



	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **1** de **22**

<b>TITULO:</b>	Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno con corte a 30 de junio vigencia 2026.
<b>FECHA:</b>	01 de julio de 2026.
<b>ELABORÓ:</b>	<b>William Alberto Salcedo Albarracin</b> // jefe Oficina de Control Interno de Gestión.
<b>OBJETO:</b>	Dar a conocer el resultado de la evaluación independiente del sistema de control interno con corte a 30 de junio de 2026, que integra las labores de seguimiento como tercera línea de defensa, en el marco de la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, en cumplimiento a lo previsto en el Decreto 2106 de 2019, los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Circular externa No. 034 de junio 14 de 2016 (SSPD).
<b>DESTINATARIOS:</b>	<b>Diego Fernando Ramírez Naizaque</b> //Agente Especial
	<b>Beatriz Carolina Diaz Flórez</b> //Asesora Jurídica
	<b>José Antonio Rosas Pineda</b> //Secretario General.
	<b>Adriana Cristina Rosas Valderrama</b> //Asesora Oficina Asesora de Planeación
	<b>Iván Mauricio Forero García</b> // Subgerente de Asuntos Corporativos.
	<b>Juan B. Saldarriaga Elorza</b> // Director de Gestión de Usuarios y Comercialización
	<b>Félix Javier Muruaga Garzón</b> //Director operativo AC y Alc.
	<b>Luz Mary Hernández Chacón</b> // Directora Operativo Aseo (e).
	<b>Claudia Adriana Colorado Pedraza</b> // Jefe Oficina Control Interno Disciplinario.
<b>Luis Tovar Santos</b> //Contralor designado por la SSPD.	

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **2** de **22**

## INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo dispuesto en la circular No. 034 de junio 14 de 2016, expedida por la Superintendencia de Servicios Públicos domiciliarios, que fija los lineamientos generales del proceso de intervención de los prestadores de servicios públicos domiciliarios y en concordancia con los lineamientos internos establecidos por la Agencia Especial, mediante circular No. 0001 de enero 2 de 2024, la Oficina de Control Interno de Gestión presenta **informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno con corte a 30 de junio de 2026**, de acuerdo a lo previsto en el Decreto 2106 de 2019 y los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP.

Los resultados del proceso de evaluación son producto de la evaluación independiente y objetiva. El proceso de validación comprende análisis de datos que se encuentran en los reportes de indicadores de gestión, de avances del plan de acción por dependencias, informe bimensual de monitoreo, de evidencias a mapa de riesgos y de información adicional, a efectos de lograr imparcialidad en los resultados de la evaluación.

La evaluación se desarrolló a través de cinco componentes claves, que hacen parte del control fiscal interno: **a)** Ambiente de Control; **b)** Evaluación del Riesgo; **c)** Actividades de Control; **d)** Información y Comunicación; **e)** Actividades de Monitoreo; articulado con el esquema de líneas de defensa, que hacen parte del día a día en las operaciones ejecutadas en los diferentes niveles de la Empresa, por cada uno de los servidores públicos (trabajadores oficiales-empleados públicos) responsables de cada proceso. De esta manera, se establece la efectividad de los controles y se muestra los resultados de la evaluación independiente.

### **Efectividad del sistema de control interno.**

Al revisar los cinco componentes se evidencia en general un nivel adecuado de cumplimiento, que refleja madurez en la implementación y operación del sistema de control interno como parte esencial de la séptima dimensión del MIPG. La EAAAY EICE ESP, cuenta con una estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas diseñadas para el logro de sus objetivos y metas. De los **81 requisitos evaluados** enmarcados en los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno – MECI-, **71 se encuentran en un 100%, 9 sobre 75%, y 1 se encuentran sobre 50%. Esto significa que en promedio el Sistema de Control Interno de la Empresa presenta un nivel de avance de 97% sobre 100%**

Este nivel de avance indica que el Sistema de Control Interno en la Empresa de Acueducto, Alcantarillado y Aseo de Yopal, está presente y funcionando correctamente por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de la líneas de defensa; asegurando razonablemente el cumplimiento de los objetivos misionales y estratégicos, como se detalla a continuación:

Componente	Criterios	¿El componente está presente y funcionando?	Oportunidades de mejora	Nivel Comparativo de Cumplimiento componente		
				Presente evaluación	Anterior evaluación	
Ambiente control	de 24	Si	4	96%	84%	↑
Evaluación riesgos	de 17	Si	3	96%	99%	↓
Actividades control	de 12	Si	1	98%	88%	↑
Información y comunicación	14	Si	2	95%	82%	↑
Monitoreo	14	Si	0	100%	99%	↑

En la EAAAY EICE ESP, los principios estructurales que rigen la implementación y operación del control interno como parte esencial de la séptima dimensión del MIPG se encuentran inmersos en la **Resolución No. 1690 de diciembre 5 de 2019**. Bajo ese esquema, la Empresa adoptó el sistema de Control Interno que viene dado en la Ley 87 de 1993, el cual opera a través de la implementación de una serie de planes, métodos, normas procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación organizados, que procura que todas las actividades, operaciones y gestiones, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la alta Dirección y en atención a las metas y objetivos trazados en el plan estratégico, plan de gestión y resultados y los planes de acción de cada dependencia.

