

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS
DOMICILIARIOS DE DUITAMA
EMPODUITAMA S.A. E.S.P.

INFORME DE GESTIÓN
VIGENCIA PRIMER SEMESTRE 2026

DUITAMA, BOYACÁ

JULIO 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 2

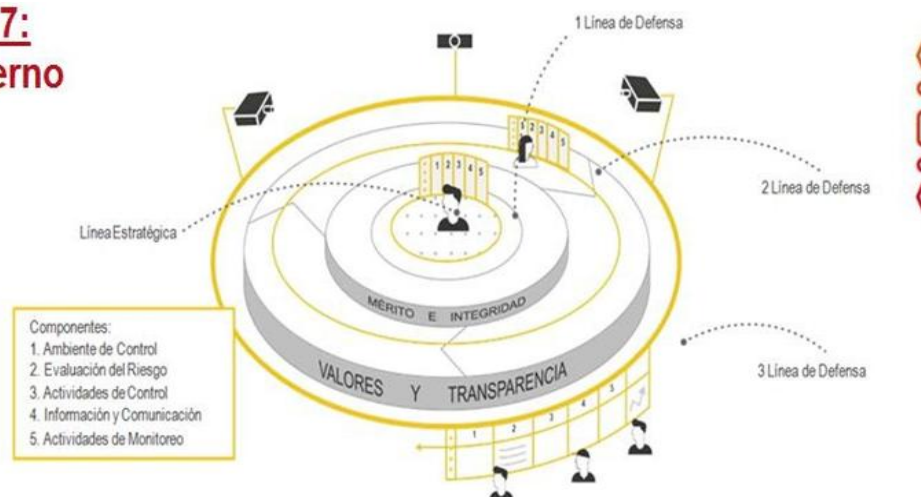
OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION INFORME EJECUTIVO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION VIGENCIA PRIMER SEMSTRE DEL AÑO 2026

DESCRIPCION GENERAL DEL PROCESO

El presente informe de la Oficina de Control Interno de Gestión de EMPODUITAMA S.A. E.S.P. presenta un resumen de las actividades desarrolladas durante el primer semestre de la vigencia 2026, las cuales fueron ejecutadas en cumplimiento del marco normativo aplicable y en desarrollo de los cinco roles asignados a las Oficinas de Control Interno por la normativa vigente. Estas actividades se encuentran contempladas en los Planes Anuales de Auditoría correspondientes a las vigencias 2023, 2024, 2025 y 2026.

Así mismo, con el propósito de facilitar el análisis de la gestión institucional y evidenciar la evolución de los resultados obtenidos, en algunos apartados del informe se incluyen comparaciones y análisis entre diferentes vigencias, permitiendo identificar avances, tendencias y oportunidades de mejora en los procesos evaluados.

Dimensión 7: **Control Interno**



El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG promueve el mejoramiento continuo, razón por la cual éste debe establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como los mecanismos para su prevención y evaluación. El Control Interno de Gestión es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG cumplan su propósito.

Por lo anterior, y en cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos, enmarcados dentro del Sistema de Gestión de Calidad – SGC, la cultura de servicio a la ciudadanía, nuestra razón de ser y, del servicio público, al estar inmersa en los principios de eficiencia y eficacia, se espera que con la articulación coordinada de los 16 procesos Institucionales:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 3

- ☒ Gestión Gerencial
- ☒ Gestión de Comunicaciones
- ☒ Planeación Organización y Mejora Continua
- ☒ Gestión Prestación del Servicio
- ☒ Gestión Comercial
- ☒ Gestión de PQR's
- ☒ Gestión de las TIC
- ☒ Gestión Humana
- ☒ Gestión de Bienes
- ☒ Gestión Contractual,
- ☒ Gestión Jurídica
- ☒ Gestión Documental
- ☒ Gestión Control Calidad del Agua – Laboratorio
- ☒ Gestión de recursos Físicos y Financieros,
- ☒ Gestión Control Interno Disciplinario
- ☒ Proceso Evaluación y Seguimiento a la Gestión

Engranados dentro del Mapa de Procesos en:

- ☒ Proceso Estratégicos 3
- ☒ Proceso Misionales 3
- ☒ Proceso Apoyo 9
- ☒ Evaluación 1

Con el propósito de facilitar una gestión sistémica, armónica y articulada, mediante la integración de la normatividad vigente en materia de gestión y desempeño institucional con los manuales, instructivos, procedimientos y formatos que regulan la operación de la entidad, resulta indispensable mantener dichos documentos permanentemente actualizados. Lo anterior contribuye al fortalecimiento del talento humano, la optimización de los procesos institucionales, la consolidación de una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo y al cumplimiento de los principios de transparencia, eficiencia y participación ciudadana.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 4



La operatividad del Modelo de Líneas de Defensa, orientado al fortalecimiento del autocontrol, la autoevaluación, la autorregulación, la autogestión y la evaluación independiente, inicia con el compromiso y la responsabilidad de cada contratista, trabajador, funcionario y líder de proceso en el desarrollo de sus funciones. Así mismo, involucra la gestión de la Oficina de Planeación como segunda línea de defensa, se consolida mediante las decisiones adoptadas en los Comités Institucionales y se complementa con la labor de evaluación independiente ejercida por la Oficina de Control Interno de Gestión. Todo ello se fortalece con el direccionamiento y las decisiones de la Alta Dirección, representada por la Gerencia y la Junta Directiva, quienes tienen la responsabilidad de garantizar el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno y la efectividad de cada una de las líneas de defensa.



