabilidad de las solicitudes, optimizando flujos de la información y seguimientos.	0%	Si bien se evidencia matriz de empresa con el cronograma de visitas, no todas las hojas de Excel cuentan con la trazabilidad requerida para dar cumplimiento a la acción de mejora propuesta
Al encontrarse en proceso de actualización del proceso y sus procedimientos, se mantiene la observación realizada en la anterior auditoría interna vigencia 2024., en el sentido de: Establecer indicadores por procedimiento o tema, con frecuencias y metas acordes, los cuales contribuyan a los planes y proyectos institucionales con la verificación de cumplimiento y avance del proceso.	Definir e implementar indicadores alineados con los procedimientos, con frecuencias de medición, metas y responsables; integrarlos al sistema institucional de seguimiento (MIPG).	20%	Si bien se evidencia este avance desde el informe anterior (70%), se considera elevado para las evidencias presentadas. Se podría establecer en un 20% por la reunión a la que asistió la Subdirección Técnica con la Oficina Asesora de Planeación para recibir los lineamientos para la formulación y actualización de indicadores de gestión.

En el marco de las pruebas de recorrido, la gran mayoría de los entrevistados, evidencian desconocimiento y gestión de los riesgos del proceso, incumpliendo lo establecido en la Política de Administración de Riesgos del EPA Cartagena, como consecuencia de lo anterior, a pesar del interés y los esfuerzos del nuevo personal, en relación con el proceso de gestión de los mapa de riesgos, se identificó una falta de actualización, evaluación, monitoreo y mantenimiento, evidenciando una inadecuada mitigación de los riesgos que potencialmente pueden afectar el proceso y por ende las metas estratégicas a cargo de la Subdirección Técnica y de Desarrollo Sostenible, incrementando la exposición a riesgos no identificados o mal identificados, por lo que esta Oficina Asesora de Control Interno, recomienda en primer lugar asignar responsabilidades frente a la gestión del mapa de riesgos; brindar capacitación tendiente a mejorar la identificación y administración de los riesgos e implementar un proceso de monitoreo y seguimiento continuo del mapa de riesgos.

Actualizar mapa de riesgo y asignar un responsable dentro de la STDS para el manejo del mismo conforme a los establecido en cumplimiento de lo establecido en el modelo de gestión por procesos y las Guías de administración de riesgo versión 5 y 6 del DAFP

20%

Si bien se evidencia este avance desde el informe anterior (50%), se considera elevado para las evidencias presentadas. Se podría establecer en un 20% por la reunión a la que asistió la Subdirección Técnica

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se concluye que el plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría del proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental de la vigencia 2025 se encuentra en ejecución, evidenciándose que los hallazgos formulados cuentan con plazo vigente para el cumplimiento de las acciones propuestas.

Se resalta que este plan incorpora, en gran medida, hallazgos reiterativos provenientes de la vigencia 2024, lo cual evidencia persistencia en las debilidades del proceso y la falta de efectividad de las acciones implementadas previamente. No obstante, al contar con un nuevo horizonte de ejecución, estos hallazgos deben ser evaluados en función de los plazos y compromisos establecidos en el plan vigente.

En este sentido, si bien no es procedente declarar incumplimiento respecto de los hallazgos incluidos en la vigencia 2025, sí se configura una alerta de reincidencia, que exige un seguimiento más riguroso por parte de la Subdirección Técnica de Desarrollo Sostenible, a fin de garantizar que las acciones formuladas se cumplan a cabalidad y permitan eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos identificados.

En consecuencia, el plan de mejoramiento de la vigencia 2025 deberá mantenerse en seguimiento continuo, priorizando el cumplimiento oportuno de las acciones correctivas y la generación de evidencias verificables que permitan el cierre efectivo de los hallazgos, evitando su reiteración en futuras auditorías.

Finalmente, se precisa que la Oficina de Control Interno se encuentra adelantando una nueva auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental correspondiente a la vigencia 2026, en el marco de la cual se revisará nuevamente el estado del plan de

mejoramiento y se definirá la situación de cada hallazgo, a la luz de la información y evidencias que sean aportadas durante el desarrollo de la auditoría en curso.