De acuerdo a lo expresado, la Empresa tiene definido en todos sus niveles roles y responsabilidades frente al sistema de Control Interno, a través de la adopción del "Esquema de las Líneas de Defensa"<sup>1</sup>, con base en lo establecido en la Séptima Dimensión del MIPG (Control Interno).

<sup>1</sup> Resolución No. 1690 de 2029 de 5 de diciembre, por medio de la cual se adopta la política de control interno como parte integral de la séptima dimensión del MIPG en la EAAAY EICE ESP.

	<b>INFORMES</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **4** de **22**

Al margen de lo explicado, la Oficina de Control Interno de gestión, atendiendo lo establecido en el artículo 14 de la Ley 87 de 1993 (modificado por el artículo 156 del Decreto Nacional 2106 de 2019) y en desarrollo del Plan Anual de Auditoría 2026, lleva a cabo la Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno de la Empresa de Acueducto, Alcantarillado y Aseo de Yopal a corte 30 de junio de 2026, empleando la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. **Concibiendo que el Sistema de Control Interno de Gestión somos TODOS como Empresa de Acueducto, Alcantarillado, Aseo de Yopal EAAAY EICE ESP;** es decir, que las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control de estos, están distribuidas en diferentes áreas y no se concentra en la oficina de control interno de Gestión de la empresa.


Con base en lo manifestado, se presenta los resultados consolidados del estado del sistema de control interno de la EAAAY EICE ESP a corte 31 de diciembre de 2024, con base en las actividades e información recaudada en el proceso de seguimiento y verificación:

<b>DIMENSIÓN 7 Control Interno</b>	
<b>POLÍTICA 19 Control Interno</b>	
<b>Consolidado estado del sistema de Control Interno</b>	
<b>Estado general Sistema de Control Interno</b>	<b>Nivel de cumplimiento</b>
Componente Ambiente de Control	<b>96%</b>
Componente Evaluación del Riesgo	<b>96%</b>
Componente Actividades de Control	<b>98%</b>
Componente Información y Comunicación	<b>95%</b>
Componente Actividades de Monitoreo	<b>100%</b>

A partir de los resultados generales, se presenta el detalle del análisis por cada componente y su estado actual.

#### **Ambiente de control.**

*"La entidad debe asegurar un Ambiente de Control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno. Esto se logra con el*

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página 5 de 22

*compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del Control Interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.<sup>2</sup>*

**Análisis del resultado.** En este componente se evaluaron los **24 requisitos** (enmarcados en 5 lineamientos) que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan a continuación:

EVALUACIÓN	PORCENTAJE IMPLEMENTACIÓN	CANTIDAD	RESULTADO	
			Presente evaluación	Informe anterior
Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	20	<b>96%</b>	<b>84%</b>
Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño ya que opera de manera efectiva.	75%	4		

**Estado actual: Conclusión general.**

**Oportunidades de mejora del componente.**

<b>1</b>	Se debe revisar y ajustar la Política de administración de riesgos en el nuevo contexto de la empresa y de acuerdo con los últimos lineamientos del DAFP, así como llevar a cabo su correspondiente y amplia divulgación.
<b>2</b>	Es necesario que todos los procesos realicen la gestión interna de sus riesgos y controles como mecanismo de control para garantizar su efectividad.
<b>3</b>	Desde Talento Humano garantizar la evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal, formular, implementar y hacer seguimiento al plan de desvinculación asistida.



<sup>2</sup> Tomado del formato informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno- Departamento Administrativo de la Función Pública.

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **6** de **22**

<b>4</b>	Evaluar el impacto del Plan Institucional de capacitación aprobado para la vigencia.
<b>Fortalezas del componente.</b>	
<b>1</b>	El SGSST de la empresa tiene un líder responsable idóneo y personal de apoyo.
<b>2</b>	La empresa tiene establecidos métodos para la identificación, prevención, evaluación, valoración y control de los peligros y riesgos en la empresa.
<b>3</b>	La empresa tiene establecido un COPASST de acuerdo a la normatividad vigente.
<b>4</b>	El Comité de convivencia Laboral continúa atendiendo los casos presentados a esa instancia.
<b>5</b>	Optimización de espacios laborales y recursos físicos y financieros en favor de los trabajadores de la empresa, que en últimas se refleja en los usuarios.
<b>6</b>	Se cuenta con la Oficina de Control interno disciplinario funcionando en cumplimiento de la normatividad aplicable.
<b>7</b>	Desde la Oficina Asesora Jurídica y liderazgo de la secretaria técnica y el comité de conciliación se ha venido adelantando ejercicios para la actualización de la política de prevención del daño antijurídico en cumplimiento a normativas y requerimientos en el marco del acompañamiento de la Procuraduría como una respuesta de carácter transversal, para reducir los eventos generadores del daño antijurídico y lograr de manera sostenible una disminución del número de demandas en contra de la Empresa y del valor de las condenas a su cargo.
<b>8</b>	El Comité Institucional de Gestión y Desempeño se reúne para verificar y validar el estado de los compromisos en estado pendiente.
<b>9</b>	La Oficina de Control Interno de Gestión y la Oficina Asesora de Planeación cumplen el reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control del desempeño institucional, mediante la herramienta en línea FURAG.
<b>10</b>	Con base en los elementos aportados por la Oficina de Talento Humano se refleja el inicio del proceso de estudio de cargas y rediseño institucional en cumplimiento con los compromisos con la SSPD y acción popular, evidenciando el interés y compromiso por parte de la Alta Dirección el proceso de modernización
<b>11</b>	La empresa bajo el liderazgo del Agente Especial realiza reuniones de premonitoreo con el propósito de verificar y garantizar el cumplimiento a los compromisos suscritos ante la SSPD y la mejora continua de la empresa.
<b>Nivel de Cumplimiento.</b>	
En este componente se evaluaron 24 requisitos ( <i>enmarcados en 5 lineamientos</i> ) definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a fin de establecer	

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página 7 de 22



si se encuentran presentes y funcionando.

