

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 1 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO, DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE CONTROLES – IV TRIMESTRE 2025			
FECHA PRESENTACION	30 Enero de 2026	PERÍODO INFORMADO	Cuarto Trimestre de 2025
I. NORMATIVIDAD			
El presente informe de evaluación independiente se sustenta en el siguiente marco normativo vigente para Aguas de Barrancabermeja S.A. E.S.P.: <i>1.1. Fundamento de Competencia</i> Establece la facultad legal de la Oficina de Control de Gestión para realizar el aseguramiento objetivo de los riesgos: • Ley 87 de 1993: Define las normas para el ejercicio del Control Interno y la obligatoriedad de implementar modelos de control en las entidades del Estado. • Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción): Específicamente el Artículo 9°, que obliga al jefe de Control Interno a publicar informes pormenorizados sobre el estado del sistema. • Decreto Único 1083 de 2015: Título 21, que establece las funciones del Jefe de la Oficina de Control Interno y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI). • Decreto 2106 de 2019: Artículo 156, que normaliza la periodicidad semestral de los reportes de evaluación independiente del estado del sistema de Control Interno. • Decreto 403 de 2020: Artículos 51 y 61, que exigen la articulación del control interno con la vigilancia fiscal de la Contraloría General de la República. • Guía Rol de las Unidades u Oficinas de Control Interno (DAFP v3, 2023): Define el rol de "Evaluación de la Gestión del Riesgo" para proporcionar aseguramiento sobre riesgos clave y estratégicos. <i>1.2. Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)</i> Contexto operativo bajo el cual se gestionan los procesos de la entidad: • Decreto No. 1499 de 2017: Actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, integrando los sistemas de gestión y control interno. • Manual Operativo MIPG v6 (DAFP): Marco de referencia técnico que la entidad utiliza para ejecutar y hacer seguimiento a su gestión. <i>(Nota: Se actualiza a v6 conforme al reporte de Planeación de este trimestre).</i> <i>1.3. Gestión Integral del Riesgo y Política Institucional</i> Lineamientos técnicos específicos para la administración del riesgo en la vigencia 2025:			

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 2 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- **Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles DAFP (Versiones 6 y 7):** La v6 sustenta la matriz actual y los riesgos fiscales. La v7 de 2025 introduce el enfoque COSO-ERM (2017) y niveles de madurez.
- **Resolución Institucional No. 291 de 2023:** Acto administrativo que aprueba la **Política para la Gestión del Riesgo y Diseño de Controles V5** de Aguas de Barrancabermeja, vigente para la actual evaluación.
- **Decreto 1068 de 2015 (Actualizado por Decreto 1510 de 2021):** Establece parámetros de buenas prácticas en gestión de riesgos (crediticio, operativo, reputacional y ambiental) para empresas descentralizadas .

1.4. Normatividad Técnica y Especializada

Regulaciones aplicables a procesos críticos como el Laboratorio y la Integridad Pública:

- **NTC ISO 17025 de 2017:** Requisitos generales para la competencia de laboratorios de ensayo; numeral 8.5 para el abordaje de riesgos y oportunidades.
- **Decreto 1122 de 2024:** Reglamenta los Programas de Transparencia y Ética Pública (PTEP).

II. OBJETIVO

- **Realizar la evaluación independiente** al diseño, ejecución y efectividad de las actividades de gestión del riesgo y sus controles durante el cuarto trimestre y cierre de la vigencia 2025.
- **Proporcionar aseguramiento objetivo y recomendaciones pertinentes** a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), analizando la capacidad del sistema para mitigar riesgos fiscales, de gestión, de seguridad digital y de laboratorio.
- **Evaluar la gestión de las líneas de defensa**, retroalimentando la efectividad de los controles implementados por la primera línea y el monitoreo realizado por la segunda línea, con el fin de agregar valor a la gestión del riesgo organizacional y fortalecer la cultura de mejora continua.

III. ALCANCE

La evaluación comprende el análisis del diseño y la efectividad operativa de los controles establecidos en el **Mapa de Riesgos Institucional**, el **Mapa de Riesgos de Corrupción (PTEP)**, los **Riesgos de Seguridad Digital** y los **Riesgos del Subproceso de Control de Calidad (ISO 17025)**, correspondientes al **cuarto trimestre y cierre de la vigencia 2025**.

Este alcance abarca:

- La verificación y validación de las evidencias y soportes documentales reportados por los líderes de proceso (Primera Línea de Defensa).
- El análisis del informe de monitoreo y seguimiento consolidado por la Subgerencia de Planificación (Segunda Línea de Defensa).
- La evaluación del cumplimiento de los atributos de los controles (tipo, frecuencia, responsable y evidencia) para determinar su impacto real en la mitigación de los riesgos.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 3 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

- La formulación de alertas tempranas y recomendaciones de mejora destinadas al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) y a la Gerencia General.

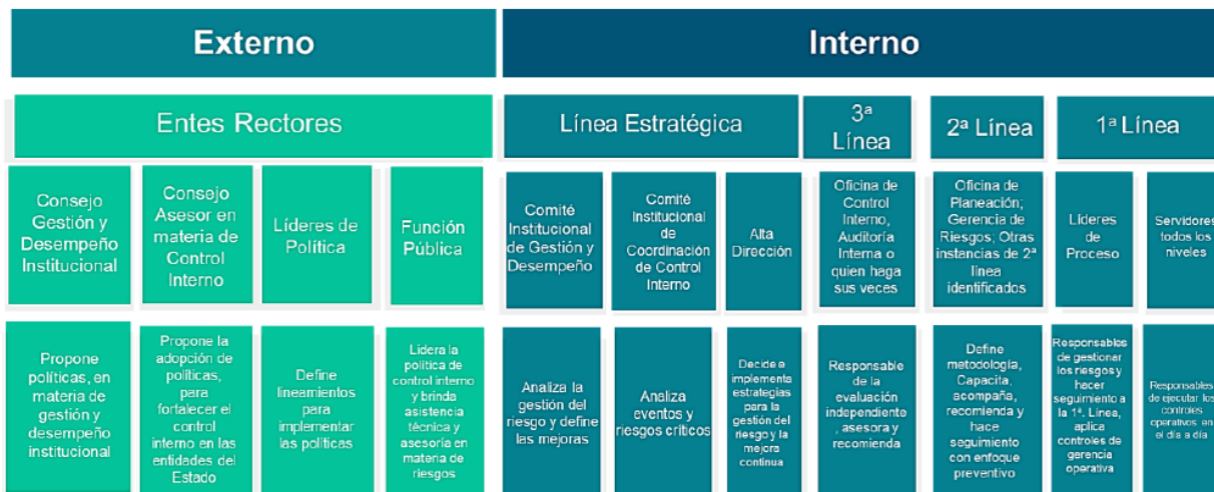
IV. FUENTE DEL DATO

Para la elaboración del presente informe de evaluación, se han tomado como base los siguientes insumos técnicos y documentales:

- ✓ **Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2025:** Documento maestro en su Versión 3 (adoptado mediante Resolución No. 291 de 2023), que contiene la identificación, análisis y valoración de los 27 riesgos institucionales.
- ✓ **Informe de Monitoreo y Seguimiento - IV Trimestre 2025:** Reporte técnico consolidado y aportado por la Subgerencia de Planificación (Segunda Línea de Defensa), el cual detalla los porcentajes de avance y el estado de cumplimiento por proceso.
- ✓ **Repositorios Digitales de Planeación:** Evidencias documentales y soportes cargados por los líderes de proceso en la **carpeta compartida institucional de la Subgerencia de Planificación**, los cuales sirven de sustento para la ejecución de las actividades de control.
- ✓ **Sistema de Gestión Institucional (SGI):** Registros, actas de comités primarios, guías y procedimientos asociados a las actividades de mitigación de riesgos reportadas durante el periodo.
- ✓ **Informes de Gestión del Riesgo del Subproceso de Control de Calidad:** Datos específicos sobre el cumplimiento de los riesgos asociados a la norma NTC ISO 17025 de 2017.
- ✓ **Actas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI):** Registros de las sesiones donde se han presentado alertas previas y se ha realizado el seguimiento a la política de administración del riesgo.

✓ V. RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN AL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO.

La Oficina de Control de Gestión, en su rol de Tercera Línea de Defensa y conforme a la estructura de responsabilidad institucional para la gestión del riesgo, presenta las siguientes recomendaciones de carácter estratégico:



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2025.

5.1. Operatividad y Flujo de Información Estratégica

Se recomienda al CICC I **fortalecer el mecanismo de recepción y análisis de insumos** provenientes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGyD). Es imperativo que el CICC I se concentre exclusivamente en el análisis de eventos (riesgos materializados) y riesgos críticos, delegando la definición de mejoras operativas al CIGyD.

- **Justificación:** El CICC I debe actuar como la instancia de oportuna toma de decisiones ante desviaciones que comprometan la plataforma estratégica organizacional, dejando el seguimiento del diseño y la operatividad técnica a la Segunda Línea de Defensa.

5.2. Supervisión de Riesgos Estratégicos

Considerando que el Mapa de Riesgos 2025 incluye un anexo de Riesgos Estratégicos liderado por la Subgerencia de Planificación:

- **Recomendación:** El CICC I debe institucionalizar la revisión semestral de la efectividad de los controles asociados a estos riesgos estratégicos, verificando su alineación permanente con los cambios en la plataforma estratégica y el entorno organizacional.

5.3. Pronunciamiento sobre Recursos para Riesgos Críticos

Ante los riesgos con cumplimiento inferior al esperado al cierre de la vigencia (especialmente en Laboratorio y Seguridad Digital):

- **Recomendación:** Se recomienda que el CICC I emita directrices formales a la Alta Dirección para la asignación prioritaria de recursos técnicos y financieros que permitan la

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 5 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

mitigación de riesgos críticos, evitando que el Comité sea un receptor pasivo de porcentajes y se convierta en un facilitador de la gestión del riesgo.

VII. INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO CUARTO TRIMESTRE DE 2025 DE LA OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN

7.1. Trazabilidad de Ajustes y Modificaciones al Mapa de Riesgos

Durante la vigencia 2025, el Mapa de Riesgos Institucional fue objeto de modificaciones dinámicas para ajustarse a la realidad operativa y tecnológica de la entidad. Estas variaciones se resumen a continuación:

A. Ajustes del Primer Semestre (Resolución No. 126 del 09 de mayo de 2025):

En instancia del CICCI No 04 de 2025, a solicitud de los responsables de los controles, se decidió:

- Modificar el entregable y periodicidad del control del Riesgo No 1 (solicitud soportada en Acta de Comité PTARSS No 02-2025)
- Eliminar el Control del Riesgo No 3 (Solicitud email del Subgerente Administrativo)

Con base en lo enunciado, el Riesgo 1 a partir del segundo trimestre será evaluado con base en la modificación aprobada y el Riesgo 3 y su control no serán tenidos en cuenta para análisis ni evaluación.

B. Ajustes del Segundo Semestre (Resolución No. 243 del 22 de septiembre de 2025):

El Ing. Yolvis Sampayo Quiñonez, presenta solicitud de **modificación** de actividades del Mapa de Riesgos Institucional a cargo de la Subgerencia Comercial, así:

	Proceso	Soporte/Evidencia	Propuesta
9	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Requerimiento ejecutado a marzo Informes trimestrales de refacturación (desagregado por trabajador, m3 y valor) acorde con causales SUI (a junio, septiembre, noviembre) presentados en CTSC.	Eliminar la actividad de control en razón a que para la generación del informe con las variables descritas se requiere de la implementación de desarrollo de software por parte del proveedor externo bajo la coordinación del Profesional de Sistemas de la empresa. Si bien el desarrollo informático ya está avanzado, éste demanda un

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 6 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

			periodo de prueba, error y ajustes para su adecuada implementación.
1 2	Gestión Comercial/ subproceso Cartera	Informe de seguimiento trimestral gestión cobro coactivo usuarios focalizados presentado en CTSC	Cambiar periodicidad de cuatro a dos entregables de soporte/evidencia a: Informe de seguimiento de la gestión inicial a cobro coactivo usuarios focalizados comercialmente, presentado en CTSC en el mes de septiembre y noviembre.

La Dra. Erika Osorio Cardona presenta solicitud de **modificación de asignación de proceso responsable** del Mapa de Riesgos Institucional de la siguiente actividad:

	Proceso	Soporte/Evidencia	Propuesta
1 3	Contratación	Realizar seguimiento del informe de extemporaneidad remitido por la Secretaría General a través de Comité Primario	Asignar como proceso responsable: Todos los procesos

El Ing. Hernán Darío Hernández Zúñiga, Profesional de la Subgerencia de Planificación, presenta solicitud de modificación de meta del Mapa de Riesgos Institucional, así: **modificación al número de entregables de cuatro a tres:**

	Proceso	Soporte/Evidencia	Propuesta
4	Planificación y Gestión Integral	(4) Informes trimestrales presentados en Comité de Gestión y desempeño (4), que presente	(3) Informes trimestrales presentados en Comité Institucional de Gestión y Desempeño (3), que presente

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 7 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

		<i>cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso, notificado al directivo de la dependencia, con recomendaciones y fechas de compromiso (monitoreadas trimestralmente.</i>	<i>cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso.</i> <i>Valoración inicial del I trimestre a junio, valoración II trimestre a septiembre y valoración III trimestre a noviembre.</i>
--	--	--	--

Lo anterior, teniendo en cuenta los cortes en la presentación de informes ante este comité y la falla informática en el servidor donde se encuentra la carpeta compartida del Sistema de Gestión Institucional.

Proceso: Gestión Informática

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por daño o pérdida de información

Adicionar un control: *Realizar copia de respaldo de la información de la red compartida de la empresa en servidor de respaldo, con periodicidad mensual (octubre – noviembre)*

7.2. Evaluación de la Efectividad y Aseguramiento (Tercera Línea)

La Oficina de Control de Gestión, tras validar las evidencias de cumplimiento y efectividad, emite los siguientes pronunciamientos técnicos:

- Se reitera a la Subgerencia de Planificación que su rol de monitoreo debe trascender el seguimiento documental. Es imperativo evaluar si el control está **evitando efectivamente la materialización del riesgo**. Se deben generar alertas oportunas que propicien el cambio de controles ineficaces.
- Ante la materialización del riesgo de seguridad digital (falla de servidores), esta Oficina requiere a la Segunda Línea (Subgerencia de Planificación) realizar el análisis causal del riesgo materializado para **documentar las acciones de mitigación posibles dentro del marco de la realidad institucional**, asegurando que la Alta Dirección cuente con información clara para la toma de decisiones y la priorización de recursos futuros que garanticen la estabilidad de la infraestructura informática, realizar un seguimiento a la eliminación de la causa raíz y de considerarlo necesario de levante la respectiva **Acción Correctiva Inmediata** para garantizar la disponibilidad futura.
- Se identifica la necesidad de un mayor compromiso por parte de Directivos y Profesionales Jefe. Las actividades compartidas (archivos de gestión, avances trimestrales y análisis de PQRSD) presentan debilidades en la participación proactiva de todos los procesos involucrados.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 8 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- El Sistema de Gestión Institucional debe evolucionar hacia un enfoque de **efectividad basada en resultados**. No basta con la existencia del soporte; se requiere verificar que el impacto del control esté alineado con las metas trazadas en la plataforma estratégica organizacional.

RIESGO No 1. GESTIÓN ESTRATÉGICA. RIESGO FISCAL:

Riesgo: Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos de la entidad debido a la posible materialización de daño fiscal en atención al atraso de obra PTARSS e incumplimientos asociados, debido a la falta de rigurosidad en la vigilancia y control del proyecto.

- **Nivel de Cumplimiento:** 75.00%
- **Zona de Riesgo Residual:** Moderado.

1.Trazabilidad y Ajustes Normativos: Conforme a la **Resolución No. 126 de 2025**, la periodicidad de este control fue modificada de trimestral a semestral, estableciendo dos hitos de aseguramiento para la vigencia 2025. El control consiste en la elaboración y presentación del informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento (PTARSS/PSMV) por parte de la Oficina de Control de Gestión.

2. Validación: Tras la verificación detallada de los repositorios y soportes aportados, se confirma el cumplimiento total de la actividad de control para la vigencia:

- **Primer Semestre:** Se valida la existencia del **Informe de Supervisión PTARSS a corte de junio 30 de 2025**. Este documento es crítico, ya que oficializa la suspensión del Contrato de Obra 134-2016 ocurrida el **04 de marzo de 2025** por agotamiento presupuestal de la interventoría, detallando las gestiones administrativas realizadas ante los aliados (Ecopetrol y Distrito) para garantizar la continuidad del proyecto.
- **Segundo Semestre:** Se verificó la existencia del **"Resumen Ejecutivo de la Oficina de Control de Gestión – Seguimiento Plan de Mejoramiento PTARSS y PSMV"**, con fecha de presentación del 30 de enero de 2026. Este documento completa el ciclo de aseguramiento semestral obligatorio.
- **Reporte Externo:** Se constata el cargue oficial de la información en la plataforma **SIRECI** de la Contraloría General de la República con corte al 30 de diciembre de 2025, cumpliendo con la obligación de transparencia y rendición de cuentas.

3. Efectividad del Control: La efectividad del control se califica como **Alta**, fundamentada en la continuidad de la vigilancia técnica durante el periodo de cese de actividades físicas:

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 9 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

- A pesar de la suspensión de la obra, los **Talleres de Constructibilidad No. 02 (mayo) y No. 03 (julio)** evidenciaron una evolución en el cumplimiento de las acciones de mejora, pasando de un **69.6% a un 74.4%** de avance. Esto demuestra que la Segunda Línea de Defensa (Supervisión) mantuvo el monitoreo de los hallazgos de la CGR.
- El Acta No. 03 permitió la detección oportuna de la necesidad de reprogramar hitos críticos (H5, H10, H12 y H14) y generó alertas sobre el cumplimiento del PSMV, lo cual facilitó una toma de decisiones informada previo al reinicio del contrato el **31 de octubre de 2025**.
- Se destaca la validación de la reprogramación del cronograma a través del Acta de Mesa de Constructibilidad No. 01-2026 y el inicio de la nueva interventoría (Contrato 103-2025).

Observación: Si bien el control administrativo alcanzó el 100% de cumplimiento, persiste un riesgo residual moderado debido a la desviación acumulada en el avance físico del proyecto (-**14.87%**) y a la alerta por el cierre de acciones en ejecución. La gestión de 2026 deberá centrarse en la recuperación de la ruta crítica para evitar nuevas suspensiones por desbalance económico o contractual.

RIESGO No 2. PROCESO COMERCIAL. RIESGO DE GESTIÓN:

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por Incumplimiento del POIR que se deriva en el incremento de la provisión de inversiones, por falta de recursos financieros para la inversión debido a la falta de recaudo por la baja cultura de pago.

- **Nivel de Cumplimiento:** **87,50%** 100.00% (Administrativo).
- **Zona de Riesgo Residual:** Moderado-Alto (debido a la baja efectividad en el recaudo).
- **Estado:** Se cumple con el reporte, pero los resultados financieros reflejan vulnerabilidad.

1. Trazabilidad de Actas (CTSC)

Se confirma el cumplimiento de los cuatro (4) hitos de control mediante la formalización de las sesiones ante el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable (CTSC) durante la vigencia::

- Acta No. 02 (02 de abril de 2025). Cierre de la Vigencia 2024 y reporte anual al SUI.
- Acta No. 03 (28 de mayo de 2025). Seguimiento financiero del **I Trimestre 2025**.
- Acta No. 07 (30 de septiembre de 2025). Oficialización de resultados del **II Trimestre 2025**.
- Acta No. 09 (24 de noviembre de 2025). Seguimiento y resultados del **III Trimestre 2025**.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 10 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

2. Datos Financieros Corroborados (Evidencia 2025)

Tras revisar las actas, los datos que cuentan con respaldo documental sólido para 2025 son:

- El **Acta No. 09 (pág. 9)** confirma un recaudo de **\$247.153.211** correspondiente a procesos de cobro coactivo y cartera con mora superior a 60 meses. Esta es la cifra oficial de recuperación de activos de difícil cobro para el tercer trimestre.
- El **Acta No. 02 (abril de 2025)** oficializa que el **Agua No Contabilizada (ANC)** es la mayor debilidad financiera. A pesar de las estrategias, este ítem viene en aumento, lo que significa una pérdida constante de ingresos facturables.
- La misma acta (pág. 71) señala que el Plan de Gestión Integral de Usuarios (Micromedición) implementado desde 2023 **"no observa los resultados esperados"**, impactando negativamente el flujo de caja proyectado para 2025.