	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 5

PLAN ANUAL DE AUDITORIA BASADO EN RIESGOS

El Plan Anual de Auditoría comprende las actividades de evaluación y seguimiento que, de conformidad con la normatividad vigente, deben ser ejecutadas por la Oficina de Control Interno de Gestión (OCIG). Dichas actividades incluyen la elaboración y presentación de informes con la periodicidad y dentro de los plazos establecidos por la ley, los organismos de control y demás autoridades competentes.

La programación de las actividades correspondientes a las vigencias objeto del presente Informe Ejecutivo, así como de los demás Planes Institucionales, se encuentra publicada en la página web institucional, en cumplimiento de los principios de transparencia, acceso a la información y publicidad de la gestión pública.

- ☒ Plan de adquisiciones
- ☒ Plan estratégico del talento humano
- ☒ Plan de seguridad y privacidad de la información
- ☒ Plan anual de auditorías
- ☒ Plan institucional de archivo – PINAR
- ☒ Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP
- ☒ Plan de acción Institucional - PAI
- ☒ Plan Institucional de capacitación - PIC
- ☒ Plan Institucional de bienestar - PIB
- ☒ Plan anual de seguridad y salud en el trabajo – SST /
- ☒ Plan Estratégico de Seguridad Vial 2026
- ☒ Plan estratégico de tecnologías de información – PETI
- ☒ Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información

Para la vigencia 2026 se consolidó un total de trece (13) Planes Institucionales, incluyendo el Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), el cual había sido formulado, pero no desarrollado durante la vigencia 2025.

Con el fin de evaluar la evolución en la formulación, ejecución y seguimiento de los Planes Institucionales, a continuación, se presenta el porcentaje de cumplimiento alcanzado en cada uno de ellos durante las vigencias comprendidas entre 2022 y 2026. Este análisis comparativo permite evidenciar el comportamiento histórico de los resultados, identificar tendencias, avances y oportunidades de mejora en la gestión institucional, así como valorar el grado de cumplimiento de las metas establecidas y la efectividad de las acciones implementadas por los diferentes responsables.

La información presentada constituye una herramienta de análisis para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, facilitando el seguimiento al desempeño institucional, la implementación de acciones de mejora continua y el fortalecimiento de los procesos de planeación, control y evaluación, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Sistema de Control Interno.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 6

CUMPLIMIENTO PLANES INSTITUCIONALES						
No	NOMBRE DEL PLAN	2022	2023	2024	2025	1 Semestre 2026
1	Plan Estratégico del Talento Humano - PETH	26 %	35 %	82 %	85 %	17 %
2	Plan Institucional de Capacitación - PIC	35 %	26 %	66 %	87 %	13 %
3	Plan institucional de Bienestar - PIB	82 %	72 %	88 %	83 %	48 %
4	Plan de Seguridad y Salud en el trabajo – SG SST	70 %	85 %	91 %	75 %	25 %
	Plan Estratégico de Seguridad Vial	0	0	0	0	10 %
5	Plan Institucional de Archivos - PINAR	57 %	75 %	90 %	90 %	39 %
6	Plan Anual de Auditoria	100 %	73 %	82 %	92 %	52 %
7	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Medio	Medio	Medio	Medio	-
8	Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP	-	-	-	-	36 %
9	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	73 %	60 %	60 %	Sin Reporte	31 %
10	Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información	75 %	56 %	6 %	Sin Reporte	80 %
11	Plan de Tratamiento de Riesgos de seguridad y privacidad de la Información	44 %	45 %	61 %	Sin Reporte	64 %

