

DATOS GENERALES

Título: Seguimiento y evaluación a los Planes de Mejoramiento derivados de Auditorías Internas, con corte al Segundo 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
Alfonso Capella Calderon – Subdirector Técnico y Desarrollo Sostenible
Angélica Rodríguez Castilla – Subdirectora de Investigación y Educación Ambiental
Carlos Triviño Montes – Jefe Oficina Asesora Jurídica

DESCRIPCIÓN

Introducción

La Oficina Asesora de Control Interno del Establecimiento Público Ambiental de Cartagena – EPA Cartagena, en ejercicio del rol de evaluación y seguimiento establecido en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017, presenta el informe de seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas.

El seguimiento tiene como propósito verificar el estado de las acciones de mejoramiento formuladas por los responsables de los procesos, considerando su nivel de cumplimiento, oportunidad, evidencia aportada y efectividad frente a las situaciones que dieron origen a los hallazgos.

Para el presente seguimiento se fortalecen los criterios de evaluación aplicados por la Oficina Asesora de Control Interno, atendiendo los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Guía para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas – Versión 5, julio de 2026, y en el Anexo Técnico – Gestión Integral de Planes de Mejoramiento en el Marco del Modelo Estándar de Control Interno.

Bajo este enfoque, el cumplimiento de una acción de mejoramiento no determina por sí solo su efectividad ni el cierre correspondiente, por cuanto la evaluación debe permitir establecer si las medidas implementadas contribuyeron a subsanar, corregir o eliminar las causas que dieron origen al hallazgo, así como identificar posibles situaciones de recurrencia.

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.
- Guía para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas – Versión 5, julio de 2026, Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Anexo Técnico – Gestión Integral de Planes de Mejoramiento en el Marco del Modelo Estándar de Control Interno, Departamento Administrativo de la Función Pública.

Objetivo:

Evaluar el estado de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas, verificando el cumplimiento y oportunidad de las acciones formuladas, la suficiencia de las evidencias aportadas y, cuando corresponda, su efectividad frente a las causas y situaciones que dieron origen a los hallazgos, con el propósito de determinar su estado y la procedencia de su cierre o continuidad en seguimiento.

Alcance:

El seguimiento comprende las acciones de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas que, a la fecha de corte del segundo trimestre de 2026, se encuentren abiertas, vencidas, pendientes de verificación de efectividad o en condición de ser evaluadas para su cierre, así como aquellas situaciones cuya recurrencia haya sido identificada en ejercicios posteriores de auditoría.

Metodología Aplicada

Para el desarrollo del seguimiento, la Oficina Asesora de Control Interno solicitó a los responsables de los procesos información sobre el estado de las acciones de mejoramiento y las evidencias que acreditaran su ejecución.

La evaluación se realizó considerando, según corresponda, los siguientes criterios:

a) Cumplimiento: verificación del grado de ejecución de la acción formulada, de acuerdo con la meta, indicador y condiciones establecidas en el plan de mejoramiento.

b) Oportunidad: verificación del cumplimiento de la acción dentro del plazo establecido.

c) Evidencia: valoración de la suficiencia, pertinencia y verificabilidad de los soportes aportados para acreditar la ejecución de la acción.

d) Efectividad: para las acciones ejecutadas, evaluación orientada a establecer si las medidas implementadas permitieron subsanar, corregir o eliminar la causa o situación que dio origen al hallazgo.

e) Recurrencia: identificación de la repetición de situaciones previamente observadas en auditorías o seguimientos posteriores, como elemento para valorar la persistencia de la problemática y la efectividad de las acciones adoptadas.

Con fundamento en estos criterios, la Oficina Asesora de Control Interno determinará el estado correspondiente de las acciones y la procedencia de su cierre o continuidad en seguimiento.

Fuente: Anexo Técnico – Gestión Integral de Planes de Mejoramiento en el Marco del MECI, Función Pública, numeral 2.3, p. 42.

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 segundo 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.

DEPENDENCIA	SOLICITUD		RESPUESTA	
	Memorando	Fecha	Memorando	Fecha
Subdirección Administrativa y Financiera	EPA-MEM-0001642-2026	28-08-2026	EPA-MEM-0001667-2026	02-09-2026
Subdirección Técnica y de Desarrollo Sostenible	EPA-MEM-0001638-2026	28-08-2026	EPA-MEM-0001668-2026	02-09-2026
Subdirección de Investigación y Educación Ambiental	EPA-MEM-0001639-2026	28-08-2026	No se recibió respuesta	
Oficina Asesora Jurídica	EPA-MEM-0001640-2026	28-08-2026	EPA-MEM-0001666-2026	02-09-2026

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

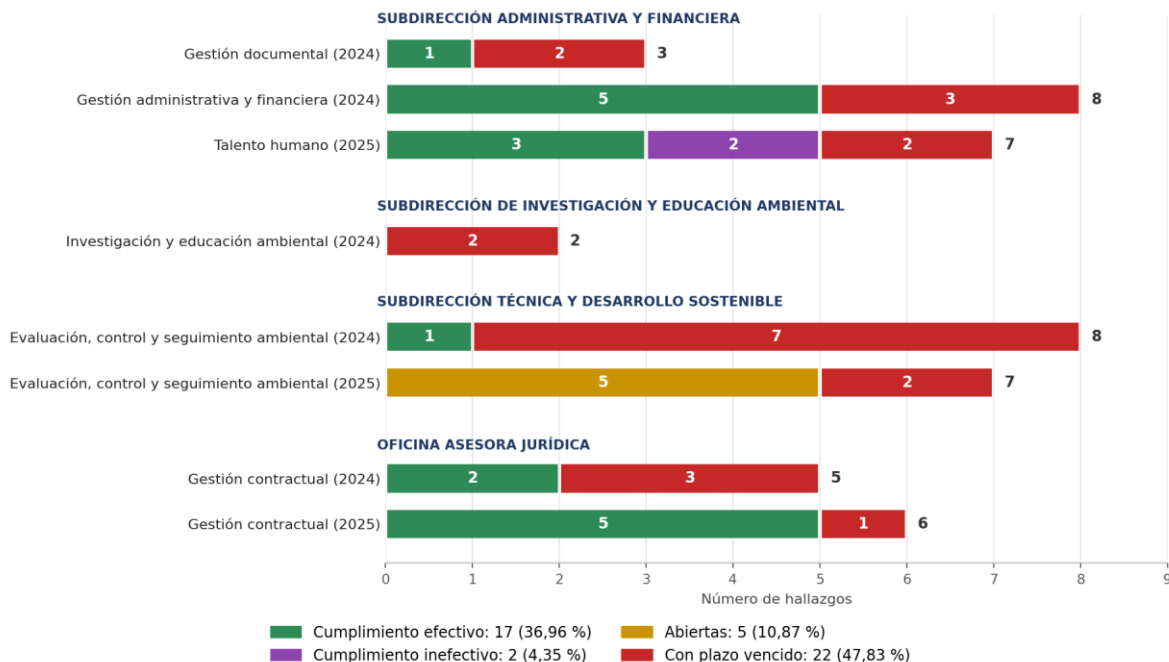
Resultado del seguimiento se evidencia por proceso estratégico, misional o de apoyo, de los 46 hallazgos, establecidos en las auditorías internas vigencias 2024 y 2025, 17 están cumplimiento efectivo (36.96%), 5 en estado abierto (10.87%), 2 en estado de cumplimiento Inefectivo (4.35%) y 22 tienen vencido el plazo (47.83%), como se presenta a continuación:

Auditoría interna	Vigencia	Hallazgos identificados	Cumplimiento efectivo	Cumplimiento inefectivo	Abiertas	Con plazo vencido
Subdirección Administrativa y Financiera						
Auditoría al proceso de gestión documental	2024	3	1	0	0	2
Auditoría al proceso de gestión administrativa y financiera	2024	8	5	0	0	3
Auditoría al proceso de talento humano	2025	7	3	2	0	2
Subdirección de Investigación y Educación Ambiental						
Auditoría al proceso de investigación y educación ambiental	2024	2	0	0	0	2
Subdirección Técnica y Desarrollo Sostenible						

Auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental	2024	8	1	0	0	7
Auditoría al proceso de evaluación, control y seguimiento ambiental	2025	7	0	0	5	2
Oficina Asesora Jurídica						
Auditoría al proceso de gestión contractual vigencia 2024	2024	5	2	0	0	3
Auditoría al proceso de gestión contractual vigencia 2025	2025	6	5	0	0	1
TOTAL		46	17	2	5	22
Participación sobre el total		100%	36,96%	4,35%	10,87%	47,83%

Estado de los hallazgos de los planes de mejoramiento por auditoría interna

Auditorías internas vigencias 2024 y 2025 · 46 hallazgos · corte segundo trimestre de 2026



Fuente: Oficina Asesora de Control Interno – Seguimiento a planes de mejoramiento internos, corte segundo trimestre de 2026.

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:

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
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%	Se evidenciaron soportes de las capacitaciones realizadas uso de TRD, formatos de Paz y Salvo de archivo, Instructivos, procedimientos, formatos y soporte de socialización de instrumentos archivísticos	Cumplimiento efectivo	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%	Se evidencia link de expedientes actualizados como área de Licencia, Permisos, Concesiones y asuntos administrativos y archivo de gestión. Matriz PINAR de la mano de avance de Planes estratégicos	Vencido	El PINAR 2025 alcanzó un cumplimiento del 75 %. Al encontrarse vencido el plazo sin lograr el 100 % de ejecución, la acción se clasifica como "Vencido" y no procede su cierre. El avance del PINAR 2026 será considerado para evaluar la evolución y recurrencia del hallazgo.
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%	Mapa de riesgos actualizado y Memorando EPA-MEM-0002142-2025 del 22/12/2025, mediante el cual fue remitido a la Oficina Asesora de Planeación para revisión.	Vencido	Se evidencia avance en la actualización de los mapas de riesgos; sin embargo, se encuentra pendiente su validación y aprobación definitiva. Al encontrarse vencido el plazo sin completar la acción, se mantiene en estado "Vencido" y no procede su cierre.

Con respecto al Hallazgo No. 1, se mantiene el cierre efectuado en el seguimiento anterior, en el cual se determinó el cumplimiento del 100 % de las acciones formuladas. En consecuencia, este hallazgo no es objeto de nueva evaluación en el presente seguimiento.

En relación con el Hallazgo No. 2, se mantiene un cumplimiento del 75 %, correspondiente al nivel alcanzado en la ejecución de las actividades del PINAR vigencia 2025. Teniendo en cuenta que el plazo establecido finalizó sin alcanzar la ejecución total de la acción, esta se clasifica en estado "Vencido" y no procede su cierre. El avance del PINAR 2026 será considerado en los seguimientos posteriores como elemento para valorar la evolución y posible recurrencia de la situación que originó el hallazgo.

Frente al Hallazgo No. 3, se mantiene un cumplimiento del 50 %, toda vez que se evidenció la actualización de los mapas de riesgos de gestión y corrupción del proceso de Gestión Documental y su remisión a la Oficina Asesora de Planeación mediante Memorando EPA-MEM-0002142-2025 del 22 de diciembre de 2025. No obstante, se encuentra pendiente su validación y aprobación definitiva por las instancias correspondientes. Dado que el plazo de ejecución se encuentra vencido sin haberse completado la acción, se clasifica en estado “Vencido” y no procede su cierre.

En conclusión, de los tres hallazgos que conforman el plan de mejoramiento, uno conserva el cierre determinado en seguimiento anterior y dos permanecen pendientes de cierre, con niveles de cumplimiento del 75 % y 50 %, respectivamente. En consecuencia, la Oficina Asesora de Control Interno mantendrá el seguimiento sobre las acciones pendientes, con énfasis en su culminación y en la verificación posterior de su efectividad frente a las situaciones que dieron origen a los hallazgos.

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:

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
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 reintroducción 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%	Soportes verificados en seguimiento anterior	Cumplimiento efectivo	El cumplimiento y cierre de la acción fueron determinados en seguimiento anterior; por tanto, no es objeto de nueva evaluación en el presente corte.
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	1. Se actualizará el P-GAF-011 Procedimiento de elaboración de anteproyecto de presupuestos	100%	Soportes verificados en seguimiento anterior	Cumplimiento efectivo	El cumplimiento y cierre de la acción fueron determinados en seguimiento anterior; por tanto, no es objeto de nueva evaluación en el

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

Actividades", solo tiene en cuenta los gastos de funcionamiento e inversión, por lo que falta incluir actividades relacionadas al cálculo y 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.	Incluyendo la estimación de ingresos en la planificación presupuestal. 2. Se enviará a la oficina de planeación el Procedimiento actualizado para su aprobación.				presente corte.
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%	Fichas de los indicadores del proceso de Gestión Administrativa y Financiera. No se aportó evidencia de la revisión conjunta con la Oficina Asesora de Planeación ni análisis técnico que sustente la inexistencia de las debilidades identificadas.	Vencido	La evidencia aportada no acredita el cumplimiento de la acción formulada. La conservación de los indicadores no subsana por sí misma las debilidades identificadas respecto de su medición, análisis, tendencias y toma de decisiones. No se aportó evidencia de la revisión conjunta con Planeación ni análisis técnico que sustente que las falencias fueron superadas. En consecuencia, la acción permanece vencida y no procede su cierre.
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%	Soportes verificados en seguimiento anterior	Cumplimiento efectivo	El cumplimiento y cierre de la acción fueron determinados en seguimiento anterior; por tanto, no es objeto de nueva evaluación en el presente corte.
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 v	Establecer Riesgos al proceso de gestión contable de la entidad.	50%	Mapa de riesgos actualizado y Memorando EPA-MEM-0002142-2025 del 22/12/2025, mediante el cual fue remitido a la Oficina Asesora de Planeación para revisión.	Vencido	Se evidencia avance en la identificación y formulación de los riesgos asociados al proceso contable; sin embargo, se encuentra pendiente su validación y aprobación definitiva. Al encontrarse vencido el plazo sin completar la acción, se mantiene en estado "Vencido" y no procede su cierre.