1.4 Planes de mejoramiento internos suscritos por Oficina Asesora Jurídica.

1.4.1. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de contratación vigencia 2024

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	Observaciones
Hallazgo #1, En la documentación recibida y revisada, no hay evidencias del cumplimiento del: "Procedimiento para la Evaluación del Desempeño de Proveedores de Bienes y Servicios", no se evidencia el uso y diligenciamiento de los formatos de evaluación, de igual forma no se identifica a que procedimiento pertenece el "Formato Informe de Actividades de Prestación de Servicios Persona Natural"	1- Realizar una inducción al personal de planta sobre el uso de los formatos para la evaluación de desempeño. 2- Realizar seguimiento semestralmente el cumplimiento del: "Procedimiento para la Evaluación del Desempeño de Proveedores de Bienes y Servicios"	0%	Si bien la dependencia envía un avance del 100%, no se evidencia cumplimiento de las acciones propuestas. El registro
Hallazgo #2, En los contratos que relacionan en la siguiente tabla, se evidencia diferencias entre la información publicada en el link de ejecución del contrato (facturas de cobro) de la plataforma SECOP II y el listado de Certificado de registros presupuestales con corte 30 de septiembre de 2024 suministrado por la Subdirección administrativa y técnica. Contraviniendo los artículos 24 numeral 3 de la Ley 80 de 1993. "Principio de transparencia "numeral 3 de la Ley 1150 de 2007 "Contratación pública electrónica" y el Artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto 1082 de 2015" Publicación en el SECOP II, posiblemente por debilidades en los controles implementados por la supervisión, afectando la imagen de la entidad en términos de transparencia	Realizar una capacitación dirigida a los supervisores sobre e cumplimiento de sus roles y responsabilidad en la conciliación de la información publicada en el link de ejecución del contrato (facturas de cobro) de la plataforma SECOP II y los Certificado de registros presupuestales	100%	Se evidencia mesa de trabajo realizada durante la vigencia 2025 en la que se trata este tema
Hallazgo #3, Revisadas las evidencias aportadas por la Subdirección jurídica de los comités de contratación se presentan las siguientes observaciones: Lo anterior incumpliendo lo establecido en los literal 7 "Comité de contratación" del Manual de contratación 2019 y la resolución EPA-RES-00134-2020, se observa que se incumple con la Resolución N° 134 del 02 de Julio del 2020, numeral "I" del Artículo 5° Sesiones Y Funcionamiento Del Comité De Contratación Y Convenios Del Establecimiento Público Ambiental De Cartagena, en particular con la siguiente obligación: "El Comité de Contratación sesionará y funcionará bajo los siguientes parámetros: I. Se reunirá de manera ordinaria una vez cada 15 días, según convocatoria efectuada por la Secretaría Técnica del Comité, y de manera extraordinaria cuando las necesidades del servicio lo requieran o cuando se estime pertinente."	Adelantar la programación de sesiones para la vigencia 2025 de conformidad con lo señalado en la Resolución 134 de 2020 y aquellos actos administrativos que la modifiquen.	0%	Si bien la oficina asesora jurídica presenta un avance de 100%, envía de evidencia una Resolución 543 de 2025 en la que se establece que, en adelante, las sesiones del comité de contratación serán 4 veces en el año. Pero no aporta las actas del comité que den cuenta del cumplimiento de lo establecido en la actual resolución.
Hallazgo #4, Se observa diferencias entre el "valor estimado en la vigencia" del Plan anual de adquisiciones publicado en la página web de la Entidad y el publicado en el SECOP II. Contraviniendo el principio de transparencia establecido en el Manual de contratación y el	Verificar que se realice la publicacion del Plan Anual de Adquisiciones en la página web de la entidad simultaneamente cada vez que se realice una actualización en la plataforma del SECOP II.	100%	Se evidencia mesa de trabajo realizada durante la vigencia 2025 en la que se trata este tema

	INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION		Fecha: 12/11/2020	
			Versión: 1.0	
			CÓDIGO: F-SEV-004	
Artículo 24 de la Ley 80 de 1993. Tal como se observa a continuación:				
Hallazgo #5, En la mesa de trabajo realizada en el día 30 de septiembre de 2024, La subdirección Jurídica no presentó evidencia de las acciones de control implementadas para mitigar los riesgos de gestión, sin embargo, se socializaron los conceptos de riesgos y diseño de controles establecidos en las Guías para la administración del Riesgo y diseños de controles versión 5 y 6 del DAFP. De acuerdo a la revisión realizada en la mesa de trabajo citada anteriormente se evidencio lo siguiente: • Los riesgos de gestión de los procesos de gestión contractual y gestión jurídica no se identificaron correctamente, incumpliendo lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, numeral 2.5 Descripción del riesgo: "la descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso. • Se evidencian deficiencias en el diseño de los controles toda vez que no está correctamente descrito y redactado, incumpliendo con los lineamientos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, según lo establecidos en el literal 3.2.2.2.1 Estructura para la descripción del control: "la descripción del control debe tener un responsable de ejercer el control en caso de ser automático deberá identificar el sistema que ejecuta el control, describir la acción mediante verbos que indican como realizar el control y complementos que permitan describir detalles del objeto del control."	Solicitar a la segunda línea el asesoramiento y acompañamiento para la actualización de los riesgos de la gestión contractual y gestión jurídica	50%	Se evidencia acta de asesoría e informe de actualización de los riesgos del proceso de gestión contractual y gestión jurídica. Sin embargo, para el caso específico de los riesgos del proceso de gestión contractual, no se presenta aún la actualización realizada.	
De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se concluye que el plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría al proceso de gestión contractual de la vigencia 2024 presenta un bajo nivel de cumplimiento, evidenciándose que, de los cinco (5) hallazgos formulados, únicamente dos (2) han sido cerrados, mientras que tres (3) se encuentran con plazo vencido. Esta situación refleja debilidades en la ejecución y seguimiento de las acciones correctivas, así como en la gestión oportuna de los compromisos adquiridos, afectando la efectividad del proceso contractual y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno. En consecuencia, no es procedente el cierre del plan de mejoramiento, debiendo mantenerse en seguimiento los hallazgos pendientes hasta tanto se evidencie su cumplimiento total, con soportes verificables y acordes con las acciones formuladas.				

1.4.2. Plan de mejoramiento Auditoría al proceso de gestión contractual vigencia 2025

Oportunidad de Mejora /hallazgo	Acción a implementar	% de avance	Observaciones
Hallazgo #1, En la documentación del Proceso de Gestión Contractual, recibida y revisada, no se evidencian modificaciones, en especial en el "Manual de Contratación, código M-GC-001, versión 1.0 del 15/06/2021", acorde con lo descrito en la Resolución No 669 del 16 de diciembre de 2019 "Por Medio De La Cual Se Aprueba El Manual Instructivo De Contratación E Interventoría Del Establecimiento Publico Ambiental" y Resolución No 134 del 02 de Julio del 2020 "Por La Cual Se Crea Y Reglamenta El Procedimiento Y Funcionamiento Del Comité De Contratación Del Establecimiento Publico Ambiental", tampoco se observan cambios en el: "Procedimiento para la Evaluación del Desempeño de Proveedores de Bienes y Servicios código M-GC-001, versión 1.0 del 13/05/2021", teniendo presente que las actividades adelantadas actualmente en el proceso son diferentes a las descritas en estos documentos, específicamente las realizadas en el portal de contratación del SECOP II y el módulo de contratación de la plataforma SAFE WEB, lo cual genera un dictamen de incumplimiento al manual y al procedimiento anteriormente mencionados	a) Revisar el manual de contratación frente a las normas legales vigentes y las actividades que se realizan actualmente para adelantar cualquier proceso de contratación a fin de garantizar su registro y coherencia con lo descrito en el manual b) Elaborar propuesta de actualización del manual de contratación y Solicitar Al comité de desempeño la revisión y actualización del manual y de los demás documentos que hacen parte del proceso de gestión Contractual	100%	Se evidencia la Resolución NO. EPA-RES-00591-2025 de miércoles, 10 de septiembre de 2025 "por la cual se realizan modificaciones al manual de contratación del establecimiento publico ambiental de Cartagena"
Hallazgo #2: según el SECOP el Plan Anual fue cargado el día 10 de enero de 2025 por el señor Alvaro Atencio Hurtado, excontratista de la Subdirección Administrativo y Financiero, que para la época no tenía contrato vigente, igual situación se observa para el cargue de las modificaciones, como se observa a continuación, el Plan de Adquisiciones 2025, ya se encuentra en la novena (9) versión, la 8 modificaciones, se han cargado con el usuario de Alvaro Atencio Hurtado, hecho que evidencia incumplimiento del Manual de contratación	a) Establecer y comunicar la responsabilidad de publicar el Plan Anual de Contratación b) Proponer ante los miembros del comité de contratación, la actualización del manual de contratación, en lo que respecta a la publicación del PAA.	50%	Si bien se evidencia un acta donde se establecen compromisos para llevar a cabo acciones para eliminar la causa que dan origen al hallazgo, no corresponde a una sesión del Comité de Contratación en la que se toque el tema o se decida sobre la actualización del Manual de contratación, en lo que respecta a la publicación y/o actualización del plan anual de adquisiciones en SECOP. Asimismo, si bien se evidencia la Resolución RES-00591-2025 de miércoles, 10 de septiembre de 2025 "por la cual se realizan modificaciones al manual de contratación del establecimiento publico ambiental de Cartagena", no se evidencia en esta, temas relacionados con el plan de adquisiciones.
Hallazgo #3, No se evidencia publicación del Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2025 en la página web institucional. Contraviniendo el principio de transparencia establecido en el Manual de contratación y el Artículo 24 de la Ley 80 de 1993.	a) Priorizar la actividad de publicar en la página web institucional el Plan Anual de Contratación o en su defecto el link de redireccionamiento en tiempo real a su última versión b) Remitir a la oficina de sistema el PAA para publicación del PAA en la Pagina web y sus modificaciones.	100%	Se evidencia publicación de las actualizaciones del plan anual de adquisiciones, en correo enviado por el encargado de las publicaciones en la página web.

	INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION		Fecha: 12/11/2020 Versión: 1.0 CÓDIGO: F-SEV-004
Hallazgo #4, De los contratos revisados en la muestra, se observan las siguientes situaciones que generan riesgo de incumplimiento a los artículos 24 numeral 3 de la Ley 80 de 1993. "Principio de transparencia "numeral 3 de la Ley 1150 de 2007 "Contratación pública electrónica" y el Artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto 1082 de 2015" Publicación en el SECOP II, posiblemente generados por debilidad en los controles del proceso y/o de la supervisión.	a) revisar que cada proceso de contratación cuente con todos los documentos y soportes pre-contractual - post contractual publicados en el SECOP II	100%	Se evidencia lista de chequeo, y tres contratos en los que se evidencia el cumplimiento de la lista de chequeo
Hallazgo #5, Revisado el plan de mejoramiento suscrito como resultado de la auditoría interna vigencia 2024, no se evidencia, ni se recibe reporte de avance, seguimiento o monitoreo que permita establecer el nivel de cumplimiento del Plan de mejoramiento, 0%.	a) Realizar seguimiento continuo y programado a los planes de mejoramiento internos b) Enviar a la OACI. El formato de plan de mejoramiento debidamente diligenciado con los soportes de los respectivos correctivos	40%	El plan de mejoramiento correspondiente al proceso de gestión contractual vigencia 2024 presenta un nivel de cumplimiento del 40%, evidenciándose que únicamente 2 de los 5 hallazgos formulados han sido cerrados, mientras que los 3 restantes se encuentran con plazo vencido, lo que refleja debilidades en la ejecución y seguimiento de las acciones correctivas.
Hallazgo #6, Solo se recibió formato con el mapa de riesgos de corrupción, al revisar los documentos, no se evidencia, ni se recibe reporte de avance, seguimiento o monitoreo a los mapas de riesgos	a) Realizar seguimiento continuo y programado a los planes de mejoramiento internos b) Enviar a la OACI. El formato de plan anticorrupción debidamente diligenciado con los soportes de los respectivos correctivos	0%	El Plan de mejoramiento enviado no presenta avance relacionado sobre este hallazgo, además, las evidencias entregadas no se identifican para cada control de riesgo por lo que no se identifica claramente el avance de la matriz de riesgo en el cumplimiento de los controles establecidos.

