



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME						
Día	12	Mes	12	Año	2025	
Informe:	<input type="checkbox"/>	Preliminar			<input checked="" type="checkbox"/>	Final

Contenido

1	Aspecto Evaluable (Unidad Auditable).....	2
2	Objetivo de la Auditoría:.....	2
3	Alcance de la Auditoría:	2
4	Criterios de la Auditoría:	3
5	Metodología.....	3
6	Desarrollo de la Auditoría	5
6.1	Contexto institucional.....	5
6.2	Estructura del Sistema de Control Interno de CORPAMAG	6
6.3	Coherencia entre los objetivos del SGI, el Plan de Acción Institucional 2024-2027 y la gestión por procesos	11
7	Hallazgos.....	12
7.1	HALLAZGO No. 1. Formalización pendiente y alcance limitado en la identificación de riesgos fiscales	12
7.2	HALLAZGO No. 2. Debilidades en el reporte, gestión, actualización y trazabilidad de los mapas de riesgos institucionales por parte de la primera línea de defensa-procesos.....	14
7.3	HALLAZGO No. 3. Debilidades en el reporte de los indicadores de gestión por parte de la primera línea de defensa-procesos	17
7.4	HALLAZGO No. 4. Ausencia de seguimiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño al Sistema de Gestión Integrado	18
7.5	Hallazgo No. 5. Desactualización de los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión Integrado	19
8	Efectividad de los planes de mejoramiento	35
8.1	Planes de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno	35
9	Oportunidades de Mejora	36
10	Conclusiones	37
11	Recomendaciones	37



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

1 Aspecto Evaluable (Unidad Auditable)

Auditoría Estratégica al Sistema de Gestión Integrado – SGI de la Corporación Autónoma Regional del Magdalena - CORPAMAG, vigencia 2025.

Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):

Jefe Oficina de Planeación

2 Objetivo de la Auditoría:

Evaluar el mantenimiento, operatividad y relevancia estratégica del Sistema de Gestión Integrado - SGI de la Corporación Autónoma Regional del Magdalena-CORPAMAG, así como su articulación con el Modelo Estándar de Control Interno-MECI, con el propósito de verificar la trazabilidad documental, la gestión de riesgos, el reporte de indicadores y el cumplimiento de los procedimientos y políticas aplicables, durante el período comprendido entre enero y agosto de 2025, en función del fortalecimiento de la gestión institucional y la identificación de oportunidades de mejora.

3 Alcance de la Auditoría:

La auditoría comprendió la revisión de los componentes estratégicos del Sistema de Gestión Integrado de CORPAMAG durante el período del 1 de enero al 31 de agosto de 2025, incluyendo:

- El mapa de procesos institucional y sus fichas de caracterización definidas en el Manual de Procesos y Procedimientos de CORPAMAG.
- El cumplimiento en el reporte de los indicadores de gestión.
- El cumplimiento en el reporte de los riesgos asociados y sus controles internos (Política de Administración de Riesgos) (PR.EM.005, Gestión de los Riesgos y Oportunidades de los Procesos).
- La trazabilidad documental, entendida como el mantenimiento, actualización y control de los documentos del Sistema de Gestión Integrado, conforme al procedimiento PR.GD.001 Planeación de documentos.
- La comunicación institucional como mecanismo de articulación.
- El funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, conforme a la Resolución 1852 de 2018, incluyendo la verificación de sus sesiones, decisiones y cumplimiento de funciones.
- La revisión de la articulación de los objetivos del Sistema de Gestión Integrado con el Plan de Acción Institucional PAI 2024-2027.
- La evaluación de los planes de mejoramiento suscritos.

Limitación encontrada:

Durante la ejecución, se presentó una limitación en la revisión de los documentos contenidos en el FR.PE.007 Listado Maestro de Documentos y en el FR.PE.007 Listado Maestro de Registros del FC.GA.007 Proceso de Gestión Administrativa, dado que dichos documentos



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

no se observaron publicados en la intranet institucional, lo que impidió su verificación completa en el marco del presente trabajo de auditoría.

4 Criterios de la Auditoría:

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 1499 de 2017 “Por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución No. 1852 del 28 de mayo de 2018 “Por medio de la cual se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de CORPAMAG, y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución No. 1853 del 28 de mayo de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de CORPAMAG, y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 6044 del 15 de noviembre de 2024, “Por medio de la cual se actualiza la política de administración de riesgos del sistema de gestión de la Corporación Autónoma Regional del Magdalena – CORPAMAG”, contenido en el documento Manual de Política de Administración del Riesgos.
- Manual de Procesos y Procedimientos de CORPAMAG.
Procedimientos institucionales asociados al Sistema de Gestión Integrado (SGI), como:
 - PR.EM.005 – Gestión de los riesgos y oportunidades de los procesos.
 - PR.GD.001 – Planeación de documentos.
 - Otros que se definan en la planeación y alcance de la auditoría.
- Modelo Estándar de Control Interno – MECI (lineamientos adoptados en Colombia para el diseño, implementación y evaluación del control interno).

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	01	Mes	09	Año	2025	Desde	1/09/2025	Hasta	22/12/2025	Día	21	Mes	11	Año	2025

Jefe Oficina de Control Interno	Auditor líder
Liliana Hidalgo García	Jefe de la Oficina de Control Interno
Equipo Auditor	
Neyla Martínez Orozco, Profesional Especializado Gr 14 Sandra Manjarrés Córdoba, Contratista	

5 Metodología

La auditoría se desarrolló bajo un enfoque basado en riesgos y conforme al programa establecido, aplicando los procedimientos definidos. En el marco de la ejecución, se adelantaron las siguientes actividades:

1. Reunión de inicio (01/09/2025), en la cual se socializaron objetivos, alcance y plan de trabajo.
2. Solicitud y recepción de información, mediante requerimientos formales al proceso auditado.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

3. Revisión y organización de la información recibida, documentada en los papeles de trabajo.
4. Ejecución de pruebas de auditoría, sustentadas en el análisis documental y la verificación de evidencias.
5. Análisis y evaluación de la información, mediante contrastes con los criterios establecidos y validación técnica.
6. Formulación de hallazgos, con base en la evidencia recopilada, el análisis realizado y el juicio profesional del auditor.
7. Reuniones internas del equipo auditor, orientadas al intercambio técnico, revisión cruzada y validación de hallazgos preliminares.
8. Reunión de cierre (21/11/2025), donde se socializaron los resultados preliminares con los responsables del proceso.

Técnicas aplicadas

Durante la auditoría se utilizaron las siguientes técnicas:

1. Revisión documental

Se analizaron documentos clave remitidos por la Oficina Asesora de Planeación, tales como:

- Reportes de seguimiento al SGI
- Matrices de riesgos
- Indicadores institucionales
- Documentación sobre la gestión de supervisores de contratos de prestación de servicios.
- Documentación publicada en el SGI

2. Solicitudes de información

Aplicación de requerimientos formales y consultas técnicas para aclarar aspectos del proceso.

3. Procedimientos analíticos

Verificaciones cruzadas y contrastes entre fuentes para identificar inconsistencias.

4. Acceso y verificación en sistemas institucionales y externas

Consulta de información plataformas institucionales (intranet y página web) y externos, SECOP II, para validar datos reportados.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

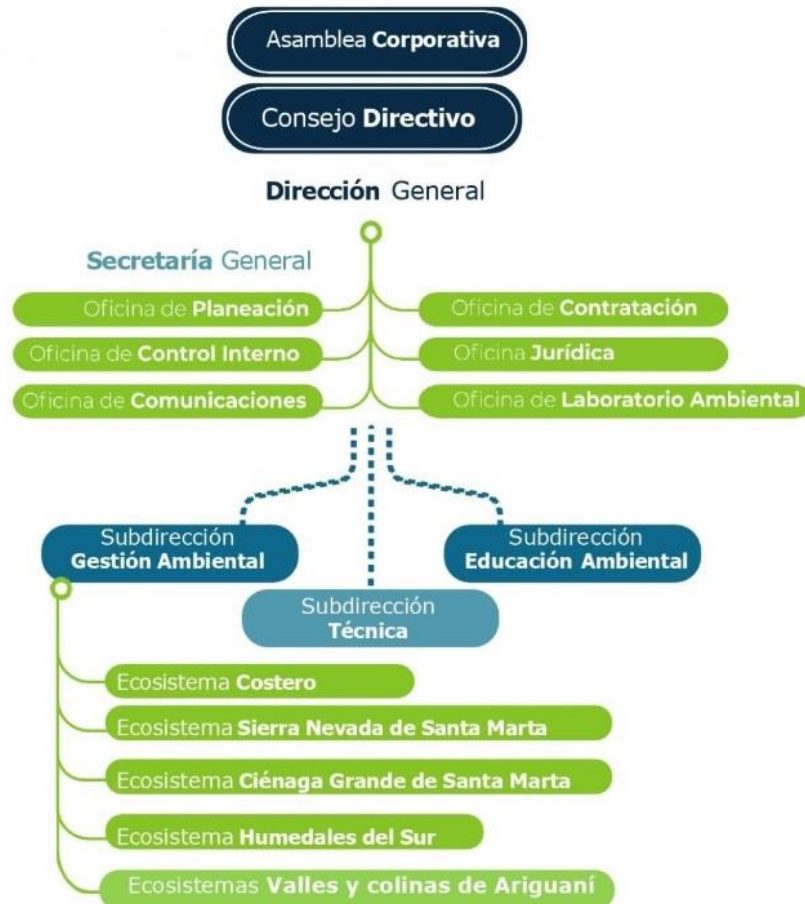
6 Desarrollo de la Auditoría

6.1 Contexto institucional

La Corporación Autónoma Regional del Magdalena – CORPAMAG tiene una estructura organizacional aprobada mediante los siguientes acuerdos del Consejo Directivo:

- Acuerdo No. 26 de 21 de diciembre de 2021: modifica la estructura orgánica de la Corporación.
- Acuerdo No. 27 de 21 de diciembre de 2021: modifica el Acuerdo No. 026 de 2012, mediante el cual se determinó la planta de personal de la Corporación.
- Acuerdo No. 01 de 13 de enero de 2022: modifica el Acuerdo No. 27 de 2021.

Ilustración 1 Estructura Organizacional de CORPAMAG



Fuente: sede virtual de CORPAMAG.