operatividad de los recursos tecnológicos.					
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%	Soportes verificados en seguimiento anterior	Cumplimiento efectivo	El cumplimiento y cierre de la acción fueron determinados en seguimiento anterior; por tanto, no es objeto de nueva evaluación en el presente corte.
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%	Soportes verificados en seguimiento anterior	Cumplimiento efectivo	El cumplimiento y cierre de la acción fueron determinados en seguimiento anterior; por tanto, no es objeto de nueva evaluación en el presente corte.
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.	No aplica	Evidencias verificadas individualmente para los Hallazgos N.º 1 de 2022 y N.º 3, 4 y 5 de 2023. Ver análisis detallado del presente seguimiento.	Vencido	El Hallazgo N.º 8 agrupa acciones pendientes de las auditorías 2022 y 2023, las cuales presentan resultados diferenciados de cumplimiento y efectividad. Si bien procede el cierre del Hallazgo N.º 3 de 2023, permanecen pendientes de cierre los Hallazgos N.º 1 de 2022 y N.º 4 y 5 de 2023. En consecuencia, no procede el cierre del Hallazgo N.º 8.

Por su parte, el **Hallazgo No. 8** agrupa acciones pendientes derivadas de las auditorías internas de las vigencias 2022 y 2023, cuyos plazos de ejecución se encuentran vencidos. Para el presente seguimiento, la Oficina Asesora de Control Interno verificó individualmente el estado de las acciones y las evidencias disponibles, con el propósito de determinar su nivel de cumplimiento y efectividad. Los resultados se presentan a continuación:

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
Hallazgo N.º 1 – Vigencia 2022. Alto riesgo en el manejo de la información contable por procesos ejecutados manualmente, entre ellos beneficios a empleados, depreciaciones, estados financieros, retenciones en la fuente y liquidación de impuestos.	La acción formulada corresponde a informar a la Alta Dirección sobre la situación de los procesos contables y promover su sistematización.	100%	Memorando EPA-MEM-04788-2023; verificaciones posteriores realizadas por OCI e información suministrada por el responsable de Contabilidad, mediante la cual se identificó la permanencia de actividades con intervención manual relacionadas con depreciaciones, elaboración de certificados tributarios y liquidación de nómina y beneficios a empleados.	Cumplimiento inefectivo	La acción fue ejecutada; sin embargo, persisten actividades contables con intervención manual. Aunque se evidencian avances en la implementación del software, la automatización aún no es integral. No procede el cierre y se requiere revisar las causas de su persistencia y reformular la acción de mejora.
Hallazgo N.º 3 – Vigencia 2023. Desactualización del Procedimiento para la Liquidación y Cobro de Tarifas de Evaluación y Seguimiento P-GAF-004 frente a la Resolución N.º 107 de 2021.	3. Revisar y actualizar el P-GAF-004 PROCEDIMIENTO PARA LA LIQUIDACIÓN Y COBRO DE TARIFAS DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO y actualizar la resolución aplicable (Res N.º 107 de 2021). 4. Solicitar aprobación en el comité de evaluación y desempeño. 5. Divulgar a los funcionarios y/o contratistas involucrados. 6. Realizar seguimiento y monitorio al cumplimiento del procedimiento, desde [sic].	100%	Actualización del P-GAF-004 y aprobación mediante Acta del Comité de Gestión y Desempeño del 27/11/2023, conforme a lo reportado en el plan. Adicionalmente, OCI verificó en ejercicios posteriores que el procedimiento ha sido objeto de actualizaciones sucesivas.	Cumplimiento efectivo	Se verificó la actualización del procedimiento y la continuidad de su revisión en ejercicios posteriores. La situación relacionada con su desactualización no persiste actualmente; en consecuencia, procede el cierre del hallazgo.
Hallazgo N.º 4 – Vigencia 2023. Debilidad en la oportunidad del recaudo de servicios derivados de actividades misionales, asociada a la articulación entre la SAF, Jurídica y la Subdirección Técnica y Desarrollo Sostenible.	1. Actualizar matriz de riesgo de gestión e incluir el riesgo de "liquidez y sostenibilidad financiera" con los controles respectivos. 3. Convocar reunión con las dependencias involucradas (Jurídica,	0%	No se aportaron evidencias que permitan a OCI verificar la actualización reportada de la matriz, la incorporación del riesgo y sus controles, ni la	Vencido	No fue posible acreditar la ejecución de la acción formulada. Considerando que el plazo establecido venció el 01/06/2024, la acción permanece en estado "Vencido" y no procede su cierre.

	Subdirección técnica, SAF) e Identificar causas de las diferencias entre el flujo del proceso. 4. Establecer compromiso entre las partes. 5. Realizar seguimiento de dedes la SAF para asegurar. [sic]		realización de la reunión, establecimiento de compromisos y seguimiento contemplados en la acción.		
Hallazgo N.º 5 – Vigencia 2023. Debilidad en el Procedimiento para el Manejo de Almacén P-GAF-007, al no contemplar actividades de control como la toma física de almacén, aunado a situaciones relacionadas con hurto, seguridad de la bodega y vigilancia.	1. Revisar y actualizar el P-GAF-007 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE ALMACEN Y P-GAF-007 PROCEDIMIENTO Y ACTA DE BAJA DE ACTIVOS FIJOS. 2. Solicitar aprobación en el comité de evaluación y desempeño. 3. Divulgar a los funcionarios y/o contratistas involucrados. 4. Realizar seguimiento y monitorio al cumplimiento del procedimiento.	100%	Actualización del procedimiento verificada por OCI en ejercicios posteriores. Adicionalmente, se consideraron los resultados de la Auditoría Interna a la Gestión Administrativa y Financiera 2026, relacionados con el manejo y control de los activos institucionales.	Cumplimiento inefectivo	La acción fue ejecutada; sin embargo, la auditoría 2026 evidenció recurrencia de debilidades en la conciliación, ubicación, custodia, trazabilidad y seguimiento de los activos institucionales. En consecuencia, la acción no resultó efectiva para superar la situación identificada y no procede el cierre del hallazgo.