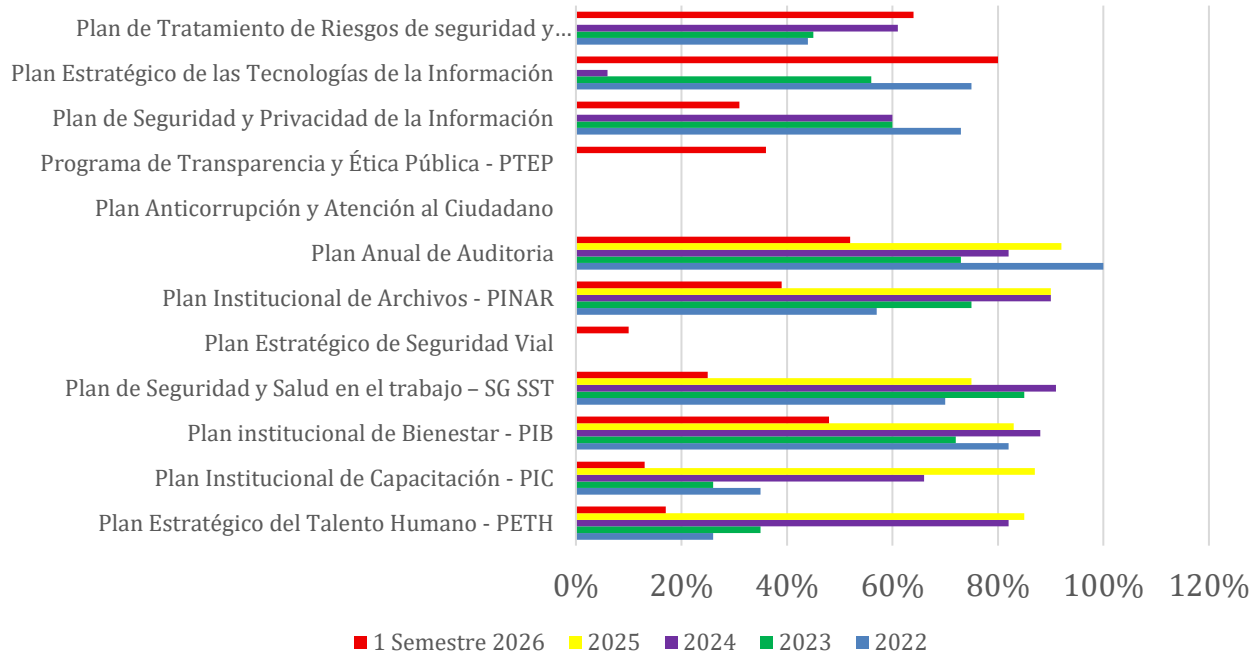
Durante el primer semestre de 2026, los planes institucionales presentan avances acordes con el periodo evaluado, destacándose el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información (80%), el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información (64%) y el Plan Anual de Auditoría (52%). Así mismo, el Plan Institucional de Bienestar (48%) y el Programa de Transparencia y Ética Pública (36%) evidencian un nivel de ejecución favorable. Por su parte, algunos planes registran avances inferiores al 40%, como el PETH (17%), el PIC (13%), el SG-SST (25%), el PINAR (39%), el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información (31%) y el Plan Estratégico de Seguridad Vial (10%), por lo que requieren fortalecer su ejecución durante el segundo semestre para garantizar el cumplimiento de las metas establecidas al cierre de la vigencia.

El Plan de Auditoria basado en riesgos está cumpliendo la metodología del DAFP y se aplican los requisitos relativos a la Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e ISO 19011:2018 Auditoria de los Sistemas de Gestión. La documentación se encuentra estandarizada en Procedimientos, Instructivos, Manuales, Reglamentos y, Formatos en el Sistema de Gestión de Calidad – SGC., y, las actualizaciones de cada uno de los Procesos están en cabeza del líder respectivo y la refrendación por parte del Comité de Calidad Institucional.

Finalmente, en el Plan de Auditoria Anual, se incluyen un conjunto de actividades que, de acuerdo con la normatividad vigente se deben evaluar y realizar seguimiento mediante comunicaciones, notas e informes que deben ser emitidos de acuerdo con la periodicidad y/o fechas establecidas en la ley, por los entes de control, Dirección Nacional de Derechos de Autor, Departamento Administrativo de Función Pública - DAFP, Contaduría General de la Nación – CGN, Superintendencia de Servicios Públicos, Procuraduría General de la Nación, Auditoria General de la Republica, DIAN y/o Revisoría Fiscal, SIGA y entre otros.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 7

COMPORTAMIENTO HISTORICO PLANES INSTITUCIONALES



Del seguimiento realizado a la ejecución de las actividades programadas en los Planes Institucionales, se evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y seguimiento, mediante la implementación de controles que permitan identificar oportunamente desviaciones frente a las metas establecidas y adoptar las acciones correctivas correspondientes. Así mismo, se recomienda priorizar la ejecución de las actividades pendientes en los planes con menor nivel de avance, definiendo responsables, cronogramas y mecanismos de monitoreo que garanticen el cumplimiento de los compromisos establecidos. De igual forma, es indispensable asegurar el reporte oportuno, completo y consistente de los avances de todos los planes institucionales, especialmente de aquellos que en vigencias anteriores presentaron ausencia de información, con el propósito de fortalecer la trazabilidad, facilitar la evaluación de resultados y apoyar la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

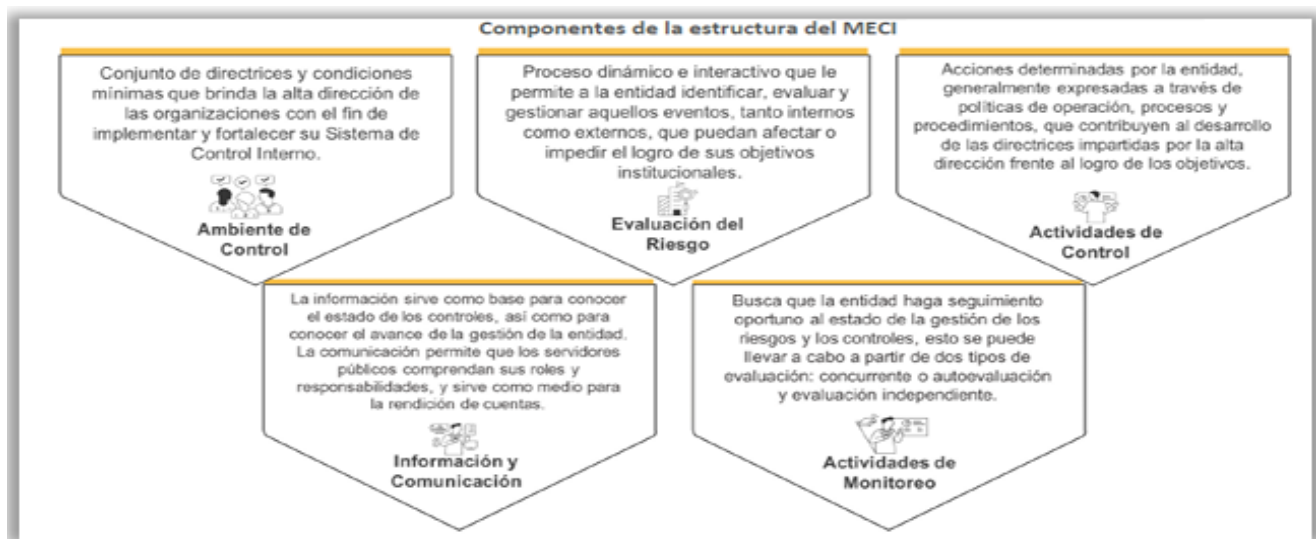
En relación con el Plan Anual de Auditoría, conformado por 27 actividades y aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Oficina de Control Interno de Gestión ha desarrollado las acciones de evaluación, seguimiento y control mediante la elaboración de informes, de acuerdo con la periodicidad y los plazos establecidos por la normatividad vigente y los requerimientos de los organismos de control.