Acorde con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se concluye que el plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría al proceso de gestión contractual de la vigencia 2025 presenta un nivel de cumplimiento bajo, evidenciándose que, de los seis (6) hallazgos formulados, únicamente dos (2) han sido cumplidos, mientras que los cuatro (4) restantes se encuentran pendientes, sin evidenciarse avances significativos en su ejecución y con plazo de ejecución vencido.

Se observa además la persistencia de debilidades en el proceso contractual, lo que sugiere que las acciones implementadas no han sido suficientemente efectivas para subsanar las causas que dieron origen a los hallazgos, configurándose un riesgo de reincidencia en futuras auditorías.

En consecuencia, el plan de mejoramiento deberá mantenerse en seguimiento continuo, priorizando la implementación efectiva de las acciones correctivas, el cumplimiento de los plazos establecidos y la generación de evidencias que permitan el cierre oportuno de los hallazgos.

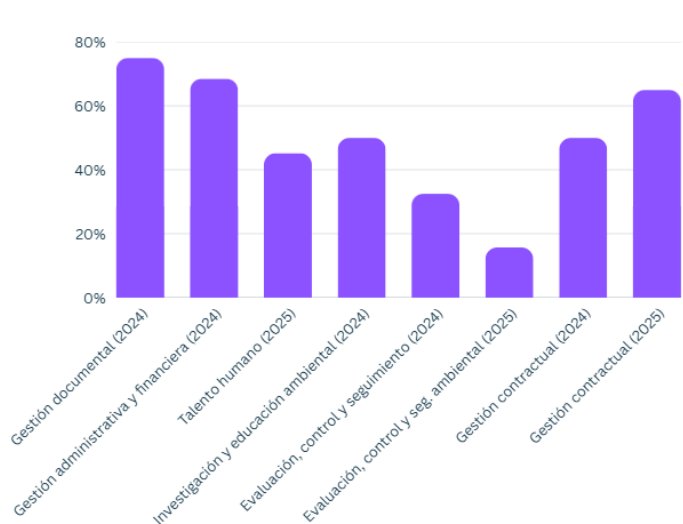
Finalmente, se precisa que la Oficina de Control Interno se encuentra adelantando una auditoría al proceso de gestión contractual correspondiente a la vigencia 2026, en el marco de la cual se evaluará nuevamente el estado del plan de mejoramiento y se definirá la situación de cada uno de los hallazgos, a la luz de la información y evidencias que sean aportadas durante el desarrollo de la auditoría en curso. Asimismo, realizará un informe sobre el cumplimiento de los riesgos de corrupción y de gestión, en el que se revisarán todos

los procesos de la entidad, incluyendo el proceso de gestión contractual.

CONCLUSIONES

1. Una vez revisados todos los planes de mejoramiento abiertos con ocasión a las auditorías internas realizadas durante las vigencias 2024 y 2025, se presenta a continuación el avance por cada plan de mejoramiento, teniendo en cuenta los avances alcanzados en cada acción de mejora, así:

Auditoría	% Promedio de avance PM
Gestión documental (2024)	75%
Gestión administrativa y financiera (2024)	68.5%
Talento humano (2025)	45.22%
Investigación y educación ambiental (2024)	50%
Evaluación, control y seguimiento (2024)	32.5%
Evaluación, control y seg. ambiental (2025)	15.71%
Gestión contractual (2024)	50%
Gestión contractual (2025)	65%



2. En términos generales, se identifican avances significativos en procesos como gestión documental y gestión administrativa y financiera, en los cuales se han ejecutado acciones orientadas al fortalecimiento de procedimientos, socialización de lineamientos y actualización de instrumentos de gestión. No obstante, en estos mismos procesos aún persisten actividades pendientes relacionadas con la consolidación del PINAR, la formalización de riesgos y, especialmente, la implementación efectiva de mecanismos de medición y seguimiento de indicadores, lo cual limita la toma de decisiones basada en información confiable.
3. Por su parte, el proceso de gestión del talento humano presenta un nivel de cumplimiento parcial, evidenciándose avances en la actualización de información y en el cumplimiento de algunas obligaciones relacionadas con carrera administrativa; sin embargo, continúan existiendo debilidades en la gestión del aplicativo SIGEP, en la regularización de registros ante la CNSC y en la operación de instancias como la Comisión de Personal, lo que implica riesgos en el cumplimiento normativo del proceso.