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:

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
Hallazgo #1: No se evidencian la evaluación parcial de desempeño del primer semestre. Corresponde al período comprendido entre el primero (1º) de febrero y el treinta y uno (31) de julio del presente año del señor Decio Echenique Batista, incumpliendo el Artículo 5º. 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	100%	Soportes verificados en seguimiento anterior	Cumplimiento efectivo	El cumplimiento y cierre de la acción fueron determinados en seguimiento anterior; por tanto, no es objeto de nueva evaluación en el presente corte.

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

	realización.				
Hallazgo #2: No se evidencia que se remitieron las solicitudes de actualización del registro a la CNSC del señor Decio Echenique Batista, quien registra código 401, grado 10	1. Gestionar la actualización del registro ante la CNSC Realizar la revisión de la información registrada ante la Comisión Nacional del Servicio Civil – CNSC correspondiente al funcionario Decio Echenique Batista, código 401, grado 10, y, de ser procedente, remitir formalmente la solicitud de actualización o corrección de la información, dejando evidencia de la gestión realizada y de la respuesta recibida por parte de la CNSC.	50%	Se verificó solicitud presentada ante la CNSC para la habilitación del rol de administrador requerido para efectuar el reporte de la novedad. A la fecha del seguimiento, se encuentra pendiente la habilitación y/o gestión definitiva de actualización del registro del funcionario y la correspondiente respuesta de la CNSC.	Vencido	Se evidencia gestión orientada a posibilitar la actualización del registro; sin embargo, la acción no ha sido ejecutada integralmente, toda vez que permanece pendiente la actualización o corrección definitiva de la información del funcionario ante la CNSC y la evidencia de su resultado. Considerando que el plazo de ejecución venció el 12/12/2025, la acción se mantiene en estado "Vencido" y no procede su cierre.
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%	Soportes verificados en seguimiento anterior	Cumplimiento efectivo	El cumplimiento y cierre de la acción fueron determinados en seguimiento anterior; por tanto, no es objeto de nueva evaluación en el presente corte.
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.	24,9%	Se presenta registro de reunión del mes de Enero y Marzo correspondiente al primer trimestre del 2026. Hay un listado de asistencia que solo se ve la mitad de la hoja no se logra ver la fecha. Para el segundo trimestre se observa listado de reunión del mes de Abril del 2026.	Vencido	Para la vigencia 2026 se verificaron registros de asistencia correspondientes a dos reuniones realizadas durante el primer trimestre; sin embargo, la periodicidad establecida en la acción de mejora no se ha cumplido integralmente. En consecuencia, se reconoce un avance del 24,9 % y, al encontrarse vencido el plazo establecido, la acción se mantiene en estado "Vencido" y no procede su cierre.
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	100%	Se verificó hoja de vida del funcionario en el formato SIGEP con información completa, así como soportes relacionados con el requerimiento y comunicación sobre la obligación de mantener actualizada la información en el SIGEP.	Cumplimiento inefectivo	Las acciones formuladas fueron ejecutadas; sin embargo, no resultaron plenamente efectivas para superar la situación que dio origen al hallazgo. Mediante Memorando EPA-MEM-0000823-2026, la Subdirección Administrativa y Financiera informó que

	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.).				aún se presentan funcionarios con hojas de vida desactualizadas en el SIGEP, evidenciándose persistencia de la situación identificada. En consecuencia, no procede el cierre del hallazgo.
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.	100%	Se verificó la validación de las hojas de vida de los 26 funcionarios de planta en SIGEP, incluida la correspondiente al funcionario que se encontraba en período de prueba.	Cumplimiento efectivo extemporáneo	En el presente seguimiento se verificó la validación de la totalidad de las hojas de vida de los 26 funcionarios de planta en SIGEP, evidenciándose la superación de la situación que dio origen al hallazgo. Teniendo en cuenta que el cumplimiento se alcanzó con posterioridad al plazo establecido, la acción se clasifica como "Cumplimiento efectivo extemporáneo" y procede el cierre del hallazgo.
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.	100%	Se verificó la declaración de bienes y rentas del funcionario identificado en el hallazgo, así como la comunicación emitida a los funcionarios sobre la obligatoriedad de mantener actualizada la información en SIGEP. Adicionalmente, se verificaron las matrices de seguimiento de la Subdirección Administrativa y Financiera, en las cuales se identifican funcionarios que aún presentan información pendiente de actualización.	Cumplimiento inefectivo	Las acciones formuladas fueron ejecutadas y se evidencian actividades de seguimiento por parte de la Subdirección Administrativa y Financiera; sin embargo, las matrices aportadas muestran que aún existen funcionarios con información pendiente de actualización en SIGEP. En consecuencia, las acciones implementadas no han resultado plenamente efectivas para superar la situación que dio origen al hallazgo, por lo que no procede su cierre. Se recomienda reformular la acción de mejora, incorporando mecanismos periódicos de control y seguimiento que permitan gestionar oportunamente los casos pendientes y verificar su efectiva actualización.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno al Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría al proceso de Gestión del Talento Humano (GTH) – Asuntos de Carrera Administrativa CNSC, se evidencian resultados diferenciados en el

cumplimiento y efectividad de las acciones formuladas.

De los siete (7) hallazgos objeto de seguimiento, los Hallazgos N.º 1 y 3 mantienen el cierre determinado en seguimientos anteriores. El Hallazgo N.º 6 alcanzó un cumplimiento efectivo del 100 % de manera extemporánea, evidenciándose la superación de la situación que le dio origen, por lo cual procede su cierre en el presente seguimiento. Por su parte, los Hallazgos N.º 2 y 4 permanecen vencidos, al no haberse acreditado el cumplimiento integral de las acciones formuladas.

Respecto de los Hallazgos N.º 5 y 7, si bien las acciones formuladas alcanzaron un cumplimiento del 100 %, las evidencias verificadas muestran la persistencia de situaciones relacionadas con la actualización oportuna de la información en SIGEP, razón por la cual se clasifican como “Cumplimiento inefectivo” y no procede su cierre.

En consecuencia, de los siete (7) hallazgos evaluados, tres (3) se encuentran cerrados o proceden a cierre y cuatro (4) continúan en seguimiento. Para estos últimos se requiere culminar las acciones pendientes y, en los casos en que se determinó cumplimiento inefectivo, revisar y reformular las acciones de mejora, orientándolas al tratamiento efectivo de las causas y al fortalecimiento de los mecanismos de control y seguimiento, con el fin de prevenir la recurrencia 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

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
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”	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 aportaron evidencias adicionales en el presente seguimiento. Se mantiene el porcentaje de cumplimiento verificado en el seguimiento anterior.	Vencido	En el presente seguimiento no se recibió respuesta ni evidencia que permita acreditar avances adicionales frente al 50 % verificado en el corte anterior. Al encontrarse vencido el plazo de ejecución y permanecer pendiente la culminación de la acción, no procede el cierre del hallazgo.