3. Confrontación

Al no disponer de los indicadores de liquidez y endeudamiento actualizados bajo los parámetros de la CRA en las actas de 2025, esta oficina emite una **Alerta de Incertidumbre Financiera**:

1. La sostenibilidad de la empresa en 2025 está supeditada al recaudo de cartera crítica (\$247M), pero este valor es insuficiente si el Agua No Contabilizada sigue drenando las finanzas.

- Es motivo de observación que, a noviembre (Acta 09), el Comité no haya dejado constancia numérica de los ratios de liquidez ajustada para 2025, limitándose a reportar valores globales de recaudo.
- Siguiendo la línea técnica de monitoreos anteriores, se ratifica la necesidad de **confrontar los reportes de recaudo comercial con los saldos reales de la cuenta de Deudores en los Estados Financieros (EEFF)**. Al cierre de la vigencia 2025, es imperativo validar si la recuperación de cartera crítica reportada en el Acta 09 (\$247M) generó un impacto proporcional en la disminución de la cuenta de deudores no corrientes, permitiendo así una evaluación objetiva de la efectividad de la estrategia de cobro coactivo.

RIESGO No 3. PROCESO GESTIÓN FINANCIERA. RIESGO DE GESTIÓN: ELIMINADO EL CONTROL

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los indicadores componente suficiencia financiera porque no se cuenta con datos ajustados a la

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 11 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

realidad organizacional respecto a costos que permita tomar decisiones oportunas debido a fallas de parametrización (recaudo cartera corriente y herramienta costos ABC)

- **Estado:** CONTROL ELIMINADO.
- **Zona de Riesgo Residual: Moderado** (Se mantiene en el Mapa de Calor institucional).

1. Validación Legal y Administrativa de los Soportes

Tras verificar la totalidad de los archivos aportados, se confirma la trazabilidad de la eliminación del control:

- Se constata en el **Acta CICCI No. 04 del 08 de mayo de 2025** que se sometió a revisión la pertinencia de este control. La solicitud fue liderada por el Profesional III de la Subgerencia de Planificación.
- La eliminación se fundamentó en comunicaciones internas (correos electrónicos) de la Profesional II de Financiera (Sugey Cárdenas), donde se expusieron las dificultades técnicas y operativas para cumplir con la "parametrización de la herramienta de costos ABC" y el recaudo de cartera corriente bajo los parámetros inicialmente previstos.
- El **Acto Administrativo No. 126 del 09 de mayo de 2025** oficializó que tanto el Riesgo No. 3 como su actividad de control asociada **no serían objeto de análisis ni evaluación** durante el resto de la vigencia 2025.

2. Verificación en los Reportes de Monitoreo

- En el archivo maestro "**1.1 Monitoreo IV trim. Mapa de Riesgos 2025.xlsx**", el Riesgo No. 3 aparece con una calificación de **1** (equivalente al 100%). Es importante aclarar que este valor es un ajuste de forma para que el indicador no compute como "incumplido" y afecte negativamente el promedio del proceso de Gestión Financiera, el cual cerró al 100%.
- A pesar de que el control fue eliminado, el riesgo sigue figurando en la zona de **Riesgo Moderado** en el consolidado del IV trimestre. Esto indica que la entidad reconoce que la "posibilidad de afectación económica por falta de datos ajustados a la realidad" persiste, aunque no tenga un control activo monitoreado en este mapa.

3. Análisis (Tercera Línea de Defensa)

Como Oficina de Control de Gestión, la eliminación de este control genera las siguientes observaciones técnicas:

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 12 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

- Al eliminar el control de "Informes trimestrales de avance de parametrización" y no sustituirlo por otra actividad, la administración ha optado por **aceptar el riesgo residual** derivado de la falta de una herramienta de costos ABC robusta.
- El riesgo original advertía sobre la "falta de datos ajustados a la realidad para tomar decisiones oportunas". La eliminación del monitoreo administrativo no elimina el problema operativo; la entidad sigue careciendo de la parametrización técnica necesaria para la suficiencia financiera.
- Se sugiere que, para la construcción del Mapa de Riesgos 2026, la Subgerencia Financiera y la de Planificación evalúen si la causa raíz (fallas de parametrización) ha sido superada o si se requiere incluir un nuevo control que sea **técnicamente viable**, evitando dejar este flanco de la gestión financiera sin aseguramiento.

RIESGO No 4. PROCESO GESTIÓN DE LA OPERACIÓN, SUBPROCESO SANEAMIENTO BASICO. RIESGO DE GESTIÓN.

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento del **PSMV**

- **Nivel de Cumplimiento: 75% - 100.00%** (Administrativo).
- **Zona de Riesgo Residual:** Alta.

1. Verificación de Evidencias

La calificación del 75% reportada el anterior trimestre se basaba en la existencia de solo tres (3) de las cuatro (4) actas programadas. Sin embargo se verifica un nuevo hito:

- **Acta de Comité Técnico No. 15 del 12 de diciembre de 2025:** Este documento constituye la evidencia del monitoreo semestral (y de cierre de año) al PSMV y las Tasas Retributivas.
- **Hitos previos validados:** 28 de enero, 31 de marzo, 18 de julio de 2025, y 29 de octubre.
- Con la realización de la sesión del 12 de diciembre, se completa el ciclo de seguimiento interinstitucional previsto para la vigencia 2025, alcanzando el **100% en la actividad de control administrativo**.
- Se destaca el **RAD No. 2025-100-006191-1 del 16 de octubre de 2025**, mediante el cual la Gerencia General requirió formalmente al Distrito (Infraestructura, Planeación, Medio Ambiente y Jurídica). Este documento es vital porque prueba que Aguas de

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 13 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

Barrancabermeja S.A. E.S.P. ejerció su rol de liderazgo ante el fracaso de la mesa del 18 de julio, donde el Distrito solo envió representación jurídica sin alcance técnico

2. Análisis de Efectividad

A pesar del cumplimiento documental, la Oficina de Control de Gestión, bajo un análisis de efectividad, identifica las siguientes alertas críticas:

- Persiste la falta de respuesta por parte de la Subgerencia de Operaciones al memorando del 28 de julio de 2025 emitido por esta oficina. Esta ausencia de retroalimentación interna debilita la posición de la Oficina de Control de Gestión frente a los entes de control.
- **Hallazgos 11 y 13:** La efectividad de este riesgo no se mide solo con actas, sino con la **disminución de la carga contaminante**. Al cierre de 2025, el cumplimiento de las metas del PSMV es el único camino para dar por subsanados los hallazgos de la Actuación Especial de Fiscalización 2023 de la CGR.
- En la sesión del 29 de octubre, el Distrito de Barrancabermeja admitió formalmente que:
 - **No han enviado el reporte de obras** de alcantarillado sanitario y pluvial ejecutadas por la Secretaría de Infraestructura.
 - **No han realizado reuniones internas** entre secretarías para revisar el Plan de Acción del PSMV (Res. 1008 de 2023).
- No se evidencia en el reporte de la Subgerencia de Operaciones un análisis detallado de cómo el avance del PSMV impactó el valor de la Tasa Retributiva pagada en la presente vigencia. El control es efectivo si, y solo si, se demuestra una tendencia a la baja en la carga contaminante y en los puntos de vertimiento.

3. Recomendaciones de la Tercera Línea (Aseguramiento)

Para el cierre definitivo y apertura de la vigencia 2026, esta Oficina recomienda:

- Se solicita a las subdirecciones de Planeación y Operaciones que el próximo informe incluya la ejecución física y financiera acumulada del PSMV (2022-2025), permitiendo identificar si el atraso en el componente de inversión (atraso del Distrito en obras de infraestructura) pone en riesgo la vigencia total del plan (hasta 2032).
- Dado el reconocimiento de omisión por parte de la Alcaldía en el Acta No. 04, se sugiere elevar una comunicación al CICCI manifestando que el riesgo de daño fiscal es

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 14 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

compartido, y que la falta de reportes del Distrito impide a Aguas de Barrancabermeja cumplir ante la Autoridad Ambiental.

- Se debe hacer seguimiento inmediato al compromiso de la Secretaría Jurídica del Distrito sobre la convocatoria interna de secretarías. Este hito debe ser la base para la primera mesa técnica de 2026.
- Reportar el estado de los requerimientos específicos sobre los centros poblados, aislando la responsabilidad de Aguas frente a factores externos que afectan los indicadores de saneamiento distrital.

RIESGO No 5. PROCESO PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EMPRESARIAL. RIESGO DE GESTIÓN.

Riesgo: Posibilidad de afectación reputacional por la desactualización de documentos en el sistema de gestión documental por la falta de compromiso con el cumplimiento del requisito institucional con el sistema de gestión y el no control efectivo por parte del comité primario y de la segunda línea de defensa

- **Nivel de Cumplimiento IV Trimestre:** 50.00%
- **Estado:** Incumplimiento Parcial con Alerta de Inefectividad.
- **Zona de Riesgo Residual:** Moderado (con tendencia a incremento por desactualización documental)

1. Validación

Se confirma, según el **Acta CICCI No. 09** y la **Resolución No. 243 de 2025**, que la meta original de cuatro (4) informes trimestrales fue ajustada a **tres (3) entregables**. Este ajuste técnico se fundamentó en la falla crítica del servidor de la carpeta compartida del Sistema de Gestión Institucional, lo cual limitó la operatividad de la Segunda Línea de Defensa para consolidar la información en los tiempos previstos.

Hitos de Reporte: Se verifica que la entidad presentó dos hitos de monitoreo:

1. **I Trimestre:** Socializado en el **Acta No. 7 del CIGyD (06 de mayo de 2025)**.
2. **II Trimestre:** Socializado en el **Acta No. 16 del CIGyD (23 de octubre de 2025)**.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 15 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

2. Verificación de Evidencias

La calificación del **50.00%** se ratifica mediante la confrontación de los informes técnicos de nivel de documentación elaborados por el Profesional III, Hernán Darío Hernández, sustentada en la falta de **efectividad operativa**, validada a través de los siguientes instrumentos:

- Se verificó la realización de esta auditoría, la cual arrojó **ocho (8) hallazgos y seis (6) oportunidades de mejoramiento**. La recurrencia de estos hallazgos confirma que el control administrativo (las actas de los comités) no está logrando mitigar la desactualización documental.
- En la sesión del **CICCI No. 11 (17 de diciembre de 2025)**, se dejó constancia de que las políticas de operación de procesos críticos como **Cartera, Gestión Informática, Financiera y Gestión Documental** quedaron con compromisos incumplidos y fueron reprogramadas para la vigencia 2026.
- Las mesas de trabajo de julio de 2025 evidenciaron un avance nulo (**0%**) en componentes estratégicos como el **Diagnóstico Integral de Archivos** y la **Historia Institucional**, lo que ratifica la desactualización del sistema frente al Acuerdo 001 de 2024 del AGN.
- El **Informe II Trimestre (corte 20 de octubre de 2025)** arroja un hallazgo crítico: múltiples documentos del Sistema de Gestión de **Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)** se encuentran desactualizados, **sin firmas y en formatos editables**. Esto representa un riesgo legal y administrativo para la entidad.

3. Confrontación Técnica

Tras analizar la totalidad de los soportes, la Oficina de Control de Gestión identifica los siguientes puntos críticos:

- Persiste la identificación de procedimientos en **formato Excel** en Secretaría General y la Subgerencia Administrativa, lo cual contraviene el procedimiento institucional de control de información documentada y dificulta la integridad del sistema.
- Se valida que las dependencias no han logrado la organización de archivos digitales conforme a la **Tabla de Retención Documental (TRD)**, lo que genera un riesgo de pérdida de trazabilidad administrativa.
- El informe de estado del Programa de Gestión Documental advierte que la entidad requiere un **profesional con experiencia específica en procesos archivísticos** para soportar los entregables de alto nivel técnico que actualmente presentan rezago.
- En la sesión del **CICCI No. 11 (17 de diciembre de 2025)**, se oficializó que las políticas de procesos críticos (Cartera, Financiera y Documental) quedaron incumplidas y se reprogramaron para 2026, lo que prolonga la exposición al riesgo.

4. Conclusión de Aseguramiento

El Riesgo No. 5 se mantiene activo y con una efectividad baja. Aunque se cuenta con actas de CIGyD que reportan avances documentales, la **verificación de campo y las auditorías internas**

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 16 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

demuestran que el Sistema de Gestión Institucional no es consultado en tiempo real y que los procesos operan con documentos desactualizados.

Recomendación Estratégica: Se insta a la Subgerencia de Planificación a fortalecer el rol de la Segunda Línea de Defensa para la vigencia 2026, evolucionando el modelo de seguimiento de un enfoque puramente administrativo hacia un ejercicio de **verificación técnica y validación in situ** de las matrices de información documentada. Esta acción debe priorizar el saneamiento y normalización de los procedimientos que actualmente operan en formatos no oficiales (Excel), garantizando la integridad y estandarización del Sistema de Gestión Institucional. A Gestión del Talento Humano a realizar un barrido inmediato de los documentos de SST que se encuentran en formatos editables y sin firmas, para garantizar su validez jurídica. Asimismo, para 2026, la meta de actualización documental debe incluir hitos de verificación física que aseguren que los líderes de proceso no solo reporten cumplimiento, sino efectividad en la custodia de la información.

RIESGO No 6. PROCESO PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EMPRESARIAL. RIESGO DE GESTIÓN:

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los planes institucionales de la empresa debido al desinterés por parte de las áreas para cumplir con los compromisos establecidos en los planes institucionales.

- **Cumplimiento de la Actividad:** 66% - 100% (Dimensión Cuantitativa)
- **Efectividad del Control:** BAJA / INEFICAZ (Dimensión Cualitativa)
- **Zona de Riesgo Residual:** Se mantiene en Moderado/Alto (debido a la ineficacia del control).

1. Trazabilidad Administrativa

Se confirma la ejecución del control administrativo mediante la realización de las Mesas de Trabajo de Seguimiento al III Trimestre, documentadas en las Actas de cada dependencia.

2. Análisis de Efectividad

Como Oficina de Control de Gestión, identificamos una brecha crítica entre la **actividad realizada** y la **mitigación del riesgo**:

- El formulario DAFP del primer semestre de 2025 ya advertía un cumplimiento parcial en la detección oportuna de la materialización de riesgos. La persistencia de este hallazgo al cierre de la vigencia confirma que el control de "reuniones de seguimiento" es de carácter formal pero carece de impacto preventivo.
- Planes estratégicos como el **PSMV** y el **PINAR** presentan desviaciones negativas persistentes. El hecho de que se realicen las reuniones (control administrativo) pero las

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 17 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

desviaciones continúen sin un plan de choque efectivo, indica que el control es **formal pero no operativo**.

- Se deja constancia de que la **Política de Defensa Jurídica**, cuyo compromiso de actualización data de **diciembre de 2024**, persiste en estado de **"Sin Cumplimiento"** a noviembre de 2025. Esto confirma que el control de seguimiento no está logrando vencer la inercia administrativa en temas críticos de seguridad jurídica.
- En la mesa del 12 de noviembre, se reporta la actividad de "Racionalización de Trámites" como **"Sin evidencias al corte"**. El hecho de que se realice la reunión para reportar la falta de gestión, sin que esto dispare una acción correctiva inmediata, ratifica la ineficacia del control.
- No se evidencia que, tras las reuniones con los directivos, se hayan reformulado controles o ajustado estrategias basadas en un nuevo análisis de causas. Las recomendaciones de la OCG han sido socializadas, pero no se observa una gestión o actuación concreta en revertir los incumplimientos.

Alerta: Si los planes cierran con cumplimiento negativo pese a haberse realizado las reuniones, el riesgo se considera **materializado por desinterés o ineficacia administrativa**, independientemente de que las actas estén firmadas.

Recomendación Prioritaria: Con el objetivo de fortalecer la cultura de autocontrol y garantizar que la gestión institucional de **Aguas de Barrancabermeja S.A. E.S.P.** trascienda el cumplimiento formal hacia uno de resultados, esta Dirección de Control de Gestión propone considerar las siguientes acciones estratégicas:

- Se sugiere que, ante la identificación de desviaciones negativas en las mesas de trabajo, se considere la incorporación sistemática de un **Análisis de Causa Raíz (ACR)**. Esto permitiría que los compromisos adquiridos no solo se documenten, sino que aborden el origen del incumplimiento y faciliten su verificación objetiva previo a la siguiente sesión.
- Se recomienda evaluar el establecimiento de un protocolo de escalamiento ante el **Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CICCI)** para aquellos compromisos que presenten retrasos persistentes (superiores a dos periodos), como es el caso de la Política de Defensa Jurídica. Este mecanismo permitiría a la Alta Dirección identificar cuellos de botella en la Segunda Línea de Defensa y activar planes de choque oportunos.
- Sería valioso que la Subgerencia de Planificación analizara la posibilidad de migrar el indicador de este riesgo hacia una métrica de impacto, pasando del actual "conteo de reuniones" a un **"porcentaje de compromisos de mejora efectivamente ejecutados"**. Este cambio de visión orientaría la gestión institucional hacia la efectividad operativa y la transparencia, evitando que el control sea percibido como un trámite administrativo meramente formal.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 18 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

RIESGO No 7. PROCESO GESTIÓN DE LA OPERACIÓN, SUBPROCESO MANTENIMIENTO.

RIESGO DE GESTIÓN.

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en el suministro de agua a la ciudad debido a daños en equipos operativos de la PTAP

- **Nivel de Cumplimiento IV Trimestre: 75%- 100.00%** (Basado en entregables).
- **Zona de Riesgo Residual:** Moderado.
- **Efectividad del Control: BAJA (Formalismo sin análisis de impacto).**

1. Controles y Evidencias:

Se valida el cumplimiento administrativo de la meta anual a través de los siguientes hitos:

- **Hito 1 (Marzo):** Informe de criticidad presentado en Comité Primario (50% de avance).
- **Hito 2 (Junio/Noviembre):** Se verificó el cargue de los informes de seguimiento. Específicamente, el informe de junio dio alcance al diagnóstico inicial incorporando parcialmente las recomendaciones de la Oficina de Control de Gestión.
- **Hito 3 (Diciembre):** Se identifica el **Acta de Comité Primario No. 13**, donde la Subgerencia de Operaciones realizó seguimiento a las actividades. Administrativamente, al contar con los informes de junio y noviembre, la Segunda Línea asigna un cumplimiento del 100%.

2. Validación:

A pesar de contar con el 100% de los documentos, esta Oficina identifica que el control **no es efectivo para la toma de decisiones gerenciales** por las siguientes deficiencias técnicas detectadas en la validación:

- Persiste la omisión de datos críticos en las tablas de activos (PTAP). Los informes no detallan la secuencia de criticidad, el estado actual real, la fecha de la última intervención, ni la distinción de propiedad del activo (Aguas vs. Distrito).
- No se ha cuantificado el valor de la inversión requerida para los correctivos o reposiciones. Sin este dato, el informe de mantenimiento no sirve como insumo para que la Gerencia priorice recursos de manera soportada.
- Los informes enuncian actividades ("se hizo mantenimiento"), pero no muestran un resultado cuantificado de **cumplimiento vs. programado**, ni el impacto que la no intervención de un equipo crítico tendría en la continuidad del servicio.
- No existe claridad sobre si las intervenciones se realizarán con el contrato de mantenimiento externo o con personal propio, lo que debilita el Plan de Contingencia ante fallas inminentes.

3. Conclusión de Aseguramiento

El Riesgo No. 7 presenta un **cumplimiento formal exitoso pero una efectividad técnica deficiente**. La Subgerencia de Operaciones (Subproceso Mantenimiento) está cumpliendo con la "entrega del papel", pero el contenido no permite gestionar el riesgo de manera preventiva. Al corte del tercer trimestre, no se evidenciaron gestiones adicionales para subsanar los siete (7) puntos técnicos requeridos por esta oficina en junio.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 19 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

4. Recomendación Prioritaria para la Vigencia 2026

Se insta a la Subgerencia de Operaciones a reformular el instrumento de reporte de mantenimiento para la próxima vigencia. El control no debe ser la simple existencia de un informe, sino la entrega de una **Matriz de Gestión de Activos Críticos** que incluya obligatoriamente: 1) Valor de inversión necesaria, 2) Impacto en la prestación del servicio por falla, y 3) Cronograma de intervenciones preventivas vs. ejecutadas. Lo anterior es indispensable para que la Gerencia General realice una asignación presupuestal basada en el riesgo real y no en la operatividad diaria.