En este sentido, a continuación se presenta el avance específico alcanzado durante el primer y segundo trimestre de la vigencia 2026, así como el resultado acumulado equivalente a un 52% correspondiente al primer semestre del año, evidenciando el nivel de cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 8

No.	Concepto	Avance Acumulado 2026	Responsables	SEGUIMIENTO ACTIVIDADES	
				TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2
				Avance del Trimestre 100%	Avance del Trimestre
4	Plan anual de auditorías.	52%	Control Interno de Gestion	26%	26%

EVALUACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO



Resulta fundamental realizar un análisis comparativo de las diferentes evaluaciones del Sistema de Control Interno de EMPODUITAMA S.A. E.S.P. correspondientes a las últimas vigencias, en la medida en que la efectividad de dicho sistema depende, en gran parte, del nivel de engranaje, articulación y acoplamiento alcanzado con los Líderes de los distintos procesos institucionales.

Asimismo, dicha efectividad está estrechamente relacionada con la armonía, el compromiso y la responsabilidad con que se ejecutan las actividades, acciones y tareas propias de cada proceso, así como con la diligencia y oportunidad en la atención de las observaciones formuladas, la identificación de oportunidades de mejora, la formulación y ejecución de los Planes de Mejoramiento y la aplicación de las recomendaciones y/o sugerencias derivadas de las actividades de seguimiento y evaluación realizadas a cada una de las Áreas de la entidad.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA		CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
			FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 9