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

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%

No se aportaron evidencias adicionales en el presente seguimiento. Se mantiene el porcentaje de cumplimiento verificado en el seguimiento anterior.

Vencido

En el presente seguimiento no se recibió respuesta ni evidencia que permita acreditar avances adicionales frente al 50 % verificado en el corte anterior. Al encontrarse vencido el plazo de ejecución y permanecer pendiente la culminación de la acción, no procede el cierre del hallazgo.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, los dos (2) hallazgos del Plan de Mejoramiento correspondiente al proceso de Investigación y Educación Ambiental presentan un cumplimiento acumulado del 50 % y permanecen en estado "Vencido".

En el presente seguimiento, la Subdirección de Investigación y Educación Ambiental no remitió respuesta ni aportó evidencias adicionales que permitan modificar el porcentaje de cumplimiento previamente determinado. En consecuencia, se mantienen los resultados del seguimiento anterior y no procede el cierre de los hallazgos.

Por lo anterior, las acciones deberán continuar en seguimiento hasta que se acredite su ejecución integral y se cuente con evidencia suficiente para evaluar su efectividad frente a las situaciones que dieron origen a los hallazgos.

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

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
Hallazgo #1: 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	75%	Se verificó la implementación de una matriz para el registro y seguimiento de las transferencias y solicitudes gestionadas por la Subdirección, mediante la cual se fortalece la trazabilidad de la información. Adicionalmente, la dependencia informa la vinculación de dos personas para apoyar la gestión asociada a la atención de solicitudes; no obstante, no se aportaron soportes que permitan verificar su vinculación, alcance de las actividades desarrolladas y contribución al cumplimiento de la acción formulada.	Vencido	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.
Hallazgo #2: 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	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	50%	Se mantienen las evidencias verificadas en el seguimiento anterior. En el presente seguimiento no se aportaron soportes que permitan acreditar avances adicionales en la ejecución integral de la acción formulada.	Vencido	Se mantiene el cumplimiento acumulado del 50 % determinado en el seguimiento anterior, toda vez que las evidencias aportadas en el presente corte no permiten acreditar avances adicionales frente a las actividades formuladas. Permanece pendiente la ejecución integral de la acción y, considerando que el plazo establecido se encuentra vencido, no procede el cierre del hallazgo.

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.

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

Hallazgo #3: 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

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

75%

Se verificó la existencia y utilización de una matriz para la programación y seguimiento de las visitas de la STDS, la cual permite fortalecer su planeación y trazabilidad. Asimismo, se evidencian acciones de seguimiento a la gestión de solicitudes.

Vencido

Las evidencias verificadas permiten validar un avance acumulado del 75 %, principalmente frente a la planeación, seguimiento y trazabilidad de las visitas. No obstante, se encuentra pendiente acreditar integralmente la mejora en los tiempos de respuesta de las PQRSD y el establecimiento y medición de los indicadores de desempeño previstos en la acción. En consecuencia, no procede el cierre del hallazgo.

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

desviaciones o retrasos en la ejecución de las actividades.					
Hallazgo #4: 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.	100%	Se verificó la implementación de la matriz "Transferencias STDS 2026", utilizada para el seguimiento de las solicitudes y trámites gestionados por la Subdirección. La herramienta incorpora información sobre asignación, responsable, vencimiento, estado, código y fecha de respuesta, notificación y estado en SIGOB, permitiendo fortalecer la trazabilidad hasta la gestión final de las solicitudes.	Cumplimiento pendiente de verificación de efectividad	La evidencia permite acreditar la ejecución de la acción formulada, al encontrarse implementada una herramienta para el seguimiento y trazabilidad de las solicitudes y trámites. No obstante, se requiere verificar su utilización consistente y la integridad y actualización de la información registrada, a efectos de determinar si la herramienta subsana de manera efectiva la situación que originó el hallazgo.
Hallazgo #5: 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%	Se mantienen las evidencias verificadas en el seguimiento anterior. En el presente seguimiento no se aportaron soportes adicionales que acrediten la actualización, definición y medición de los indicadores de los procedimientos de la STDS.	Vencido	Se mantiene el cumplimiento acumulado del 20 %. La dependencia informa que los procesos se encuentran en actualización; sin embargo, no aporta evidencia adicional que permita acreditar avances en la acción formulada. Al encontrarse vencido el plazo y pendiente su ejecución integral, no procede el cierre.
Hallazgo #6: 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 mapas de riesgos, se identificó una falta de actualización evaluación	Actualizar mapa de riesgo y asignar un responsable dentro de la STDS para el manejo de este conforme a lo 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%	Se mantienen las evidencias verificadas en el seguimiento anterior. No se aportaron soportes adicionales que acrediten la actualización del mapa de riesgos ni la asignación del responsable prevista en la acción.	Vencido	Se mantiene el cumplimiento acumulado del 20 %. La manifestación de que los procesos se encuentran en actualización no acredita la ejecución de la acción, permaneciendo pendiente la actualización del mapa de riesgos y la asignación del responsable para su gestión. No procede el cierre.

INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION

Fecha: 12/11/2020

Versión: 1.0

CÓDIGO: F-SEV-004

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.

Hallazgo #7: 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.

Hallazgo #8: 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

Actualizar los procedimientos de la STDS en cumplimiento del Modelo Integrado de gestión y planeación MIPG

50%

Se mantienen las evidencias verificadas en el seguimiento anterior. En el presente seguimiento no se aportaron soportes adicionales que permitan acreditar la culminación y formalización de la actualización de los procedimientos de la STDS.

Vencido

Se mantiene el cumplimiento acumulado del 50 %. Aunque la dependencia informa que los procesos se encuentran en actualización, no se aportó evidencia que permita verificar su culminación y formalización. En consecuencia, la acción permanece pendiente de ejecución integral y no procede el cierre.

Actualizar los procedimientos de la STDS en cumplimiento del Modelo Integrado de gestión y planeación MIPG

50%

Se mantienen las evidencias verificadas en el seguimiento anterior. No se aportaron soportes adicionales que acrediten avances en la actualización de los procedimientos prevista como acción de mejora.

Vencido

Se mantiene el cumplimiento acumulado del 50 %, al no evidenciarse avances adicionales frente al seguimiento anterior. Considerando que la acción permanece incompleta y su plazo se encuentra vencido, no procede el cierre del hallazgo.

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 los 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.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, el Plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoría del proceso de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental de la vigencia 2024 presenta avances diferenciados en la ejecución de las acciones formuladas; sin embargo, persisten acciones pendientes de cumplimiento integral y de verificación de su efectividad.