El componente se encuentra presente, con un **nivel de cumplimiento del 96%, frente al semestre anterior aumenta doce puntos**, presentando oportunidades; por lo tanto, se requieren acciones encaminadas a fortalecer su diseño y ejecución de aquellos aspectos en los cuales se detectaron áreas de mejora y de mantener las fortalezas identificadas.

En este componente se puede identificar que la Empresa cuenta con un **Plan Estratégico Institucional 2021-2030**, construido de manera participativa por técnicos, profesionales y directivos de todas las áreas de la empresa. Está encaminado a proponer acciones que mejoren la capacidad de gestión corporativa, financiera y operativa de la empresa, para superar las causales de intervención. Es una herramienta de planificación a mediano y largo plazo, que busca la sostenibilidad financiera de la empresa y de esta forma garantizar el mejor servicio a los usuarios y generar valor social. También se cuenta con el **plan de gestión y resultados PGR 2026**, que tiene como objetivo "*Consolidar una empresa con CALIDAD, EFICIENCIA y SOSTENIBILIDAD a mediano y largo plazo, con compromiso AMBIENTAL Y SOCIAL de la mano de sus trabajadores y usuarios con el respaldo de las entidades territoriales y nacionales*". Así mismo, cuenta con un **plan de acción 2026** articulado con el **plan de trabajo que comprende un esquema de soluciones estratégicas**. Se encuentran integrados y alineados el **PEI, el PGR y el plan de acción**, producto de mesas de trabajo con directores, profesionales y líderes del proceso.

Se cuenta con 16 procesos, producto de actualización, un mapa de procesos, en el que se identifican los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control y cuenta con una estructura organizacional. La Empresa tiene formuladas e implementadas mediante acto administrativo 17 políticas de gestión y desempeño que se complementan con 14 políticas institucionales, todas documentadas.

Respecto a la **actualización de las políticas de Control Interno de Gestión y de administración del riesgo de la EAAAY EICE ESP**, se encuentran sujetas a la definición de la estructura organizacional, cargos, salarios, procesos y procedimientos de la EAAAY EICE ESP, que consulte la realidad financiera y presupuestal de la empresa, con la máxima racionalidad de la relación costos-beneficios; atendiendo el crecimiento poblacional en Yopal y la cantidad de suscriptores en los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo.

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **8** de **22**

Se ha continuado de manera transitoria con la implementación de la **política de riesgos contenida en la Resolución No. 0525 del 18 de mayo de 2018**, y con la **política de control interno adoptada mediante la Resolución No. 812.43.00.1690.19 de diciembre 5 de 2019, que deben ser actualizadas.**

### Evaluación del riesgo.

*"Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles con el fin de evaluarlos."*



**Análisis del resultado.** En este componente se evaluaron los 17 requisitos (enmarcados en 4 lineamientos) que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente tabla:

EVALUACIÓN	PORCENTAJE IMPLEMENTACIÓN	CANTIDAD	RESULTADO	
			Presente evaluación	Informe anterior
Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	14	96%	99%
Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño ya que opera de manera efectiva.	80%	3		

### **Estado actual: Conclusión general.**

### **Oportunidades de mejora del componente**

<b>1</b>	Fortalecer el ejercicio de monitoreo de manera que todos los procesos evidencien la gestión de los riesgos identificados.
----------	---

	<b>INFORMES</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **9** de **22**

<b>2</b>	Realizar el ejercicio de consolidación y reporte de la 2da línea de defensa. Seguir divulgando la política y el mecanismo para el tratamiento de los riesgos como un ejercicio permanente. Evidenciar si se materializaron riesgos como resultado del ejercicio de monitoreo por parte de la segunda línea de defensa.
<b>3</b>	Medir y documentar el impacto sobre el Sistema de Control Interno que pueden generar los cambios en los diferentes niveles organizacionales.
<b>4</b>	Evidenciar el cumplimiento a los lineamientos del <b>manual de políticas contables</b> aprobado por la empresa.  Fortalecer las labores de seguimiento y operación del Comité de Sanearamiento contable.