CORPAMAG cuenta con un Mapa Institucional de Procesos, que integra las actividades estratégicas, misionales, de apoyo y de evaluación, y opera bajo un modelo estructurado

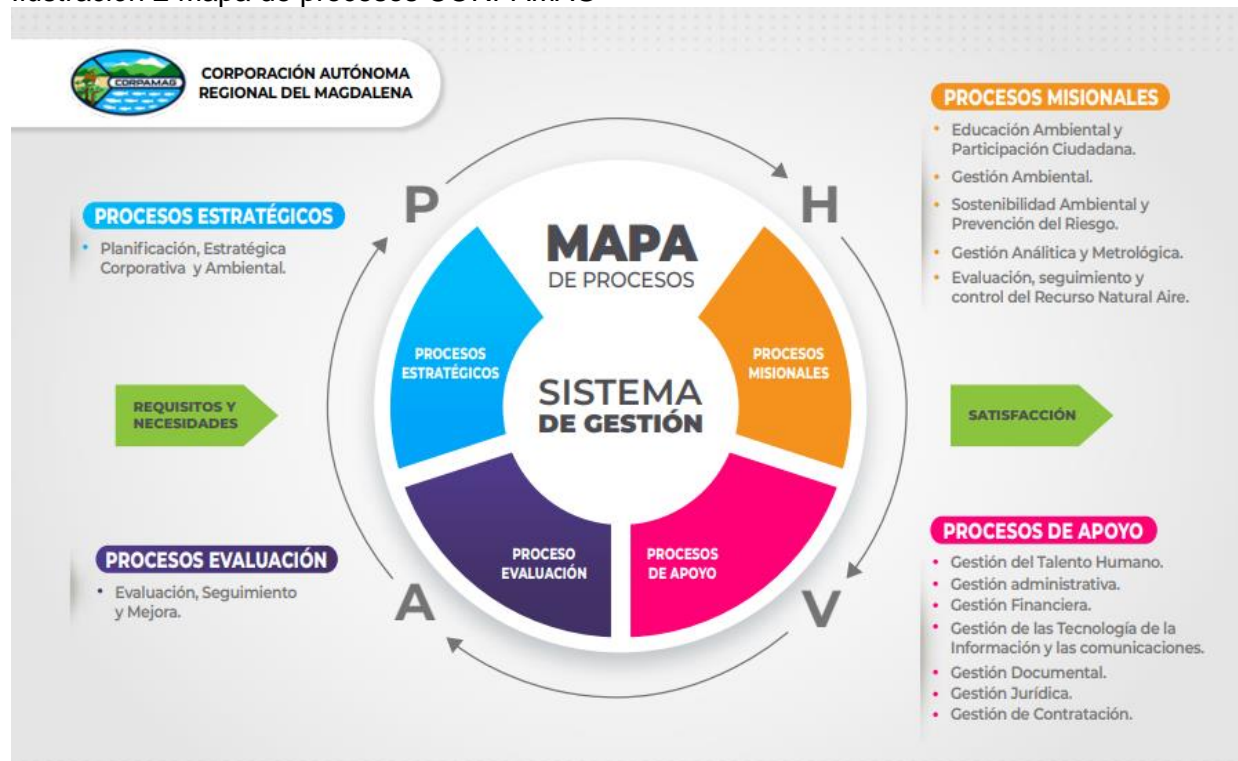


INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

según el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA), el cual se mantiene vigente y en ejecución.

Este instrumento se encuentra disponible en el portal institucional y evidencia que la entidad tiene 14 procesos, cada uno con su respectiva ficha de caracterización, en la cual se definen: objetivo, alcance, responsables, interrelación con las demás áreas, entradas, actividades, salidas, indicadores, procedimientos relacionados y demás información asociada.

Ilustración 2 Mapa de procesos CORPAMAG



Fuente: Sede virtual de CORPAMAG

Asimismo, la Corporación ha establecido los siguientes documentos de gestión institucional:

- Manual de Procesos y Procedimientos, política de administración de riesgos e indicadores de gestión.
- Manual de Funciones y Competencias Laborales, en el que se establecen las funciones específicas de cada cargo.

6.2 Estructura del Sistema de Control Interno de CORPAMAG

CORPAMAG implementa su Sistema de Control Interno de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, el cual proporciona la metodología para la evaluación, seguimiento y mejora continua de la gestión institucional. Este modelo orienta la implementación de controles, la gestión de riesgos, la trazabilidad documental y la rendición



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

de cuentas, en coherencia con los principios de eficiencia, eficacia y transparencia en la administración pública.

El MECI se soporta en dos elementos estructurales fundamentales:

a) Esquema de responsabilidades-Líneas de defensa

En CORPAMAG, la **línea estratégica** de defensa está conformada por la Alta Dirección, entendida no solo como el Director General (máxima autoridad de la entidad), sino también por los demás directivos que integran el nivel estratégico, de acuerdo con la estructura organizacional vigente.

De manera complementaria, se cuenta con dos instancias clave que fortalecen esta línea:

1. El Comité Institucional de Gestión y Desempeño: encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Sus funciones principales son aprobar y hacer seguimiento a las estrategias del Modelo, articular los esfuerzos institucionales, promover acciones de autodiagnóstico, y asegurar la aplicación de políticas de gestión, incluidas las de seguridad digital y de la información.
2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: como instancia de asesoría y decisión en los asuntos de control interno.

Las demás líneas de defensa se desarrollan así:

- **Primera línea de defensa:** conformada por todos los servidores públicos de CORPAMAG en sus diferentes niveles. Son responsables de ejecutar los procesos institucionales, aplicar los controles en las actividades diarias, identificar y gestionar los riesgos de su ámbito y responder por el cumplimiento de los objetivos de cada dependencia.
- **Segunda línea de defensa:** integrada por las dependencias responsables de la supervisión y seguimiento de temas transversales, tales como la Oficina de Planeación, Gestión Financiera, Oficina Jurídica y Tecnologías de la Información.
- **Tercera línea de defensa:** corresponde a la Oficina de Control Interno -OCI, que evalúa de manera independiente la eficacia y efectividad de los controles implementados por la primera y la segunda línea, realiza auditorías internas, verifica el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría y formula recomendaciones para el mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno y del SGI.

b) Esquema de control: Componentes del MECI.

1. Ambiente de control

Este componente establece la cultura institucional frente al control interno, la integridad, los valores éticos y las responsabilidades asignadas.

En la Corporación Autónoma Regional del Magdalena – CORPAMAG se cumple mediante:



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- ✓ La adopción del Código de Integridad y el Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, este último en cumplimiento de la Ley 2195 de 2022.
- ✓ La Oficina de Control Interno – OCI realiza el seguimiento al Sistema de Control Interno mediante auditorías internas, revisiones periódicas y verificación del cumplimiento de los planes de mejoramiento. De manera complementaria, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCII (creado por la Resolución 3373 de 2018) actúa como instancia de asesoría, con funciones como aprobar el Plan Anual de Auditoría basada en riesgos, validar la Política de Administración de Riesgos y aprobar instrumentos clave, entre ellos el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor Interno.
- ✓ La estructura organizacional definida, soportada con el Manual de Funciones y Competencias Laborales y del Manual de Procesos y Procedimientos, que asignan responsabilidades, roles, actividades y controles.
- ✓ La Política de Administración de Riesgos, actualizada mediante Resolución 6044 de 2024.
- ✓ El Plan de Acción Institucional (PAI 2024–2027), que define responsables, metas y tiempos, facilitando el seguimiento y la aplicación de controles sobre los procesos.
- ✓ La existencia de líneas de reporte del Sistema de Control Interno que funcionan como canales formales de información para la Alta Dirección y el CICCII, a través de informes de auditoría, reportes de indicadores y riesgos, seguimientos a planes de mejoramiento, informes del PAI y ejercicios de rendición de cuentas.

2. Evaluación de Riesgos

Este componente comprende la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales, bajo el liderazgo de la Alta Dirección y con participación de todas las dependencias, permitiendo evaluar eventos potenciales internos y externos que impacten la gestión.

En CORPAMAG, su aplicación se orienta mediante la Política de Administración de Riesgos actualizada por la Resolución 6044 de 2024, la cual define tipologías, roles y responsabilidades, así como el enfoque de las tres líneas de defensa para su gestión.

La gestión de riesgos se articula con la planeación estratégica y operativa a través del PGAR, el PAI 2024–2027 y el POAI, lo que garantiza coherencia institucional, trazabilidad presupuestal y seguimiento de metas. La entidad incorpora los cambios internos y externos necesarios para mantener actualizado el Mapa Institucional y sus controles asociados. En 2025 se realizó la actualización de los riesgos de corrupción en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, fortaleciendo el enfoque preventivo y de integridad institucional.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

De igual manera, la entidad dispone de mecanismos formales de análisis de contexto y de segregación funcional, soportados en el Manual de Funciones y Competencias Laborales y en el Manual de Procesos y Procedimientos, los cuales contribuyen a mitigar riesgos de fraude y a fortalecer el Sistema de Control Interno.

3. Actividades de control

Este componente se refiere a las políticas, procedimientos y acciones implementadas para asegurar el cumplimiento de las directrices institucionales y contribuir a la mitigación de riesgos, garantizando la consecución de los objetivos estratégicos y operativos.

En CORPAMAG, se cumple mediante:

- ✓ Una estructura organizacional clara y un Mapa de Procesos Institucional, que diferencia los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, asegurando trazabilidad operativa, segregación de funciones y separación entre quienes ejecutan, supervisan y validan.
- ✓ Instrumentos como el Manual de Funciones y Competencias Laborales y el Manual de Procesos y Procedimientos, que documentan actividades, responsables, controles y registros.
- ✓ La articulación del Sistema Integrado de Gestión con estándares internacionales, tales como la norma NTC ISO/IEC 17025:2017, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (ISO/IEC 27001:2022) y el Sistema de Gestión de Riesgos, alineado con los principios de la norma ISO 31000:2018.
- ✓ La Política de Administración de Riesgos (Resolución 6044 de 2024), que define roles y responsabilidades para garantizar la gestión de riesgos y la aplicación de controles en toda la entidad.
- ✓ La actualización progresiva de procesos, procedimientos, instructivos y formatos durante 2025, en respuesta a auditorías internas de la OCI, evidenciando el fortalecimiento continuo de los controles en la entidad.

4. Información y Comunicación

Este componente se refiere a la generación, disponibilidad y uso de información adecuada y oportuna, así como a su comunicación efectiva dentro de la entidad y hacia los grupos de valor externos. Busca asegurar que los datos capturados, procesados y divulgados sean veraces, completos y útiles para la toma de decisiones, el mejoramiento institucional y la rendición de cuentas.

En CORPAMAG se cumple a través de:

- ✓ La actualización y formalización de instrumentos de información como el Registro de Activos, el Índice Clasificado y el Esquema de Publicación, publicados en la sede electrónica y en Datos Abiertos. Asimismo, la Política General de Seguridad de la



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Información, el procedimiento PR.GT.004 y el PETI 2024–2027 aseguran la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos.

- ✓ El Plan de Comunicaciones 2024–2027, integrado al PAI y sujeto a seguimiento semestral por parte de la Oficina de Planeación, establece estrategias y canales para la comunicación interna y externa, incluyendo socialización con funcionarios, rendición de cuentas a la ciudadanía y difusión en medios y redes sociales.
- ✓ Procesos de rendición de cuentas a la ciudadanía, que incluyen la divulgación de resultados de gestión, avances de planes y cumplimiento de metas estratégicas.
- ✓ Líneas de reporte y mecanismos de denuncia confidencial, que refuerzan la comunicación interna, la cultura de control y la confianza institucional.
- ✓ La participación de las tres líneas de defensa en el componente:
 - ✓ Primera línea: ejecuta los procesos de atención al ciudadano, comunicaciones externas y gestión documental bajo procedimientos definidos.
 - ✓ Segunda línea: la Oficina de Planeación realiza el seguimiento semestral al Plan de Comunicaciones, consolidando los reportes de la Oficina de Comunicaciones.
 - ✓ Tercera línea: la Oficina de Control Interno-OCI incluye en el Plan Anual de Auditoría Basada en Riesgos la evaluación del servicio al ciudadano, el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública, y los lineamientos de accesibilidad web (NTC 5854:2011) y física (NTC 6047:2013), fortaleciendo la inclusión, la transparencia activa y la garantía de derechos ciudadanos.

5. Actividades de Monitoreo

Este componente evalúa continuamente la efectividad del Sistema de Control Interno, mediante autoevaluaciones, auditorías internas y otros ejercicios de verificación, con el fin de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.

- ✓ La implementación del Plan Anual de Auditoría aprobado por el CICCI, que orienta sus acciones con base en criterios de riesgo y que abarca seguimiento a planes de mejoramiento, cumplimiento normativo, desempeño institucional y temas estratégicos como atención al ciudadano y tecnología.
- ✓ La participación activa de la Alta Dirección en el análisis de hallazgos y toma de decisiones, incluyendo la respuesta a planes de mejoramiento y el seguimiento al avance del Plan de Acción Institucional – PAI, este último, presentado semestralmente ante el Consejo Directivo y reportado al Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- ✓ La verificación por parte de la OCI, como tercera línea de defensa, del cumplimiento y efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento internos y externos frente a los riesgos identificados..

6.3 Coherencia entre los objetivos del SGI, el Plan de Acción Institucional 2024-2027 y la gestión por procesos

En el marco de esta auditoría, se elaboró una Matriz de Trazabilidad Estratégica del Sistema de Gestión Integrado – SGI de CORPAMAG, con el propósito de analizar la coherencia entre la planeación estratégica institucional y su implementación operativa.