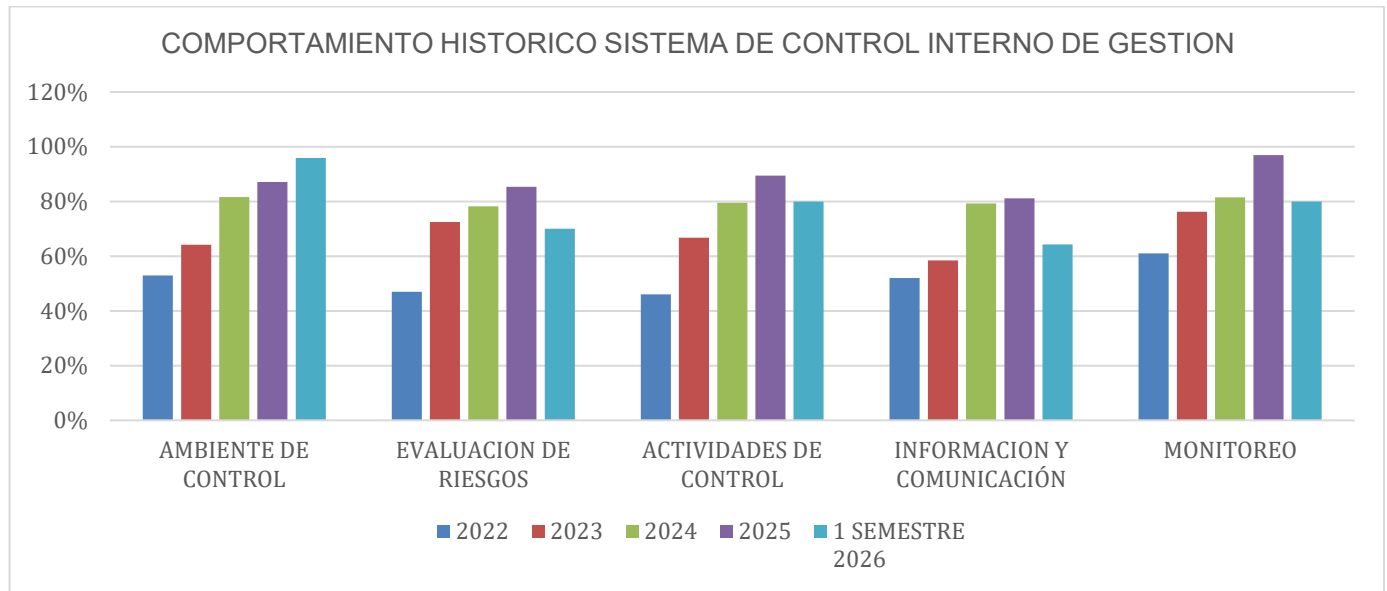
Nombre de la Entidad:	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE DUITAMA EMPDOUTAMA S.A. E. S. P.
Periodo Evaluado:	ENERO A JUNIO DEL 2020
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	78%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si o en proceso) No (Justifique su respuesta)	En proceso	Los resultados obtenidos de conformidad con el seguimiento al Sistema de Control Interno, cuyos componentes están operando de manera integrada, sin dejar de reconocer que se debe continuar con los esfuerzos necesarios para mejorar su fortalecimiento desde el Autocontrol, la Autogestión, la Autogestión, la Autogestión y la Autogestión. Teniendo presente que el ambiente de Control lo generamos entre todos los miembros de la Entidad, para que sea más eficiente, eficaz y coherente, expresado en porcentaje, tenemos: El General en un 78.02%. En su orden por componentes tenemos: 1. Componente Ambiente de Control, obtuvo un porcentaje de 96%. 2. Componente Evaluación del Riesgo con el 70%. 3. Componente Actividades de Control con el 80%. 4. Componente Información y Comunicación presentó un 64%. 5. Componente de Monitoreo el 80%.
¿Es efectivo el sistema de Control Interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta)	Si	El Sistema de Control Interno de EMPDOUTAMA S.A. E.S.P. desde la Gerencia y en cabeza del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno debe continuar difundiendo la cultura del Autocontrol en todas las áreas y a todos los niveles organizacionales, con actividades y tareas constantes, permanentes, mediante el esquema de las líneas de defensa, lo cual permitirá unos mejores avances y mejores resultados del Sistema de Control Interno, porque el Control es de todos y no de una sola dependencia. Es fundamental continuar trabajando con cada uno de los líderes de los diferentes procesos (Misionales - Operativos - De Apoyo), para lograr una verdadera coherencia de trabajo en equipo donde la cadena de Valor Público de Control sea una premisa desde los insumos y los procesos para lograr eficiencia en la ejecución, hasta los productos, los resultados o efectos y los impactos para lograr cambios efectivos en las condiciones que nos permitan mejorar la vida de nuestra población objeto.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control? (Si/No) (Justifique su respuesta)	Si	EMPDOUTAMA S.A. E.S.P. continuará con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno mediante actividades integradas en todas sus líneas de defensas. Desde la Gerencia, el Comité Institucional de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desarrollo, se viene con la disposición y el compromiso de fortalecer el Sistema de Control Interno, esperando que se comparta esta decisión cada día más en cada uno de las Áreas de la Entidad. Los Líderes de los Procesos suscriben los planes de mejora a que halla lugar y de conformidad con las Auditorías realizadas. En este punto se requiere un apoyo (persona) permanente a la Oficina de Control Interno de Gestión para coadyuvar en la realización de las Auditorías programadas y eventuales que se requieran.

COMPORTAMIENTO HISTORICO SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE GESTION						
No.	COMPONENTE	2022	2023	2024	2025	1 SEMESTRE 2026
1	AMBIENTE DE CONTROL	53%	64%	82%	87%	96%
2	EVALUACION DE RIESGOS	47%	73%	78%	85%	70%
3	ACTIVIDADES DE CONTROL	46%	67%	80%	89%	80%
4	INFORMACION Y COMUNICACIÓN	52%	59%	79%	81%	64%
5	MONITOREO	61%	76%	82%	97%	80%
	Total	52%	68%	80%	88%	78%

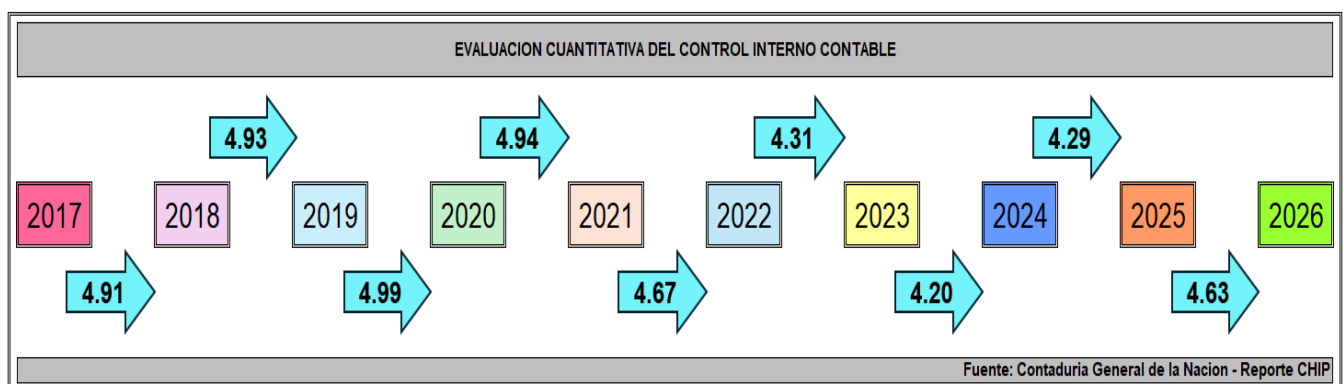
En cada vigencia, la entidad debe continuar fortaleciendo la implementación y consolidación de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), garantizando su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Para ello, es fundamental que los principios de autocontrol, autorregulación y autoevaluación sean apropiados e incorporados en el desarrollo de las funciones y actividades de todos los niveles de la organización, desde la Alta Dirección hasta los líderes de proceso, servidores públicos y contratistas. Este compromiso colectivo permite fortalecer la cultura del control, mejorar el desempeño institucional, gestionar adecuadamente los riesgos y promover el mejoramiento continuo de la gestión, contribuyendo al logro de los objetivos estratégicos de la entidad.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 10