### Fortalezas del componente

<b>1</b>	Mediante Resolución No. 00031 del 30 de enero de 2026, la Empresa continua con la implementación del programa de Transparencia y Ética Pública, bajo 6 componentes: <b>i.</b> medidas de debida diligencia, <b>ii.</b> Prevención, gestión y administración de riesgos, <b>iii.</b> Redes para el fortalecimiento de prevención de actos de corrupción, transparencia y legalidad, <b>iv.</b> Canales de denuncia, <b>vi.</b> Estrategias de Transparencia, estado, acceso a la información pública y cultura de la legalidad. La Oficina Asesora de Planeación desarrolló seguimiento al avance de las actividades programadas.
<b>2</b>	Desde la Segunda línea de defensa, la Oficina de Planeación realizó acompañamiento a diferentes dependencias para actualizar y evaluar los riesgos de la Empresa de acuerdo a la estructura organizacional vigente, para crear una gestión eficiente, efectiva y transparente, identificando los riesgos de gestión, informáticos y de corrupción.  La empresa cuenta con matriz de riesgos y controles para los diferentes procesos debidamente evaluados trimestralmente.
<b>3</b>	Desde la Segunda línea de defensa, la Oficina Asesora de Planeación en articulación con la Oficina de Control Interno en cumplimiento a lo previsto en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, y, con el único propósito de promover una cultura de legalidad y fortalecer el control del riesgo al interior de la Empresa, se impartieron lineamientos, para el reporte correcto de información que evidencie el avance de ejecución de las actividades programadas durante la vigencia 2026.
<b>4</b>	Se ha realizado seguimiento por parte de planeación a la ejecución del plan de acción 2026, así como monitoreo a los indicadores de gestión, ya los indicadores IUS.

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **10** de **22**

<b>5</b>	<p>Se mantiene la política de pagos de la EAAAY de tal manera que los pagos se realicen en cumplimiento de la normatividad y bajo criterios de seguridad y confiabilidad.</p> <p>Se adoptó el plan de austeridad para la vigencia 2026.</p> <p>Se adoptó plan mensualizado de caja para la vigencia 2026.</p> <p>Se adoptó la herramienta financiera de Flujo de caja definido en paralelo.</p> <p>Acciones que no se reflejaban antes de la intervención.</p>
<b>6</b>	<p>Se cuenta con el canal de denuncias, sobre cualquier situación de soborno y/o corrupción, liderado por la OCIG con la autoridad e independencia para el seguimiento y cumplimiento, actuando bajo el principio de buena fe.</p> <p>Fortalecimiento de canales seguros de denuncia: <a href="mailto:denuncias@eaaay.gov.co">denuncias@eaaay.gov.co</a></p>
<b>7</b>	<p>La Oficina de Control Interno de Gestión, como tercera línea de defensa presentó los resultados del seguimiento periódico a la matriz de riesgos; en donde se identificaron riesgos en 4 procesos de la EAAAY, actualizándose el mapa de riesgos de 105 riesgos, que se gestionaron con 164 controles fortaleciendo de esta manera los controles.</p>
<b>8</b>	<p>La Oficina de Control Interno de Gestión, como tercera línea de defensa presentó los resultados del informe enfocado en elementos de seguimiento y monitoreo al cumplimiento de lo previsto en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022. En el marco del programa de Transparencia y Ética Pública.</p>
<b>9</b>	<p>Cada proceso tiene diseñado indicadores que permiten monitorear su gestión y tomar las acciones correctivas y de mejora necesarias.</p>
<b>10</b>	<p>La empresa como muestra de compromiso y cumplimiento a los requerimientos de entes de control adoptó el Manual de supervisión e interventoría ampliamente divulgado como mecanismo orientador de las responsabilidades, competencias en cada uno de los ámbitos.</p>

### **Nivel de Cumplimiento.**

En este componente se evaluaron 17 requisitos (*enmarcados en 4 lineamientos*) definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando.

El componente se encuentra presente, con un **nivel de cumplimiento del 96%, decrece 3 puntos, frente al semestre anterior (99%)**; por lo tanto, se requieren acciones encaminadas a mejorar y fortalecer su diseño y ejecución de aquellos aspectos en los cuales se detectaron rezagos y de mantener las fortalezas identificadas.

A cierre de este informe la Empresa mantiene identificado en su mapa, **los cuales son monitoreados por 34 áreas que definieron 164 controles para minimizar su**

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **11** de **22**

**ocurrencia.** De acuerdo con la información reportada por cada una de las áreas a la carpeta compartida dispuesta por la Oficina Asesora de Planeación y las verificaciones adelantadas por la Oficina de Control Interno como tercera línea, no se evidencia materialización de Riesgos de Corrupción para el cuatrimestre evaluado.

En ese contexto el componente se encuentra presente, funcionando con debilidades identificadas, como lo es el reporte de información; por lo tanto, se requieren acciones encaminadas a **mejorar y fortalecer** su diseño y/o ejecución de aquellos aspectos en los cuales se detectaron debilidades y **de mantener** las fortalezas.

### Actividades de Control.

*"La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones."*

### Análisis del resultado.



En este componente se evaluaron los 12 requisitos (enmarcados en 3 lineamientos) que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan a continuación:

EVALUACIÓN	PORCENTAJE IMPLEMENTACIÓN	CANTIDAD	RESULTADO	
			Presente evaluación	Informe anterior
Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	11	98%	88%
Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño ya que opera de manera efectiva.	75%	1		

### Estado actual: Conclusión general.

### Oportunidades de mejora del componente.



<b>1</b>	Para este I semestre, la Oficina de Control Interno de Gestión encuentra 5 formatos vencidos en el SUI pertenecientes a la Dirección de aseo y 64 en términos, para un total de 64, evidenciando la tendencia a mantener al día el cargue, sin embargo, se hace necesario aumentar los esfuerzos de manera que
----------	--