Del análisis se evidenció que los objetivos del SGI guardan una correspondencia clara con los programas definidos en el PAI 2024–2027. Esta alineación asegura que la planeación estratégica de la entidad se traduzca en programas y proyectos concretos, orientados al cumplimiento de la misión institucional y al mejoramiento de la gestión ambiental en el departamento.

La trazabilidad establecida entre objetivos, programas, procesos y riesgos identificados demuestra que la Corporación no solo define metas estratégicas, sino también fortalece la gestión por procesos y la administración de riesgos, en concordancia con los lineamientos del MECI y el marco normativo vigente (Ley 87 de 1993 y Decreto 1499 de 2017).

Tabla 1 Matriz de Trazabilidad Estratégica del SGI de CORPAMAG

Objetivo del SGI (fuente página web CORPAMAG)	Programa PAI 2024-2027 (fuente Plan de Acción)	Procesos	Riesgos identificados en el proceso (Fuente matriz de riesgos institucional-intranet)
1. Fortalecer las estrategias de Educación Ambiental, como aporte al desarrollo sostenible y al mejoramiento de la calidad de vida en el departamento.	1. EDUCACIÓN AMBIENTAL	1. FC.EA.002 Educación Ambiental y Participación Ciudadana	1. Incumplimiento de las actividades definidas en el Programa de Educación Ambiental contempladas en el PAI 2. Poca sinergia interinstitucional con las entidades municipales, I.E.D. y comunidad en general en el cumplimiento de las estrategias de Educación Ambiental establecidas en el PAI.
5. Fortalecer el programa regional de Negocios Verdes, con el fin de promover el crecimiento económico, desarrollo social y protección ambiental, convirtiéndose en una oportunidad para generar procesos de producción sostenible 6. Implementar la estrategia nacional de economía circular para aumentar el reciclaje de residuos, el reúso del agua y la eficiencia energética.	2. FORTALECIMIENTO DEL DESEMPEÑO AMBIENTAL DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS	1. FC.SGA.003 Gestión Ambiental 2. FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa Ambiental 3. FC.ESC.001 Evaluación, seguimiento y control del recurso natural aire -ESC	1. Incumplimiento y reprogramación de las actividades definidas en las metas de los proyectos debido a alteraciones de orden público, difícil acceso a algunas zonas del Departamento y a los factores de variabilidad climática. 2. Exposición de los funcionarios del ecosistema a amenazas de agresión verbal y física por parte de los posibles infractores o usuarios en general. 3. No disponer de los recursos necesarios para el cumplimiento del PAI
2. Desarrollar procesos de restauración, protección y conservación de áreas estratégicas para la regulación hídrica en el departamento.	3. CONSERVACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y SUS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS	1. FC.SGA.003 Gestión Ambiental 2. FC.SA.004 Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo 3. FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa Ambiental	1. Incumplimiento y reprogramación de las actividades definidas en las metas de los proyectos debido a alteraciones de orden público, difícil acceso a algunas zonas del Departamento y a los factores de variabilidad climática. 2. Exposición de los funcionarios del ecosistema a amenazas de agresión verbal y física por parte de los posibles infractores o usuarios en general. 3. Suspensión temporal o definitiva de obras de ingeniería: Se realiza la suspensión de obras de manera parcial o definitiva, incumpliendo con el cronograma estipulado, plan de acción, etc 4. No disponer de los recursos necesarios para el cumplimiento del PAI
2. Desarrollar procesos de restauración, protección y conservación de áreas estratégicas para la regulación hídrica en el departamento.	4. GESTIÓN INTEGRAL DEL RECURSO HÍDRICO	1. FC.SGA.003 Gestión Ambiental 2. FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa Ambiental	1. Incumplimiento y reprogramación de las actividades definidas en las metas de los proyectos debido a alteraciones de orden público, difícil acceso a algunas zonas del Departamento y a los factores de variabilidad climática. 2. Exposición de los funcionarios del ecosistema a amenazas de agresión verbal y física por parte de los posibles infractores o usuarios en general.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Objetivo del SGI (fuente página web CORPAMAG)	Programa PAI 2024-2027 (fuente Plan de Acción)	Procesos	Riesgos identificados en el proceso (Fuente matriz de riesgos institucional-intranet)
			3. No disponer de los recursos necesarios para el cumplimiento del PAI
4. Fortalecer la planificación y el ordenamiento ambiental, con el propósito de regular el manejo y la ordenación de los recursos naturales renovables, y contribuir al uso adecuado del territorio.	6. ORDENAMIENTO AMBIENTAL TERRITORIAL	1. FC.SGA.003 Gestión Ambiental 2. FC.SA.004 Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo 3. FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa Ambiental	1. Incumplimiento y reprogramación de las actividades definidas en las metas de los proyectos debido a alteraciones de orden público, difícil acceso a algunas zonas del Departamento y a los factores de variabilidad climática. 2. Exposición de los funcionarios del ecosistema a amenazas de agresión verbal y física por parte de los posibles infractores o usuarios en general. 3. Suspensión temporal o definitiva de obras de ingeniería: Se realiza la suspensión de obras de manera parcial o definitiva, incumpliendo con el cronograma estipulado, plan de acción, etc 4. No disponer de los recursos necesarios para el cumplimiento del PAI
3. Implementar iniciativas de adaptación y mitigación al cambio climático que nos ayuden a minimizar los efectos de este fenómeno en el departamento.	7. GESTIÓN DEL CAMBIO CLIMÁTICO PARA UN DESARROLLO BAJO EN CARBONO Y RESILIENTE AL CLIMA	1. FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa Ambiental	1. No disponer de los recursos necesarios para el cumplimiento del PAI
4. Fortalecer la planificación y el ordenamiento ambiental, con el propósito de regular el manejo y la ordenación de los recursos naturales renovables, y contribuir al uso adecuado del territorio.	8. GESTIÓN INTEGRAL DE MARES, COSTAS Y RECURSOS ACUÁTICOS	1. FC.SGA.003 Gestión Ambiental 2. FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa Ambiental	1. Incumplimiento y reprogramación de las actividades definidas en las metas de los proyectos debido a alteraciones de orden público, difícil acceso a algunas zonas del Departamento y a los factores de variabilidad climática. 2. Exposición de los funcionarios del ecosistema a amenazas de agresión verbal y física por parte de los posibles infractores o usuarios en general. 3. No disponer de los recursos necesarios para el cumplimiento del PAI

Fuente: Elaboración propia OCI

7 Hallazgos

Se observa que la entidad cuenta con un marco de planeación y gestión integrado, soportado en el SGI, el MECI y el Plan de Acción Institucional, lo cual refleja un esfuerzo articulado en la definición de objetivos y estrategias. No obstante, durante la auditoría se identificaron aspectos susceptibles de mejora.

7.1 HALLAZGO No. 1. Formalización pendiente y alcance limitado en la identificación de riesgos fiscales

Condición:

Aunque la Política de Administración de Riesgos fue adoptada mediante la Resolución No. 6044 de noviembre de 2024, al momento de la revisión, la identificación de riesgos fiscales aún no se encontraba formalizada. Si bien se evidencian avances preliminares en los procesos de Gestión Ambiental y Gestión Financiera, estos no han sido validados ni consolidados institucionalmente, y la actividad no se ha extendido a otros procesos que presentan posibilidad de comprometer recursos públicos.

Adicionalmente, en la Intranet institucional no se encuentran matrices ni registros de riesgos fiscales, lo que evidencia la falta de validación formal (ver Ilustración 3: Captura de pantalla Intranet CORPAMAG – Riesgos 2025). En consecuencia, resulta necesario formalizar los avances alcanzados y ampliar la identificación de riesgos para cumplir de manera integral con el numeral 7.3 del Manual de Política de Administración de Riesgos de la citada resolución.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 3 Captura de pantalla intranet CORPAMAG-Riesgos 2025



Fuente: Intranet de CORPAMAG

Criterio:

Resolución 6044 del 15 de noviembre de 2024, “Por medio de la cual se actualiza la Política de Administración de Riesgos del Sistema de Gestión de la Corporación Autónoma Regional del Magdalena – CORPAMAG”, contenida en el Manual de Política de Administración de Riesgos, numeral 7.3 Riesgos Fiscales.

Causa

La identificación y formalización de riesgos fiscales se encuentra en proceso de desarrollo. Aunque se han adelantado mesas de trabajo y elaborado borradores de matrices, la actividad no ha sido priorizada, lo que ha retrasado su consolidación.

Consecuencia

La ausencia de riesgos fiscales formalizados puede generar brechas en el control de la gestión de recursos públicos, exponiendo a la entidad a posibles afectaciones patrimoniales y observaciones por parte de los órganos de control. Esta situación impide evidenciar el cumplimiento integral de lo dispuesto en la Política y el Manual de Administración de Riesgos.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

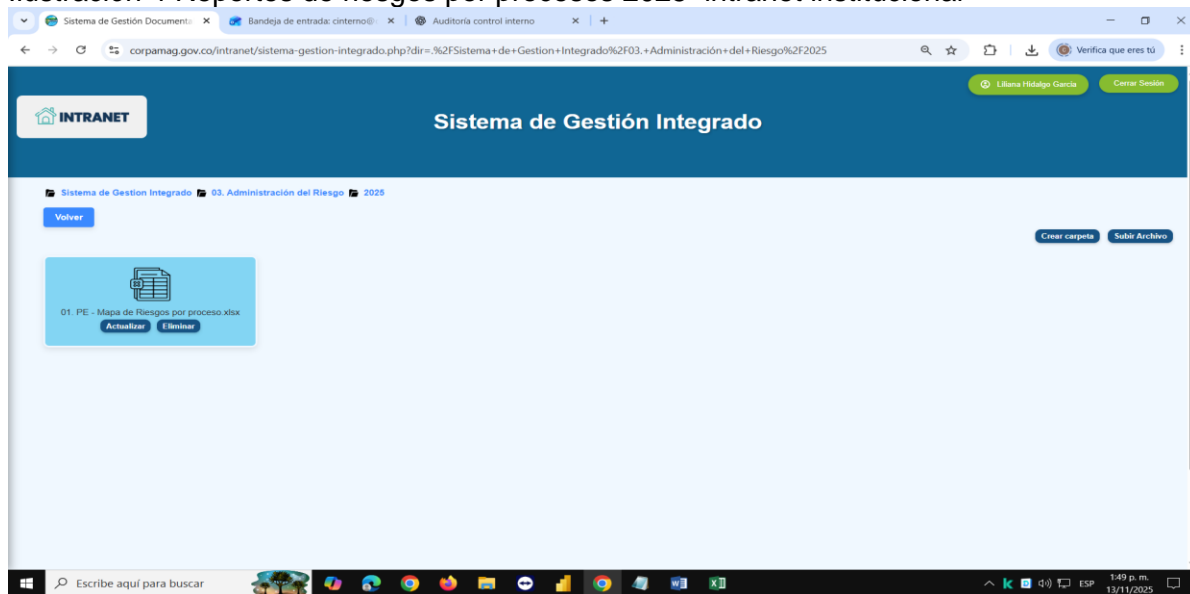
7.2 HALLAZGO No. 2. Debilidades en el reporte, gestión, actualización y trazabilidad de los mapas de riesgos institucionales por parte de la primera línea de defensa-procesos

Condición:

Durante la evaluación se identificaron deficiencias en la actualización, monitoreo y trazabilidad de los mapas de riesgos institucionales por parte de la primera línea de defensa. En varios procesos no se ha reportado la matriz correspondiente ni se han ejecutado los controles según los períodos establecidos, lo que podría afectar la capacidad institucional para gestionar oportunamente los eventos adversos.

Esta situación se verificó mediante consulta a la intranet institucional, donde se registran los seguimientos a los riesgos. De los procesos que debían reportar, solo uno presenta información actualizada, mientras que los demás no muestran registros correspondientes a la vigencia 2025 (ver ilustración No. 4).