De los ocho (8) hallazgos objeto de seguimiento, el Hallazgo N.º 4 alcanzó el 100 % de cumplimiento de la acción formulada, encontrándose pendiente la verificación de su efectividad para determinar si la medida implementada subsanó la situación que le dio origen. Los Hallazgos N.º 1 y 3 presentan un cumplimiento del 75 %; el Hallazgo N.º 2, del 50 %; los Hallazgos N.º 5 y 6, del 20 %; y los Hallazgos N.º 7 y 8, del 50 %, permaneciendo estos últimos con acciones pendientes de ejecución integral.

Teniendo en cuenta que el plazo establecido para la ejecución de las acciones venció el 31 de diciembre de 2025, los hallazgos cuyo cumplimiento es inferior al 100 % permanecen en estado Vencido y deberán continuar en seguimiento hasta que se acredite la ejecución integral de las acciones correspondientes. Para el Hallazgo N.º 4, deberá verificarse la efectividad de la herramienta implementada antes de determinar su cierre.

En consecuencia, a la fecha de corte no procede el cierre definitivo del Plan de

Mejoramiento 2024, debiendo priorizarse la culminación de las acciones vencidas y, cuando corresponda, su revisión o reformulación, especialmente en aquellos casos en que las acciones inicialmente definidas no permitan abordar integralmente las causas o situaciones que dieron origen a los hallazgos.

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

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
Hallazgo #1: 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.	75%	Se verificó la implementación de la matriz de transferencias para el registro, asignación y seguimiento de la correspondencia gestionada por la STDS. La dependencia informa la contratación de dos personas para administrar la matriz y asignar la correspondencia; sin embargo, no se aportaron soportes que permitan verificar su vinculación y las actividades desarrolladas.	Vencido	Se evidencian avances en la implementación de la herramienta de seguimiento; no obstante, no se acredita integralmente el fortalecimiento del personal ni los demás componentes de monitoreo y seguimiento previstos en la acción. En consecuencia, no procede el cierre del hallazgo.
Hallazgo #2: 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)..	20%	La dependencia informa que los procesos liderados por la STDS se encuentran en actualización. No se aportaron documentos aprobados y formalizados que permitan acreditar la culminación de la acción.	Abierto	Se registra un cumplimiento del 20 %. La actualización en curso constituye un avance; sin embargo, permanece pendiente acreditar la aprobación, formalización, adopción e implementación de los documentos objeto de la acción.
Hallazgo #3: Durante las pruebas de recorrido al	Diseñar e implementar un procedimiento de	0%	La dependencia informa que no se ha	Abierto	No se evidencia avance en el diseño e

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 empleados o terceros.

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 garantizar que estén alineados con las funciones vigentes.

diseñado el procedimiento requerido. No se aportaron soportes que acrediten ejecución de la acción formulada.

implementación del procedimiento de gestión de usuarios de VITAL. La acción permanece pendiente de ejecución dentro del plazo establecido.

Hallazgo #4: 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

Se verificó la existencia de una matriz para la programación y seguimiento de visitas. La dependencia informa que los indicadores asociados aún no han sido actualizados.

Se mantiene un cumplimiento del 50 %, evidenciándose avance en la planeación y trazabilidad de las visitas. Permanece pendiente la actualización e implementación de los indicadores de desempeño previstos en la acción.

50%

Abierto

Hallazgo #5: Durante la auditoría se observa la

Unificación de la matriz de transferencias,

0%

No se aportaron evidencias que

Vencido

No se acredita el cumplimiento de la

	INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION					Fecha: 12/11/2020
						Versión: 1.0
						CÓDIGO: F-SEV-004
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.	como herramienta que permita optimizar la trazabilidad de las solicitudes, optimizando flujos de la información y seguimientos.		permitan verificar la ejecución de la acción formulada. La dependencia informa que se encuentran realizando ajustes a las hojas de Excel; sin embargo, no se allegaron soportes que permitan acreditar su implementación.		acción formulada, toda vez que no se aportaron evidencias que permitan verificar la unificación de la herramienta ni la implementación de los mecanismos de trazabilidad previstos. Considerando que el plazo establecido se encuentra vencido, no procede el cierre del hallazgo.	
Hallazgo #6: 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 acordadas, 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%	Se mantiene la evidencia relacionada con la participación de la STDS en actividades de orientación para la formulación y actualización de indicadores. La dependencia informa que actualmente se adelanta la actualización de las caracterizaciones como etapa previa a la actualización de los indicadores.	Abierto	Se mantiene el cumplimiento acumulado del 20 %. A la fecha de corte no se acredita la definición e implementación integral de indicadores con frecuencias, metas y responsables, permaneciendo la acción en ejecución.	
Hallazgo #7: 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 mapas 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	Actualizar mapa de riesgo y asignar un responsable dentro de la STDS para el manejo del mismo conforme a lo 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%	Se mantiene la evidencia verificada en el seguimiento anterior. La dependencia informa que actualmente se actualizan las caracterizaciones para posteriormente realizar la actualización de los riesgos de gestión y corrupción.	Abierto	Se mantiene el cumplimiento acumulado del 20 %. La actualización de las caracterizaciones constituye una actividad previa; a la fecha de corte no se acredita la actualización del mapa de riesgos ni la asignación del responsable previsto en la acción.	

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.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, el Plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoría del proceso de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental de la vigencia 2025 presenta avances parciales en la ejecución de las acciones formuladas, sin que a la fecha de corte se evidencie el cumplimiento integral de alguno de los siete (7) hallazgos objeto de seguimiento.

Como resultado de la verificación, el Hallazgo N.º 1 presenta un cumplimiento del 75 %; el Hallazgo N.º 4, del 50 %; los Hallazgos N.º 2, 6 y 7, del 20 %; y los Hallazgos N.º 3 y 5 no presentan cumplimiento verificable, registrando un 0 %. En consecuencia, a la fecha de corte no se configuran condiciones para el cierre de ninguno de los hallazgos.

Se evidencia igualmente una situación diferenciada frente a los plazos de ejecución. Los Hallazgos N.º 1 y 5 se encuentran vencidos, sin haber alcanzado el cumplimiento integral de las acciones formuladas, mientras que los Hallazgos N.º 2, 3, 4, 6 y 7 permanecen abiertos, al encontrarse dentro del plazo establecido para su ejecución. En estos últimos, resulta necesario fortalecer la gestión para asegurar su culminación oportuna y evitar que las acciones lleguen a su fecha límite sin el cumplimiento previsto.

Asimismo, se observa que varios de los hallazgos guardan relación con situaciones identificadas en la auditoría de la vigencia 2024, particularmente en materia de planeación y trazabilidad de visitas, indicadores y gestión de riesgos, lo cual hace necesario fortalecer el seguimiento sobre las acciones formuladas y verificar no solo su ejecución, sino también su efectividad frente a las situaciones que dieron origen a los hallazgos.