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **12** de **22**

	permitan que la calificación del IUS no se ve afectada.
<b>2</b>	Fortalecer las medidas para el control de los usuarios de TI en cumplimiento a las políticas articuladas en el PETIC, plan de tratamiento de riesgos de seguridad y plan de privacidad y seguridad de la información.
<b>Fortalezas del componente.</b>	
<b>1</b>	La alta dirección a través de la Secretaría de planeación y la Oficina de Control Interno de Gestión, monitorea los riesgos con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo. El análisis de los resultados se ha presentado a la Alta Dirección.
<b>2</b>	La Oficina de Control Interno de Gestión como tercera línea de defensa generó alertas y recomendaciones con alcance preventivo producto del <b>seguimiento y monitoreo a la gestión de los riesgos de corrupción</b> de la EAAAY EICE ESP brindando información para la toma de decisiones y la implementación de puntos de control efectivos. Se presento el primer informe primer cuatrimestre seguimiento a la gestión de riesgos de la EAAAY EICE ESP.
<b>3</b>	La Oficina de Control Interno de Gestión como tercera línea de defensa generó alertas y recomendaciones con alcance preventivo producto del <b>seguimiento y monitoreo al cumplimiento del plan de austeridad y eficiencia del gasto público</b> de la EAAAY EICE ESP, brindando información oportuna, así como recomendaciones y conclusiones para que se adelanten las acciones pertinentes.
<b>4</b>	La Oficina de Control Interno de Gestión como tercera línea de defensa ha presentado resultados del seguimiento y monitoreo a la gestión que se realiza por parte de las áreas responsables de garantizar el reporte de información financiera, administrativa, técnica, comercial requerida en todos los servicios prestados (acueducto, alcantarillado y aseo) a través del Sistema Único de Información SUI; con la finalidad de generar alertas concomitantes y recomendaciones que permitan a cada uno de los responsables cumplir con la obligación de reportar la información bajo los criterios de oportunidad, calidad, integridad, confiabilidad y pertinencia.
<b>5</b>	La Oficina de Control interno generó alertas y recomendaciones con alcance preventivo con el fin de realizar la actualización de la Política de prevención del daño antijuridico, en cumplimiento a la normativa y requerimientos de la Procuraduría.
<b>6</b>	Desde la Alta Dirección se lideran reuniones previas de premonitoreos como estrategia que permita el cumplimiento a los compromisos y requerimientos establecidos por la SSPD, lo que ha permitido evidenciar mejoras en la gestión

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **13** de **22**

	y desempeño institucional.
<b>7</b>	Se da cumplimiento a los requerimientos y medidas de entes de control y vigilancia, para destacar la ejecución del estudio de cargas y rediseño organizacional.

### **Nivel de Cumplimiento.**

En este componente se evaluaron 12 requisitos (*enmarcados en 3 lineamientos*) definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando.

El componente se encuentra presente, con un **nivel de cumplimiento del 98%, frente al semestre anterior incrementa 10 puntos**; presenta oportunidades de mejora, por lo tanto, se requieren acciones encaminadas a mejorar y fortalecer su diseño y ejecución de aquellos aspectos en los cuales se detectaron algunos rezagos y de mantener las fortalezas identificadas.

Se evidencian actualizaciones de procedimientos basadas en acciones de mejora propuestas dentro del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental.

### **Información y comunicación.**

*"Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno."*<sup>3</sup>

### **Análisis del resultado.**

En este componente se evaluaron los 14 requisitos (*enmarcados en 3 lineamientos*) que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente tabla:

<sup>3</sup> Tomado del formato informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno- Departamento Administrativo de la Función Pública.

	<b>INFORMES</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **14** de **22**

EVALUACIÓN	PORCENTAJE IMPLEMENTACIÓN	CANTIDAD	RESULTADO	
			Presente evaluación	Informe anterior
Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	12		
Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño ya que opera de manera efectiva.	75%	1	<b>95%</b>	<b>82%</b>
Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	50%	1		

**Estado actual: Conclusión general.**

**Oportunidades de mejora del componente.**

<b>1</b>	Los activos de información deben ser actualizados, así como implementar el FUID para las transferencias documentales.
<b>2</b>	Seguir actualizando de manera permanente la información sobre Transparencia y Acceso a la Información, de manera que permita no solo la mejora en la valoración emitida por el ente de control sino además como premisa de cumplimiento a la normativa y el derecho de acceso a la información pública.
<b>3</b>	Fortalecer y evidenciar la ejecución del manual de comunicaciones tanto para el público interno como el externo.

**Fortalezas**

<b>1</b>	Por instrucciones de la Alta Dirección se mejora y fortalece la implementación del módulo para la generación de comunicaciones internas con firma digital a través de la plataforma QF DOCUMENT. Se han realizado capacitaciones con todas las áreas funcionales liderado por la Oficina de Archivo de acuerdo con los roles y administración de permisos.
<b>2</b>	Se encuentra activo y funcionando el Comité de Gestión y Desempeño