EVALUACION DEL CONTROL INTERNO CONTABLE

Este Procedimiento tiene como finalidad orientar a las áreas financieras, contables y presupuestales en la realización de las gestiones administrativas necesarias para garantizar que la información financiera cumpla con las características fundamentales de relevancia y representación fiel a que se refiere el marco conceptual del marco normativo incorporado en el Régimen de Contabilidad Pública. En este orden de ideas, la información financiera debe servir de instrumento para que los diferentes grupos de interés basen sus análisis para efectos de control, toma de decisiones y rendición de cuentas, a fin de lograr una gestión pública eficiente y transparente, para lo cual revelará información que interprete la realidad económica. Es así como, la información revelada en los estados financieros debe ser susceptible de comprobaciones y conciliaciones exhaustivas, aleatorias, internas o externas que acrediten sus características fundamentales de relevancia y representación fiel y que confirmen la aplicación estricta del Régimen de Contabilidad Pública para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos de la entidad.



	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 11

Esta evaluación, que no es más que la medición cuantitativa a través de una matriz elaborada por la Contaduría General de la Nación, con el propósito de determinar la existencia de controles y su efectividad para la prevención y neutralización del riesgo asociado a la gestión contable, y de esta manera establecer el grado de confianza que se le puede otorgar, es realizada con criterio de independencia y objetividad, de conformidad con lo establecido en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014, adoptado mediante el Decreto 943 de 2014, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Los resultados de la evaluación del Sistema de Control Interno Contable deben constituirse en una herramienta de retroalimentación que permita definir e implementar acciones de mejoramiento orientadas a corregir las debilidades y desviaciones identificadas. En este contexto, se evidencian avances en el fortalecimiento del proceso contable, como resultado del trabajo articulado entre las diferentes áreas y de la implementación de las recomendaciones formuladas por la Revisoría Fiscal y la Oficina de Control Interno, lo que ha contribuido al mejoramiento continuo institucional. No obstante, se recomienda al Líder del Proceso de Gestión Financiera fortalecer la administración de los riesgos asociados al proceso contable mediante su identificación, evaluación, tratamiento, control y seguimiento, con el fin de garantizar la confiabilidad, oportunidad y calidad de la información financiera, en cumplimiento del Régimen de Contabilidad Pública. De igual forma, es necesario implementar controles que aseguren el registro completo y oportuno de los hechos económicos, verificar la correcta aplicación del marco normativo vigente y formalizar un procedimiento que defina claramente las actividades, responsabilidades y el flujo de información entre las diferentes dependencias, garantizando el adecuado reconocimiento, medición, registro y revelación de las operaciones contables, así como el fortalecimiento permanente del Sistema de Control Interno Contable.

RESULTADOS MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION – MIPG MEDICION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL – FURAG

Esquema operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG está integrado por siete dimensiones operativas y diecinueve políticas de gestión y desempeño institucional y “es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo (en nuestro caso Municipal) y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio” A través de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI se evaluará de manera permanente la efectividad de los controles diseñados a partir de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, lo que consolida la alineación del Sistema de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual fue adoptado finalmente, por EMPODUITAMA S.A. E.S.P., mediante Resolución No. 158 del 20 de mayo del 2022 y, en cuya artículo primero, parágrafo primero, determina la articulación con el Sistema de Gestión de Calidad, el cual fue adoptado formalmente mediante Resolución No. 084 del 20 de febrero del 2025.

En ese sentido, estos aspectos temáticos MIPG y MECI, son medidos a través de la operación estadística con la metodología aplicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública -

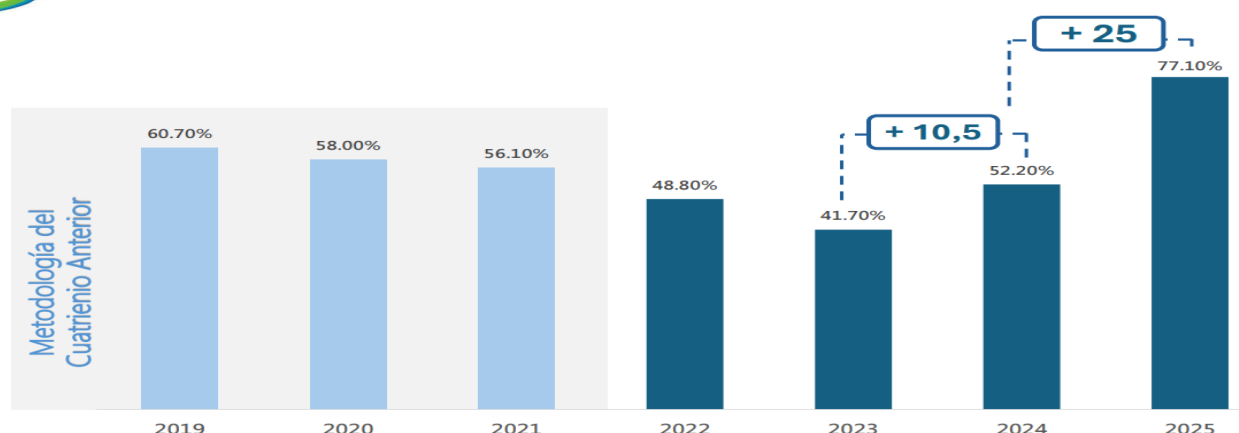
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 12

DAFP, tomando como insumo el trámite que hacen las respectivas entidades a través del diligenciamiento del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión - FURAG.