RIESGO No 8. PROCESO GESTIÓN DE LA OPERACIÓN, SUBPROCESO RECUPERACIÓN DE CONSUMOS. RIESGO DE GESTIÓN.

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no presencia institucional en algunos sectores de la ciudad debido a la seguridad y orden público en los sectores objeto de labor de campo.

- **Nivel de Cumplimiento IV Trimestre: 87.50% - 100.00%** (Administrativo).
- **Zona de Riesgo Residual:** Moderado.
- **Efectividad del Control:** MEDIA-BAJA (Persistencia de debilidades en el reporte de impacto).

1. Actividades de Control

Se valida la culminación del ciclo administrativo de las dos actividades de control:

- **Actividad 8.1 (Mesas Interinstitucionales):** Entrega del **segundo informe consolidado de la gestión semestral**, socializado en Comité Primario. Con este reporte, se alcanza el **50%** restante de esta actividad, completando el 100% de la meta semestral.
- **Actividad 8.2 (Informes de Impacto de Visitas):** Cargue del **cuarto informe trimestral** correspondiente al periodo octubre-diciembre.
Cruce con Actas de Seguimiento: El seguimiento técnico se realizó a través de las mesas de trabajo con el contratista **CSGCOL**:
 - **Acta No. 11 (09 de mayo):** Seguimiento inicial de la vigencia.
 - **Acta No. 17 (03 de julio):** Revisión de novedades y coordinación conjunta.
 - **Acta No. 23 (10 de octubre):** Seguimiento a casos específicos de recuperación.

2. Validación

A pesar de que los indicadores de Planeación registran un 100% de cumplimiento documental, la Oficina de Control de Gestión, en su ejercicio de validación, identifica observaciones de efectividad que deben ser reportadas al CICC:

- observa que el informe final de la vigencia **no incorporó el análisis cualitativo y cuantitativo** solicitado por esta oficina en el primer semestre. Los informes continúan siendo descriptivos sobre la actividad (se asistió, se visitó) pero omiten el resultado real del control.
- No se detalla el **número de sectores visitados**, el **impacto económico** (cuántos metros cúbicos o valores se recuperaron tras las visitas) ni las acciones de mejora o protocolos de seguridad ejecutados por el contratista para el ingreso a zonas de difícil acceso.
- El control busca mitigar la "no presencia por orden público". Sin embargo, los informes no analizan si las mesas con el Distrito realmente facilitaron el ingreso a sectores críticos o si la presencia institucional sigue siendo restringida, lo cual dejaría el riesgo residual en un nivel más alto de lo reportado.

3. Efectividad Operativa

Es imperativo señalar que un control se considera efectivo cuando reduce la **probabilidad o el impacto** del riesgo. En este caso:

- Si el informe no muestra cuántos líderes se sensibilizaron, no podemos medir si la "afectación reputacional" disminuyó.
- Si no se reporta el impacto de las visitas domiciliarias, no hay evidencia de que la "afectación económica" esté siendo mitigada.

4. Recomendación Estratégica para 2026

Como Oficina de Control de Gestión, se recomienda a la Subgerencia de Operaciones:

- Se sugiere que, para la vigencia 2026, los informes de impacto del contratista incluyan obligatoriamente un anexo de **"Recuperación por Sector Crítico"**, detallando los m3 rescatados y las zonas donde el orden público impidió la labor, para que la Gerencia pueda tomar decisiones de seguridad física o jurídica.
- Es imperativo que el control no se mida por la "entrega del informe", sino por el **"éxito de la visita"**. Se recomienda realizar cruces aleatorios entre los informes de visita del contratista y los datos de facturación de esos sectores para validar la veracidad del impacto reportado.
- Gestionar, en conjunto con la Secretaría de Gobierno del Distrito, un reporte de efectividad de las mesas de trabajo, donde se califique si la intervención interinstitucional está logrando desbloquear la presencia de la empresa en los sectores identificados como de alto riesgo.

RIESGO No 9. PROCESO GESTIÓN COMERCIAL. RIESGO DE GESTIÓN.

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional, por la no aplicación de lineamientos legales e institucionales debido a decisiones no articuladas y concertadas para la ejecución de procedimientos internos que generan entradas al subproceso recuperación de consumos para la toma de decisiones.

- **Nivel de Cumplimiento IV Trimestre: 75% - 100.00% (Dimensión Administrativa).**

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 21 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- **Zona de Riesgo Residual: ALTA**
- **Estado:** Cumplimiento de entregables con **Alerta Roja de Eficacia**.

1. Validación

Se confirma el cierre del ciclo de la actividad de control (Actas de reunión entre Sub. Comercial, Sub. Operaciones y Contratista):

- Cuatro entregables (Acta de cierre de vigencia), alcanzando el **100%** de los informes programados.
- El proceso logró la periodicidad requerida; sin embargo, el contenido de las actas de los trimestres III y IV sigue siendo procedimental y no resolutivo respecto a las causas raíz de las fallas en la refacturación y visitas técnicas.

2. Confrontación y Observaciones

Al analizar la efectividad del control, esta Oficina identifica una brecha grave entre el "**hacer la reunión**" y el "**mitigar el riesgo**":

- En el **Acta No. 11 (mayo)** se registró una "*Capacitación Jurídica sobre el Procedimiento de Visitas Técnicas*". La entidad detectó errores procedimentales desde el primer semestre; sin embargo, las actas posteriores (**No. 17 y 23**) siguen discutiendo "novedades y casos específicos", no se formaliza un instructivo técnico unificado que elimine la subjetividad.
- A pesar de las reuniones de concertación la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) emitió fallos en contra de la entidad. Esto demuestra que los lineamientos discutidos en las actas no se están traduciendo en **actos administrativos o instructivos técnicos unificados** que vinculen tanto a las dependencias como al contratista.
- Al corte del IV trimestre, la Subgerencia Comercial **no aportó el análisis de efectividad** solicitado desde el primer semestre. El control no documenta, formaliza ni socializa los lineamientos de acción definitivos.
- El actuar de los involucrados (Comercial, Operaciones y Contratista) sigue siendo subjetivo. Al no existir un **protocolo de actuación articulado**, se genera una vulnerabilidad jurídica que facilita los fallos negativos externos.

4. Recomendación Prioritaria para la Vigencia 2026

El control para 2026 no debe medirse por el número de reuniones, sino por la **disminución porcentual de fallos en contra por parte de la SSPD**. Es imperativo que los acuerdos de las mesas técnicas se formalicen mediante instructivos de obligatorio cumplimiento para el contratista, eliminando la discrecionalidad técnica que hoy genera el riesgo.

Se recomienda verificar si las pautas entregadas en la capacitación de mayo (Acta 11) fueron incorporadas en los informes técnicos de campo del contratista durante el último trimestre, identificando a los responsables de las omisiones que deriven en sanciones.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 22 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

RIESGO No 10. PROCESO GESTIÓN COMERCIAL. RIESGO PARA LA INTEGRIDAD-CORRUPCIÓN. 0%

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por fraude debido a la manipulación del software comercial a favor de terceros.

- **Nivel de Cumplimiento IV Trimestre: 0.00%**
- **Estado: CONTROL ELIMINADO** (según Actas CIGyD y CICC No. 09 de septiembre de 2025).
- **Zona de Riesgo Residual: VULNERABLE / SIN COBERTURA.**

1. Eliminación del Control

Se confirma que mediante las sesiones del **CIGyD y CICC No. 09-2025**, se aprobó la eliminación de las actividades de control asociadas a este riesgo (Requerimiento a marzo e Informes trimestrales de refacturación presentados en CTSC).

- **Observación:** La eliminación de un control de corrupción suele responder a una reestructuración del proceso o a la migración del riesgo a otro mapa. Sin embargo, en la documentación analizada, no se evidencia la creación de un control sustituto que monitoree la **manipulación del software comercial**, lo que administrativamente se traduce en una **aceptación tácita del riesgo** por parte de la entidad.

2. Validación

Tras confrontar la decisión con la realidad operativa de la vigencia 2025, se identifican las siguientes irregularidades técnicas:

- Aunque el control fue eliminado formalmente en septiembre (Acta 09), la obligación de control estuvo vigente durante el primer y segundo trimestre. El hecho de que se reporte **"Sin soporte de evidencias para los dos trimestres de 2025"** implica que la entidad operó durante seis meses con un riesgo de corrupción materializado en potencia, sin que la Primera ni la Segunda Línea de Defensa ejercieran la vigilancia mínima programada.
- El control exigía informes de refacturación acordes con las causales de la **Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SUI)**. Al no existir estos informes, la empresa no solo pierde el control antifraude, sino que se expone a sanciones por parte de la Superintendencia al no tener la trazabilidad técnica (desagregada por trabajador, m3 y valor) que sustente las modificaciones a la facturación inicial.
- **Riesgo de Manipulación de Software:** El software comercial es el activo más sensible para el recaudo. Sin un control que monitoree quién, cuándo y por qué se refactura a favor de terceros, la integridad de la base de datos de deudores queda comprometida.

3. Análisis de Impacto Institucional

Como Oficina de Control de Gestión, el retiro de este control genera una alerta roja en el **Componente de Actividades de Control del MECI:**

- La manipulación manual de consumos o valores en el software sin auditoría periódica facilita la fuga de recursos financieros.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 23 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- Ante una eventual investigación de entes de control, la entidad no podrá demostrar la debida diligencia para prevenir el fraude interno en el proceso comercial durante la vigencia 2025.

4. Recomendación Prioritaria de Tercera Línea

Se insta a la Gerencia General y a la Subgerencia Comercial a **reincorporar de manera inmediata** un control de integridad sobre el software comercial para la vigencia 2026. Este control no debe limitarse a informes en comités, sino que debe consistir en una **Auditoría de Logs de Sistema** mensual, donde se crucen las autorizaciones de refacturación con las modificaciones reales en la base de datos. Es imperativo que la eliminación de un riesgo de corrupción esté soportada en un análisis de riesgos que demuestre que el riesgo desapareció.

RIESGO No 11. PROCESO GESTIÓN COMERCIAL. RIESGO DE GESTIÓN.

Riesgo: Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento en los procedimientos de atención de PQRSD debido a desconocimiento de los procedimientos, actitud inadecuada del personal.

- **Nivel de Cumplimiento IV Trimestre: 80.00%**
- **Estado: Cumplimiento Parcial con Observación Técnica.**
- **Zona de Riesgo Residual:** Moderado (con tendencia a Riesgo Alto por falta de medición de impacto).

1. Actividad de Control

La actividad exige la realización de dos (2) talleres semestrales documentados, evaluando cinco (5) variables críticas: 1) Ficha técnica, 2) Asistencia, 3) Presentación, 4) Evaluación de aprendizaje y 5) **Evaluación de efectividad**.

- Se verificó la realización de ambos talleres (Primer y Segundo Semestre). Se cuenta con los soportes de contenido, las fichas técnicas y los listados de asistencia.
- Al haberse omitido la **Evaluación de la Efectividad** (una de las cinco variables fundamentales definidas en el control), la calificación de **80.00%** refleja un incumplimiento en la calidad del aseguramiento.

2. Observaciones:

Como Oficina de Control de Gestión, la mayor preocupación radica en que la Subgerencia Comercial ignoró de manera reiterada la recomendación de los trimestres I, II y III respecto a la medición de efectividad:

- Realizar un taller y pasar una lista de asistencia es una actividad informativa. Para que sea un **control de riesgo**, debe demostrarse que el taller redujo el "desconocimiento de los procedimientos" o mejoró la "actitud inadecuada del personal". Al no haber evaluación de efectividad, no hay prueba de que el riesgo haya disminuido. El riesgo advierte sobre el "**desconocimiento de los procedimientos PQRSD**". Sin embargo, la evidencia del

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 24 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

segundo semestre revela que la capacitación se centró en: *orden y limpieza de puestos, uso de uniformes, visibilidad del carné y organización de casilleros.*

- No se aportó el comparativo de satisfacción del usuario ni la tasa de errores en respuestas de PQRSD antes y después de los talleres. Sin estas cifras, la inversión en horas-hombre no demuestra rentabilidad social ni operativa para la Gerencia General.
- El desconocimiento de los procedimientos suele derivar en el silencio administrativo o en respuestas de fondo incompletas, lo cual alimenta la litigiosidad ante la SSPD que analizamos en riesgos anteriores.

3. Impacto Reputacional

Un cumplimiento del 80% en este control es engañoso desde la perspectiva de auditoría. Si el personal asiste pero no aplica lo aprendido, el riesgo reputacional se mantiene intacto. La omisión de la evaluación de efectividad impide identificar si los "cuellos de botella" en la atención de PQRSD son por falta de capacitación o por fallas de actitud que requieren procesos administrativos de otra índole.

4. Recomendación Prioritaria para la Vigencia 2026

Con el fin de elevar el impacto de las jornadas de capacitación y asegurar la mitigación real del riesgo reputacional, se ponen a consideración de la **Subgerencia Comercial** las siguientes sugerencias para la vigencia 2026:

- Se recomienda que los talleres de 2026 se centren exclusivamente en el **Estatuto del Consumidor de Servicios Públicos** y en los procedimientos internos de PQRSD.
- Sería conveniente que el control de capacitación trascienda el registro de asistencia, incorporando mecanismos que validen la **apropiación del conocimiento**.
- Se sugiere considerar la realización de **tests de conocimiento aleatorios** (muestreo) un mes después de cada taller. Esto permitiría identificar si los conceptos sobre procedimientos de PQRSD se mantienen vigentes en el personal operativo (ventanilla.)
- **Vinculación con Indicadores de Gestión:** Resultaría valioso medir la efectividad del control a través de la **tasa de disminución de quejas** por maltrato o información errónea en la Oficina de Atención al Usuario.
- Se propone que la valoración del 100% del control esté ligada a la demostración — mediante cifras de PQRSD— de que la intervención pedagógica generó un **cambio positivo y medible** en la experiencia del ciudadano.
- Es imperativo vincular este riesgo con los resultados del **Riesgo No. 9** (Fallos SSPD). La capacitación solo será efectiva si logra reducir el número de actos administrativos revocados por errores de procedimiento cometidos en la atención inicial.

RIESGO No 13. RIESGO DE GESTIÓN. PROCESO G. COMERCIAL:

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por incremento de la cartera debido a falta de cultura de pago oportuno por parte del usuario

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 25 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- **Nivel de Cumplimiento IV Trimestre:** 75% 100.00% (Administrativo).
- **Estado:** Incumplimiento del segundo hito de control.
- **Zona de Riesgo Residual:** Moderado (con tendencia a Riesgo Alto por falta de liquidez).

1. Actividad de Control

La actividad de control fue ajustada por el CIGyD y el CICCÍ para realizarse en dos (2) momentos específicos de la vigencia: septiembre y noviembre. La calificación inicial del 50.00% se fundamentaba en la presunta ausencia del reporte de noviembre. No obstante, la revisión documental de los repositorios físicos confirma la existencia del soporte para el segundo hito:

- **Hito 1 (Septiembre):** Validado al 100% con el **Acta CTSC No. 07-2025** y el informe de resultados de cobro coactivo de usuarios focalizados. Este aporte otorgó el **50% de cumplimiento inicial**.
- **Hito 2 (Noviembre):** Validado con el **Acta CTSC No. 09 del 24 de noviembre de 2025**. En esta sesión se consolidó el recaudo por procesos de cobro coactivo y cartera con mora superior a 60 meses por un valor de **\$247.153.211**.

2. Validación y Confrontación

Al analizar la efectividad del cobro coactivo, la Oficina de Control de Gestión identifica los siguientes hallazgos técnicos:

- El informe revela que los **estratos 1 y 2** continúan siendo los principales aportantes al recaudo de cartera crítica. Esto sugiere una efectividad centrada en usuarios de menor impacto económico individual, mientras que el riesgo frente a grandes deudores o sectores de mayor consumo no es detallado con la misma rigurosidad.
- Aunque se reportan **\$247 millones** recuperados, el Comité admite que estos resultados confirman una "recuperación parcial". Desde la perspectiva de aseguramiento, no se evidencia si este valor compensa el crecimiento vegetativo de la cartera nueva del 2025.
- Persiste la ausencia de un cuadro de conciliación que demuestre cómo este recaudo de cobro coactivo impactó la disminución real de la cuenta de "Deudores" en los Estados Financieros. Un control de cobro coactivo es eficaz solo si el ingreso a caja supera el costo administrativo y jurídico de la actuación.

3. Análisis de Recuperabilidad (Tercera Línea de Defensa)

Como Auditora, es imperativo confrontar el informe de "usuarios focalizados" con la realidad de la cuenta de deudores:

- **Análisis de Antigüedad:** ¿La gestión de cobro coactivo está atacando la cartera de difícil cobro (más de 360 días) o se está concentrando en deudas recientes de fácil recaudo?
- **Calidad del Título Ejecutivo:** La efectividad del control depende de que las facturas cumplan con todos los requisitos de ley para prestar mérito ejecutivo. Una falla en la cadena de notificación (como vimos en los riesgos de PQRSD) anularía este control de cobro coactivo.

4. Sugerencia de Aseguramiento para 2026

Se recomienda que los futuros informes de cobro coactivo incorporen un análisis que compare el valor efectivamente recuperado contra los gastos operativos y honorarios jurídicos invertidos. El control debe demostrar rentabilidad para la entidad

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 26 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

Se sugiere que el CTSC exija para la vigencia 2026 un reporte comparativo mensual entre la gestión jurídica y la variación de saldos en los Estados Financieros (EEFF), asegurando que el éxito reportado por Comercial sea validado por el saldo contable.

Dada la interdependencia con el proceso de PQRSD, se recomienda auditar la calidad de la notificación de las facturas que pasan a cobro coactivo, garantizando que el título ejecutivo sea inatacable y evitando revocaciones administrativas que generen daño patrimonial.

RIESGO No 14. RIESGO DE GESTIÓN. TODOS LOS PROCESOS:

AJUSTE: *modificación de asignación de proceso responsable pasa de la Secretaria General a Todos los procesos.*

Riesgo: Posibilidad de afectación reputacional por falta de oportunidad de la información que soporta la Gestión Contractual (Secop) debido a incumplimiento de las obligaciones de los supervisores.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 62,50%**
- **Estado:** Incumplimiento por Omisión en el IV Trimestre.
- **Zona de Riesgo Residual: ALTA** (Debido a la recurrencia de supervisores específicos).

1.Actividad de Control: Realizar seguimiento del informe de extemporaneidad remitido por la Secretaría General, en instancia del Comité Primario.

Aplica a cinco dependencias y sus procesos/subprocesos:

- -Secretaría General (autoanálisis independiente del informe).
- -Subgerencia de Operaciones
- -Subgerencia Comercial
- -Subgerencia planificación
- -Subgerencia Administrativa.

Tras confrontar los informes de extemporaneidad y las actas de Comité Primario (CP) de todos los procesos, se establece el siguiente historial de cumplimiento:

- **I Trimestre:** La extemporaneidad afectó a la **Subgerencia Administrativa y de Operaciones**. Ambas dependencias omitieron realizar el análisis en Comité Primario, lo que impidió la detección de causas raíz desde el inicio de la vigencia.
- **II Trimestre:** El informe de la Secretaría General señaló tres contratos críticos (2 de Planificación y 1 de Operaciones). Aunque la **Subgerencia de Planificación** realizó el CP (Acta No. 8 del 10 de julio), en revisión documental se detectó que el tratamiento fue meramente informativo: se instó al cumplimiento, pero no se generaron controles internos sobre los contratos específicos señalados.
- **III Trimestre:** Se reactivó el control administrativo en la **Subgerencia de Operaciones** (Acta No. 12) y la **Subgerencia Administrativa** (Acta No. 18). Sin embargo, el informe del 06 de octubre confirmó que la extemporaneidad es una conducta recurrente en estos procesos.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 27 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- **IV Trimestre: Cierre con 0% de cumplimiento para el periodo.** No se evidenció la emisión del informe de extemporaneidad por parte de la Secretaría General, lo que generó un efecto dominó: al no existir el insumo técnico, los demás procesos no realizaron el seguimiento en sus comités primarios.