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **15** de **22**

	Institucional como máximo órgano rector, articulador y ejecutor, a nivel institucional, de las acciones y estrategias para la correcta implementación, operación, desarrollo, evaluación y seguimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
<b>3</b>	Continuar fortaleciendo los canales y estrategias de comunicación que faciliten la difusión y comprensión del conocimiento dentro y fuera de la empresa como piezas didácticas de divulgación de prácticas y lecciones significativas aprendidas.
<b>4</b>	El plan de acción por dependencias fue aprobado por la Alta Dirección, el cual ha sido ampliamente socializado con los líderes de proceso, quienes implementan y ejecutan las acciones para su cumplimiento.
<b>5</b>	La Empresa cuenta con canal interno para denuncia de posibles situaciones irregulares, el cual se encuentra bajo la gestión y seguimiento de la OCIG.
<b>7</b>	La empresa cuenta con el Plan Estratégico de TIC (PETIC) (" <i>PETIC 2026.pdf</i> ") adoptado mediante Resolución por la cual se establece la política de tecnologías de información y comunicaciones.
<b>8</b>	Es importante, fortalecer la gestión y salvaguarda de todos los documentos que soportan la información (comunicaciones, informes, audiovisual, entre otros) para facilitar la operación de la Empresa, la seguridad y protección de datos y garantizar la trazabilidad de toda la gestión.

### **Nivel de Cumplimiento.**

En este componente se evaluaron 14 requisitos (*enmarcados en 3 lineamientos*) definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. El componente se encuentra presente, con un **nivel de cumplimiento del 95%, frente al semestre anterior aumenta 13 puntos, presenta** oportunidades de mejora; por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa y de mantener las fortalezas identificadas.

El componente se encuentra presente, con la política de gestión documental, un proceso de gestión documental y el programa de transparencia y ética pública que integra la política de transparencia y acceso a la información, la caracterización de usuarios, lo que permite un adecuado flujo de información interna y externa.

En ese contexto el componente se encuentra funcionando, se requieren acciones encaminadas a **mejorar y fortalecer** su diseño y/o ejecución en el criterio evaluado y cuyo resultado arrojó la calificación de 75% así como implementar acciones para un criterio en el que se determinó que requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **16** de **22**

diseño y/o ejecución con una valoración de 50% y **de mantener** las fortalezas identificadas.

### Actividades de monitoreo.

*"Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del Control Interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública."*

### Análisis del resultado.

En este componente se evaluaron los 14 requisitos (enmarcados en 2 lineamientos) que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente tabla:

EVALUACIÓN	PORCENTAJE IMPLEMENTACIÓN	CANTIDAD	RESULTADO	
			Presente evaluación	Informe anterior
Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	14	100%	99%

### Estado actual: Conclusión general.

### Oportunidades del componente.

<b>1</b>	Si bien se obtuvo una calificación del 100%, se hace necesario recordar mantener el ejercicio de realizar los monitoreos y seguimientos a la gestión y el desempeño institucional desde cada una de las áreas responsables de manera que se siga fortaleciendo el compromiso.
----------	---

### Fortalezas del componente.



<b>1</b>	Acorde con el Esquema de líneas de defensa, la Oficina de Planeación de la
----------	--

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **17** de **22**

	EAAAY EICE como segunda línea de defensa, ha realizado monitoreo periódico a las actividades y prácticas de gestión de riesgos de la primera línea de defensa.
<b>2</b>	La Empresa cuenta con los mecanismos para ejercer evaluación del Sistema de Control Interno mediante la Resolución No. <b>Resolución No. 0952 del 05 de junio del 2023 y la Resolución No. 0547 del 25 de mayo del 2018</b> , por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017, donde se definan sus funciones de forma clara que incluya el seguimiento al diseño y efectividad de la estructura de control y la Resolución No. <b>00025 DE 2026 (29 de enero de 2026)</b> "Por medio de la cual se modifica parcial y temporalmente el artículo primero de la Resolución No. 0952.23 del 5 de junio de 2023, del reglamento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Empresa de Acueducto, Alcantarillado y Aseo de Yopal EAAAY EICE ESP".
<b>3</b>	La Oficina de Control Interno estructura, socializa e implementa el Plan Anual de Auditorías de la entidad. El Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2026, fue aprobado en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 29 de enero de 2026, aprobando 136 actividades y actualmente se tiene un porcentaje de ejecución del 51%.
<b>4</b>	La Oficina de Planeación de la EAAAY EICE como segunda línea de defensa, ha realizado consolidación y análisis de información sobre temas claves para la Empresa, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.
<b>5</b>	La empresa dispone de la <b>política de riesgos contenida en la Resolución No. 0525 del 18 de mayo de 2018</b> , a partir de ella, se establece la gestión de riesgos y controles, no solo a la planeación estratégica, sino a los procesos de la entidad, bajo los lineamientos y supervisión de la Oficina Asesora de Planeación. Con base en esto, se establecieron los mapas de riesgos en cada una de las dependencias.
<b>6</b>	La empresa ha dado cumplimiento al plan de mejora interno con un avance del 78%.
<b>7</b>	La Empresa cuenta con un Plan Estratégico Institucional 2021-2030, articulado al plan de gestión y resultados PGR 2026 y al plan de acción por dependencias 2026.
<b>8</b>	La Empresa cuenta con la evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno con corte a 30 de junio de 2026, que arrojó como resultado un nivel de avance en la implementación del MIPG de 97%. Este valor refleja un