La medición correspondiente al Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG) de EMPODUITAMA S.A. E.S.P. se presenta con corte a la vigencia 2025, cuyos resultados fueron reportados y publicados durante el año 2026. Dado que esta constituye la medición más reciente del desempeño institucional, se realiza un análisis comparativo de los resultados obtenidos en las vigencias 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025, con el propósito de identificar la evolución del Índice de Desempeño Institucional, evidenciar los avances alcanzados en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y determinar las oportunidades de mejora que deberán priorizarse en la formulación de acciones para la vigencia 2027.

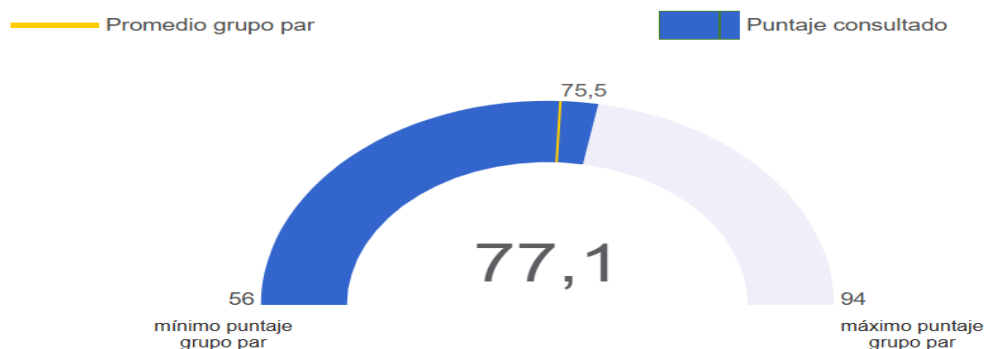


HISTÓRICO EMPODUITAMA FURAG



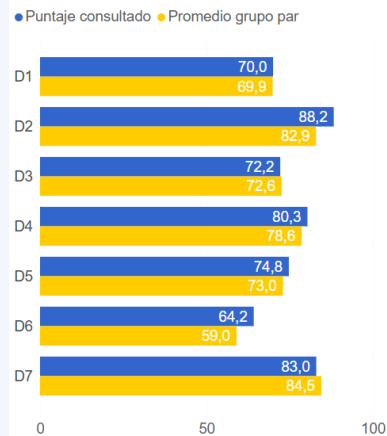
I. Resultados Generales

Índice de Desempeño Institucional



Nota 1 : El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño



Dimensión	Puntaje consultado
D1: Talento Humano	70,0
D2: Direccionamiento y Planeación	88,2
D3: Gestión para Resultados	72,2
D4: Evaluación de Resultados	80,3
D5: Información y Comunicación	74,8
D6: Gestión del Conocimiento	64,2
D7: Control Interno	83,0