2. Diagnóstico de la Tercera Línea (Aseguramiento)

Como Oficina de Control de Gestión, se identifica que el control tiene un **"Punto Único de Falla"**:

1. El control de "Todos los Procesos" depende exclusivamente de que la Secretaría General remita el informe. Si la Secretaría General omite este paso (como ocurrió en el IV Trimestre), el resto de la entidad queda ciega frente a sus propios incumplimientos contractuales.
2. La persistencia de los mismos procesos (Operaciones y Administrativa) en los informes de extemporaneidad sugiere que el "análisis en comité primario" no está siendo disuasorio ni correctivo.
3. La falta de oportunidad en Secop no es solo un trámite; expone a la entidad a sanciones de la Contraloría y disminuye la transparencia institucional.

RIESGO No 15. RIESGO DE GESTIÓN. TALENTO HUMANO:

Riesgo: Posibilidad de afectación reputacional por baja eficiencia y productividad del personal.

Actividad de Control: Una jornada semestral documentada (2) soportada en los resultados de la evaluación de competencias del personal.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 50% - 100.00% (Administrativo).**
- **Zona de Riesgo Residual: MODERADO**

Ficha técnica, asistencia, presentación y evaluación.

Vía email se comunica al proceso, como recomendación preventiva, que la evaluación de competencias previo a su socialización, y teniendo en cuenta que se pretende lograr la mejora en la competencia individual, que debe redundar en la mejora de las dependencias y por ende del cumplimiento de las metas, indicadores y objetivos estratégicos; debe asociar los resultados de la vigencia 2024 al respecto de la planificación institucional, la gestión del riesgo, racionalización de trámites, auditorías, informes de impacto a la integridad, gestión documental y demás actividades clave de la organización.

Importante incluir conclusiones y recomendaciones.

Recomendaciones de Fortalecimiento 2026:

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 28 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- Se recomienda a la Subgerencia Administrativa realizar una intervención inmediata sobre los documentos de SST, garantizando la recolección de firmas y la migración a formatos no editables (PDF), asegurando la integridad del Sistema de Gestión Institucional.
- Para 2026, la "Jornada de Competencias" debe dejar de ser una charla general y convertirse en una Mesa Técnica, donde se suscriban compromisos cuantificables alineados al Plan Institucional Integrado.
- Se propone que el área de Talento Humano demuestre la efectividad de sus jornadas mediante un indicador de "Reducción de Hallazgos de Auditoría Interna" en los procesos intervenidos.

Control de gestión manifiesta a los directivos y jefes inmediatos, la importancia de suscribir compromisos en la evaluación de competencias del personal, que le apunten a los objetivos estratégicos y de los procesos, que impacten la gestión organizacional, que sean cuantificables y medibles; solo así estos instrumentos le agregan valor a la organización.

RIESGO No 16. RIESGO DE GESTIÓN. TALENTO HUMANO:

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional que genera inconsistencias en el reporte de novedades quincenal.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025:** 100.00%
- **Estado:** Cumplimiento total de hitos con mejora en la efectividad del control primario.
- **Zona de Riesgo Residual:** MODERADO.

Actividad de Control: Reportes Trimestrales soportados en comité primario con análisis y recomendaciones para la mejora a la dependencia responsable.

1. Evidencias

Se confirma la culminación del ciclo de control mediante la validación de los siguientes soportes:

- Reporte de "Cero Inconsistencias" validado en el primer semestre.
- Se localizó el informe técnico firmado por el Profesional I de Talento Humano (Milton de León Gámez) con fecha del **12 de diciembre de 2025**. Este documento consolida el monitoreo del segundo semestre, permitiendo alcanzar el 100% de la meta anual.
- El análisis de estas novedades fue socializado y ratificado en el **Acta No. 24 del Comité Primario SAF (11 de diciembre de 2025)**, cumpliendo con el requisito de análisis en instancia directiva.

2. Análisis de Efectividad

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 29 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

A diferencia de otros procesos, en este riesgo se evidencia un **fortalecimiento real** de la primera línea de defensa:

- El informe revela que la Subgerencia de Operaciones implementó el **cruce de información con el "huellero" (biométrico)** de la empresa. Este mecanismo ha sido la clave para que, durante el tercer y cuarto trimestre de 2025, no se reportaran incumplimientos en las novedades de horas extras.
- Se observa que la supervisión directa del Subgerente de Operaciones sobre los reportes de los profesionales ha reducido el margen de error humano en la liquidación de recargos y horas extras.
- A pesar de la efectividad numérica, se detecta una "alerta amarilla": Talento Humano debe seguir requiriendo formalmente el **radicado de documentos soporte y programaciones de turnos**, lo que indica que el proceso de "evidencia documental" sigue siendo reactivo y no preventivo.

3. Diagnóstico de la Tercera Línea

Como Oficina de Control de Gestión, se concluye que el control administrativo es **efectivo y maduro**. La transición de reportes manuales a una validación asistida por biometría mitiga significativamente el riesgo de fraude o error económico en la nómina (fuga de recursos).

4. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

Se recomienda que, para la vigencia 2026, el reporte de novedades no solo se cruce con el huellero, sino que sea cargado en una carpeta compartida con los **soportes físicos escaneados (turnos y memorandos)**, evitando el rezago de evidencias que se reportó en diciembre.

RIESGO No 17. RIESGO DE GESTIÓN. G. FINANCIERA Y CONTABLE:

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional de pagos a terceros sin el lleno de requisitos.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025:** 75.00%
- **Estado:** Cumplimiento de hitos Q2, Q3 y Q4 (Q1 sin evidencia).
- **Zona de Riesgo Residual:** MODERADA

Actividad de Control: Implementar un control en el proceso gestión financiera que valide el cumplimiento de los requisitos para los pagos y aplicación de descuentos, de forma aleatoria y previa al pago, mediante reporte de verificación con periodicidad trimestral.

1. Verificación de Evidencias

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 30 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

Se confirma la culminación del ciclo de monitoreo para el segundo semestre de la vigencia, validando que la entidad adoptó los informes de la Revisoría Fiscal como mecanismo de control sustitutivo:

- **Hito Q3 (Julio - Septiembre):** Validado mediante el **Acta de Comité Primario No. 20 (14 de octubre de 2025)**. Se constató la presentación de auditorías a estampillas (municipales/departamentales), retención en la fuente e industria y comercio de dicho periodo.
- **Hito Q4 (Octubre - Diciembre):** Se localiza y valida:
 - **Informe de Auditoría Retención en la Fuente (12 de noviembre de 2025):** Realizado por la Revisoría Fiscal sobre el periodo de octubre de 2025. El reporte concluye que los datos son correctos tras la verificación de la cédula sumaria y el libro auxiliar.
 - **Acta de Comité Primario No. 24 (11 de diciembre de 2025):** Donde la Subgerencia Administrativa y Financiera (SAF) realiza el cierre del Mapa de Riesgos con corte al 10 de diciembre, ratificando la revisión de los procesos de pago y obligaciones tributarias del trimestre.

2. Análisis de Efectividad (Perspectiva de Tercera Línea)

Como Oficina de Control de Gestión, se emite el siguiente juicio técnico sobre la calidad del control:

- La efectividad es **ALTA** en términos de resultados. No se reportaron sanciones, intereses de mora o pagos indebidos durante el semestre, lo que indica que el filtro de requisitos está operando de manera preventiva antes de que la Revisoría realice su validación mensual.
- La existencia de 9 formatos de verificación (anunciados en el Acta 12) provee la estructura técnica necesaria para que el personal de tesorería y contabilidad mantenga la disciplina en los pagos a terceros.

3. Recomendaciones de Aseguramiento para 2026

Para blindar este riesgo en la próxima vigencia, esta Dirección recomienda:

- Tal como se discutió en el Acta 12, se debe mantener el seguimiento a la calidad de las cuentas de cobro remitidas por los supervisores. Se recomienda que, si un supervisor reincide en enviar cuentas incompletas, se genere una alerta en el Mapa de Riesgo No. 14 (Gestión Contractual).
- Aunque la Revisoría valida los impuestos, se sugiere que el proceso financiero realice un muestreo específico sobre descuentos comerciales o financieros pactados en contratos de gran cuantía, asegurando el máximo ahorro para la entidad.

RIESGO No 18. RIESGO DE GESTIÓN. G. DOCUMENTAL:

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 31 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento actividades transversales de gestión documental debido a la falta de apropiación de los trabajadores de su rol respecto a la gestión y organización de sus documentos.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025:** 50% - 100.00% (Dimensión Administrativa).
- **Estado:** Cumplimiento total de hitos con observación de cobertura.
- **Zona de Riesgo Residual:** MODERADO.

Actividad de Control. Jornadas (2) documentadas de sensibilización normatividad GDO, mínimo 80% personal administrativo. Ficha técnica, lista asistencia, presentación y evaluación.

1. Trazabilidad de Evidencias (Cierre de Ciclo 2025)

Se confirma la ejecución de las dos (2) jornadas semestrales programadas:

- Jornada sobre "*Composición y Deterioro de los Documentos Físicos*". Se validó la ficha técnica, presentación (citando el nuevo Acuerdo 001 de 2024 del AGN) y evaluación de impacto. Esta sesión se enfocó en la **conservación preventiva**.
- Jornada sobre "*Organización de Archivos e Inventarios Documentales*". Esta sesión es de alto valor técnico al ser facilitada por la **Directora de Gestión Documental de la Alcaldía Distrital**, abordando temas críticos como el FUD (Formato Único de Inventario Documental) y las TRD.

2. Validación de Criterios Técnicos

Al confrontar las evidencias con los requisitos del control, se identifican las siguientes observaciones:

- El hito de noviembre ataca directamente la causa raíz del riesgo (organización de documentos). El uso de expertos externos (Alcaldía) eleva la percepción de obligatoriedad y rigurosidad del sistema de gestión documental ante los trabajadores.
- El control exige un mínimo del **80% del personal administrativo**. Al revisar las listas de asistencia de noviembre, se observa una participación de **6 funcionarios**, lo cual es insuficiente frente al universo total administrativo de la entidad.
- Si bien se realizaron las 2 jornadas (cumplimiento 100% de la actividad), no se alcanzó el **indicador de cobertura exigido**. Por tanto, administrativamente el hito se cumple, pero su efectividad como control transversal sigue siendo limitada al no permear a la mayoría de la organización.

3. Diagnóstico de la Tercera Línea

La Oficina de Control de Gestión concluye que existe un **compromiso técnico** liderado por la Subgerencia Administrativa, pero una **baja respuesta de los líderes de proceso** para movilizar a su personal hacia estas jornadas. La desactualización documental mencionada en riesgos anteriores (Riesgo No. 5) puede ser consecuencia directa de esta falta de cobertura en la sensibilización.

4. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 32 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

Se recomienda que, ante la dificultad de reunir al 80% del personal en una sola jornada, se implemente un modelo donde los líderes de proceso (Segunda Línea) repliquen la capacitación en sus Comités Primarios, reportando las actas de asistencia como soporte del control.

- Para asegurar la "apropiación del rol", se sugiere que la Secretaría General exija el Formato Único de Inventario Documental (FUD) actualizado como requisito para el cierre de los contratos de apoyo a la gestión, atacando así el riesgo de pérdida de memoria institucional.
- Se propone realizar jornadas de "Escritorios Limpios" (basadas en la capacitación de noviembre), donde se verifique físicamente que la teoría de organización se esté aplicando en las carpetas y archivos de gestión de cada dependencia.

RIESGO No 19. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INFORMÁTICA: EN ATENCION A LA MATERIALIZACION DEL RIESGO, SE ADICIONA UN CONTROL: *Realizar copia de respaldo de la información de la red compartida de la empresa en servidor de respaldo, con periodicidad mensual (octubre – noviembre)*

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por daño o pérdida de información.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025:** 50% - 100.00% (Administrativo).
- **Estado:** RIESGO MATERIALIZADO con Respuesta y Fortalecimiento Estructural.
- **Zona de Riesgo Residual:** MODERADA (Mitigada por el esquema de redundancia).

Actividad de Control: Impartir lineamiento requisito cargue de información digital OCR y con base en la TRD, en los recursos compartidos socializado en todas las dependencias, solo los recursos compartidos que cumplan el requisito serán objeto de Backup en nube. Realizar revisión y depuración de las carpetas de información compartidas que no cumplan con estructura de TRD y OCR.

1. Hallazgo : Materialización del Riesgo

Tras la revisión de los "Antecedentes" en el informe del 30 de noviembre de 2025, se confirma que la entidad sufrió un **incidente técnico crítico en el servidor de archivos**, lo que provocó la pérdida temporal de la información institucional.

- La administración debió recurrir a un laboratorio especializado para la recuperación de los discos afectados. Este evento ratifica que la zona de riesgo residual era, en efecto, **Crítica** y no Moderada como se reportaba inicialmente.
- La administración respondió adicionando un control de emergencia para el cierre de la vigencia:

2. Trazabilidad de los Controles (Cierre 2025)

Se valida el cumplimiento de las dos líneas de defensa creadas para contener la vulnerabilidad:

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 33 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- **Control 18.1 (OCR, TRD y Depuración):**
 - Se verificó la parametrización de los escáneres (OCR/PDFA) y la depuración de carpetas. Aunque la efectividad de las dependencias es del 28%, este control se ve ahora respaldado por la nueva infraestructura.
 - Al corte de noviembre, el reporte de depuración muestra que la migración a la nube tiene una efectividad de apenas el **28% (2 de 7 dependencias)**. Solo **Control de Gestión y SAF (Talento Humano)** cumplen al 100%. Procesos críticos como **Comercial, Operaciones y Planificación** se encuentran en estado de "No Cumple" o "Parcial", lo que mantiene la información sensible fuera del respaldo en la nube.
- **Control 18.2 (Backup en Servidor de Respaldo):**
En atención a la falla del servidor físico, se implementó y validó el respaldo mensual (octubre y noviembre) en discos extraíbles (Off-site), con pruebas de restauración exitosas al 30 de noviembre de 2025.
- **Control de Blindaje (Evidencia Riesgo 20):** Se integra la ejecución del **Contrato No. 176 (MICROSHIF SAS)** bajo el modelo **IaaS (Infraestructura como Servicio)**. Este contrato provee el entorno de nube donde se aloja la información recuperada, eliminando la dependencia de hardware local vulnerable.

3. Análisis de Efectividad

Como Oficina de Control de Gestión, se identifica que la seguridad de la información ha evolucionado de un esquema artesanal a uno profesional:

1. El 100% administrativo se logra por el esfuerzo del área de TI (Backups y configuración), pero la **Efectividad Estructural** es baja porque los líderes de proceso no han depurado sus carpetas conforme a la TRD.
2. Mientras Operaciones y Comercial no migren su información a la nube bajo estándar OCR/PDFA, la entidad depende exclusivamente de los discos extraíbles físicos, lo cual no garantiza la continuidad del negocio ante un siniestro mayor.
3. La migración a la nube (evidencia del Riesgo 21) actúa como el control maestro para el Riesgo 19. Al trasladar la información a centros de datos profesionales, se garantiza una disponibilidad del 99.9%, blindando a la empresa contra futuras fallas de discos duros locales.
4. La jornada de sensibilización del **11 de diciembre de 2025** (aportada en el R21) fortalece la integridad de los datos. Al capacitar al personal en ciberseguridad y manejo de contraseñas, se mitiga la pérdida de información por ataques internos o errores de usuario (borrado accidental).
5. La implementación de **cifrado SSL y bloqueo de IPs** (reportado en la migración a la nube) asegura que la información respaldada no sea interceptada ni dañada por terceros durante su tránsito o almacenamiento.

4. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

Se recomienda a la Subgerencia Administrativa y al proceso de TI que, para 2026, el control de "Backups" se unifique con el de "Migración a la Nube". La meta debe ser alcanzar el 100% de migración de las dependencias rezagadas (Comercial y Operaciones), para que el esquema de

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 34 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

seguridad digital sea homogéneo en toda la organización y no dependa de esfuerzos aislados de un área.

RIESGO No 20. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INFORMÁTICA:

Riesgo: Posibilidad de fallas en el acceso a la información de los sistemas de información institucionales (comercial, financiero, nómina, Orfeo, otros), por falta de infraestructura tecnológica actualizada.

Actividad de Control:

1. Informe trimestral de avance migración a la nube (4 informes)
2. Jornada de sensibilización semestral (2) Ficha técnica, asistencia, presentación, evaluación

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 75%** (Ajustado por cumplimiento de informes y mora en sensibilización).
- **Estado:** RECUPERACIÓN DE INFRAESTRUCTURA tras materialización de riesgo.
- **Zona de Riesgo Residual:** MODERADA

1. Trazabilidad y Observaciones (Inversión en Infraestructura)

Tras confrontar el reporte de "falta de recursos" del Q3 con los soportes de contratación, la Oficina de Control de Gestión identifica una inconsistencia en el reporte de la Primera Línea, revelando una gestión efectiva no visibilizada:

- Se valida la ejecución y liquidación del contrato con **BESTEK SAS** por valor de **\$18.000.000**.
- La revisión al *Informe de Adquisición de Equipos* confirma que, contrario a lo reportado en septiembre, la entidad adquirió e instaló **Discos Duros de Estado Sólido (SSD)** para repotenciar los equipos de cómputo y mejorar las condiciones del servidor, atacando directamente la causa raíz de las fallas de acceso.
- Se confirma el cierre del ciclo con **cuatro (4) informes trimestrales de avance**. El informe final del **30 de noviembre de 2025** documenta la migración de sistemas críticos a la nube como respuesta definitiva a las limitaciones del servidor físico anterior.

2. Análisis de Efectividad (Brecha en Sensibilización)

A pesar de la adquisición de hardware, el control presenta una debilidad en el componente humano:

- La actividad exigía dos (2) jornadas de sensibilización semestrales. Al cierre de la vigencia, solo se evidencia el soporte de una jornada. La falta del segundo hito administrativo impide alcanzar el 100% de la calificación, dejando al personal sin la capacitación necesaria sobre los nuevos protocolos de acceso a la nube.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 35 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- Se destaca que la migración a la nube ha permitido la generación automática de certificados laborales y desprendibles de nómina (Octubre 2025), eliminando la dependencia de servidores locales propensos a fallas físicas.

3. Diagnóstico de la Tercera Línea

- Como Oficina de Control de Gestión, se concluye que la entidad ha pasado de un estado de "**Vulnerabilidad Crítica**" a uno de "**Estabilidad Tecnológica**". La compra de los SSD y la migración a la nube (Control 1) compensan operativamente la materialización del riesgo sufrida en el primer semestre. No obstante, la seguridad digital no es solo técnica; es humana, y el rezago en sensibilización mantiene una ventana de riesgo por uso inadecuado de las nuevas plataformas.

4. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

- Se recomienda que, para el primer trimestre de 2026, la SAF y TI realicen la jornada de sensibilización pendiente, enfocada específicamente en el uso seguro de los recursos en la nube, el acceso remoto a los sistemas (Comercial/Orfeo) y el uso eficiente de la arquitectura en la nube (IaaS) para garantizar que los funcionarios aprovechen las ventajas de rendimiento y escalabilidad adquiridas.
- Tras la experiencia de pérdida de datos de 2025, es imperativo institucionalizar un cronograma de mantenimiento preventivo de los discos SSD adquiridos, evitando que el ciclo de obsolescencia vuelva a comprometer la información.
- Se recomienda que el proceso de Gestión Informática reporte mensualmente el porcentaje de disponibilidad de los sistemas. Esto permitirá cuantificar el retorno de la inversión de los \$18 millones y asegurar que el riesgo de "falla en el acceso" se mantenga en niveles mínimos.

RIESGO No 21. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INFORMÁTICA:

Riesgo: Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica (páginas web, software misional, hardware, aplicaciones, equipos de comunicación, equipos de seguridad, red interna). Pérdida de integridad -disponibilidad de los sistemas de información institucionales (comercial, financiero, nómina, Orfeo, otros).