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **18** de **22**

	nivel de madurez y consolidación del sistema de Control Interno en la Empresa de Acueducto, Alcantarillado y Aseo de Yopal.
<b>9</b>	Seguimiento semanal a temas claves y requerimientos generados por Entes de Control a través de la generación de <b>ALERTAS TEMPRANAS INTERNAS</b> con carácter preventivo y concomitante, realizadas en el tablero de control, comunicaciones internas y/o mesas de trabajo, orientadas a subsanar, corregir, mejorar o prevenir.
<b>10</b>	La Oficina de Control interno generó recomendaciones con alcance preventivo en relación al reporte efectuado por la Subgerencia de Servicios Públicos, "(...) <b>ausencias laborales no justificadas</b> , en los componentes de recolección y barrido (...) los cuales están afectando la operación, causando traumatismos (...)". Se desarrollaron reuniones con los líderes de los procesos para apoyar la adopción de instrumentos técnicos y jurídicos aplicables para los casos de ausentismo laboral.
<b>11</b>	La Oficina de Control interno como tercera línea de defensa en el Comité Institucional de Control interno y en diferentes espacios ha sensibilizado que la aplicación de los controles o las actividades de aseguramiento hacen parte del día a día en los diferentes niveles de la Empresa.

#### **Nivel de Cumplimiento.**

En este componente se evaluaron 14 requisitos (*enmarcados en 2 lineamientos*) definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando.

El componente se encuentra presente, con un **nivel de cumplimiento del 100%, frente al semestre anterior aumento un punto**; se debe mantener las fortalezas identificadas.

La EAAAY EICE ESP cuenta con mapas de riesgo, programa de transparencia y ética pública, planes de acción por dependencia, plan estratégico institucional, indicadores de gestión, IUS, seguimiento a políticas. La empresa consideró la evaluación externa realizada al SSST.

En ese contexto el componente se encuentra funcionando, se requieren acciones encaminadas a **mantener** las fortalezas.

**(i) Estado plan Anual de Auditoría PAAI- vigencia 2026.**

Total, de actividades programadas:	<b>136</b>	
Total, de actividades ejecutadas:	<b>70</b>	<b>51.47%</b>
Avance a 30 de junio de 2026:	<b>51%</b>	
Total, informes generados:	<b>13</b>	

**(ii) Resultados seguimiento al reporte en el sistema Único de información SUI, con corte a 1 de julio de 2026.**

En el informe **No. 813.25.01.00398.26 de julio 2 de 2026**, se da a conocer el resultado del seguimiento independiente como tercera línea de defensa respecto al cumplimiento de reportar la información al Sistema Único de Información- SUI.

**Resumen conclusiones generales relevantes del informe.**



A junio de 2026, se refleja 5 formatos vencidos frente al mes anterior periodo mayo de 0, evidenciándose **incumplimientos en 5 formatos** de 64 formatos. Los cinco (5) formatos vencidos identificados corresponden al área de Operación de Aseo y están asociados a los meses de abril y mayo de 2026.

Se observa reiteración en el incumplimiento del área como se ilustra a continuación:

AN	IDE	NOMBR	NIT Y DI	SERVICI	TOPICO	PERIOD	PERIOD	CODIGC	FORMATO	APLICAC	ESTADO	FECHA LIM	AREA	ESTADO.T
2026	2086	2086 EMP 84400075	ASEO	Tecnico o	MENSUAL	ABRIL	ASE-T-10	Continuidad en Barrido y Limpieza del Servicio De Aseo	Formulari	Pendiente	15/05/2026	ASEO	VENCIDO	
2026	2086	2086 EMP 84400075	ASEO	Tecnico o	MENSUAL	MAYO	ASE-T-10	Continuidad en Barrido y Limpieza del Servicio De Aseo	Formulari	Pendiente	15/06/2026	ASEO	VENCIDO	
2026	2086	2086 EMP 84400075	ASEO	Tecnico o	MENSUAL	ABRIL	ASE-T-10	Continuidad en Recolección del Servicio de Aseo	Formulari	Pendiente	15/05/2026	ASEO	VENCIDO	
2026	2086	2086 EMP 84400075	ASEO	Tecnico o	MENSUAL	MAYO	ASE-T-10	Continuidad en Recolección del Servicio de Aseo	Formulari	Pendiente	15/06/2026	ASEO	VENCIDO	
2026	2086	2086 EMP 84400075	ASEO	Tecnico o	MENSUAL	MAYO	27270	Residuos Generados en el Area de Prestacion del Servicio_NUAP_344385001_CASANARE_Y OPAL	Cargue M	Pendiente	20/06/2026	ASEO	VENCIDO	

En ese contexto, medimos la gestión de las dependencias encontrando que la dirección de aseo presenta rezagos en el cumplimiento con el cargue de reportes.

Realizando un comparativo, se observa la siguiente situación: se habilitaron 230 formularios para la vigencia 2024, se habilitaron 41 formularios para la vigencia 2025, para el 2026 se habilitaron 64 formatos.

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

**811.16.01.00399.26**

Página **20** de **22**

El incumplimiento en el reporte de información afecta la calificación del **Indicador Único Sectorial – IUS-** Es necesario que se realicen las gestiones en el menor tiempo posible, para no afectar los resultados de la calificación IUS para el 2026. Actualmente, la empresa se encuentra en un **nivel de riesgo medio**, por la calificación obtenida de **68.64**.



Se recomienda a la **Subgerencia de Servicios públicos y a la Dirección de aseo** implementar acciones inmediatas que permitan **recopilar, organizar y enviar** la información de operador **Continuidad en Barrido y Limpieza del Servicio de Aseo, Continuidad en recolección del servicio de aseo, Residuos generados en el área de prestación del servicio**, que presentan incumplimiento, por vencimiento de términos.