En consecuencia, el Plan de Mejoramiento 2025 deberá continuar en seguimiento, priorizando la culminación de las acciones vencidas de los Hallazgos N.º 1 y 5 y el cumplimiento oportuno de las acciones que aún se encuentran dentro del plazo. De igual manera, la Subdirección deberá garantizar la generación y conservación de evidencias verificables que permitan a la Oficina Asesora de Control Interno determinar objetivamente el cumplimiento y, posteriormente, la efectividad de las acciones implementadas.

1.4 Planes de mejoramiento internos suscritos por Oficina Asesora Jurídica.

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

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
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"	75%	Se evidencia la Resolución EPA-RES-00506-2026 del 31 de julio de 2026, por medio del cual se adopta la versión 02 del manual de contratación, el cual eliminó los formatos físicos formatos físicos de evaluación F-GC-001 al F-GC-004, y dispuso que la evaluación de desempeño se realizaría a través del módulo de evaluación de la plataforma SECOP II.	Vencido	Se reconoce un avance en la causa del hallazgo. Sin embargo, se requiere que la resolución en mención sea socializada con el personal involucrado y dar cierre efectivo al hallazgo.
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 soporte de la mesa de trabajo realizada durante la vigencia 2025	Cumplimiento efectivo	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	Adelantar la programación de sesiones para la vigencia 2025 de conformidad con lo señalado en la Resolución 134 de 2020 y aquellos actos	50%	Se evidencia acta de sesión No.001 del Comité de contratación, del 18 de marzo de 2026, 15 actas de la vigencia 2025.	Vencido	Se tienen en cuenta que para la vigencia 2025, el comité realizó 15 sesiones y el 9 de Agosto de 2025 se adopta la Resolución No. 543-2025 mediante el cual se modifican las

	INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION					Fecha: 12/11/2020
						Versión: 1.0
						CÓDIGO: F-SEV-004
"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 5º 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."	administrativos que la modifiquen.				sesiones del Comité de Contratación a 4 veces al año, como quiera que a la fecha se tiene evidencia que se ha sesionado 2 veces se establece un porcentaje del 50% y se espera que para la vigencia 2026 se cumplan con mínimo las 4 sesiones t dar cierre efectivo a este hallazgo.	
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 Artículo 24 de la Ley 80 de 1993. Tal como se observa a continuación:	Verificar que se realice la publicación 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	Cumplimiento efectivo	Esta actividad con cumplimiento del 100% se cerró en el informe anterior	
Hallazgo #5: En la mesa de trabajo realizada en el día 30 de septiembre de 2024, La subdirección Jurídica no presento 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	Solicitar a la segunda línea el asesoramiento y acompañamiento para la actualización de los riesgos de la gestión contractual y gestión jurídica	75%	Se evidencia Correo electrónico del 26/07/2026 con la actualización de los riesgos de gestión contractual y jurídica,	Vencido	Se evidencia correo electrónico del 26/07/2026, remitido por la Oficina Asesora Jurídica a la Oficina Asesora de Planeación, con la actualización de los riesgos de la gestión contractual y gestión jurídica, estando pendiente de revisión y aprobación.	

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."					
--	--	--	--	--	--

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, se concluye que el Plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoría al proceso de Gestión Contractual de la vigencia 2024 presenta avances en el cumplimiento de las acciones formuladas; sin embargo, persisten hallazgos pendientes de cierre y de acreditación integral de las acciones de mejora.

De los tres (3) hallazgos que se encontraban con plazo vencido, dos presentan porcentajes de cumplimiento iguales o superiores al 50 %, evidenciándose avances frente a seguimientos anteriores. No obstante, los resultados obtenidos indican la necesidad de continuar verificando la ejecución de las acciones pendientes y su efectividad frente a las situaciones que dieron origen a los hallazgos.

En particular, respecto del Hallazgo N.º 1, se evidenció la expedición de la Resolución EPA-RES-00506-2026 del 31 de julio de 2026, mediante la cual se adoptó la versión 02 del Manual de Contratación y se estableció que la evaluación del desempeño de proveedores se realizará a través del módulo correspondiente de SECOP II. Teniendo en cuenta que esta disposición es posterior a la fecha de corte del presente seguimiento, en el próximo corte deberá verificarse su implementación y aplicación efectiva, considerando que la situación que originó el hallazgo estaba relacionada con la falta de ejecución y seguimiento

de la evaluación del desempeño de proveedores.

En consecuencia, no procede el cierre integral del Plan de Mejoramiento, por lo que deberán mantenerse en seguimiento los hallazgos pendientes hasta tanto se acredite el cumplimiento de las acciones formuladas y, cuando corresponda, se cuente con elementos suficientes para determinar su efectividad.

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

Hallazgo / Oportunidad de mejora	Acción a implementar	% Cumpl.	Evidencia verificada	Estado	Evaluación y conclusiones OCI
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 Público 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 Público 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	Cumplimiento efectivo	Se evidencia la Resolución EPA-RES-00506-2026 del 31 de julio de 2026, por medio del cual se adopta la versión 02 del manual de contratación. Esta actividad con cumplimiento 100% se cerró en el informe anterior.
Hallazgo #2: Según el SECOP el Plan Anual fue cargado el día 10 de enero de 2025 por el señor Alvaro Hurtado	a) Establecer y comunicar la responsabilidad de publicar el Plan Anual	100%	Se evidencia la Resolución EPA-RES-00506-2026 del 31 de julio de 2026, por medio del cual se	Cumplimiento efectivo	Se evidencia la Resolución EPA-RES-00506-2026 del 31 de julio de 2026, por medio del cual se adopta la

 ESTABLECIMIENTO PÚBLICO AMBIENTAL CARTAGENA	INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO Y/O EVALUACION					Fecha: 12/11/2020
						Versión: 1.0
						CÓDIGO: F-SEV-004
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	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.		adopta la versión 02 del manual de contratación.		versión 02 del manual de contratación, en cuyo capítulo 4 numeral 4,9 se establece la responsabilidad de publicar el Plan Anual 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 Página 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.	Cumplimiento efectivo	Esta actividad con cumplimiento 100% se cerró en el informe anterior.	
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	Cumplimiento efectivo	Esta actividad con cumplimiento del 100% se cerró en el informe anterior	
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	80%	Se evidencia el plan de mejoramiento de la vigencia 2024 con sus respectivos soportes	Vencido	El plan de mejoramiento correspondiente al proceso de gestión contractual vigencia 2024 presenta un nivel de cumplimiento del 70%, evidenciándose avances significativos en los 3 hallazgos con plazo vencido, sin embargo, Persisten algunas 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	100%	Se evidencia el plan de mejoramiento de las vigencias 2024 y 2025 con sus soportes. Se evidencia informes de seguimiento ptep y mapas de riesgos de corrupción	Vencido	Se reconocen avances sobre el seguimiento continuo y programado a los planes de mejoramiento, con respecto al plan anticorrupción se evidencia que se envían a la OAP los avances con evidencias al corte de este seguimiento para la vigencia 2026 se llevan 2 reportes y se evidencia informe como primera línea de defensa.
---	---	-------------	--	----------------	---

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, el Plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoría al proceso de Gestión Contractual de la vigencia 2025 presenta avances importantes en la ejecución de las acciones formuladas. De los seis (6) hallazgos objeto de seguimiento, los Hallazgos N.º 1, 2, 3, 4 y registran un cumplimiento del 100 % el Hallazgo N.º 6 alcanzó el 100 % con posterioridad al plazo establecido, por lo que se clasifica como cumplimiento efectivo extemporáneo, y el Hallazgo N.º 5 permanece vencido, con un nivel de cumplimiento del 80 %.