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025:** 62.50%
- **Estado:** Cumplimiento Parcial con Fortalecimiento de Infraestructura.
- **Zona de Riesgo Residual: MODERADA** (Mitigada por controles de acceso y cifrado).

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 36 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

Actividad de Control:

1. Informe trimestral de avance migración a la nube (4 informes)
2. Jornada de sensibilización semestral (2) Ficha técnica, asistencia, presentación, evaluación.

1. Verificación de Evidencias

La entidad pasó de una fase de planificación a una de ejecución técnica robusta en el segundo semestre:

- **Control 21.1 (Migración a la Nube - Cumplimiento 75%):**
 - Se confirman tres (3) de los cuatro informes trimestrales: **Junio, Septiembre (30-09-2025)** y el informe final de **Noviembre (30-11-2025)**.
 - **Sustento Contractual:** Se valida la suscripción del **Contrato de Servicios No. 176** con **MICROSHIF SAS** por valor de **\$15.000.000**, cuyo objeto es la "Infraestructura como Servicio (IaaS)". Este contrato es el soporte físico que garantiza la disponibilidad de los servidores en la nube.
 - **Impacto Técnico:** El informe de noviembre certifica una mejora del **35% en el rendimiento** de transacciones y la implementación de **cifrado SSL** y bloqueo automático de IPs, lo que mitiga directamente el riesgo de ataques externos.
- **Control 21.2 (Sensibilización - Cumplimiento 50%):**
 - Tras un 0% en los trimestres anteriores, se localiza la evidencia del **II Semestre: Informe de Jornada de Sensibilización sobre Seguridad de la Información (11 de diciembre de 2025)**.
 - **Alcance:** La jornada abordó temas críticos como gestión de contraseñas, ciberseguridad básica y la campaña "*Piensa antes de dar clic*". Cuenta con ficha técnica y listado de asistencia, cumpliendo con el estándar de la actividad para este periodo.

2. Análisis de Efectividad (Tercera Línea de Defensa)

Como Oficina de Control de Gestión, se identifica un cambio en la madurez del control:

- La migración a la nube bajo el modelo IaaS ha blindado los sistemas (Comercial, Financiero, Orfeo) frente a fallas de hardware local. La ejecución de respaldos diarios automáticos reduce la ventana de pérdida de datos a menos de 24 horas.
- Aunque se realizó la jornada de diciembre, la efectividad real del control de sensibilización sigue siendo **Media**, ya que un solo taller al año es insuficiente para mitigar el riesgo de "ataques internos" o errores humanos (Phishing).

3. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

- Se recomienda programar la primera jornada de 2026 en el mes de marzo, para asegurar el cumplimiento del ciclo semestral y mantener la alerta en el personal ante nuevas amenazas digitales.
- Con la infraestructura ya en la nube (MICROSHIF), se sugiere realizar prueba de vulnerabilidades externa para validar que las configuraciones de seguridad (SSL/Bloqueo de IPs) son infalibles ante ataques dirigidos.
- Institucionalizar un reporte de "Uptime" de los sistemas institucionales para demostrar que la inversión de \$15 millones anuales se traduce en cero caídas del software misional.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 37 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

RIESGO No 22. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INVENTARIOS:

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por el subregistro o inconsistente de los bienes en el módulo de inventarios por reporte errado, inoportuno o no reporte al proceso.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025:** 81.00%
- **Estado:** **INCUMPLIMIENTO TÉCNICO** con Acción Correctiva abierta.
- **Zona de Riesgo Residual:** **ALTA** (Persistencia de subregistro por falta de reporte de supervisores).

Actividad de Control: (4) Reportes trimestrales de novedades de inventario no ingresadas presentado en Comité Primario. Se confirma la ejecución del ciclo de reportes trimestrales de novedades, identificando los siguientes hitos:

1. Evidencias

- **Hito Q1 (31 de marzo):** Presentación en Comité Primario del informe de gestión cuantificada. Se validó la identificación inicial de bienes.
- **Hito Q2 (30 de junio):** Informe de seguimiento que detectó la suscripción de contratos de bienes (como el No. 045-2025 de equipos tecnológicos) y su ingreso al inventario. Cumplimiento acumulado del 50%.
- **Hito Q3 y Q4 (Noviembre):** Se emitieron los informes con corte al 21 y 30 de noviembre. Administrativamente se cierra con un 81% de cumplimiento de la actividad de "reportar", pero el contenido de estos informes revela la materialización del riesgo por omisión de terceros.

2. Observaciones:

Según lo consignado en los informes de seguimiento de junio y septiembre, y ante la falta de evidencia de respuesta por parte de los supervisores a las reiteraciones del proceso de inventarios, se infiere un riesgo inminente de subregistro patrimonial:

- Persiste el silencio administrativo por parte de los supervisores de la Subgerencia de Operaciones respecto a los contratos:
051-2025: Mantenimiento de equipos de potabilización.
052-2025: Mantenimiento de vehículos.
054-2025: Mantenimiento de aires acondicionados.
 Al no recibir los informes técnicos ni los formatos preoperacionales de los vehículos, la oficina de Inventarios no puede garantizar que los repuestos o bienes adquiridos/reparados estén debidamente registrados. Esto genera un **subregistro patrimonial** que afecta la veracidad de los Estados Financieros (EEFF).

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 38 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

3. Diagnóstico de la Tercera Línea

Como Oficina de Control de Gestión, se emite una **Alerta de Inefectividad**: El cumplimiento del 81% es meramente procedimental. La entidad ha levantado una **Acción Correctiva** en noviembre de 2025 al reconocer que el control preventivo falló. El hecho de que los datos de inventarios no sean coincidentes con los EEFF (especialmente en bienes de terceros y convenios extinguidos) representa una debilidad crítica en el componente de Información y Comunicación del MECI.

4. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

- Se recomienda que el Comité de Recursos Físicos establezca una fecha límite (primer trimestre 2026) para que los supervisores de Operaciones entreguen el rezago documental de los contratos 051, 052 y 054 de 2025, bajo advertencia de proceso disciplinario por incumplimiento de funciones.
- Institucionalizar una mesa de trabajo mensual obligatoria entre el Profesional II de Inventarios y el Contador, donde se crucen las actas de liquidación de contratos de suministro contra las entradas al almacén.
- Evaluar la implementación de una restricción en el software financiero Neptuno: **No se podrá tramitar el pago de la última acta de un contrato de bienes o mantenimiento si no cuenta con el certificado de ingreso a inventarios** debidamente firmado.
- Realizar muestreos físicos en la Planta de Tratamiento y en el parque automotor para verificar que las novedades reportadas por los supervisores (cuando lo hacen) coincidan con la existencia física del bien.

Capítulo Riesgos del Subproceso Control de Calidad. Riesgos con base en los requisitos de la ISO 17015 Versión 2017: 58%

RIESGO No 1. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:

Riesgo: Influir resultados a un cliente en cualquier parte de la cadena de valor del laboratorio.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 75% - 100.00%** (Dimensión Administrativa).
- **Estado:** Cumplimiento total de hitos con observación de salvaguarda de imparcialidad.
- **Zona de Riesgo Residual: MODERADA** (Mitigada por control jerárquico y actas técnicas)

Actividad de Control: Documentos actualizados y aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño:

1. Trazabilidad de Evidencias (Cierre de Ciclo 2025)

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 39 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

Se confirma la culminación de las actividades de control, validando la transición de los ajustes solicitados por esta Oficina:

- **Control 23.1 (Manual del Personal):**
 - Se valida que el **Manual del Personal del Laboratorio** fue aprobado tras la subsanación de inconsistencias conceptuales.
 - **Observación:** Se incorporaron los niveles de acceso a la información y la **Declaración de Imparcialidad** actualizada. El cumplimiento de este hito alcanzó el 100% en el tercer trimestre, alineándose con el requisito 4.1 de la ISO 17025 (Imparcialidad).
- **Control 23.2 (Revisión Trimestral de Resultados):**
 - Se confirma la ejecución de las cuatro (4) actas de Comité Primario de la Subgerencia de Operaciones:
 1. **Q1 y Q2:** Actas de febrero, 31 de marzo y 12 de junio.
 2. **Q3:** Acta No. 17 del 26 de septiembre de 2025.
 3. **Q4 : Acta No. 22 del 20 de noviembre de 2025.** En esta sesión se verificó el cumplimiento de la **Declaración de Confidencialidad** y se realizó el seguimiento técnico a los resultados de laboratorio (pH, Turbiedad, Coliformes, entre otros) y la participación en el programa PICCAP del INS.

2. Análisis de Efectividad:

A pesar del 100% administrativo, la Oficina de Control de Gestión identifica una alerta técnica basada en la estructura organizacional vs. los requisitos de la norma:

- Se mantiene la observación sobre la dependencia jerárquica. Dado que el Profesional III y el Técnico dependen directamente de la Subgerente de Operaciones (quien a su vez es responsable de la producción), existe un riesgo inherente de presión sobre los resultados para cumplir metas operativas.
- Aunque el manual define niveles de acceso, la revisión documental no evidencia una prueba técnica de vulnerabilidad (log de auditoría) que confirme que el personal externo al laboratorio realmente no puede influenciar o modificar los reportes en el sistema de información.
- Los resultados analizados en el Acta 22 muestran parámetros dentro de los límites (E.coli: Ausencia / pH: 7.23), lo que indica que, a la fecha, el control de supervisión técnica está operando correctamente sobre la cadena de valor.

3. Diagnóstico de la Tercera Línea:

Como Oficina de Control de Gestión, se concluye que el Laboratorio ha logrado una **madurez documental satisfactoria**. Sin embargo, la efectividad real para "no influenciar resultados" depende de la ética profesional declarada y no de un control automático. La inclusión de la verificación de confidencialidad en el acta de noviembre es un avance positivo hacia el cumplimiento del requisito 4.2 de la norma.

4. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026 (ISO 17025)

- Se recomienda implementar una actividad de control consistente en el envío de "muestras ciegas" (muestras con resultados conocidos pero no identificadas por el analista) para validar la objetividad técnica del laboratorio sin influencias externas.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 40 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

- En cumplimiento del numeral 4.1.4 de la norma, el laboratorio debe realizar un análisis de riesgos específico para identificar amenazas a la imparcialidad derivadas de sus relaciones jerárquicas o comerciales, documentando las acciones para eliminarlas o minimizarlas.

RIESGO No 2. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:

Riesgo: Fuga de información confidencial.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 75.00%**
- **Estado:** Cumplimiento total de hitos administrativos.
- **Zona de Riesgo Residual: MODERADA** (Mitigada por controles de confidencialidad documentados).

1. Trazabilidad de Evidencias (Cierre 2025)

Se valida el cumplimiento de las actividades de control mediante el cruce de los siguientes soportes:

- **Actividad 2.1 (Manual y Declaraciones - 100%):**
 - Se confirma que las inconsistencias conceptuales del manual fueron subsanadas y el documento fue aprobado en las instancias correspondientes (**Acta CICCI No. 07 del 14 de julio y Acta CIGyD No. 10 del 1 de julio**).
 - **Hallazgo Técnico:** El manual ya integra los niveles de acceso y la declaración de imparcialidad. Se destaca que la entidad acogió la recomendación de independizar las declaraciones para que el Profesional III y el Técnico asuman su responsabilidad individual frente a la norma.
- **Actividad 2.2 (Actas Trimestrales de Seguimiento - 100%):**
 - Se completa el ciclo de cuatro reportes con la validación de la evidencia del cuarto trimestre:
 - **Q1 y Q2:** Actas de febrero, marzo y junio.
 - **Q3:** Acta No. 17 del 26 de septiembre de 2025.
 - **Q4 (Cierre): Acta No. 22 del 20 de noviembre de 2025.** En esta sesión se verificó explícitamente el cumplimiento de la **declaración de confidencialidad**, blindando el riesgo de fuga de información institucional.

2. Análisis de Efectividad

Aunque el cumplimiento documental es perfecto, se identifica factores que afectan la efectividad real del control contra la fuga de datos:

1. El Acta 22 de noviembre es un avance significativo, ya que no solo revisa parámetros físico-químicos (Turbiedad 9.40, pH 7.23), sino que formaliza el compromiso de reserva de los analistas.
2. Persiste la observación sobre la subordinación jerárquica del Laboratorio a la Subgerencia de Operaciones. En términos de seguridad de la información, quien produce el dato (Laboratorio) reporta a quien debe cumplir las metas (Operaciones), lo que genera una presión inherente sobre la confidencialidad de resultados que no cumplan la norma.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 41 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

3. Si bien el manual documenta los niveles de acceso, la efectividad contra la "fuga" depende de que TI (Gestión Informática) certifique que los archivos del laboratorio están encriptados o tienen restricciones de copia externa (USB/Email), un control que no se evidencia en las actas de operaciones.

3. Recomendaciones de Aseguramiento 2026

- Se recomienda que, para la próxima vigencia, el área de Gestión Informática emita un certificado de "Roles y Permisos" sobre el software o carpetas donde el Laboratorio aloja los resultados, garantizando que solo el personal autorizado pueda visualizar o extraer información sensible.
- Ampliar la socialización de la imparcialidad a los supervisores de la Subgerencia de Operaciones, para que reconozcan formalmente la autonomía técnica del laboratorio y se eviten presiones sobre el reporte de datos.
- Implementar un control aleatorio trimestral sobre los reportes enviados a entes externos (PICCAP/INS) para asegurar que la información que sale de la entidad sea idéntica a la generada en el laboratorio, evitando fugas o alteraciones en el tránsito de los datos.

RIESGO No 3. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:

Riesgo: Invalidez de resultados

Actividad de Control:

- Informe de verificación trimestral del plan de mantenimiento.
- Calibración anual o según recomendación del fabricante y/o de la empresa de calibración para los equipos del laboratorio.
- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 62.50%).**
- **Estado:** Cumplimiento Parcial con Gestión Contractual de Cierre.
- **Zona de Riesgo Residual: ALTA** (Por falta de certificados de calibración actualizados de toda la batería de equipos).

1. Trazabilidad y Verificación de Evidencias

Se valida la evolución del cumplimiento de los dos controles definidos, identificando una mejora en la calidad de la información, pero una mora en el hito de calibración:

- **Control 3.1 (Informe de Verificación del Plan de Mantenimiento - 75%):**
 - Se confirma que la entidad subsanó la falta de análisis técnico. El **Acta No. 22 de la Subgerencia de Operaciones (20/11/2025)** ya no solo reporta la ejecución de actividades, sino que analiza parámetros críticos (PICCAP, pH, Turbiedad) y la consistencia de los mismos.
 - **Observaciones:** Se localizó el informe mensual de órdenes de trabajo (abril-junio) que reporta una ejecución del **46.82%** en el mantenimiento preventivo general. Si bien se

presenta avance, se detecta que **no existe el reporte consolidado cuantitativo** solicitado por esta oficina para los tres primeros trimestres, lo que impide alcanzar el 100%.

- **Control 3.2 (Calibración Anual - 50%):**

- La calificación se eleva del 0% al 25% al verificarse la culminación del **Estudio de Mercado Plural**. Se evidencia la gestión administrativa mediante dos ofertas técnicas y económicas para la calibración de la batería de 45 equipos:

AKL GROUP SAS (10/11/2025): Propuesta por **\$15.200.000**.

BIO-ER INGENIERÍA (11/11/2025): Propuesta competitiva que detalla el mantenimiento y calibración de equipos críticos como el **Espectrofotómetro DR 2800 (\$2.8M)** y Autoclaves.

- El **Acta No. 17 (26/09/2025)** anexa un certificado de calibración emitido por *Solumed Ingeniería SAS* (Cert. 51-8-229) para una balanza analítica, demostrando que algunas calibraciones puntuales se ejecutaron.
- Al no contar con los certificados de calibración de **toda la batería de equipos** con fecha de 2025 (solo la balanza y la proyección 2026), el control se califica al 50%. La intención de pago no sustituye la trazabilidad metrológica exigida por la norma.

2. Diagnóstico de la Tercera Línea

Como Oficina de Control de Gestión, se advierte que la "Invalidez de Resultados" es un riesgo latente:

- **Mora en Calibraciones:** El hecho de que la gran mayoría de las calibraciones se proyecten para 2026 implica que los resultados emitidos en el Q3 y Q4 de 2025 carecen de la **incertidumbre de medida** certificada para gran parte de los equipos (Numeral 6.5 de la ISO 17025).
- **Riesgo de PICCAP:** Aunque los resultados del PICCAP del INS son satisfactorios (según Acta 22), la falta de calibración de los equipos locales podría generar una discrepancia en futuras evaluaciones externas.

3. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026 (ISO 17025)

- Se recomienda a la Subgerencia de Operaciones crear una **Hoja de Vida Metrológica Digital** para cada equipo, donde se cargue el certificado de calibración y se calculen automáticamente los errores máximos permitidos.
- En el nuevo contrato 2026, se debe exigir que la calibración del Espectrofotómetro (DR 2800) y los Turbidímetros sea la primera actividad a ejecutar, por ser los que garantizan el cumplimiento de los parámetros de salud (pH y Turbiedad).
- Ante la falta de calibración total en 2025, se sugiere intensificar las pruebas de **Material de Referencia Certificado (MRC)** semanalmente, documentando las gráficas de control para demostrar que el equipo no ha derivado fuera de sus límites técnicos.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 43 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

- Se recomienda que la gestión del contrato derivado de este estudio de mercado, para que los certificados de calibración actualizados soporten la validez de los resultados.
- Una vez adjudicado el contrato, se debe exigir al proveedor el cumplimiento de la cadena de trazabilidad hacia patrones nacionales o internacionales, tal como lo exige el numeral 6.5 de la ISO 17025.
- Mantener el archivo de estas cotizaciones como parte del historial de "Estudios de Mercado" para futuras vigencias, asegurando que los precios de referencia del laboratorio estén siempre actualizados.

RIESGO No 4. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:

Riesgo: Errores en la elaboración de los ensayos y cantidad de ensayos para el cálculo del IRCA según la norma.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 66.67%**
- **Estado:** Cumplimiento de reportes externos y pruebas de desempeño.
- **Zona de Riesgo Residual: MODERADA** (Mitigada por resultados satisfactorios del INS).

Actividad de Control:

- Reporte anual de verificación de métodos analíticos utilizados en el laboratorio de control de calidad y reentrenamiento del personal presentado en Comité Primario
- Reporte mensual SUI datos de calidad del agua.
- Reporte semestral de resultados de participación del Programa Inter laboratorio de Control de la Calidad del Agua Potable - PICCAP.

1. Trazabilidad de Evidencias (Cierre de Ciclo 2025)

Se valida el cumplimiento de los tres componentes de control mediante el cruce de actas técnicas:

- **Actividad 1 (Verificación de Métodos y Reentrenamiento - 0%):**
 - A pesar de los avances documentales en el Manual del Laboratorio, **no se aportó el informe técnico consolidado** de verificación de métodos analíticos ni los registros individuales de reentrenamiento del personal técnico para 2025. Este vacío documental impide garantizar, desde el control que el personal mantiene la competencia técnica necesaria para evitar errores de ensayo.
- **Actividad 2 (Reporte Mensual SUI - 100%):**
 - Se confirma el cierre del ciclo de reporte ante la Superintendencia de Servicios Públicos (SUI). La evidencia en las **Actas No. 17 (septiembre)** y **No. 22 (noviembre)** demuestra que los datos de calidad del agua se analizan periódicamente en Comité Primario antes de su reporte definitivo. El proceso ha mantenido la consistencia en el número de muestras exigidas para el cálculo del IRCA.
- **Actividad 3 (Resultados PICCAP - 100%):**

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 44 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

- El **Acta No. 22 del 20 de noviembre de 2025** es la evidencia que permite cerrar este hito. En ella se documenta el seguimiento a la participación en el programa PICCAP del segundo semestre.
- Los resultados reportados (Turbiedad 9.40, pH 7.23, Coliformes Totales: Presencia, E.coli: Ausencia) fueron contrastados contra los estándares del INS, validando la capacidad del laboratorio para generar resultados confiables en pruebas de aptitud interlaboratorios.