Ilustración 4 Reportes de riesgos por procesos 2025 intranet institucional



Fuente: Intranet CORPAMAG.

Adicionalmente, según el archivo en formato Excel proporcionado por la Oficina de Planeación (indicadores 2024 y 2025), se identificó que los siguientes procesos no han reportado sus indicadores de riesgo:

Tabla 2 Proceso que no han reportado indicadores de riesgos -2025

Proceso	Estado
1. Educación Ambiental y Participación Ciudadana – EA	No reportado
2. Gestión Ambiental - SGA	No reportado



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Proceso	Estado
3. Sostenibilidad Ambiental y Prevención de Riesgos – SA	No reportado
4. Gestión Administrativa – GA	No reportado
5. Gestión Talento Humano – GTH	No reportado
6. Gestión Documental – GD	No reportado
7. Gestión Financiera -GF	No reportado
8. Gestión de Tecnología de Información y las Comunicaciones – GT	No reportado

Fuente: Oficina de Planeación

La segunda línea de defensa (Oficina de Planeación) cumple su rol mediante solicitudes formales de evidencias, seguimiento técnico y acompañamiento en la implementación de la nueva matriz de riesgos, documentado en los registros entregados. Además, los procesos de Gestión Jurídica, Contractual, Analítica y Meteorológica han actualizado la matriz en el nuevo formato, mostrando avances parciales en su aplicación institucional.

Sin embargo, al momento de la auditoría, la migración al nuevo instrumento no se había culminado en toda la entidad, lo que impide evidenciar trazabilidad completa y validación institucional en el marco del sistema de gestión.

En atención al enfoque de auditoría basada en riesgos, la Oficina de Control Interno identificó en la fase de planeación el riesgo institucional PR.EM.005 – Gestión de los riesgos y oportunidades de los procesos, relacionado con la *Posibilidad de afectación económica por deficiencias en la actualización, monitoreo y control de los riesgos definidos en los procesos, lo que puede generar reprocesos administrativos, sanciones por parte de organismos de control, uso ineficiente de recursos públicos y afectación a la mejora continua.*

El riesgo fue calificado como alto, considerando como controles existentes la Política de Administración de Riesgos y la matriz de riesgos institucional como instrumento operativo de reporte y trazabilidad.

La auditoría evidenció debilidades en la aplicación de estos instrumentos por parte de la primera línea de defensa, materializando el riesgo identificado y reflejándose en el Hallazgo No. 2.

Criterio:

- **Ley 87 de 1993** “*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones*”.

“Artículo 1. Definición del control interno. Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

El ejercicio del control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales. En consecuencia, deberá concebirse



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.

PARÁGRAFO. El control interno se expresará a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas entidades y se cumplirá en toda la escala de la estructura administrativa, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal.

Artículo 6. Responsabilidad del control interno. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos.

Artículo 12. Funciones de los auditores internos. Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno o similar las siguientes:

- c) Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización, se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función;
 - e) Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios.”
- Resolución 6044 del 15 de noviembre de 2024, “Por medio de la cual se actualiza la Política de Administración de Riesgos del Sistema de Gestión de la Corporación Autónoma Regional del Magdalena – CORPAMAG”, contenida en el Manual de Política de Administración de Riesgos, numeral 4. Roles y responsabilidades frente al manejo, monitoreo y revisión del riesgo y 11. Monitoreo y Revisión de los Riesgos.

Causa:

Las debilidades de la primera línea de defensa se evidencian en la falta de reporte oportuno y completo de la información necesaria para la gestión de riesgos, así como en la ausencia de mecanismos internos que aseguren la actualización, revisión, trazabilidad y controles conforme a los ciclos institucionales. Adicionalmente, la migración al nuevo formato de matriz no ha sido culminada por todos los procesos, afectando la consistencia y continuidad del ejercicio.

Dado que las políticas institucionales sobre gestión del riesgo son obligatorias, la situación también refleja que la entidad no ha tomado las acciones necesarias para garantizar su cumplimiento.

Consecuencia:

La falta de monitoreo de los riesgos podría limitar la capacidad institucional para detectar oportunamente desviaciones, fallas de control o situaciones que afecten el cumplimiento de los objetivos del proceso. Esta condición aumentaría la probabilidad de materialización de eventos adversos y afectaría la eficacia del Sistema de Control Interno, comprometiendo la oportunidad y calidad de la toma de decisiones y las acciones preventivas o correctivas.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

7.3 HALLAZGO No. 3. Debilidades en el reporte de los indicadores de gestión por parte de la primera línea de defensa-procesos

Condición:

De la información suministrada por la Oficina de Planeación, se evidenció que los procesos no han cumplido con el cronograma de reporte de los indicadores de gestión para la vigencia 2025. Algunos no se presentaron oportunamente y otros contienen errores o inconsistencias. Asimismo, varios procesos no han entregado el reporte correspondiente, de acuerdo con la información reportada por el Sistema de Gestión. Esta situación se evidencia en la Tabla 3.

Tabla 3 Proceso que no han reportado indicadores de gestión -2025

Procesos
1. Planificación estratégica Corporativa y Ambiental – PE
2. Educación Ambiental y Participación Ciudadana – EA
3. Sostenibilidad Ambiental y Prevención de Riesgos – SA
4. Gestión Financiera – GF
5. Gestión Talento Humano – GTH
6. Gestión de Tecnología de Información y las Comunicaciones – GT
7. Gestión Contratación – GC

Fuente: Oficina de Planeación

Cabe destacar que la segunda línea de defensa, a cargo de la Oficina de Planeación, viene cumpliendo con su rol institucional en relación con los indicadores de gestión, realizando solicitudes formales de evidencias, seguimiento técnico y acompañamiento a los procesos para garantizar la recolección, validación y reporte adecuado de los indicadores. Esta gestión se encuentra debidamente documentada en las evidencias entregadas, reflejando el cumplimiento de sus responsabilidades institucionales.

Criterio:

Manual de Procesos y Procedimientos de la Corporación (lineamientos internos para la recolección, validación y reporte de indicadores de gestión; roles, responsabilidades y plazos asociados al ciclo de seguimiento).

Causa:

- Los líderes de procesos no han ejercido de manera efectiva su rol de seguimiento y control sobre la recolección, validación y reporte de los indicadores. Esta falta de supervisión ha permitido retrasos, omisiones y errores, afectando la calidad y oportunidad de la información
- Responsabilidades no claramente definidas: algunos indicadores son reportados por contratistas o no se tiene definida claramente la responsabilidad de los funcionarios encargados.
- Controles internos insuficientes para garantizar la calidad de los datos: no se han implementado mecanismos de revisión técnica, verificación de evidencias o validación



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

previa de la información antes de su reporte. Esta ausencia de controles permite que se generen inconsistencias y errores en los indicadores de gestión.

Consecuencia:

La falta de presentación oportuna y completa de los indicadores de gestión podría limitar el seguimiento al desempeño de los procesos y generar vacíos de información que dificulten la evaluación del avance de las metas y la toma de decisiones basada en evidencia.

Esta situación podría retrasar la detección de desviaciones o áreas de mejora, dificultando la implementación oportuna de acciones correctivas o preventivas. En consecuencia, el ciclo de mejora continua podría verse afectado y la efectividad del Sistema de Gestión limitada, al no disponer de información actualizada que permita ajustar procesos, optimizar recursos y fortalecer la gestión institucional.

7.4 HALLAZGO No. 4. Ausencia de seguimiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño al Sistema de Gestión Integrado

Condición:

En la verificación del Ítem 13 de la lista de chequeo, se constató que el Comité Institucional de Gestión y Desempeño no ha realizado reuniones periódicas orientadas al seguimiento de los indicadores institucionales ni ha tomado decisiones sobre el estado del Sistema de Gestión Integrado. La entidad confirmó que no se han revisado los indicadores ni se han abordado temáticas relacionadas con el desempeño institucional, y que la única reunión reciente se centró en la aprobación del Programa de Transparencia y Ética Pública –PTEP.

Adicionalmente, el acto administrativo por medio del cual se conformó el Comité (Resolución N° 1852 del 28 de mayo de 2018), se encuentra desactualizado, ya que los integrantes que en él se señalan no corresponden a la estructura orgánica vigente de la Corporación, la cual fue modificada mediante el Acuerdo N° 26 del 21 de diciembre de 2021 del Consejo Directivo de CORPAMAG. Por ejemplo, aún se figuran cargos como “Asesores de Dirección General uno con funciones de control interno y otro de contratación”, que actualmente corresponden a jefaturas.

Asimismo, no se aportaron evidencias de que la Oficina de Planeación, en su calidad de Secretaría Técnica del Comité y encargada de coordinar la información del Sistema de Gestión de CORPAMAG, haya elaborado o remitido informes de gestión y desempeño al Comité, por lo cual no se puede verificar el soporte técnico disponible para la toma de decisiones.

Criterio:

- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.

Artículo 2.2.22.3.8. Comités Institucionales de Gestión y Desempeño. En cada una de las entidades se integrará un Comité Institucional de Gestión y Desempeño encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

de Planeación y Gestión - MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal.

- Resolución N° 1852 del 28 de mayo de 2018, “mediante la cual se conformó el Comité de Gestión y Desempeño de CORPAMAG”.

Funciones:

1. Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
 2. Articular los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación, sostenibilidad y mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
 3. Adelantar y promover acciones permanentes de autodiagnóstico para facilitar la valoración interna de la gestión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
 4. Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información.
 5. Las demás que tengan relación directa con la implementación, desarrollo y evaluación del Modelo.
- Manual de Procesos y Procedimientos de la Corporación (lineamientos internos para la recolección, validación y reporte de indicadores de gestión; roles, responsabilidades y plazos asociados al ciclo de seguimiento).

Causa:

- El Comité no ha desarrollado las actividades correspondientes al seguimiento del Sistema de Gestión Integrado, lo que ha impedido la realización de reuniones periódicas, el monitoreo de indicadores y la toma de decisiones sobre el sistema.
- La desactualización del acto administrativo de conformación del Comité, afecta su representatividad frente a la estructura orgánica vigente de la Corporación.

Consecuencia:

- La ausencia de revisión periódica por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño podría limitar la efectividad del Sistema de Gestión Integrado, manifestándose potencialmente en la desactualización de procesos y procedimientos, la demora en la generación y reporte de indicadores de riesgos y de gestión, e incluso la ausencia de algunos de ellos.
- Esta situación podría limitar la capacidad de la Corporación para identificar desviaciones y adoptar medidas correctivas oportunas, y mantener una coordinación efectiva entre áreas, afectando la mejora continua del Sistema de Gestión Integrado.

7.5 Hallazgo No. 5. Desactualización de los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión Integrado

Condición:

Durante la vigencia 2025, se constató que, si bien se han gestionado algunas solicitudes de actualización de documentos (procesos, procedimientos, instructivos y formatos) conforme



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

al procedimiento PR.GD.001, la mayoría de la documentación del Sistema de Gestión Integrado se encuentra desactualizada.

Esta situación ha sido reiterativa en auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno y persiste en diferentes procesos, afectando la coherencia entre la información publicada en la intranet, las fichas de caracterización y los procedimientos oficialmente aprobados.

En términos generales, las inconsistencias identificadas involucran:

- Fichas de caracterización desactualizadas, especialmente en las entradas y salidas (interrelación con otros procesos), así como ausencia de procedimientos o registros que deberían estar asociados.
- No correspondencia entre la denominación y/o codificación de procedimientos frente a lo publicado en la intranet institucional.
- Publicación incompleta o no disponibilidad de listados maestros y formatos.
- Procedimientos desactualizados frente a la operación real o a los sistemas actualmente implementados.
- Inclusión de procedimientos que no corresponden a las responsabilidades del proceso.