4. En relación con el proceso de investigación y educación ambiental, se observa una gestión inicial orientada a la mejora; no obstante, persisten debilidades en la actualización y formalización de procedimientos, así como en la medición y seguimiento de indicadores, aspectos fundamentales para garantizar la efectividad del proceso.
5. Especial atención requiere el proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental de la vigencia 2024, el cual presenta una situación crítica, toda vez que no registra avances en los hallazgos formulados y estos se encuentran con plazo vencido, lo que evidencia debilidades en la gestión y en la implementación de acciones correctivas. En contraste, para la vigencia 2025 del mismo proceso, se evidencian acciones en ejecución, aunque aún sin resultados de cierre, lo que exige un seguimiento riguroso para evitar la reiteración de las situaciones identificadas.
6. En lo que respecta al proceso de gestión contractual, se observa un nivel medio de cumplimiento en ambas vigencias, con presencia de hallazgos vencidos en 2024 y falta de avances significativos en 2025, lo que evidencia debilidades persistentes en la implementación de controles y en la gestión de las acciones correctivas.
7. De manera transversal, se identifica la reiteración de hallazgos entre vigencias, lo que permite deducir que las acciones implementadas no han sido suficientemente efectivas para subsanar las causas raíz de las situaciones observadas. Asimismo, se evidencian debilidades en la formulación de acciones de mejora, en la calidad de las evidencias aportadas y en el seguimiento oportuno de los compromisos adquiridos.
8. Finalmente, es importante señalar que la Oficina de Control Interno se encuentra adelantando auditorías correspondientes a la vigencia 2026, en el marco de las cuales se evaluará nuevamente el estado de los planes de mejoramiento y la efectividad de las acciones implementadas, lo que permitirá determinar la evolución real de los procesos y la pertinencia de las medidas adoptadas. Asimismo, realizará un informe sobre el cumplimiento de los riesgos de corrupción y de gestión, en el que se revisarán todos los procesos de la entidad, incluyendo el proceso de gestión contractual.

RECOMENDACIONES

1. En atención a los resultados del seguimiento, se recomienda fortalecer integralmente la gestión de los planes de mejoramiento, iniciando por una adecuada formulación de las acciones de mejora propuestas, de tal manera que estas sean claras, medibles, alcanzables y orientadas a subsanar las causas estructurales de los hallazgos, evitando enfoques superficiales que no generan cambios sostenibles en los procesos.
2. Así mismo, resulta necesario consolidar mecanismos de seguimiento más rigurosos y periódicos por parte de los líderes de proceso, que permitan monitorear el avance real de las acciones, identificar oportunamente desviaciones y adoptar medidas

	INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION	Fecha: 12/11/2020
		Versión: 1.0
		CÓDIGO: F-SEV-004

requeridas para la eliminación de la causa que dio origen a cada hallazgo, antes del vencimiento de los plazos establecidos. Este seguimiento debe estar acompañado de la generación de evidencias pertinentes, suficientes y coherentes con las acciones formuladas, garantizando su trazabilidad y verificación.

3. Se recomienda igualmente priorizar la atención de los hallazgos vencidos, especialmente aquellos provenientes de la vigencia 2024, mediante la implementación de estrategias de intervención inmediata que permitan su cierre efectivo y eviten la materialización de riesgos institucionales.
4. De otra parte, es fundamental fortalecer la gestión del riesgo en los procesos, asegurando la actualización, aprobación e implementación de los mapas de riesgos, así como su integración en la operación diaria, de tal manera que se conviertan en una herramienta de prevención y control.
5. Finalmente, se recomienda fortalecer el compromiso de los niveles directivos en el seguimiento de los planes de mejoramiento, promoviendo una cultura organizacional orientada al cumplimiento, la responsabilidad y la mejora continua, en la cual las acciones de mejora propuestas no se conciben como un requisito formal, sino como una oportunidad de fortalecimiento institucional.

Atentamente,



DELIA CALVO RAMÍREZ

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: Kelly Villalobos García – Asesora Externa OACI