2. Diagnóstico de la Tercera Línea:

Como Oficina de Control de Gestión, se identifica una **"Efectividad por Resultado"**:

1. El hecho de aprobar el PICCAP (Actividad 3) es el mejor indicador de que los métodos están bien aplicados, lo que mitiga parcialmente la falta del reporte de verificación (Actividad 1).
2. El riesgo de errores en la "cantidad de ensayos" para el IRCA se considera bajo, dado que el seguimiento en Comité Primario (Acta 22) incluye una revisión detallada de los parámetros por parte de la Subgerente de Operaciones, actuando como filtro de calidad.
3. La ausencia de registros de reentrenamiento es una debilidad frente a una eventual auditoría de acreditación de la ONAC o el IDEAM, donde el soporte documental es tan importante como el resultado técnico.

3. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

- Se recomienda que, para el primer trimestre de 2026, el Profesional III de Control de Calidad diseñe y ejecute un cronograma de "Evaluación de Desempeño Técnico" (supervisión de ensayos in situ), generando las actas de reentrenamiento que quedaron pendientes en 2025.
- Solicitar una solución informática que calcule el IRCA automáticamente a partir de los datos cargados, reduciendo el riesgo de error humano por cálculo manual.
- **Análisis de Tendencias PICCAP:** No limitarse a ver si se "aprobó" o no; se sugiere realizar un análisis de las desviaciones (Z-score) de los resultados del laboratorio frente a la media nacional del PICCAP, para identificar métodos que necesiten ajuste preventivo antes de perder su validez.

RIESGO No 5. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:

Riesgo: Oportunidad de Mejora: Mejora en el laboratorio con el cumplimiento a los planes de mejoramiento y acciones correctivas del subproceso Calidad.

Actividad de Control: Presentación mensual en comité primario de la Subgerencia de Operaciones de entregables y/o avances de actividades asociadas a los planes del laboratorio.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025:** 92.00%
- **Estado:** CUMPLIMIENTO SOBRESALIENTE en metas técnicas.
- **Zona de Riesgo Residual:** **BAJA** (Mitigada por el alto nivel de cierre de hallazgos externos).

1. Trazabilidad y Evolución de la Gestión

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
			Página: 45 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

Tras confrontar el historial de actas vs. los planes suscritos, se establece el siguiente dictamen :

- **I y II Trimestre:** Se detectó una debilidad en la periodicidad del control (solo 2 actas de 6 posibles). Sin embargo, el **Acta No. 7 (30 de abril)** documentó un avance temprano del **40.95%**, lo que indica que el laboratorio estaba trabajando en la mejora incluso cuando no reportaba mensualmente en comité.
- **III Trimestre :** La efectividad se disparó con el reporte de cumplimiento del **96.4%** del plan con la Secretaría de Salud Departamental (SSDptal) y el **80%** del Plan de Auditoría Interna. Este salto cualitativo justifica la calificación de 88.8% asignada previamente.
- **IV Trimestre (Cierre y Efectividad - Novedad):**
 - Se valida el **Acta No. 22 (20 de noviembre de 2025)**, donde se cierra el ciclo de seguimiento del año.
 - **Hallazgo de Efectividad:** La aprobación de los resultados del **PICCAP** (segundo semestre) y la subsanación total de las observaciones al **Manual del Laboratorio** (aprobado en CICCI) confirman que el laboratorio logró transformar las "Oportunidades de Mejora" en realidades operativas.
 - **Referenciación:** Se confirma que el ejercicio de referenciación técnica con otras empresas para las Acciones Correctivas (AC) complejas está en marcha, asegurando la sostenibilidad para 2026.

2. Diagnóstico de la Tercera Línea (Aseguramiento)

Como Oficina de Control de Gestión, se identifica una "**Prevalencia de la Sustancia sobre la Forma**":

1. El laboratorio falló en la forma (no hizo las 12 actas mensuales), pero triunfó en el fondo (cumplió casi el 100% de lo exigido por entes externos).
2. Al cerrar el plan con la SSDptal al 96.4%, se elimina prácticamente el riesgo de sanciones o cierres del laboratorio por parte de la autoridad sanitaria.
3. participación activa de la Subgerente de Operaciones en el Acta 22, validando la imparcialidad y confidencialidad, eleva la madurez del sistema de gestión.

3. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

- Se recomienda que, para 2026, el laboratorio use un **Dashboard de Control de Calidad** (tipo semáforo) que se presente periódicamente. Esto garantiza que la periodicidad del control (forma) esté a la altura de la calidad técnica (fondo).
- Se sugiere que en el primer Comité Primario de 2026 se presente el informe final del ejercicio de referenciación, cerrando las Acciones Correctivas técnicas que quedaron pendientes de evaluación en el presente corte.

RIESGO No 6. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:

Riesgo: Incumplimiento normativo de la ISO 17025: 2017. Procedimiento e implementación del Trabajo no conforme.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 75.00%**
- **Estado:** Procedimiento Finalizado y en fase de implementación inicial.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 46 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- **Zona de Riesgo Residual: MODERADA** (Mitigada por la existencia de la ruta técnica de reporte).

1. Trazabilidad Verificación de Evidencias (Cierre 2025)

Los nuevos soportes aportados confirman la subsanación del hallazgo técnico del tercer trimestre:

- **Control 6.1 (Procedimiento y Formatos - 100%):**
 - Se localizó y validó el archivo "**Procedimiento_Trabajo no conforme_Nuevo.docx**", el cual define la ruta crítica para identificar, evaluar y autorizar la reanudación del trabajo ante desviaciones técnicas.
 - El procedimiento cuenta con **Versión 1 (Junio 2025)**, revisado por el Profesional III de Calidad y aprobado por la Subgerencia de Operaciones. Incluye el Anexo B (Diagrama de flujo) exigido para la toma de decisiones basada en niveles de riesgo.
 - Se validaron los formatos **CCA-FR-036 (Reporte y Control de Trabajo No Conforme)** y el formato de **Seguimiento**, los cuales permiten por fin separar la gestión del "producto no conforme" de las acciones correctivas del sistema.
- **Control 6.2 (Reporte Trimestral No Conformes - 50%):**
 - **Análisis de Efectividad:** Se ratifica: **no se pueden reportar "No Conformes" sin el procedimiento previo.**
 - **Avance en Q4:** Con el procedimiento ya en vigor, el **Acta No. 22 (20 de noviembre de 2025)** demuestra que el laboratorio ya monitorea la validez de los resultados bajo el nuevo estándar. Sin embargo, al no existir reportes técnicos bajo el formato CCA-FR-036 para los primeros tres trimestres de la vigencia, la actividad se califica al 50%, reconociendo solo la puesta en marcha en el cierre de año.

3. Diagnóstico de la Tercera Línea:

La creación del procedimiento elimina el incumplimiento directo del numeral 7.10 de la ISO 17025. La entidad ya sabe qué hacer cuando un ensayo falla (ej. falla de reactivos o calibración).

1. Se destaca la adopción de la recomendación de esta oficina sobre la diferencia entre *No Conforme* y *No Conformidad*. Esto previene que el laboratorio oculte errores técnicos bajo la sombra de fallas administrativas.
2. La falta de un histórico (Q1-Q3) de reportes de trabajo no conforme sugiere que, durante gran parte del año, los errores técnicos pudieron no haber sido gestionados bajo una metodología de impacto y riesgo.

3. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

- Se recomienda realizar en el primer trimestre de 2026 un ejercicio práctico (simulacro) donde se fuerce una falla técnica y se diligencie el formato CCA-FR-036, evaluando la capacidad de respuesta del analista y el técnico.
- Se sugiere que cualquier falla en la calibración de los equipos dispare automáticamente un reporte de "Trabajo No Conforme" para evaluar si los resultados emitidos antes de detectar la falla son válidos o deben ser retirados.
- Institucionalizar que en cada sesión del CICC se presente un resumen estadístico de los trabajos no conformes detectados, clasificándolos por fuente (Quejas, Calibración, Reactivos, etc.) para identificar tendencias de falla sistémica.

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 47 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

RIESGO No 7. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:

Riesgo: No realizar parámetros mínimos establecidos en la Resolución 2115 de 2007.

- **Nivel de Cumplimiento Final 2025: 100.00%**
- **Estado: CUMPLIMIENTO TOTAL** con aseguramiento de calidad.
- **Zona de Riesgo Residual: BAJA** (Controlada por monitoreo diario).

Actividad de Control: Ficha técnica indicador de muestreo de calidad del agua presentada en Comité Primario.

1. Trazabilidad de Evidencias (Cierre de Ciclo 2025)

Se confirma el cumplimiento de los cuatro (4) hitos de reporte trimestral definidos en la actividad de control:

- **Ciclo de Comités Primarios (4/4):**
 1. **Q1:** Acta No. 4 (31/03/2025).
 2. **Q2:** Acta No. 12 (07/07/2025).
 3. **Q3:** Acta No. 19 (10/10/2025).
 4. **Q4 (Cierre): Acta No. 23 (10/12/2025).** Se valida la presentación del consolidado final y el análisis de la Red de Distribución ante la Subgerencia de Operaciones.

2. Análisis de Efectividad Técnica:

La gestión técnica fue superior al mínimo legal:

- Según la Hoja de Vida del Indicador con corte a noviembre, la empresa analizó un total de **118 muestras** frente a un mínimo requerido significativamente menor por norma. Esto representa un cumplimiento del indicador superior al 100%, garantizando que no hubo "puntos ciegos" en la red.
- cruzaron los datos internos con el reporte oficial del Instituto Nacional de Salud. Los resultados de septiembre (**0.73%**), octubre (**0.22%**) y noviembre (**3.17%**) sitúan a la empresa en el nivel **"SIN RIESGO"** (rango 0-5%). El ligero aumento en noviembre se encuentra bajo monitoreo, pero no compromete la potabilidad del agua (Resolución 2115 de 2007).
- Se verificó que el **Consolidado de Red 2025** cuenta con las firmas de elaboración (Técnico) y aprobación (P3 - Pablo Requena), asegurando la integridad de los datos físicos, químicos y microbiológicos reportados.

3. Diagnóstico de la Tercera Línea

Como Oficina de Control de Gestión, se dictamina que el control es **ALTAMENTE EFECTIVO**. La existencia de un **Plan de Planificación de Muestreo** concertado con la autoridad sanitaria (Secretaría de Salud) desde diciembre de 2024 permitió que la operación fuera fluida y sin omisiones técnicas durante la vigencia.

4. Recomendaciones de Fortalecimiento 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN	Código: GES –FR004
		Página: 48 de 50
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN	Versión: 1 Vigente a partir de: 18/08/2017

- Se sugiere que, para 2026, la "Ficha técnica del indicador" sea alimentada automáticamente desde el software del laboratorio, evitando el cargue manual de los consolidados mensuales en Excel y reduciendo el riesgo de error humano.
- Aunque el IRCA global es excelente, se recomienda realizar un análisis de "tendencia por punto de muestreo" para identificar si existen sectores de la red (especialmente en periferia) donde el cloro residual esté llegando al límite inferior permitido (0.5 mg/L).
- Ante posibles cambios en los protocolos de vigilancia del INS para 2026, se recomienda realizar una sesión técnica iniciando 2026 para ajustar el plan de muestreo y asegurar que los puntos de concertación sigan siendo representativos de la densidad poblacional actual.

V. CONCLUSIONES

- 5.1** A diferencia del cierre de la vigencia 2024, donde se evidenció una ausencia de documentación en riesgos críticos del Laboratorio y Seguridad Digital, la vigencia 2025 finaliza con un fortalecimiento estructural. La adopción de la infraestructura **laaS (Nube)** y la normalización del procedimiento de **Trabajo No Conforme (ISO 17025)** representan un avance significativo en la madurez del Sistema de Control Interno. La aprobación de los resultados del **PICCAP** por parte del Instituto Nacional de Salud confirma que, a pesar de las limitaciones presupuestales en calibración durante el año, la competencia técnica del personal mantuvo la potabilidad del agua dentro de los rangos de "Sin Riesgo" (IRCA < 5%).
- 5.2** Persiste una debilidad estructural en el flujo de información desde la Subgerencia de Operaciones hacia el proceso de Inventarios. La omisión sistemática de reportes por parte de los supervisores de mantenimiento impide la conciliación real entre la existencia física de activos y los Estados Financieros, manteniendo un riesgo de **subregistro patrimonial** no mitigado.
- 5.3** Se ratifica la observación del tercer trimestre: persiste en la entidad una cultura orientada a la "forma" (entregar el reporte) sobre el "fondo" (lograr la mitigación real). Esto es crítico en la Gestión de Inventarios, donde el cumplimiento administrativo del 81% no traduce en efectividad técnica debido a la omisión de reportes por parte de los supervisores de la Subgerencia de Operaciones.
- 5.4** La entidad demostró resiliencia ante la materialización de riesgos tecnológicos en el primer semestre. Sin embargo, la efectividad total del sistema se ve comprometida en el componente metrológico, donde la gestión precontractual de fin de año, aunque proactiva, no subsana la falta de calibraciones físicas periódicas durante la vigencia.

	SISTEMA DE GESTIÓN		Código: GES –FR004
	INFORMES CONTROL DE GESTIÓN		Página: 49 de 50
			Versión: 1
			Vigente a partir de: 18/08/2017

VI. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda a la Subgerencia de Planificación liderar un ejercicio de capacitación técnica sobre la nueva metodología del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). El objetivo es asegurar que la identificación de riesgos de integridad para 2026 evite las inconsistencias y vacíos documentales detectados en diagnósticos de vigencias anteriores.
- ✓ Se sugiere fortalecer los mecanismos de seguimiento a la labor de los supervisores de contratos de mantenimiento (vehículos, planta y aires acondicionados), de tal forma que se asegure el suministro oportuno de novedades al área de Inventarios. La fluidez de esta información es vital para garantizar que los Estados Financieros reflejen la realidad física y patrimonial de la empresa.
- ✓ Se recomienda a los líderes de proceso realizar un análisis de las desviaciones presentadas frente a la meta del 100% de cumplimiento esperada al cierre de año. Es necesario establecer acciones de mejora para aquellos controles que no alcanzaron el estándar óptimo, evitando que estas debilidades operativas se trasladen al inicio del ciclo 2026.
- ✓ Se sugiere que el subproceso de Calidad transforme el cumplimiento "por resultado" (aprobar el PICCAP) en un cumplimiento "por proceso". Para ello, se recomienda priorizar el reentrenamiento del personal y la ejecución de las calibraciones de equipos como hitos del primer cuatrimestre, asegurando la validez metrológica durante todo el año.

VII. ANEXOS

Anexo No 1. Tabla de resultados del Mapa de Riesgos 2025. Evaluación del Cuarto Trimestre de 2025. Un (1) folio.

Anexo No 2. Mapa de Riesgos de Gestión, Seguridad Digital, Integridad y Fiscales. Evaluación del Cuarto Trimestre de 2025. Cinco (9) folios.

Anexo No 3. Mapa de Riesgos del Sistema de Gestión de Calidad del Laboratorio. Evaluación del Cuarto Trimestre de 2025. Dos (2) folio.



Sandra Milena Díaz Alarcón
Jefe de Oficina de Control de Gestión

Con copia a los Miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Profesional Especializado Control Disciplinario Interno, Profesionales III de Sistemas de Gestión y Planes, adscritos a la Subgerencia de Planificación.

Evaluación gestión del riesgo 2025			
Periodo de Evaluación: Cuarto Trimestre de 2025			
No	PROCESO	TIPO DE RIESGO	% avance
1	Gestión Estratégica	Fiscal	75,00%
2	Gestión Estratégica	Gestion	87,50%
3	Gestión Estratégica	Gestion	
4	Gestión Estratégica	Gestion	75,00%
5	Planificación y Gestión Integral	Gestion	50,00%
6	Planificación y Gestión Integral	Gestion	66,00%
7	Gestión de la operación/ Mantenimiento	Gestion	75,00%
8	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Gestion	87,50%
9	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Gestion	75,00%
10	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Integridad	
11	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Gestion	80,00%
12	Gestión Comercial/ subproceso Facturación	Gestion	100,00%
13	Gestión Comercial/ subproceso Cartera	Gestion	75,00%
14	Contratación	Gestion	62,50%
15	Gestión del Talento Humano	Gestion	50,00%
16	Gestión del Talento Humano	Gestion	100,00%
17	Gestión Financiera y Contable	Gestion	75,00%
18	Gestión Documental	Gestion	50,00%
19	Gestión Informática	Seguridad Digital	50,00%
20	Gestión Informática	Seguridad Digital	75,00%
21	Gestión Informática	Seguridad Digital	62,50%
22	Gestión Inventarios	Gestion	81,00%
1	Control de Calidad	Laboratorio	75,00%
2	Control de Calidad	Laboratorio	75,00%
3	Control de Calidad	Laboratorio	62,50%
4	Control de Calidad	Laboratorio	66,67%
5	Control de Calidad	Laboratorio	92,00%
6	Control de Calidad	Laboratorio	75,00%
7	Control de Calidad	Laboratorio	100,00%
74,01%			
Fuente del Dato: Evidencias cargadas en Recurso Compartido por responsables e informe de seguimiento de la Subgerencia de Planificación			
Reporta: Oficina de Control de Gestión			

MAPA DE RIESGOS Y ACTIVIDADES DE CONTROL		
EVALUACIÓN DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA. OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN		
TIPO DE RIESGO	No Riesgos	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
RIESGOS DE GESTIÓN	17	74,34%
RIESGOS PARA LA INTEGRIDAD. Eliminado III Trim	1	
RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL	3	62,50%
RIESGOS DEL LABORATORIO CALIDAD	7	78,02%
RIESGOS FISCALES	1	75,00%
TOTAL	29	
MATERIALIZADOS	1	
NO CUMPLE CONTROLES		
Promedio General Por componente		72,47%
Promedio General Individual		74,01%

Fuente del Dato: Evidencias cargadas en Recurso Compartido por responsables e informe de seguimiento de la Subgerencia de Planificación

Periodo Reportado: Cuarto Trimestre de 2025

						SISTEMA DE GESTIÓN					Código: GES-FR-108								
						MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025					Página: 1								
											Versión: 3								
											Vigente a partir de: 2023-10-21								
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dalp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comite Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO								PLAN DE CONTROLES					SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION				
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO				Cuando la Opcion de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA					PERIODO IMPLEMENTACIÓN
1	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos de la entidad debido a la posible materialización de daño fiscal en atención al atraso de obra PTARSS e incumplimientos asociados, debido a la falta de rigurosidad en la vigilancia y control del proyecto	atraso de obra PTARSS	falta de rigurosidad en la vigilancia y control del proyecto					1	Realizar monitoreos semestrales al estado del Plan de mejoramiento suscrito con la CGR: PTARSS y PSMV.	Supervisor y apoyos a la supervisión proyecto PtarSS	Semestral	Informes semestrales de avance del Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, con evidencias. (% de Efectividad del Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República).	Ene - nov	No reporta evidencias en el periodo	50,00%	Cumplimiento administrativo del 100%, pero efectividad del 75%. El control informa la novedad pero no mitiga la causa raíz; persiste una desviación física negativa del -14.87% en la obra. Conforme a la Res. 126 de 2025 (periodicidad semestral), se validaron los dos hitos de aseguramiento: 1. Informe H1 (Junio) y 2. Resumen Ejecutivo H2 (Enero 2026). Se confirma el cargue oficial en la plataforma SIRECI de la CGR. La efectividad es alta al haber mantenido la vigilancia técnica durante la suspensión, logrando un avance en acciones de mejora del 74.4% y asegurando el reinicio del contrato el 31 de octubre de 2025.	75,00%
2	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por Incumplimiento del POIR que se deriva en el incremento de la provisión de inversiones, por falta de recursos financieros para la inversión debido a la falta de recaudo por la baja cultura de pago	por falta de recursos financieros para la inversión	debido a la falta de recaudo por la baja cultura de pago					1	Formular e implementar Plan Integral de Gestión de Recaudos vigencia 2025 con medición sistemática y continua de los resultados e impacto de efectividad del recaudo. (identificar línea base, estrategias, usuarios nuevos AA, indicadores de medición impacto, cobro coactivo, etc)	Subgerente Comercial Profesionales III Subgerencia Comercial	Trimestral	a. Plan Integral de Gestión de Recaudos vigencia 2025 aprobado CTSC b. Informes trimestrales de avance con nivel de cumplimiento registrado y recomendaciones presentado en CTSC (4 actas y 4 informes)	Feb - nov	a. Se presenta plan de estrategias de recaudo 2025 con relación de actividades, objetivos, responsables, impacto, meta, línea base, presentado en Comité Técnico de Sostenibilidad Contable el 02 de abril de 2025, según acta No. 2 que se adjunta. (100%) b. En Comité Técnico de Sostenibilidad acta No. 9 del 24-11-2025, se presentó el tercer informe de las estrategias de recaudo y gestión de cuentas por cobrar 2025 con recomendaciones de la Subgerencia Comercial, se presenta acta y avance plan estrategias. (75%)	87,50%	Se califica al 87.50%. Aunque existe el plan y los reportes, la efectividad es parcial ante el incremento del Agua No Contabilizada (ANC), lo que debilita el impacto financiero esperado. Se cuenta con el Plan Integral aprobado y los cuatro (4) informes trimestrales de avance presentados en el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable (incluyendo el cierre de noviembre, Acta No. 9). Se recomienda para 2026 cruzar estos resultados con la variación real de la cuenta de deudores en los Estados Financieros para medir el impacto financiero final. Persiste una alerta de incertidumbre financiera por el aumento del Agua No Contabilizada	87,50%
3	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por Incumplimiento de las obligaciones contractuales, debido a la falta de rigurosidad en la vigilancia y control del proyecto	por falta de recursos financieros para la inversión	debido a la falta de recaudo por la baja cultura de pago					4	Realizar parametrización del sistema de costos, ABC en acuerdo con la estructura organizacional, procesos y lineamientos de la SIRECI de la Contraloría General de la República.	Profesional H Subgerencia Administrativa y Financiera	Trimestral	Informes trimestrales de avance parametrización con nivel de cumplimiento	Feb - nov	CONTROL EJECUTADO según Res. 126 de 2025. Se asigna un 100% de forma para no afectar el promedio del proceso; aunque el riesgo residual persiste ante la falta de parametrización			