En la tabla siguiente se presenta la condición particular identificada para cada proceso revisado, donde se detallan las inconsistencias:

Tabla 4 Inconsistencias documentales del Sistema de Gestión Integrado por proceso

Proceso	Observaciones
FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa y Ambiental	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. No correspondencia en la denominación de algunos procedimientos Se identificó que la denominación registrada para algunos procedimientos en la ficha de caracterización no corresponde con la publicada en la intranet institucional. Adicionalmente, se evidenció la ausencia del procedimiento PR.PE.009 – Concertación del Componente Ambiental en Planes de Ordenamiento Territorial (POT), el cual debe formar parte del proceso pero no se encuentra incorporado en la ficha.</p> <p>3. Registros que genera el proceso – Información incompleta en la Ficha de Caracterización: e verifiqué que la ficha de caracterización no incluye todos los registros que genera el proceso. En particular, se encuentra pendiente incorporar los siguientes formatos: FR.PE.005 – Solicitud de Creación, Actualización o Eliminación de Documentos y FR.PE.006 – Reporte de Espacios de Rendición de Cuentas y/o Participación Ciudadana.</p>
FC.EA.002 Educación Ambiental y Participación Ciudadana	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. No correspondencia en la denominación de los PR.EA.002 y PR.EA.003 entre la ficha de caracterización y los documentos publicados como procedimientos. Además, al abrir los archivos asociados al código 002, se evidenció que dos procedimientos distintos —PRAE y PROCEDA— presentan la misma codificación.</p> <p>3. Registros que genera el proceso – Información incompleta en la Ficha de Caracterización: Se verifiqué que la ficha de caracterización no incluye todos los registros que genera el proceso. En particular, se encuentra pendiente incorporar los siguientes formatos: FR.EA.006 Compromiso participantes. FR.EA.007 Ficha iniciativa de la propuesta del Emprendimiento Verde e Inclusivo. FR.EA.008 Plan básico de Negocios Verdes e Inclusivos. FR.EA.009 Formato atención a población menor de edad.</p> <p>5. Documentos Asociados. El período del Plan de Acción no está actualizado, dado que aparece el del 2016-2019.</p> <p>4. Los Indicadores de Gestión reportados por el proceso no corresponden a los definidos en la ficha de caracterización.</p> <p>5. Los procedimientos presentan inconsistencias tanto en los documentos relacionados como en los registros.</p>



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Proceso	Observaciones
FC.SGA.003 Gestión Ambiental	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. Procedimientos del proceso – Información incompleta en la ficha de caracterización. Se verificó que la ficha de caracterización no incorpora la totalidad de los procedimientos asociados al proceso. En particular, se encuentra pendiente la inclusión de los procedimientos PR.SGA.017, PR.SGA.018, PR.SGA.019 y PR.SGA.020. Adicionalmente, se identificó que el procedimiento PR.SGA.016 está siendo relacionado dentro de este proceso, pese a que corresponde al proceso FC.PE.001 – Planificación Estratégica</p> <p>3. Registros que genera el proceso – Información incompleta en la Ficha de Caracterización: Se evidenció que la ficha de caracterización no incluye todos los registros que genera el proceso. En particular, se encuentra pendiente incorporar los siguientes formatos: Registro que genera este Proceso No se encuentran relacionados los FR.SGA.033, 034, 035, 036, 037, 038, 039, 040 Y 041.</p> <p>4. Procedimientos desactualizados Se evidenció que, aunque la Corporación ha venido utilizando el aplicativo VITAL (Ventanilla Integral de Trámites Ambientales en Línea) en la gestión operativa del proceso, este uso aún no se encuentra formalmente integrado en los procedimientos institucionales.</p> <p>Además se constató que el procedimiento PR.SGA.017 – Liquidación de Tasa Retributiva, no refleja la práctica actual, ya que en la operatividad vigente la liquidación es generada por el Grupo de Tasas del proceso Gestión Ambiental y posteriormente trasladada al proceso financiero para su facturación y causación, lo cual no está documentado ni actualizado en el procedimiento oficial.</p>
FC.SA.004 Sostenibilidad Ambiental y Prevención del Riesgo	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. Registros que genera el proceso Aunque en la Ficha de Caracterización se relaciona el formato FR.SA.003, dicho formato no se encuentra publicado en la sección de formatos de la Intranet de la Corporación.</p>
FC.GAM.001 Proceso Gestión Analítica y Metrológica - GAM	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p>
FC.ESC.001 Proceso Evaluación, Seguimiento y Control del Recurso Natural Aire - ESC	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. No correspondencia en la denominación del procedimiento PR.ESC.003: Se identificó que en la ficha de caracterización el procedimiento aparece como “Gestión de la información analítica de la calidad del aire obtenida en las estaciones manuales”, mientras que el documento publicado como procedimiento se denomina “Gestión de la información analítica de la calidad del aire obtenida en las estaciones automáticas”.</p>



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Proceso	Observaciones
FC.GTH.006 Proceso de Gestión del Talento Humano	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. Procedimientos del proceso – Información incompleta en la ficha de caracterización. Se verificó que la ficha de caracterización no incorpora la totalidad de los procedimientos asociados al proceso. En particular, se encuentra pendiente la inclusión de PR.GTH.005 Gestión de Incapacidades, PR.GTH.006 Identificación Evaluación y Control de Riesgos Viales y PR.GTH.007 Gestión del Cambio</p> <p>3. No correspondencia en la denominación de los procedimientos PR.GTH.002 y PR.GTH.004. Se evidenció falta de coherencia entre la denominación consignada en la Ficha de Caracterización de estos procedimientos y los documentos publicados en la Intranet.</p> <p>4. Registro que genera este Proceso. Se identificó que varios de los registros relacionados en la Ficha de Caracterización se encuentran desactualizados, dado que la entidad actualmente realiza en el aplicativo Evaluación del Desempeño Laboral (EDL), dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, todas las actividades relacionadas con la evaluación del desempeño. Adicionalmente, se evidenció que en la Ficha de Caracterización no se encuentran incorporados los formatos FR.GTH.020, FR.GTH.021, FR.GTH.022, FR.GTH.023 y FR.GTH.024, los cuales hacen parte de los registros del proceso.</p>
FC.GA.007 Proceso de Gestión Administrativa	<p>Procedimientos del Proceso. No fue posible evidenciar los registros del proceso, dado que en la actualización de la Ficha de Caracterización realizada el 30 de septiembre de 2025, Versión 13, se indica en los apartados: F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO: “Ver FR.PE.007 Listado Maestro de Documentos”. G. REGISTROS QUE GENERA ESTE PROCESO: “Ver FR.PE.007 Listado Maestro de Registros”. Sin embargo, los listados maestros de documentos y de registros no se encuentran disponibles para su consulta, lo que impide verificar la información documentada asociada al proceso.</p> <p>Se recomienda garantizar la disponibilidad, actualización y trazabilidad del Listado Maestro de Documentos y del Listado Maestro de Registros, de manera que los usuarios puedan acceder a la información correspondiente desde la ficha de caracterización</p>
FC.GF.008 Gestión Financiera	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. No correspondencia en la codificación de los procedimientos PR.GF.006 y PR.GF.007 En la ficha de caracterización se relacionan: PR.GF.006 – Facturación por administración de los recursos ambientales y PR.GF.007 – Recaudo Sobretasa Ambiental al Impuesto Predial. Sin embargo, al verificar los documentos publicados en la intranet, se evidenció que el procedimiento correspondiente a Facturación está codificado como PR.GF.007, y el relacionado con Recaudo aparece con el código PR.GF.006, es decir, los documentos publicados tienen la codificación invertida respecto a la ficha oficial del proceso.</p> <p>3. Registros que genera el proceso- Información incompleta en la Ficha de Caracterización: La ficha de caracterización no incluye todos los registros que genera el proceso. En particular, se encuentra pendiente incorporar el FR.GF.002 Cuenta de Cobro.</p>
FC.GT.009 Gestión de Tecnologías de Información y las Comunicaciones	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. No correspondencia en la denominación del procedimiento PR.GT.005. Se evidenció falta de coherencia entre la denominación consignada en la Ficha de Caracterización de este procedimiento y los documentos publicados en la Intranet.</p> <p>3. Registros que genera el proceso- Información incompleta en la Ficha de Caracterización: La ficha de caracterización no incluye todos los registros que genera el proceso. En particular, se encuentra pendiente incorporar el FR.GT.011.</p>
FC.GD.010 Gestión Documental	<p>1. Procedimientos desactualizados Se evidenció que el procedimiento PR.GD.001 Planeación de Documentos se encuentra en proceso de actualización; sin embargo, a la fecha de la auditoría no se ha publicado en la intranet institucional,</p>



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA









Proceso	Observaciones
FC.GC.012 Gestión de Contratación	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p>
FC.GC.011 Gestión Jurídica	<p>1. Proceso y procedimiento desactualizado: Se identificó que el procedimiento PR.GJ.003 está siendo relacionado dentro de este proceso, pese a que la función correspondiente es ejercida por la Secretaría General. Asimismo, la ficha de caracterización no incorpora la totalidad de los procedimientos asociados al proceso, encontrándose pendiente la inclusión del PR.GJ.004.</p> <p>2. Registros que genera el proceso- Desactualizados: La ficha de caracterización incluye registros relacionados con el proceso disciplinario, función que no es ejercida por esta dependencia.</p>
CÓDIGO: FC.EM.013 Evaluación, Seguimiento y Mejora	<p>1. Literal E. Interrelación con los demás Procesos-Ficha de caracterización. En la revisión de las fichas de caracterización se evidenció que las entradas y salidas del proceso se encuentran desactualizadas. En particular, dentro del proceso de Gestión Jurídica se registran como interrelación inicial (entrega) los fallos disciplinarios y los autos de archivo de procesos disciplinarios, elementos que no corresponden a la interacción real de esta dependencia. Asimismo, en la interrelación final (respuesta) se incluyen quejas disciplinarias, pese a que dicha actividad no es adelantada por esta oficina. No obstante, esta función está establecida para la Secretaría General, por lo que la información consignada en la ficha no refleja la distribución actual de responsabilidades dentro de la entidad.</p> <p>2. Proceso y procedimiento desactualizados: Tanto el proceso como sus procedimientos asociados se encuentran desactualizados y en espera de aprobación por parte de la Oficina de Planeación.</p> <p>3. Registros que genera el proceso- Desactualizados: La ficha de caracterización no incluye la totalidad de los registros que genera el proceso.</p>

Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información publicada en la Intranet institucional.

Ilustración 5 FC.PE.001 Planificación Estratégica Corporativa y Ambiental

F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO

A este proceso pertenecen los siguientes procedimientos:

-  PR.PE.001 Elaboración del Plan de Gestión Ambiental Regional – PGAR.
-  PR.PE.002 Formulación y Seguimiento del Plan de Acción Institucional – PAI.
-  PR.PE.003 Formulación y Aprobación del Presupuesto.
-  PR.PE.004 Banco de Proyectos.
-  PR.PE.005 Declaratoria de Áreas Protegidas
-  PR.PE.006 Formulación e implementación de planes de ordenación y manejo de los recursos naturales renovables
-  PR.PE.007 Gestión del Sistema de Información Regional Ambiental – SIAR
-  PR.PE.008 Negocios Verdes.

Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 6 Procedimientos PR.PE.001



Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 7 FC.EA.002 Educación Ambiental y Participación Ciudadana

F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO

A este proceso pertenecen los siguientes procedimientos:

- PR.EA.001 Acompañamiento a la Conformación, Implementación y Seguimiento de los Comités Interinstitucionales de Educación Ambiental – CIDEA.
- PR.EA.002 Acompañamiento en la implementación de Proyectos Ambientales Escolares – PRAE.
- PR.EA.003 Acompañamiento en la implementación de los Proyectos Ciudadanos o Comunitarios de Educación Ambiental – PROCEDA.
- PR.EA.004 Promoción de la Educación Ambiental.


	EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	CÓDIGO: PR.EA.002
	ACOMPANAMIENTO EN LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS CIUDADANOS O COMUNITARIOS DE EDUCACIÓN AMBIENTAL - PROCEDA	VERSIÓN 9.0 SECCIÓN III Página 1 de 6
EMISIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
SUBDIRECTORA/PROFESIONAL ESPECIALIZADO GR.12 DE LA SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN AMBIENTAL	YURI HURTADO GARCIA JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN	CARLOS FRANCISCO DIAZ GRANADOS MARTINEZ DIRECTOR GENERAL
18 DE JULIO DE 2018	27 DE JULIO DE 2018	RESOLUCIÓN 3008 DEL 09 DE AGOSTO DE 2018

Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 8 FC.SGA.003 Gestión Ambiental

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	CÓDIGO: FC.SGA.003
	GESTION AMBIENTAL	VERSIÓN 9.0 SECCIÓN II Página 5 de 11
EMISIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
SUBDIRECTOR GESTION AMBIENTAL	YURI HURTADO GARCIA JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN	CARLOS FRANCISCO DIAZ GRANADOS MARTINEZ DIRECTOR GENERAL
18 DE JULIO DE 2018	27 DE JULIO DE 2018	RESOLUCIÓN 3008 DEL 09 DE AGOSTO DE 2018


F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO

A este proceso pertenecen los siguientes procedimientos:


- PR.SGA.001 Ruta Interna de los Trámites Ambientales
- PR.SGA.002 Aprovechamiento Forestal
- PR.SGA.003 Concesión de Aguas
- PR.SGA.004 Emisiones Atmosféricas
- PR.SGA.005 Prospección y Exploración de Aguas Subterráneas
- PR.SGA.006 Licencias Ambientales
- PR.SGA.007 Permiso de Recolecta
- PR.SGA.008 Permiso de Ocupación De Cauces, Playas y Lechos
- PR.SGA.009 Permiso de Vertimientos.
- PR.SGA.010 Permiso para el Transporte Legal de La Biodiversidad (Salvoconducto Único de Movilización).
- PR.SGA.011 Atención, Valoración, Tratamiento y Destino Final de Especímenes de Fauna Silvestre.
- PR.SGA.012 Recepción y Valoración de los Especímenes de Flora Silvestre.
- PR.SGA.013 Seguimiento y Monitoreo.
- PR.SGA.014 Proceso Sancionatorio Ambiental.
- PR.SGA.015 Gestión Territorial.
- PR.SGA.016 Concertación del Componente Ambiental en los Planes de Ordenamiento Territorial (POT).

Fuente: Intranet CORPAMAG


Ilustración 9 Procedimientos no relacionados en la FC.SGA.003




PR.SGA.017 Liquidación de Tasa Retributiva.pdf



PR.SGA.018 Liquidación de tasa por uso de agua.pdf



PR.SGA.019 Solicitud, entrega y seguimientos de arboles.pdf



PR.SGA.020 Rescate, atención y valoración de fauna marina.pdf

Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

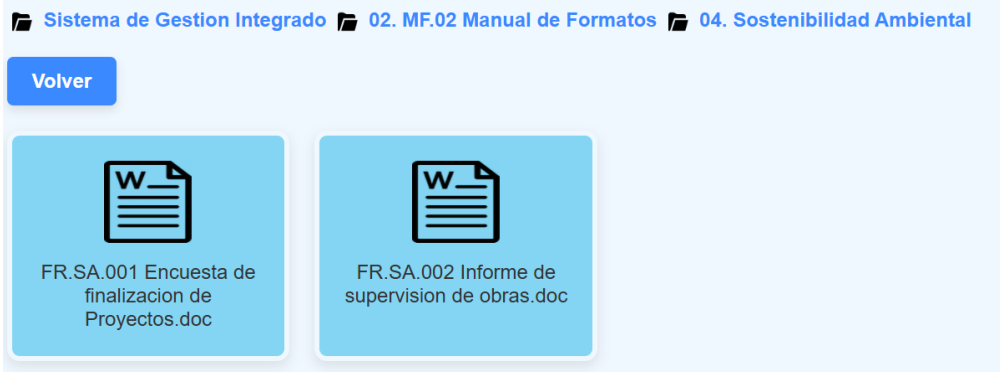
Ilustración 10 FC.SA.004 Sostenibilidad Ambiental y Prevención del Riesgo

G. REGISTROS QUE GENERA ESTE PROCESO

- Proyecto de inversión formulados.
- FR.SA.003 Marquilla perfil longitudinal-PL K#+### AL K#+###.
- FR.GC.008 Estudios previos contratación directa
- FR.GC.006 Acta inicio

Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 11 Formatos publicados Sostenibilidad Ambiental




Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 12 FC.ESC.001 Evaluación, Seguimiento y Control del Recurso Natural Aire - ESC

		PROCESO EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL RECURSO NATURAL AIRE - ESC	Versión 1.0 Página 3 de 7
EMISION PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 5 OFICINA DE LABORATORIO AMBIENTAL 30-09-2022	REVISIÓN ROSANA LASTRA CASTAÑEDA JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN 30-09-2022	APROBACIÓN JORGE HANI CUSSE JEFE OFICINA DE LABORATORIO AMBIENTAL 30-09-2022	
PROVEEDORES DEL PROCESO (INTERNOS Y EXTERNOS)	INTERRELACION INICIAL (ENTREGA)	INTERRELACION FINAL (RESPUESTA)	CLIENTES (INTERNOS Y EXTERNOS) Y PARTES INTERESADAS
Gestión Administrativa.	Programa de mantenimiento preventivo de la infraestructura (focativas, hardware y vehículos) Mantenimiento correctivo de la infraestructura Bien o servicio entregado. Ejecución de vialitos y/o de amparo.	Concertación de Objetivos. Evaluación de Desempeño Laboral diligenciada. Solicitud de mantenimiento de la infraestructura (focativas, hardware y vehículos). Solicitud de Comisión. Legalización de vialitos y comisiones. Solicitud de Bienes y Servicios.	Gestión Administrativa.
Gestión de Tecnología de Información y las Comunicaciones.	Soporte técnico al software y hardware. Directrices de seguridad de la información. Plan de acción de Gobierno en línea. Retiro/actualización de cumplimiento de metas del Plan de Acción del Gobierno en línea.	Solicitud de soporte técnico a los software y hardware Cumplimiento de las directrices de seguridad de la información Cumplimiento del Plan acción de Gobierno en línea Información mínima a publicar en la Web - Decreto 1712 de 2014. Artículos 9, 10 y 11.	Gestión de Tecnología de Información y las Comunicaciones.
Evaluación, Seguimiento y Mejora.	Programa y plan de auditorías internas. Informes de auditorías Internas. Plan o Cronograma de auditorías externas. Informes de auditorías Externas. Directrices para la toma de correcciones, acciones correctivas, preventivas y/o de mejoras. Cronograma de Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión Integrado. Directrices para el seguimiento y medición de los procesos (indicadores, encuestas u otros parámetros de control). Directrices para la gestión de riesgos de los procesos.	Concertación de las fechas de realización de auditorías internas y aprobación del mismo. Disponibilidad para la auditoría externa. Acciones correctivas, preventivas y de mejora gestionadas. Compromisos gestionados de la revisión por la dirección del sistema de gestión integrado. Reportes de los indicadores, encuestas y otros parámetros de control y sus respectivos análisis de datos. Reporte del estado de los riesgos de los procesos.	Evaluación, Seguimiento y Mejora.

F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO





Al proceso Evaluación, Seguimiento y Control del Recurso Natural Aire, pertenecen los siguientes procedimientos:

- PR.ESC.001: Gestión de la información analítica de la calidad del aire de las estaciones manuales.
- PR.ESC.002: Evaluación de solicitudes de licencias y permisos ambientales con relación a emisiones atmosféricas.
- PR.ESC.003 Gestión de la información analítica de la calidad del aire obtenida en las estaciones manuales.
- PR.ESC.004: Seguimiento y control a las licencias y permisos ambientales recurso natural aire.

La Oficina de Planeación, custodia la versión vigente de este documento. Cualquier copia impresa en otra dependencia, no garantiza su vigencia, por lo tanto es copia no autorizada.

Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 13 Procedimiento publicado PR.ESC.003 con nombre errado

 PR.ESC.001 Gestión de la información analítica de la calidad del aire de las estaciones manuales.pdf	 PR.ESC.002 Evaluación solicitudes de licencias y permisos ambientales con relación a EA.pdf	 PR.ESC.003 Gestión de la información analítica de la calidad del aire estaciones automaticas.pdf	 PR.ESC.004 Seguimiento y control a las licencias y permisos ambientales recurso natural aire.pdf
---	--	---	---

Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 14 FC.GTH.006 Proceso de Gestión del Talento Humano

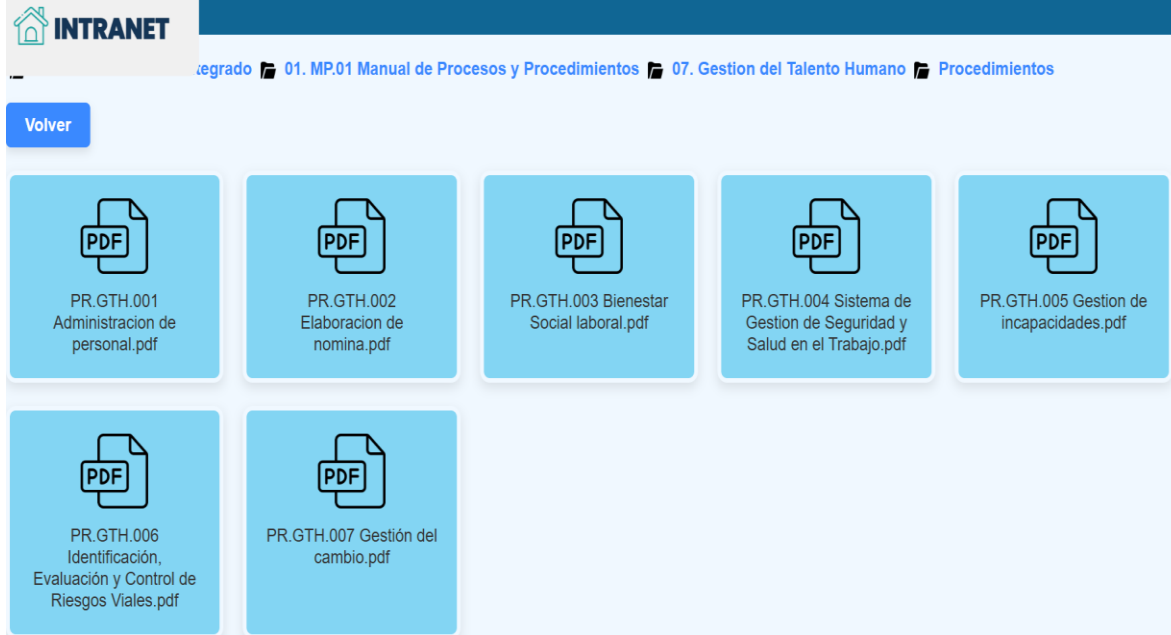
F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO

A este proceso pertenecen los siguientes procedimientos:

- PR.GTH.001 Administración de Personal
- PR.GTH.002 Elaboración de nóminas e interfaces.
- PR.GTH.003 Bienestar Social Laboral
- PR.GTH.004 Seguridad y Salud en el Trabajo

Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 15 Procedimientos PR.GTH.004



Fuente: Intranet CORPAMAG



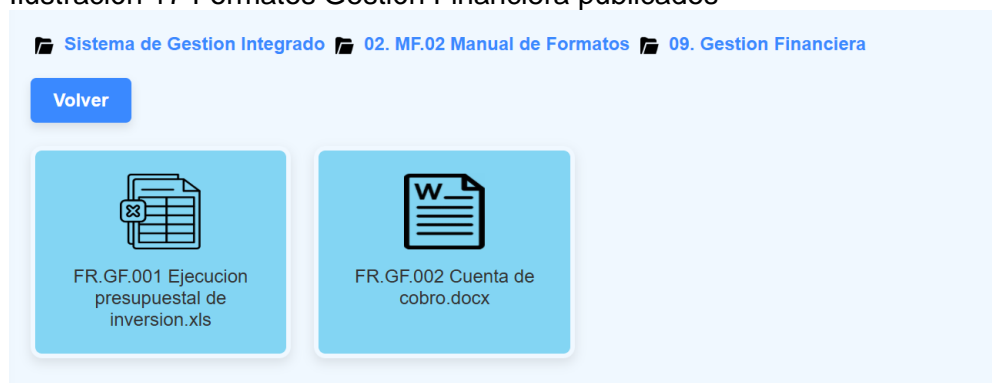
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 16 FC.GF.008 Gestión Financiera **G. REGISTROS QUE GENERA ESTE PROCESO**