Respecto del Hallazgo N.º 5, se evidencia un avance del 80 %, sustentado en la presentación del Plan de Mejoramiento de la vigencia 2024 y sus respectivos soportes. No obstante, persisten aspectos pendientes en la ejecución y seguimiento de las acciones correctivas, por lo que no se acredita su cumplimiento integral y, en consecuencia, no procede su cierre.

En relación con el Hallazgo N.º 6, se evidenció el seguimiento continuo y programado a los planes de mejoramiento, así como el reporte de los avances del Plan Anticorrupción a la Oficina Asesora de Planeación, con dos (2) reportes en la vigencia 2026 y el informe como primera línea de defensa. Considerando que la acción se completó con posterioridad al plazo establecido, se clasifica en estado “Cumplimiento efectivo extemporáneo” y procede su cierre.

En consecuencia, no procede el cierre integral del Plan de Mejoramiento de la vigencia 2025, debiendo continuar el seguimiento sobre el Hallazgo N.º 5 hasta que se acredite la ejecución integral de la acción formulada mediante evidencias suficientes y verificables. Los Hallazgos N.º 1, 2, 3, 4 y 6 se encuentran cerrados.

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 avancen alcanzados en cada acción de mejora, así:

Auditoría	Vigencia	Dependencia	Hallazgos	% promedio de avance PM
Gestión documental	2024	SAF	3	75%
Gestión administrativa y financiera	2024	SAF	8	81%
Gestión del talento humano	2025	SAF	7	82%
Investigación y educación ambiental	2024	SIEA	2	50%
Evaluación, control y seguimiento ambiental	2024	STDS	8	55%
Evaluación, control y seguimiento ambiental	2025	STDS	7	26%
Gestión contractual	2024	OAJ	5	80%
Gestión contractual	2025	OAJ	6	97%
Promedio general de los planes			46	68%

2. De los cuarenta y seis (46) hallazgos objeto de seguimiento, derivados de las auditorías internas de las vigencias 2024 y 2025:
 - ✓ 17 presentan cumplimiento efectivo (36,96 %)
 - ✓ 2 cumplimiento inefectivo (4,35 %),
 - ✓ 5 se encuentran abiertos dentro del plazo de ejecución (10,87 %)
 - ✓ 22 tienen el plazo vencido (47,83 %).
 - ✓ 29 hallazgos, equivalentes al 63,04 %, continúan en seguimiento. Dentro de los hallazgos con cumplimiento efectivo
3. Se identifican avances en diferentes procesos mediante la actualización de procedimientos, instrumentos de gestión, mecanismos de seguimiento y ejecución de acciones formuladas. No obstante, el cumplimiento de una acción no determina por sí solo su efectividad, por lo que el cierre de los hallazgos debe sustentarse en evidencia suficiente que permita establecer, cuando corresponda, que las medidas implementadas atendieron la situación que les dio origen.
4. La mayor oportunidad de mejora se concentra en los hallazgos con plazo vencido, algunos de los cuales corresponden a acciones formuladas desde la vigencia 2024 y permanecen pendientes de ejecución integral. Esta situación requiere atención prioritaria por parte de los responsables de los procesos para evitar la prolongación de las situaciones identificadas y la exposición a los riesgos asociados.
5. De manera transversal, el seguimiento evidenció casos en los cuales los soportes aportados no permiten acreditar integralmente la ejecución de las acciones formuladas, así como acciones cuyo diseño no aborda suficientemente la situación que dio origen al hallazgo. Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer tanto la formulación de las acciones de mejora como la calidad, pertinencia y trazabilidad de las evidencias utilizadas para acreditar su cumplimiento.
6. Asimismo, se identificaron situaciones relacionadas con hallazgos de vigencias anteriores que vuelven a presentarse en ejercicios posteriores. La recurrencia

constituye un elemento relevante para la evaluación de la efectividad de las acciones implementadas y deberá ser considerada en los seguimientos posteriores, especialmente cuando evidencie persistencia de las causas o condiciones que dieron origen al hallazgo.

7. En consecuencia, los planes y acciones que no reúnen las condiciones para su cierre deberán continuar en seguimiento, priorizando las acciones vencidas y verificando, según corresponda, su cumplimiento y efectividad. En aquellos casos en que se determine que una acción ejecutada no resultó efectiva, deberá evaluarse su revisión o reformulación con el propósito de orientar las medidas hacia el tratamiento de las causas identificadas.

RECOMENDACIONES

1. Priorizar la gestión de las acciones con plazo vencido, estableciendo compromisos concretos para su culminación y realizando seguimiento periódico hasta acreditar su ejecución integral. Cuando las condiciones actuales hagan inviable la acción inicialmente formulada, deberá evaluarse técnicamente su reformulación, conservando la trazabilidad del hallazgo original.
2. Fortalecer la formulación de las acciones de mejora, procurando que respondan directamente a las causas o situaciones que originaron los hallazgos y que cuenten con metas, responsables, plazos e indicadores que permitan determinar objetivamente su cumplimiento y posterior efectividad.
3. Fortalecer la calidad y trazabilidad de las evidencias, de manera que cada soporte se encuentre claramente relacionado con la acción que pretende acreditar y permita verificar objetivamente su ejecución. La manifestación del responsable sobre la realización de una actividad deberá estar acompañada de evidencia suficiente y verificable.
4. Implementar por parte de los líderes de proceso un seguimiento periódico a sus planes de mejoramiento, que permita identificar oportunamente acciones próximas a vencer, desviaciones frente a las metas establecidas y situaciones que requieran medidas correctivas antes del vencimiento de los plazos.
5. Para las acciones ejecutadas al 100 %, fortalecer la evaluación de efectividad y recurrencia, verificando si las medidas adoptadas permitieron atender la situación que originó el hallazgo. Cuando se determine cumplimiento inefectivo o recurrencia, analizar las causas y adoptar las acciones que correspondan para evitar la permanencia de la situación observada.

Cordialmente,



DELIA CALVO RAMÍREZ
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: Berta Zulima Arregocés Avendaño- Asesora Externa

Antonio Garcés Rebolledo-Asesor Externo

BZAA

Antonio Garcés