			SISTEMA DE GESTIÓN										Código: GES-FR-108						
			MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025										Página: 1						
													Versión: 3						
													Vigente a partir de: 2023-10-21						
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dalp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comite Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						PLAN DE CONTROLES					SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION						
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO				Cuando la Opción de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA					PERIODO IMPLEMENTACIÓN
4	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento del PSMV	por falta de recursos inversión y falta de controles efectivos (notificación oportuna de desviaciones, trabajo articulado con Distrito, proyecto PTAR)	Recursos, falta de articulación interinstitucional de seguimiento	1					Implementar mesas interinstitucionales periódicas Distrito - Aguas (Secretaria de Infraestructura y Subgerencia de Operaciones) de monitoreo, seguimiento y registro de avances PSMV	Subgerente de Operaciones Profesional Jefe Saneamiento Básico	Trimestral	Actas de reunión mesas interinstitucionales	Feb - nov	Se presenta acta de reunión interinstitucional No. 4 del 29-10-2025 donde se revisa lo relacionado con el plan de acción periodo 2022 a 2032, contenido en la Resolución DGL N° 0001008 de 2023 por medio de la cual, se aprueba la Actualización del Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimiento y se dictan otras disposiciones",realizando seguimiento a compromisos y fijando nuevos. La Oficina de Control de Gestión emitió el 28 de julio de 2025, un memorando asociado al PSMV, en cuyo texto se evidencia la necesidad de la medición del nivel de cumplimiento operativo y de las inversiones con base en lo programado adoptado en el plan de acción del PSMV, entre otras recomendaciones.	100,00%	Calificación del 75.00%. Se realizaron las reuniones (forma), pero no se evidencia el análisis de desviaciones físicas y financieras solicitado por la Oficina de Control (sustancia). Se evidencian las mesas interinstitucionales (Acta No. 4 de octubre). Se mantiene la observación de la Oficina de Control sobre la necesidad de que la Subgerencia de Operaciones reporte en 2026 la ejecución física y financiera detallada frente a lo programado, para evitar desviaciones no detectadas en el plan de acción.La efectividad real depende de la disminución de la carga contaminante y la inversión del Distrito.	75,00%
5	Planificación y Gestión Integral	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por la desactualización de documentos en el sistema de gestión documental por la falta de compromiso con el cumplimiento del requisito institucional con el sistema de gestion y el no control efectivo por parte del comité primario y de la segunda línea de defensa	No se encuentran los documentos aprobados en los comités institucionales en sus versiones vigentes disponibles (en tiempo real) en la carpeta compartida del Sistema de Gestión - MIPG	1. Falta de compromiso con el cumplimiento del requisito institucional con el sistema de gestion 2. El comite primario no hace control efectivo al cumplimiento del requisito. 3. El control de la segunda linea de defensa no es efectivo	1					Establecer un control que asegure la disponibilidad de los documentos del sistema de gestion (documentos actualizados y legalizados en formato pdf y editable para formatos) en la red compartida Sistema de Gestión - MIPG que permita la consulta y viabilice la implementación de los mismos en tiempo real	Profesional III - Sistemas de Gestión	Trimestral	(4) Informes trimestrales presentados en Comité de Gestión y desempeño (4), que presente cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso, notificado al directivo de la dependencia, con recomendaciones y fechas de compromiso (monitoreadas trimestralmente.	Ene - nov	Se presenta informe con corte a 30 de noviembre de 2025 del nivel de documentación de los procesos del Sistema de Gestión Institucional, sin presentación en CIGyD. El informe está asociado a actividad del Plan de Acción MIPG 2025	80,00%	Calificación del 50.00%. Ineficacia detectada por la falta de disponibilidad de documentos en tiempo real y la persistencia de 8 hallazgos criticos de auditoria interna.Se identifió 8 hallazgos y 6 oportunidades de mejora no atendidas. La efectividad es baja debido a la desactualización documental y la falta de disponibilidad de procedimientos en formato editable/PDF en la red compartida, incumpliendo compromisos de procesos criticos como Cartera y Gestión Documental.	50,00%

				SISTEMA DE GESTIÓN										Código: GES-FR-108					
				MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025										Página: 1					
														Versión: 3					
														Vigente a partir de: 2023-10-21					
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dalp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comite Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE CONTROLES					SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION		
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO				Cuando la Opción de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA					PERIODO IMPLEMENTACIÓN
6	Planificación y Gestión Integral	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los planes institucionales de la empresa debido al desinterés por parte de las áreas para cumplir con los compromisos establecidos en los planes institucionales	por incumplimiento de los planes institucionales de la empresa	debido al desinterés por parte de las áreas para cumplir con los compromisos establecidos en los planes institucionales	1					Realizar mesas de trabajo con equipo Directivo sobre las actividades que no registran el cumplimiento esperado al corte de cada periodo y al cierre entregando resultados cuantificados, con analisis y recomendaciones, con asesoria e instándolos a su oportuno y efectivo desarrollo, en cumplimiento de la Política de Planeación Institucional	Profesionales III - Planeación	Trimestral	Acta de reunión con Equipo Directivo (3 con cada Directivo: Subgerente de Planificación, Secretaría General, Subgerente de Operaciones, Subgerente Administrativo, Subgerente Comercial) (I, II y III a Septiembre de 2025)	Ene - nov	Se presentan actas de reunión con Directivos y personal de apoyo, soporte de mesas de trabajo para la revisión de las actividades de los diferentes planes institucionales que no registran el cumplimiento esperado al corte del III trimestre, en cumplimiento de la Política de Planeación Institucional	100,00%	Se reduce al 66.00%. La actividad administrativa se cumplió, pero la efectividad es baja al registrarse incumplimientos en las metas de los planes por desinterés de las áreas. Se validaron las mesas con el equipo directivo. Sin embargo, se emite un concepto de "Efectividad Ineficaz" debido a desviaciones negativas persistentes en los planes institucionales y la ausencia de planes de choque para temas críticos como la Política de Defensa Jurídica.	66,00%
7	Gestión de la operación/ Mantenimiento	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en el suministro de agua a la ciudad debido a daños en equipos operativos de la Ptap	Herramientas y materiales insuficientes para la atención y seguimiento del estado de los equipos de la PTAP	Diagnostico insuficiente de las condiciones actuales en que se encuentran los equipos de la PTAP parapriorizar su atención ya sea con el personal de mantenimiento o contratistas.	1					Verificar estado de los equipos de los procesos unitarios PTAP y elaborar informe de criticidad que identifique los equipos prioritarios que ameritan cambio o reposición (1 Informe a marzo) Seguimiento a las acciones desarrolladas para atención de equipos segun criticidad y recomendaciones (2 Informes de seguimiento en el mes de junio y noviembre)	Profesional III Mantenimiento	Semestral	1 Informe criticidad a marzo presentado en Comité Primario 2 Informes de seguimiento en el mes de junio y noviembre en Comité Primario	Ene - nov	Se presenta informe de seguimiento criticidad equipos PTAP de fecha 02-12-2025, detallando intervención de los equipos que tienen Criticidad 1, con un % de ejecución del 20.83% (48 equipos/10 equipos). Se presenta acta de Comité Primario No. 23 de 10-12-2025 donde fue presentado el informe. (100%)	100,00%	Calificación del 75.00%. Se entregó el informe de criticidad, pero la ejecución real sobre equipos críticos es de solo el 20.83%, manteniendo el riesgo de fallas operativas alto. Se verificó el informe de criticidad final (02-12-2025) presentado en el Comité No. 23. La efectividad técnica se observa limitada al omitir datos detallados de activos e inversión requerida, lo que dificulta la priorización gerencial de recursos para la vigencia 2026.	75,00%

			SISTEMA DE GESTIÓN										Código: GES-FR-108						
			MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025										Página: 1						
													Versión: 3						
													Vigente a partir de: 2023-10-21						
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dafp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							PLAN DE CONTROLES							SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION			
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO				Cuando la Opcion de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA					PERIODO IMPLEMENTACIÓN
11	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento en los procedimientos de atención de PQRSD debido a desconocimiento de los procedimientos, actitud inadecuada del personal	Incumplimiento en los procedimientos de atención de PQRSD	debido a desconocimiento de los procedimientos, actitud inadecuada del personal	1					Realizar taller semestral de socialización de los protocolos de atención al ciudadano con el personal de la Subgerencia Comercial	Subgerente Comercial Profesional de Atención al Usuario	Semestral	Taller semestral documentado para todos los trabajadores de la Subgerencia Comercial, asistencia, presentación, evaluación (2) Ficha técnica, asistencia, presentación y evaluación efectividad	Ene - nov	Se observa informe, ficha técnica y presentación de taller de socialización de los protocolos de atención al ciudadano realizado el 08 de octubre de 2025 en la Subgerencia Comercial.	100,00%	Cumplimiento del 80.00%. Se realizó el taller de socialización el 08-10-2025, pero se incumplió la variable de "Evaluación de la Efectividad" exigida por esta oficina. Las capacitaciones se centraron en orden y limpieza, omitiendo el rigor legal de los procedimientos de PQRSD.	80,00%

				SISTEMA DE GESTIÓN										Código: GES-FR-108					
				MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025										Página: 1					
														Versión: 3					
														Vigente a partir de: 2023-10-21					
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dalp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						PLAN DE CONTROLES									SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION		
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO				Cuando la Opcion de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA					PERIODO IMPLEMENTACIÓN
12	Gestión Comercial/ subproceso Facturación	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por incremento del índice de reclamaciones y quejas debido a errores atribuidos a la gestión del proveedor de servicios externos	por incremento del índice de reclamaciones y quejas	debido a errores atribuidos a la gestión del proveedor de servicios externos	1					Consolidar en actas cuatrimestrales las mesas de trabajo mensuales empresa-proveedor para revisar las novedades, oportunidades de mejora, en cumplimiento de la relación contractual y orientado hacia la mejora del servicio al ciudadano	Subgerente Comercial Profesional de Atención al Usuario	Marzo Junio Octubre	3 actas consolidadas de reuniones mensuales empresa - proveedor con observaciones, recomendaciones y decisiones de mejora, con analisis y toma de decisiones	Ene - nov	Se presenta acta de reunión No. 05 Seguimiento Contratista de fecha 10-10-2025 sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial, Subgerencia de Operaciones y proveedor para revisar novedades, situaciones, acciones varias, fijando compromisos. Se valida acta.	100,00%	Se aporta acta de reunión que soporta la gestión del primer trimestre y segundo trimestre de fecha 9 de mayo. El acta del segundo trimestre no soporta el seguimiento a los compromisos de la primera sesión, recomendación realizada para lograr efectividad, para la próxima reunión se debe dar inicio a la sesión con la verificación de compromisos. Tercer Trimestre: Se presenta acta de reunión No. 20250703_Acta Reunion No.04 Seguimiento a Contratista sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial, Subgerencia de Operaciones y proveedor para revisar novedades, situaciones, acciones varias, fijando compromisos Se mantiene la recomendacion, por lo que esta oficina remoenda mantener el control en la siguiente vigencia	100,00%
13	Gestión Comercial/ subproceso Cartera	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incremento de la cartera debido a falta de cultura de pago oportuno por parte del usuario	por incremento de la cartera	debido a falta de cultura de pago oportuno por parte del usuario	1					Remitir a la Secretaría General usuarios con cartera (usuarios focalizados) para inicio de cobros coactivos y realizar seguimiento a la gestión	Subgerente Comercial Profesional III cartera	Trimestral	Informe de seguimiento trimestral gestión cobro coactivo usuarios focalizados presentado en CTSC	Ene - nov	En Comité Técnico de Sostenibilidad acta No. 9 del 24-11-2025, se presentó el informe de gestión persuasivo o gestión coactiva correspondiente al III trimestre de 2025 con recomendaciones de la Subgerencia Comercial. (50%)	50,00%	Cumplimiento del 75.00%. La efectividad es parcial debido a que el reporte del IV trimestre corresponde a gestiones rezagadas del periodo anterior y falta conciliación con los EEFF.Se valida la presentación del informe de gestión persuasiva ante el CTSC (Acta No. 9 de noviembre), reportando un recaudo de \$247M. No obstante, se califica al 75% debido a fallas estructurales en la efectividad: 1. El recaudo se concentró en estratos 1 y 2, sin impactar significativamente los grandes deudores. 2. Persiste la mora en la conciliación de estos resultados con la variación real de la cuenta de deudores en los Estados Financieros. 3. Se identifica que el reporte presentado en noviembre corresponde al rezago del III trimestre, quedando pendiente la medición del impacto real al cierre de la vigencia.	75,00%
14	Contratación	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por falta de oportunidad de la información que soporta la Gestión Contractual (Secop) debido a incumplimiento de las obligaciones de los supervisores	por falta de oportunidad de la información que soporta la Gestión Contractual (Secop)	debido a incumplimiento de las obligaciones de los supervisores	1					Realizar seguimiento del informe de extemporaneidad remitido por la Secretaría General a través de Comité Primario	Líderes de proceso	Trimestral	Acta de comité primario	Ene - nov	Sin evidencias en el periodo. No se remitió informe de extemporaneidad al corte del informe.	62,50%	Calificación del 62.50%. Incumplimiento administrativo en el IV Trimestre (0%) por falta de reporte de extemporaneidad, lo que anula la capacidad preventiva del control al cierre. Se detectó una ruptura en la cadena de monitoreo al no emitirse el informe de extemporaneidad por parte de la Secretaría General en el IV trimestre. Esta omisión impide a la Oficina de Control medir la oportunidad de la información contractual en SECOP y deja sin cobertura la vigilancia sobre el cumplimiento de los supervisores.	62,50%

 de Barrancabermeja SA E.S.P			SISTEMA DE GESTIÓN										Código: GES-FR-108						
			MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025										Página: 1						
													Versión: 3						
													Vigente a partir de: 2023-10-21						
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dalp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						PLAN DE CONTROLES									SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION		
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAZ	TIPO					Cuando la Opcion de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACIÓN				
15	Gestión del Talento Humano	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por baja eficiencia y productividad del personal	bajo nivel de calidad de las labores realizadas por los funcionarios	Falta de compromiso del personal	1					Realizar dos jornadas de sensibilización a los trabajadores sobre el cumplimiento de sus funciones, deberes y objetivos	Subgerente Administrativo y Financiero	Semestral	Una jornada semestral documentada (2) soportada en los resultados de la evaluación de competencias del personal. Ficha técnica, asistencia, presentación y evaluación	Ene - nov	Se presenta evidencia de campaña de valores y sensibilización de la política de cumplimiento del rol del contrato laboral de los trabajadores oficiales y los compromisos institucionales con ficha tecnica , asistencia y evaluacion de impacto. Gestión. Fecha: 23 a 30-10-2025	100,00%	Calificación del 50.00%. Se hizo la jornada, pero la ineficacia es alta por el desorden documental en SST (falta de firmas y formatos PDF), vulnerando la integridad del sistema. Se validó la campaña de valores realizada en octubre con ficha técnica y evaluación de impacto. Se emitió alerta sobre la integridad de los documentos de SST (firmas y migración a PDF) y la necesidad de transformar esta jornada en Mesas Técnicas en 2026.	50,00%
16	Gestión del Talento Humano	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional que genera inconsistencias en el reporte de novedades quincenal	recepción de información de nómina errada o inoportuna de novedades por parte del responsable de la informacion que genera reprocesos en nomina	falta de compromiso de los responsables del reporte al incumplir lineamientos correspondientes	1					Requerir formalmente a los trabajadores reponsables ante incumplimiento de calidad y oportunidad en el reporte y generar reporte periodicos con el estado de la informacion remitida (horas extras)	Profesional 1 Talento Humano	Trimestral	Reportes Trimestrales soportados en comité primario con analisis y recomendaciones para la mejora a la dependencia responsable	Ene - nov	Reporte III y IV trimestre sin incumplimiento en el reporte de novedades de horas extras por parte de la Subgerencia de Operaciones. Se valida la acción.	100,00%	Cumplimiento administrativo del 100.00% . Se valida la entrega de los reportes de novedades de horas extras correspondientes a los trimestres III y IV. En cuanto a la sustancia, el control se califica como Totalmente Efectivo : la sincronización técnica con el sistema biométrico en la Subgerencia de Operaciones ha garantizado la eliminación de inconsistencias, logrando el objetivo de mitigar reprocesos y errores en la liquidación quincenal de los trabajadores.	100,00%
17	Gestión Financiera y Contable	Económico	Posibilidad de afectación económica y reputacional de pagos a terceros sin el lleno de requisitos	por errores en los pagos de cuentas a terceros debido a cuentas de cobro incompletas remitidas por los supervisores de contrato	inexistencia de controles en las instancias pertinentes	1					Implementar un control en el proceso gestion financiera que valide el cumplimiento de los requisitos para los pagos y aplicación de descuentos, de forma aleatoria y previa al pago, mediante reporte de verificación con periodicidad trimestral	Profesional Jefe Financiero	trimestral	reporte de verificacion	Ene - nov	Se presenta acta de Comité Primario No. 24 del 11 de diciembre de 2025 donde se presentaron auditorías de Revisoría Fiscal, a estampillas municipales y departamentales, retención en la fuente e industria y comercio de los meses de octubre y noviembre de 2025	100,00%	Cumplimiento del 75.00%. Se validó el hito del IV trimestre con las auditorías de Revisoría Fiscal a estampillas y retenciones (Acta No. 24). La efectividad es alta al no reportarse sanciones o pagos indebidos por falta de requisitos. Se mantiene la advertencia sobre la ineficacia previa de los controles de la primera línea de defensa.	75,00%