- FR.GF.001 Ejecución presupuestal de inversión
- Actos Administrativos (FR.GD.020 Oficios)
- Acuerdos del Consejo Directivo
- Decreto y Ley Anual de Presupuesto
- Solicitud y Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registros Presupuestales en medio físico y sistematizado
- Nóminas
- Orden de pago
- Recibos o facturas de servicios públicos o pago de impuestos
- Comprobantes de Pagos
- Notas débitos y créditos
- Informes anuales de Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en el patrimonio, Estado de Flujos de Efectivo y Revelaciones.
- Informes financieros y contables mensuales (Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados y Revelaciones)
- Informes CGN2006_01 Saldos y Movimientos, CGN2006_02 Operaciones recíprocas.
- CGN2016C01_Variaciones_Trimestrales_Significativas
- Notas de Contabilidad
- Información Exógena a la DIAN
- Boletín de Deudores Morosos del Estado
- Registro de apertura de las cuentas bancarias.
- Recibos de Caja
- Registro por Pago de Impuestos
- FR.GD.020 Oficios
- Soportes electrónicos de transferencias bancarias
- Resolución de creación y reglamentación de la caja menor
- Facturas o recibos de caja menor.
- Relación de gastos hoja Excel.
- Extractos Bancarios- Conciliaciones Bancarias

Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 17 Formatos Gestión Financiera publicados



Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 18 FC.GT.009 Gestión de Tecnologías de Información y las Comunicaciones

F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO

A este proceso pertenece el siguiente procedimiento:

- PR.GT.001 Formulación y seguimiento del plan estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones – TIC.
- PR.GT.002 Gestión de proyectos y planes de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones – TIC.
- PR.GT.003 Mantenimientos preventivos y correctivos
- PR.GT.004 Gestión de la Seguridad de la Información.

La Oficina de Planeación, custodia la versión vigente de este documento. Cualquier copia impresa en otra dependencia, no garantiza su vigencia, por lo tanto es copia no autorizada.
FR.GD.008 Versión 04_15/02/2018

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	CÓDIGO: FC.GT.009
	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	VERSIÓN 10 SECCIÓN III Página 4 de 7
EMISION	REVISIÓN	APROBACION
COORDINADOR DEL GRUPO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES – SECRETARÍA GENERAL	YURI HURTADO GARCIA JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN	CARLOS FRANCISCO DIAZ GRANADOS MARTINEZ DIRECTOR GENERAL
24 DE ENERO DE 2018	05 DE FEBRERO DE 2018	RESOLUCIÓN 0347 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018

- PR.GT.005 Soporte a usuarios de TI.

Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 19 Procedimientos PR.GT.001 publicados

PR.GT.001 Formulación del Plan Estratégico de TIC.pdf

PR.GT.002 Gestion de Proyectos y planes de TIC.pdf

PR.GT.003 Mantenimientos Preventivos y Correctivos.pdf

PR.GT.004 Gestion de la Seguridad de la Informacion.pdf

PR.GT.005 Servicios de TI.pdf

Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 20 FC.GD.010 Gestión Documental

	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	CODIGO PR.GD.001
	PLANEACION DE DOCUMENTOS	VERSION 11 SECCION III Página 1 de 13
EMISION	REVISIÓN	APROBACION
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GR. 12 OFICINA DE PLANEACION	ROSANA LASTRA CASTAÑEDA JEFE OFICINA DE PLANEACION	CARLOS FRANCISCO DIAZ GRANADOS MARTINEZ DIRECTOR GENERAL
25 DE JULIO DE 2019	25 DE JULIO DE 2019	RESOLUCIÓN 3248 DEL 25 DE JULIO DE 2019

1. OBJETIVO
Establecer las actividades encaminadas a la planeación, valoración y la normalización de la creación, aprobación y producción de los documentos de la entidad, en cumplimiento con el contexto administrativo, legal, funcional y técnico para el análisis y su registro en el sistema de gestión documental.

2. ALCANCE
Inicia con la solicitud de creación y/o modificación de documentos hasta la divulgación del documento aprobado.

3. RESPONSABLES
Responsable del procedimiento: Secretario General.
Responsable de la Ejecución procedimiento: Profesional Especializado Gr 12 del Grupo de las Tecnología de la Información y las Comunicaciones; Representante de la Dirección ante el Sistema de Gestión Integrado y; el Profesional Especializado Gr 12 de la Oficina de Planeación – Calidad.

Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 21 FC.GC.011 Gestión Jurídica

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CÓDIGO: FC.GJ.011
GESTIÓN JURÍDICA		VERSIÓN 7.0 SECCIÓN II Página 4 de 8
EMISION	REVISIÓN	APROBACIÓN
JEFE OFICINA JURÍDICA 24 DE ENERO DE 2018	YURI HURTADO GARCÍA JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN 05 DE FEBRERO DE 2018	CARLOS FRANCISCO DÍAZ GRANADOS MARTÍNEZ DIRECTOR GENERAL RESOLUCIÓN 0447 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018

PROVEEDORES DEL PROCESO (INTERIORS Y EXTERIORS)	INTERRELACION INICIAL (ENTREGA)	INTERRELACION FINAL (RESPUESTA)	CLIENTES (INTERIORS Y EXTERIORS) Y PARTES INTERESADAS
	Indicadores, encuestas, u otros parámetros de control Directivos para la gestión de riesgo de los procesos		

F. PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO

A este proceso pertenecen los siguientes procedimientos:

- PR.GJ.001 Atención a los procesos judiciales o extrajudiciales.
- PR.GJ.002 Seguimiento a los derechos de petición.
- PR.GJ.003 Disciplinario.

G. REGISTROS QUE GENERA ESTE PROCESO

Registros del procedimiento de atención a los procesos judiciales o

Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 22 Ficha de caracterización FC.GJ.011

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CÓDIGO: FC.GJ.011
GESTIÓN JURÍDICA		VERSIÓN 7.0 SECCIÓN II Página 5 de 8
EMISION	REVISIÓN	APROBACIÓN
JEFE OFICINA JURÍDICA 24 DE ENERO DE 2018	YURI HURTADO GARCÍA JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN 05 DE FEBRERO DE 2018	CARLOS FRANCISCO DÍAZ GRANADOS MARTÍNEZ DIRECTOR GENERAL RESOLUCIÓN 0447 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018

- Registros de procedimiento disciplinario.
 - Quejas o información recibida contra los funcionarios de CORPAMAG que reposen en:
 - FR.GD.012 Memorandos
 - Correos electrónicos y demás TIC
 - Autos
 - FR.GD.020 Oficios
 - Fallos
 - FR.GJ.001 Registros de procesos disciplinario.

H. DOCUMENTOS ASOCIADOS

- MP.01 Manual de Procesos y Procedimientos
- MF.02 Manual de Formatos
- NTC ISO / IEC 17025: 2005 – Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración Numerales 4.8.
- Además de estos, se relaciona todos los documentos que el proceso se apoya para desarrollar el mismo, y no es responsable de la actualización de dichos documentos por ejemplo: GUÍAS, protocolos, libros, etc., que son expedidos por otras entidades.

I. REQUISITOS GENERALES DEL PROCESO

- Legales (Ver F.R.E.M.005 Normograma)

Estos requisitos deben ser revisados sistemáticamente con el fin de verificar la capacidad de cumplir y el cumplimiento de la misma por la entidad, o antes si el requisito ha cambiado.

- Clientes y partes interesadas (Ver F.R.E.M.011 Revisión de requisitos de los clientes y partes interesadas)

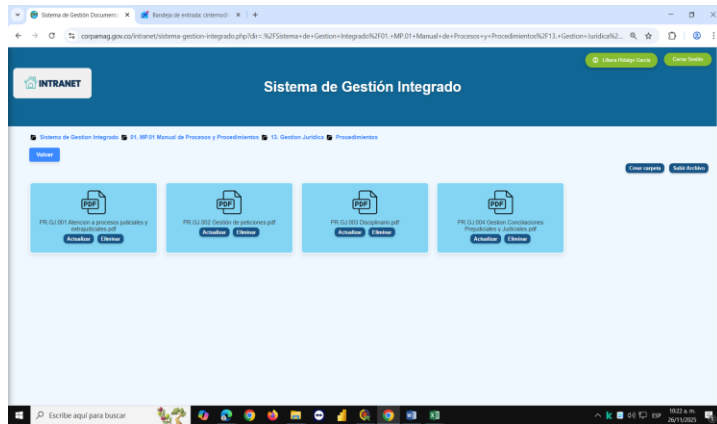
Estos requisitos se definen con los productos y servicios esperados, descrito en el inciso

Fuente: Intranet CORPAMAG



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 23 Procedimientos PR.GJ.004



Fuente: Intranet CORPAMAG

Ilustración 24 FC.EM.013 Evaluación, Seguimiento y Mejora



Fuente: Intranet CORPAMAG

Asimismo, se verificó que algunas de las solicitudes de actualización presentadas durante este período aún no se han aprobado a la fecha de la auditoría, lo que evidencia limitaciones en la efectividad del proceso de revisión y mantenimiento documental.

Según la información reportada por la entidad, los siguientes documentos se encontraban en proceso de actualización:

Tabla 5 Documentos del Sistema Integrado de Gestión en proceso de actualización

Fecha Solicitud	Tipo de solicitud	Proceso solicitante	Nombre de documento
11/06/2025	Actualización	Educación Ambiental y Participación Ciudadana	Acompañamiento en la formulación e implementación de proyectos ciudadanos o comunitarios de educación ambiental - PROCEDA
13/06/2025	Actualización	Gestión documental	PR.GD.001 Planeación de documentos
16/06/2025	Actualización	Evaluación, seguimiento y mejora	PR.EM.001 Auditorías internas
16/06/2025	Actualización	Evaluación, seguimiento y mejora	PR.EM.002 Acciones correctivas preventivas y mejora modificado
16/06/2025	Actualización	Evaluación, seguimiento y mejora	PR.EM.005 Gestión de Riesgo
16/06/2025	Actualización	Evaluación, seguimiento y mejora	FC.EM.013 Evaluación seguimiento y mejora
15/07/2025	Actualización	Gestión Administrativa	PR.GA.002 Administración de bienes devolutivos y de consumo
15/07/2025	Actualización	Gestión Administrativa	PR.GA.003 Mantenimiento del parque automotor



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Fecha Solicitud	Tipo de solicitud	Proceso solicitante	Nombre de documento
31/07/2025	Actualización	Educación Ambiental y Participación Ciudadana	PR.EA.001 Acompañamiento a la conformación, implementación y seguimiento de los comités interinstitucionales de educación ambiental - CIDEA
8/09/2025	Actualización	Gestión Administrativa	FC.GA.007 Gestión Administrativa
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.002 Aprovechamiento Forestal
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.003 Concesión de Aguas
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.004 Emisiones Atmosféricas
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.005 Prospección y Exploración de Aguas Subterráneas
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.006 Licencias Ambientales
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.008 Permiso de Ocupación De Cauces, Playas y Lechos
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.009 Permiso de Vertimientos
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	PR.SGA.014 Proceso Sancionatorio Ambiental
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	FC.SGA.003 Gestión Ambiental
9/09/2025	Actualización	Gestión Ambiental	Formato_Aprovechamiento_Forestal Formato_Concesión_Aguas Formato_Emisión_Atmosférica Formato_Ocupación_Cauce Formato_Prospección_Exploración_Aguas Formato_Sancionatorio Formato_Vertimientos Procedimiento_Licencia

Fuente: Oficina de Planeación

Criterio:

- **Resolución No. 3248 del 25 de julio de 2019 de CORPAMAG**, por medio de la cual se actualizó *“la documentación del Sistema de Gestión”*.
- Manual de procesos y procedimientos de la Corporación Autónoma Regional del Magdalena.
- Modelo Integrado de Planeación MIPG: **2.2 Política de Planeación institucional.**

(Página 31) en la cual se precisa que se debe *“Levantar la información necesaria para la identificación y caracterización de los grupos de valor, ciudadanía y organizaciones interesadas y el conocimiento de sus necesidades, detectando si ya cuenta con dicha información y en qué fuentes se encuentra, o de ser necesario, **definir procedimientos y herramientas para su obtención**”*.