Se recomienda al área de Riesgos y contingencia tener en cuenta que el plazo límite de cargue de 14 formatos es el 19 de julio de 2026 con el fin de no dejarlos vencer.

**(iii) Estado Planes de mejoramiento.**

**1. Plan de mejoramiento suscrito contraloría Departamental producto de la Auditoría de cumplimiento a la contratación con recursos propios practicada en la vigencia 2025.**

La Oficina de Control Interno remite oportunamente, mediante comunicación No. **810.16.01.14050.26** el reporte de evidencias consolidado del avance total de las acciones implementadas, producto del plan de mejoramiento derivado de la Auditoría de cumplimiento a la EAAAY EICE ESP a la Vigencia 2025, en el que se encontraron **3 hallazgos**.

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
				<b>Versión</b> 05

**811.16.01.00399.26**

Página **21** de **22**

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	CAUSAS	ACCIONES DE MEJORA	META
HA1 Publicación en el SECOP	Falta de controles en el seguimiento a la publicación de los documentos contractuales producidos, lo que conllevó a que se publicaran de manera extemporánea.	Establecer acciones de control preventivo tendientes a garantizar el cumplimiento oportuno de la publicación completa e integral de la gestión contractual en la plataforma SECOP.	Matriz de control y seguimiento mensual de toda la contratación generada para la vigencia 2026.
HA2 Falencias de seguimiento supervisor	Esta situación se presenta por falencias en los controles de no realizar liquidación y pago sin el informe del supervisor, puesto que un informe posterior al pago y liquidación desdibuja la razón de ser de la existencia de este.	Establecer acciones de control tendientes a garantizar la presentación de informes de supervisión en el formato No. 51.19.02.29 "INFORME DE SUPERVISIÓN", por parte de los supervisores, con la periodicidad requerida y atendiendo la naturaleza del contrato.	Manual de supervisión actualizado, implementado y socializado.
HA3 Actualización del sistema según Resolución No. 01378 de diciembre 27 de 2024.	La situación observada obedece a la debilidad en los controles de la parametrización del Software y en su respectivo seguimiento por parte del personal encargado del sistema (software), generando costos adicionales a los usuarios.	Establecer acciones de control tendientes a subsanar los errores identificados en la parametrización del Software respecto a los precios unitarios de servicios complementarios de acueducto definidos por la Empresa.	Acto administrativo implementado para la vigencia 2026.  Certificación de cumplimiento emitida por el área responsable de parametrización correcta del listado de precios por servicios complementarios para la vigencia 2026.  Registros de asistencia de socialización al equipo de trabajo de atención al cliente, solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.  Certificación emitida por la Oficina de Tic y Seguridad Informática de publicación del listado de precios por servicios complementarios para la vigencia 2026.

**Estado plan de mejoramiento.** El plan de mejoramiento está en espera de evaluación por parte de la Contraloría Departamental de Casanare.



## **2. Plan mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, producto de actuación especial de fiscalización CAT 779-2025.**

**Estado plan de mejoramiento.** El plan de mejoramiento no ha sido cerrado la razón principal se debe a que el ente debe habilitar la plataforma al 30 de junio y a la fecha no se encuentra disponible y el plazo limite de cargue es el 17 de julio, no obstante, la Oficina de Control Interno de Gestión ya tiene el consolidado del informa junto con las evidencias para el envío y respuesta para subsanar el hallazgo: Rendimientos financieros anticipo contrato de interventoría y recursos con situación de fondos.

**3. Plan de mejoramiento interno Subgerencia de Asuntos corporativos vigencia 2025.**  
Este se encuentra con un nivel de ejecución del 78%.

### **iv) Planta de personal de la Oficina de Control Interno.**

Al primer semestre de la vigencia 2026, la Oficina de Control Interno estaba conformada con un equipo de trabajo de 2 personas que corresponden a un (1) cargo de periodo (jefe de control interno de Gestión), un (1) trabajador oficial a término fijo, como se detalla a continuación:

	<b>I N F O R M E S</b>			
	<b>Fecha de Elaboración</b> 2011-04-07	<b>Fecha Última Modificación</b> 2025-12-16		<b>Tipo de Documento:</b> FORMATO
				<b>Código:</b> 51.29.06.27
			<b>Versión</b> 05	

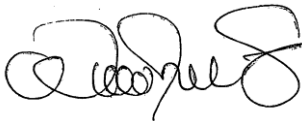
**811.16.01.00399.26**

Página **22** de **22**

No.	Nombre	Cargo	Vinculación
1	William Alberto Salcedo Albarracin	Jefe Oficina Control Interno de Gestión	Empleado público de periodo.
2	Ana Maricela Otálora Ruiz	Técnico de apoyo.	Contrato laboral termino fijo.

La Oficina de Control Interno de Gestión en oportunidad de este informe presenta a la Alta Dirección la necesidad de fortalecer la oficina contando con un profesional de apoyo para desempeñar funciones orientadas a optimizar los procesos de articulación, soporte, acompañamiento, auditoría y verificación al cumplimiento del plan de auditoría de cada vigencia.

Atentamente,



**WILLIAM ALBERTO SALCEDO ALBARRACIN**  
Jefe de Oficina Control Interno de Gestión