			SISTEMA DE GESTIÓN										Código: GES-FR-108							
			MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025										Página: 1							
													Versión: 3							
													Vigente a partir de: 2023-10-21							
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dalp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizzano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																				
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						PLAN DE CONTROLES									SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION			
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO					Cuando la Opción de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACIÓN					
18	Gestión Documental	afectación económica y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento actividades transversales de gestión documental debido a la falta de apropiación de los trabajadores de su rol respecto a la gestión y organización de sus documentos	por incumplimiento actividades transversales de gestión documental	debido a la falta de apropiación de los trabajadores de su rol respecto a la gestión y organización de sus documentos	1						Diseñar e implementar dos jornadas de sensibilización al personal sobre normatividad y lineamientos GDO	Tecnóloga GDO	Semestral	Jornada (2) documentada de sensibilización normatividad GDO, mínimo 80% personal admtnvo. Ficha tecnica, lista asistencia, presentación y evaluación	Ene - nov	El 18 de noviembre de 2025 se realizó jornada de capacitación sobre tema Organización de archivos e inventarios documentales. Se presenta ficha técnica de capacitación, presentación, lista de asistencia y evaluación de impacto.	100,00%	Calificación del 50.00%..Cumplimiento Administrativo del 100% (Administrativo). Se realizó la jornada de sensibilización GDO el 18 de noviembre. Sin embargo, la efectividad es limitada al no alcanzarse el 80% de cobertura del personal administrativo exigido en el diseño del control.	50,00%
19	Gestión Informática	afectación económica y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por daño o pérdida de información	Malas prácticas de los usuarios en el uso de los recursos compartidos	cargue de informacion que no cumple OCR (reconocimiento optimo de caracteres: pdf editable) ni TRD que no viabiliza backup en la Nube	1						Impartir lineamiento requisito cargue de informacion digital OCR y con base en la TRD, en los recursos compartidos socializado en todas las dependencias, solo los recursos compartidos que cumplan el requisito seran objeto de backup en nube a. Realizar revisión y depuración de las carpetas de información compartidas que no cumplan con estructura de TRD y OCR.	Profesional III - Sistemas	Semestral	a. Informe semestral presentado en CIGyD (Con corte a junio y a noviembre) en el marco del PGD programa de gestión de documentos electrónicos: digitalizados con fines de consulta b. Ficha técnica firmada por Profesional III - Sistemas	Ene - nov	a. Se presenta acta de CIGyD del 11-12-2025 e informe de verificación OCR y PDFA de 30-09-2025 (100%) b. Ficha técnica de copias de seguridad con fecha 30 de noviembre de 2025. 50%)	75,00%	Calificación del 50.00%. Aunque el sistema está configurado, la efectividad depende de las dependencias, y solo el 28% de las áreas cumple con el cargue correcto de información. Tras la materialización del riesgo en 2025, se consolidó el fortalecimiento estructural mediante redundancia física y migración a la nube. Se verificó el informe de cumplimiento OCR y PDFA con corte a noviembre.	50,00%
20	Gestión Informática	Afectación económica y reputacional	Posibilidad de fallas en el acceso a la informacion de los sistemas de información institucionales (comercial, financiero, nómina, orfeo, otros), por falta de infraestructura tecnologica actualizada,	Recursos insuficientes para actualizacion de infraestructura tecnologica		1						Actualización periódica de los componentes de hardware y software (sistemas de información) con base en los recursos disponibles	Profesional III Sistemas	Trimestral	Informe trimestral de las actualizaciones y novedades de harware y software en relación con los sistemas de información institucionales y su impacto sobre el riesgo identificado (4 informes)	Ene-nov	Se envia informe consolidado Actualización periódica de los componentes de hardware y software (sistemas de información) con base en los recursos disponibles de fecha 30-11-2025. El informe describe las actividades realizadas en cada trimestre y las recomendaciones derivadas del proceso de actualización periódica de los componentes de hardware y software de los equipos de cómputo y sistemas informáticos de la entidad. Se valida el informe.	100,00%	Se reduce al 75.00%. La efectividad se ve comprometida por fallas físicas en discos duros no sustituidos por falta de recursos, generando un riesgo latente de pérdida de datos. Se validó la actualización de hardware mediante la adquisición de discos SSD. Persiste una brecha en la efectividad debido a la falta de sensibilización periódica al personal sobre el uso de recursos tecnológicos.	75,00%

						SISTEMA DE GESTIÓN						Código: GES-FR-108							
						MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025						Página: 1							
												Versión: 3							
												Vigente a partir de: 2023-10-21							
Control de version: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guía Dalp v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comite Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						PLAN DE CONTROLES						SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION					
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO					Cuando la Opción de tratamiento es reducir				SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA					PERIODO IMPLEMENTACIÓN
21	Gestión Informática	Afectación económica y reputacional	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica (páginas web, software misional, hardware, aplicaciones, equipos de comunicación, equipos de seguridad, red interna) Pérdida de integridad -disponibilidad de los sistemas de información institucionales (comercial, financiero, nómina, orfeo, otros)	1. Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado. 2. Falta de sensibilización del personal sobre ataques cibernéticos.				1			1. Migración de los sistemas de información a la nube con componentes de seguridad actualizados (100%) 2. Jornada de sensibilización al personal sobre seguridad de la información	Profesional III Sistemas	1. Trimestral 2. Semestral	1. Informe trimestral de avance migración a la nube (4 informes) 2. Jornada de sensibilización semestral (2) Ficha técnica, asistencia, presentación, evaluación	Ene - nov	1. Se presenta informe de cumplimiento de migración a la nube de los sistemas de información de la empresa fecha 30-11-2025. La efectividad es responsabilidad de las dependencias. (100%). 2. El 11 de diciembre de 2025, se realizó jornada de sensibilización al personal sobre Seguridad de la Información. Se presenta informe, listas de asistencias y fotografías. (50%)	75,00%	Se asigna un 62.5%. Si bien se garantizó la integridad de los sistemas misionales mediante la suscripción del contrato IaaS con Microshif SAS, el componente preventivo es débil; la jornada de sensibilización se realizó de forma extemporánea (11/12/2025) y con una cobertura parcial del personal administrativo.	62,50%
22	Gestión Inventarios	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por el subregistro o inconsistente de los bienes en el modulo de inventarios por reporte errado, inoportuno o no reporte al proceso	Debido a incumplimiento del manual de recursos físicos	Por parte de supervisores de contratos y responsables no informan oportunamente			1			Presentar informes trimestrales de novedades de inventarios con base en los reportes trimestrales de los supervisores de los contratos y demás responsables cuyo objeto corresponda a adquisiciones y mantenimiento de bienes muebles e inmuebles que permitan contar la existencia real del inventario de la empresa	Profesional II Inventarios	Trimestral	(4) Reportes trimestrales de novedades de inventario no ingresadas presentado en Comité Primario	Ene - nov	Se presenta informe de seguimiento al control de inventarios de la empresa IV trimestre donde no se presentaron novedades correspondientes a adquisiciones de bienes muebles e inmuebles y se realizó seguimiento a contratos de periodos anteriores.	100,00%	Se califica al 81%. Se identifica una falla sistémica en la supervisión: los responsables de los contratos 051, 052 y 054 de 2025 omitieron el reporte de novedades. Esto genera un riesgo inminente de subregistro patrimonial, al existir activos físicos en operación que no han sido conciliados con los saldos de los Estados Financieros.	81,00%
													Avance	72,60%					

17	1	3	7	1
GESTIÓN	CORUPCIÓN	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL

Subproceso Control de Calidad
Objetivo: Realizar actividades analíticas bajo una directriz de imparcialidad y honestidad, buscando siempre obtener resultados competentes a través de prácticas y enfoques científicos seguros; cumpliendo con la normatividad vigente y minimizando la contaminación al medio ambiente, haciendo uso eficiente de los recursos.

Alcance: Desde la obtención de la autorización para la realización de análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano hasta el análisis y verificación del cumplimiento de las características fisicoquímicas y microbiológicas del agua potable frente a la normatividad vigente.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE CONTROLES									
IMPACTO	No	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO														
					GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO 2LD Subgerencia Planificación	ESTADO	SEGUIMIENTO CONTROL DE GETSION TERCERA LINEA DE DEFENSA CUARTO TRIMESTRE DE 2025	ESTADO	
1	Reputacional	1	Influenciar resultados a un cliente en cualquier parte de la cadena de valor del laboratorio	Por alteración del informe de resultados	Intereses particulares de las partes interesadas	X		X		Actualizar declaración de imparcialidad para las actividades del laboratorio. Establecer los niveles de acceso a la información en función de las actividades del laboratorio. Aprobación por el profesional encargado del laboratorio de los resultados emitidos por el laboratorio. Verificación periodica por el Subgerente de Operaciones de los resultados emitidos por el laboratorio Control de Calidad.	Subgerente de Operaciones Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Técnico laboratorio	Trimestral	Documentos actualizados y aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño: Manual del personal laboratorio: Documentar los niveles de acceso a la información en las actividades del laboratorio. Actualizar declaración de imparcialidad para el Laboratorio Control de Calidad y socializarla con el personal del laboratorio. Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: - Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad	Ene - nov	Acta CiGyD No. 10 de 01-07-2025 y acta CIOCI No. 7 de 14-07-2025 con la aprobación del Manual del Laboratorio. (100%) Se anexa acta de comité primario No. 22 del 20-11-2025 con revisión de resultados de calidad del agua emitidos por el laboratorio. (100%)	100,00%	Se califica al 75.00%. Administrativamente, el cumplimiento es del 100% al validarse en el Acta No. 22 (20/11/2025) la firma masiva de las declaraciones de confidencialidad y compromiso de reserva de los analistas. No obstante, al evaluar la Sustancia (Efectividad), se identifica una debilidad estructural crítica: la subordinación jerárquica del Laboratorio a la Subgerencia de Operaciones. Este diseño organizacional genera una presión inherente sobre la independencia técnica, ya que el área que produce el dato reporta directamente al área responsable del cumplimiento de las metas operativas, lo que limita la efectividad del control documental para mitigar presiones comerciales o financieras sobre los resultados de los ensayos y garantizar la imparcialidad técnica en el largo plazo.	75,00%	
2	Reputacional	2	Fuga de información confidencial	Por falta de controles en el acceso a la información	Ausencia de protocolos para la seguridad y manejo de la información	X		X		Actualizar declaración de confidencialidad del laboratorio. Establecer los niveles de acceso a la información en función de las actividades del laboratorio. Verificación periodica por el Subgerente de Operaciones del cumplimiento de la declaración de confidencialidad para el Laboratorio de Calidad.	Subgerente de Operaciones Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Técnico laboratorio	Trimestral	Documentos actualizados y aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño: Manual del personal laboratorio Documentar los niveles de acceso a la información en las actividades del laboratorio. Actualizar declaración de confidencialidad para el Laboratorio Control de Calidad y socializarla con el personal del laboratorio. Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: - Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad - Verificación cumplimiento declaración de confidencialidad	Ene - nov	Acta CiGyD No. 10 de 01-07-2025 y acta CIOCI No. 7 de 14-07-2025 con la aprobación del Manual del Laboratorio. (100%) Se anexa acta de comité primario No. 22 del 20-11-2025 con revisión de resultados de calidad del agua emitidos por el laboratorio y verificación cumplimiento declaración de confidencialidad. (100%)	100,00%	Se califica al 75.00%. Administrativamente el cumplimiento es del 100% (Manual aprobado y Actas No. 17 y 22 con declaraciones firmadas). No obstante, se dictamina Ineficacia Estructural: la subordinación del Laboratorio a la Subgerencia de Operaciones puede generar una presión jerárquica que compromete la confidencialidad de los resultados que no cumplen la norma. Además, el control carece de sustancia técnica al no existir una certificación de TI (Gestión Informática) que garantice la encriptación de datos o restricciones de copia externa, dejando la "fuga" supeditada únicamente a la buena voluntad del personal y no a un blindaje sistémico.	75,00%	
3	Reputacional	3	Invalidez de resultados	Programa de mantenimiento inadecuado para los equipos usados en el laboratorio.	No se realiza mantenimiento y calibraciones oportunas de equipos por falta de asignación de recursos Falta de verificación periodica de equipos			X		Seguimiento trimestral del cumplimiento del plan de mantenimiento para los equipos del laboratorio	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Profesional III mantenimiento Proveedor externo	Trimestral	Informe de verificación trimestral del plan de mantenimiento. Calibración anual o según recomendación del fabricante y/o de la empresa de calibración para los equipos del laboratorio.	Ene - nov	En acta de Comité Primario No. 23 del 10-12-2025, quedó consignada la presentación del seguimiento del cumplimiento del plan de mantenimiento de los equipos de laboratorio y relacionando los equipos objeto de mttto en el mes de diciembre. (75%) La Subgerencia de Operaciones adelantó Estudio de conveniencia y oportunidad y cotizaciones para iniciar proceso de contratación para la calibración de los equipos del laboratorio, sin embargo, no se realizó la contratación por la falta de asignación de recursos. (0%)	37,50%	Cumplimiento del 62.50%. Se identifica una gestión parcial con enfoque en la regularización contractual de cierre. Se validó la mejora en el análisis técnico de parámetros críticos en el Acta No. 22 (20/11/2025), aunque la ejecución del mantenimiento preventivo fue insuficiente (46.82%). En metrología, se eleva la calificación al verificarse la culminación del Estudio de Mercado Plural (propuestas de AKL GROUP y BIO-ER por \$15.2M); sin embargo, persiste un Riesgo Residual ALTO, toda vez que la entidad operó el cierre de vigencia sin certificados de calibración actualizados para la batería de 45 equipos (excepto la balanza analítica), lo que compromete la incertidumbre de medida bajo el numeral 6.5 de la ISO 17025.	62,50%	

 SISTEMA DE GESTIÓN MAPA DE RIESGOS DEL SUBPROCESO CONTROL DE CALIDAD										Código: GES-FR-108 Página: 1 Versión: 3 Vigente a partir de: 2023-10-21									
Control de version: v3. Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guia Dapf v6 de 2022. Revisa:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comitè Institucional de Coordinacion de Control Interno Acta No 14 de 2023																			
Subproceso Control de Calidad																			
Objetivo: Realizar actividades analíticas bajo una directriz de imparcialidad y honestidad, buscando siempre obtener resultados competentes a través de prácticas y enfoques científicos seguros; cumpliendo con la normatividad vigente y minimizando la contaminación al medio ambiente, haciendo uso eficiente de los recursos.																			
Alcance: Desde la obtención de la autorización para la realización de análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano hasta el análisis y verificación del cumplimiento de las características fisicoquímicas y microbiológicas del agua potable frente a la normatividad vigente.																			
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE CONTROLES									
IMPACTO	No	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAZ	TIPO				ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO 2LD Subgerencia Planficacion	ESTADO	SEGUIMIENTO CONTROL DE GETSION TERCERA LINEA DE DEFENSA CUARTO TRIMESTRE DE 2025	ESTADO		
					GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO										FISCAL	
4	Reputacional	4	Errores en la elaboración de los ensayos y cantidad de ensayos para el cálculo del IRCA según la norma.	Personal no idoneo y desactualización de los métodos de verificación y validación de ensayos. Falta de programación de muestreo anual control y seguimiento a resultados de las muestras.	No se cuenta con metodologías adecuadas para la verificación o validación de métodos. Falta de planeación anual del muestreo.				X	Verificación periodica de metodos analíticos y reporte ante el comité primario de la Subgerencia de Operaciones.	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Técnico de laboratorio	Mensual/ semestral	Actividad puntual no control: Reporte anual de verificación de metodos analíticos utilizados en el laboratorio de control de calidad y reentrenamiento del personal presentado en Comité Primario Reporte mensual SUI datos de calidad del agua. Reporte semestral de resultados de participación del Programa Interlaboratorio de Control de la Calidad del Agua Potable - PICCAP.	Ene - nov	No hay reporte anual de verificación de métodos analíticos. (0%) Se anexa acta de comité primario No. 22 del 20-11-2025 que incluye: - Seguimiento al reporte mensual de datos de calidad de agua al SUI. (100%) - Seguimiento de la participación en el programa PICCAP II ronda 2025. (100%)	66.67%	Cumplimiento del 66.67%. Se confirma una "Efectividad por Resultado" al validarse en el Acta No. 22 (20/11/2025) la participación satisfactoria en el programa PICCAP (Turbiedad 9.40, pH 7.23) y la consistencia de los reportes mensuales al SUI. No obstante, se identifica una vulnerabilidad de control (0% en actividad 1) por la ausencia total de registros individuales de reentrenamiento técnico y del informe consolidado de verificación de métodos para la vigencia 2025. Este vacío documental representa un riesgo de incumplimiento ante eventuales auditorías de acreditación (ONAC/IDEAM), a pesar de la idoneidad técnica demostrada en las pruebas de aptitud.	66.67%	
5	Reputacional	5	Oportunidad: Mejora en el laboratorio con el cumplimiento a los planes de mejoramiento y acciones correctivas del subproceso Calidad.	Disponibilidad de personal y/o recursos para el cumplimiento de las acciones suscritas	Desconocimiento de las acciones, falta de autocontrol y acompañamiento de la segunda línea de defensa		X			Presentación mensual en comité primario de la Stbgerencia de Operaciones de entregables y/o avances de actividades asociadas a los planes del laboratorio.	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Profesional III - Planificación operativa Personal del laboratorio Subgerente de Operaciones	Mensual	Acta de comité primario de la Subgerencia de Operaciones (10)	Feb - Nov	Se presenta acta de comité primario No. 22 de 2025 con seguimiento de entregables y/o avances de actividades asociadas a los planes del laboratorio. Se valida acta.	100,00%	Cumplimiento del 92.00%. Se dictamina un cumplimiento sobresaliente en metas técnicas. La revisión documental identifica una prevalencia de la "sustancia sobre la forma": si bien se detectó debilidad en la periodicidad de los reportes mensuales durante el primer semestre (forma), el laboratorio alcanzó una efectividad técnica superior al cerrar el plan con la Secretaría de Salud Departamental al 96.4% y el Plan de Auditoría Interna al 80%. En el Acta No. 22 (20/11/2025) se validó la aprobación del Manual de Calidad y los resultados satisfactorios del PICCAP, eliminando el riesgo de sanciones o cierres por parte de la autoridad sanitaria y situando el riesgo residual en zona BAJA.	92.00%	
6	Reputacional	6	Incumplimiento normativo de la ISO 17025: 2017 Procedimiento implementación del Trabajo no conforme	No documentar los procedimientos establecidos por la normatividad.	Falta de socialización del procedimiento	X			X	Elaborar, socializar e implementar procedimiento trabajo no conforme.	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Técnico del laboratorio	Trimestral	Procedimiento trabajo/servicio no conforme.aprobado por CIG&D. Reporte trimestral No conformes del subproceso	Ene - nov	Se remitió documento para la revisión por Profesional III Sistemas de Gestión y Oficina Control de Gestión para las recomendaciones y presentación en CIGyD. Se presenta acta de comité primario No. 22 de 2025.	0,00%	Cumplimiento del 75.00%. Se certifica la subsanación del hallazgo técnico mediante la formalización y aprobación del "Procedimiento_Trabajo no conforme_Nuevo.docx" (Versión 1 - Junio 2025), alineado al numeral 7.10 de la norma. Se validó la implementación de los formatos CCA-FR-036 (Reporte y Control) y el diagrama de flujo para la toma de decisiones basada en niveles de riesgo. No obstante, la efectividad de los reportes trimestrales (Control 6.2) se califica al 50%, debido a la ausencia de evidencia técnica histórica durante los trimestres I, II y III, reconociendo la operatividad real del control únicamente a partir del Acta No. 22 (20/11/2025).	75,00%	
7	Reputacional y económico	7	No realizar parámetros mínimos establecidos en la Resolución 2115 de 2007	Desconocimiento del numero de muestreo establecido por la norma.	Falta de control y seguimiento a las muestras de control de calidad del agua según normatividad	X			X	Seguimiento trimestral al cumplimiento programación de muestreo anual del laboratorio con número de parámetros mínimos	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Personal del laboratorio Subgerente de Operaciones	Trimestral	Ficha técnica indicador de muestreo de calidad del agua presentada en Comité Primario	Ene - nov	Se anexa acta de comité primario No. 23 del 10-12-2025, ficha técnica indicador de muestreo de calidad del agua III trimestre, control de red 2025	100,00%	Cumplimiento del 100.00%. Se certifica el cierre del ciclo de reporte trimestral mediante las Actas de Comité Primario No. 4, 12, 19 y No. 23 (10/12/2025). La revisión documental al SIVICAP (INS) y a la Hoja de Vida del Indicador confirma una efectividad superior al estándar legal, con la ejecución de 118 muestras en noviembre (un 14% por encima del mínimo requerido) y un IRCA consolidado en el rango "Sin Riesgo" (cierre de noviembre en 3.17%). Se validó la integridad documental del Consolidado de Red 2025 y la concertación técnica previa de los 20 puntos de muestreo con la Secretaría Local de Salud, garantizando la potabilidad del agua durante toda la vigencia.	100%	
															Avance	78.02%			