(Página 58) **Trabajar por procesos** Uno de los pilares de los modelos de gestión de calidad es el trabajo por procesos. De acuerdo con la Carta Iberoamericana de la Calidad (CLAD: 2008), la adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las es de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos, entendidos como la secuencia ordenada de es, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización.

En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes:

- Identificar los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión, a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor identificadas en la dimensión de Direcciónamiento Estratégico y de Planeación (es posible agrupar procesos afines en macroprocesos).
- Definir el objetivo de cada uno de los procesos.
- **Definir la secuencia de cada una de las diferentes es del proceso, desagregándolo en procedimientos o tareas.**
- **Definir los responsables del proceso y sus obligaciones.**
- Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes.
- Definir los controles de medición y seguimiento correspondientes.
- Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos.
- **Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros).**



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- *Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión (comúnmente conocido como mapa de procesos).*

Los jefes de las áreas de planeación lideran y facilitan los parámetros para el trabajo por procesos de la entidad. Sin embargo, la responsabilidad de su mantenimiento y mejora recae en cada uno de los líderes de los procesos y sus grupos de trabajo”.

chrome

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/56548624/2024_12_18_Manual_operativo_mipg_6V_publicada.pdf/0a5653af_7639_bda1_ec7a6cdded14d7da4?t=1746645145494

Causa:

- Ausencia de revisión periódica y sistemática: No se ha realizado la actualización regular de la documentación del Sistema de Gestión conforme al procedimiento PR.GD.001 – Planeación de Documentos, lo que ha impedido incorporar los cambios operativos y reflejar la práctica actual de los procesos.
- Inoperancia del Comité Institucional de Gestión y Desempeño: El espacio formal para abordar los asuntos del Sistema de Gestión Integrado no ha cumplido su función, limitando la discusión, aprobación y coordinación de acciones y estrategias.
- Bajo nivel de apropiación del Sistema de Gestión Integrado por parte de los líderes de proceso y funcionarios: No se evidencia un compromiso efectivo con el cumplimiento de sus responsabilidades frente al mantenimiento, revisión y actualización de los documentos del Sistema de Gestión.

Adicionalmente, en varias dependencias no existe una asignación clara de responsables para la gestión y reporte de la información del SGI, lo que ha generado delegaciones informales —en algunos casos en contratistas— sin un control institucional definido

- La Corporación no ha implementado mecanismos efectivos para asegurar que los líderes de proceso y sus equipos de trabajo cumplan con sus obligaciones dentro del Sistema de Gestión Integrado.
- Deficiencia en la articulación entre la primera y segunda línea de defensa: No existen cronogramas ni mecanismos claros de coordinación con la Oficina de Planeación que garanticen la actualización oportuna y efectiva de los documentos del SGI.
- Limitación de capacidad operativa en la Oficina de Planeación: el grupo responsable del seguimiento y actualización del SGI cuenta con un solo funcionario de planta y el apoyo parcial de un contratista, lo que restringe la capacidad para gestionar, validar y consolidar de manera oportuna las actualizaciones remitidas por algunos procesos.

Consecuencia:

- La falta de actualización, coherencia y precisión en la documentación del Sistema de Gestión Integrado genera riesgos operativos y administrativos, entre ellos: ejecución inadecuada de procedimientos, acceso limitado a la información relevante, descoordinación entre procesos retrasos en la toma de decisiones y ejecución de actividades.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Asimismo, podría comprometer la eficacia institucional y dificultar la verificación documental ante los organismos de control, incrementando el riesgo de observaciones recurrentes en auditorías internas y externas.

8 Efectividad de los planes de mejoramiento

8.1 Planes de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno

Como resultado del seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento formulado en la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental vigencia 2023, el cual es compartido con la Oficina de Planeación como administrados del SGI, se evidencia cumplimiento parcial del Hallazgo 4.

Por lo anterior, el hallazgo se mantiene abierto y vencido, al haberse superado la fecha límite de cierre establecida (30/08/2024).

Tabla 6 Relación Seguimiento Plan de Mejoramiento

Descripción del Hallazgo	Actividades / Descripción	Actividades / Fecha de terminación	Verificación OCI	Avance	Evaluación de OCI
Hallazgo 4. Desactualización del proceso y procedimientos de Gestión Documental De acuerdo con la revisión realizada a la documentación del proceso que se encuentra publicada en la intranet de la Corporación, se evidenció que se encuentra desactualizada: - la ficha de Caracterización del Proceso. -Procedimiento PR.GD.001 Planeación de documentos.	1. Solicitar la reunión con el profesional responsable del Sistema de Gestión de Corpamag.	22/09/2023	Se evidenció correo electrónico de fecha 21 septiembre 2023, donde el coordinador de Gestión Documental solicita reunión para la realización de una mesa de trabajo con el responsable de Sistema de Gestión en la Oficina de Planeación, agendada para el 28 de septiembre del mismo año, con el fin de tratar el tema de revisión de los procesos y procedimientos (Ficha de caracterización) y realizar su actualización.	100%	NO SE CIERRA EL HALLAZGO. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 90% El hallazgo se encuentra vencido, dado que la fecha límite establecida para su cierre era el 30/08/2024 y a la fecha de la auditoría no se ha cumplido con la publicación oficial del procedimiento PR.GD.001.
	2. Aprobación de la actualización de la ficha de caracterización del proceso GD y procedimiento Planeación de documentos.	30/08/2024	Se verificó que en la intranet de la Corporación que se actualizó la Ficha de Caracterización de Gestión Documental, de fecha 26 de agosto 2024 con los cambios realizados. Está en revisión la actualización del procedimiento "PR.GD.001 Planeación de Documentos", por parte la Oficina de Planeación, sin embargo aún no se evidencia publicado.	80%	



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ilustración 25 PR.GD.001 publicado en la intranet (versión 11, 25 de julio de 2019)

CORPAMAG		PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO PR.GD.001
PLANEACIÓN DE DOCUMENTOS		VERSIÓN 11 SECCIÓN III Página 1 de 13	
EMISIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GR. 12 OFICINA DE PLANEACIÓN	ROSANA LASTRA CASTAÑEDA JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN	CARLOS FRANCISCO DIAZ GRANADOS MARTÍNEZ DIRECTOR GENERAL	
25 DE JULIO DE 2019	25 DE JULIO DE 2019	RESOLUCIÓN 3248 DEL 25 DE JULIO DE 2019	

1. OBJETIVO
Establecer las actividades encaminadas a la planeación, valoración y la normalización de la creación, aprobación y producción de los documentos de la entidad, en cumplimiento con el contexto administrativo, legal, funcional y técnico para el análisis y su registro en el sistema de gestión documental.

2. ALCANCE
Inicia con la solicitud de creación y/o modificación de documentos hasta la divulgación del documento aprobado.

3. RESPONSABLES
Responsable del procedimiento: Secretario General.
Responsable de la Ejecución procedimiento: Profesional Especializado Gr 12 del Grupo de las Tecnología de la Información y las Comunicaciones; Representante de la Dirección ante el Sistema de Gestión Integrado y; el Profesional Especializado Gr 12 de la Oficina de Planeación – Calidad.

9 Oportunidades de Mejora

- Se identificó que la Política de Administración de Riesgos, adoptada mediante Resolución No. 6044 del 15 de noviembre de 2024, permanece vigente y en aplicación. En agosto de 2025, el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP actualizó y expidió la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, publicada oficialmente en septiembre del presente año. Dado que dicho documento introduce nuevos lineamientos, se recomienda programar la actualización de la política institucional, con el fin de armonizarla con la nueva versión y fortalecer la gestión preventiva y la alineación normativa.
- En la revisión de los contratos de prestación de servicios 021 y 220 de 2025 se evidenciaron los siguientes aspectos:
 - No se diligenciaron en el formato de recibido a satisfacción los campos relacionados con el cumplimiento del control de riesgos.
 - Se presentaron retrasos puntuales en los pagos de las planillas de aportes en línea por parte de un (1) contratista.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

En consecuencia, se sugiere fortalecer las prácticas de supervisión, con el fin de mejorar la trazabilidad y el control sobre la ejecución contractual.

10 Conclusiones

Como resultado de la auditoría se identificaron cinco (5) hallazgos, relacionados con la desactualización de procesos y procedimientos del Sistema de Gestión Integrado, el reporte de indicadores de riesgos y de gestión, la formalización de riesgos fiscales, y la inoperancia del Comité de Gestión de Desempeño, así como dos (2) oportunidades de mejora.

Se constató que, aunque las actividades del proceso se ejecutan, la apropiación del SGI por parte de la Corporación aún no es plena, y persisten áreas que requieren atención para fortalecer los controles internos, garantizar la confiabilidad de la información y generar condiciones que faciliten el avance en la mejora continua del sistema.

Respecto al plan de mejoramiento suscrito con la OCI, el hallazgo permanece abierto hasta tanto se implementen las medidas correctivas.

11 Recomendaciones:

1. Se sugiere a la Corporación valorar aspectos que podrían contribuir al fortalecimiento y actualización del Sistema de Gestión Integrado (SGI), incluyendo la gestión de indicadores de riesgos y de procesos:
 - **Actualización documental:** Valorar la elaboración de un plan institucional que permita organizar y priorizar la revisión de procesos, procedimientos, instructivos y registros, definiendo cronogramas y responsables, de manera que se facilite la consistencia y actualización de la información.
 - **Funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño:** Se podría considerar su fortalecimiento como instancia para revisar avances, analizar necesidades del SGI y acompañar la toma de decisiones, incluyendo la revisión periódica de indicadores de riesgos y de gestión del Sistema.
 - **Roles y responsabilidades:** Examinar la posibilidad de formalizar roles asociados a la administración documental y a la gestión de indicadores en cada proceso, con el fin de facilitar revisiones periódicas y la entrega oportuna de información por parte de los líderes y sus equipos.
 - **Articulación entre líneas de defensa:** Revisar mecanismos que permitan mejorar la coordinación entre la primera y segunda línea de defensa, asegurando que los documentos del SGI y los indicadores reflejen la práctica operativa y mantengan consistencia entre fichas de caracterización, procedimientos, registros e información reportada.



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- **Disponibilidad y trazabilidad de documentos e indicadores:** Valorar ajustes que garanticen que los listados maestros de documentos, registros e indicadores estén accesibles, actualizados y trazables en la intranet institucional, facilitando la consulta y seguimiento oportuno.

2. Retomar la gestión de los riesgos fiscales, priorizando su aplicación y seguimiento; ampliar su alcance a los procesos con potencial exposición patrimonial, ajustando el ejercicio a los lineamientos de la Guía 7 de Riesgos, asegurando su validación institucional.

Para constancia se firma en Santa Marta D.T.C.H., a los doce (12) días del mes de diciembre del año 2025.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Responsabilidad (cargo)	Firma
LILIANA HIDALGO GARCIA	Jefe Oficina de Control Interno Auditor Líder	
NEYLA MARTÍNEZ OROZCO	Profesional Especializado Gr 14 Auditor	
SANDRA MANJARRÉS CÓRDOBA	Contratista Auditor	