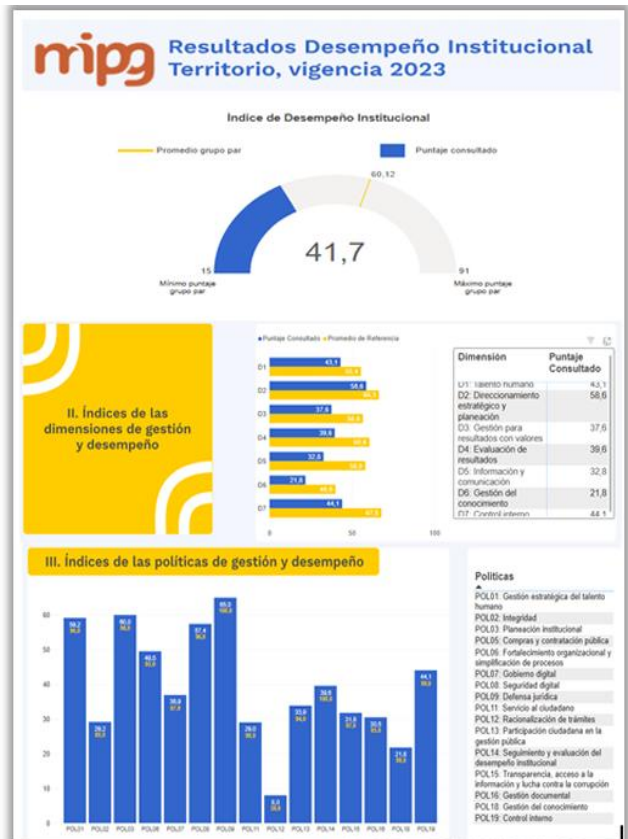
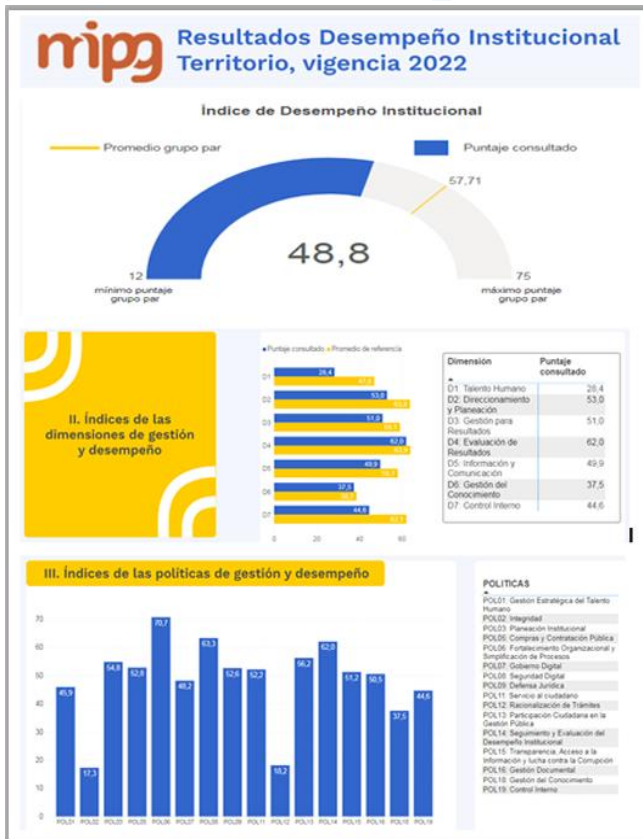
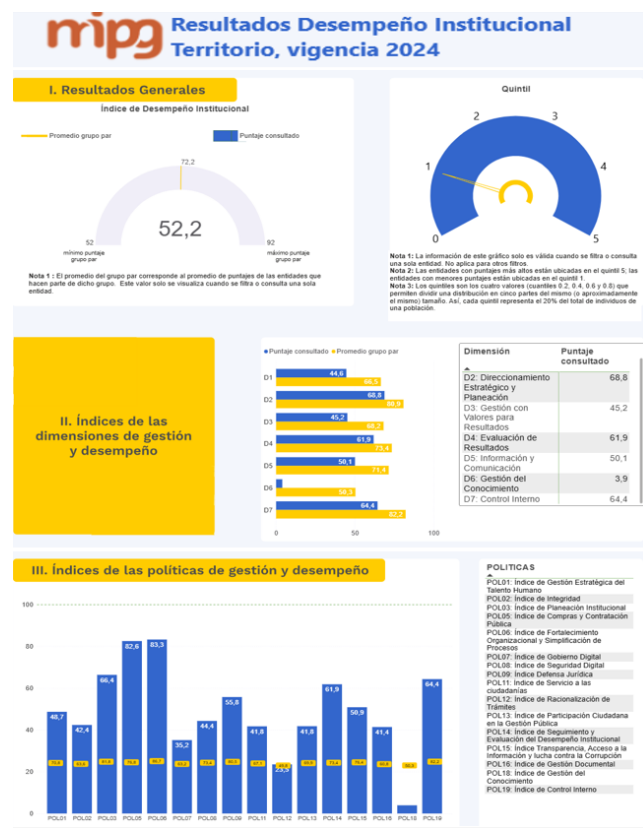
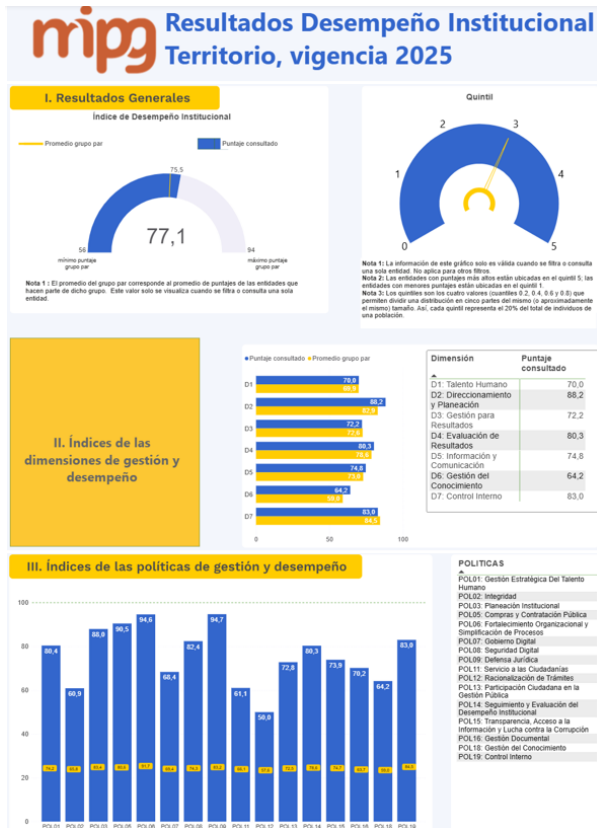
III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



POLITICAS

- POL01: Gestión Estratégica Del Talento Humano
- POL02: Integridad
- POL03: Planeación Institucional
- POL05: Compras y Contratación Pública
- POL06: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- POL07: Gobierno Digital
- POL08: Seguridad Digital
- POL09: Defensa Jurídica
- POL11: Servicio a las Ciudadanías
- POL12: Racionalización de Trámites
- POL13: Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- POL14: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- POL15: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción
- POL16: Gestión Documental
- POL18: Gestión del Conocimiento
- POL19: Control Interno

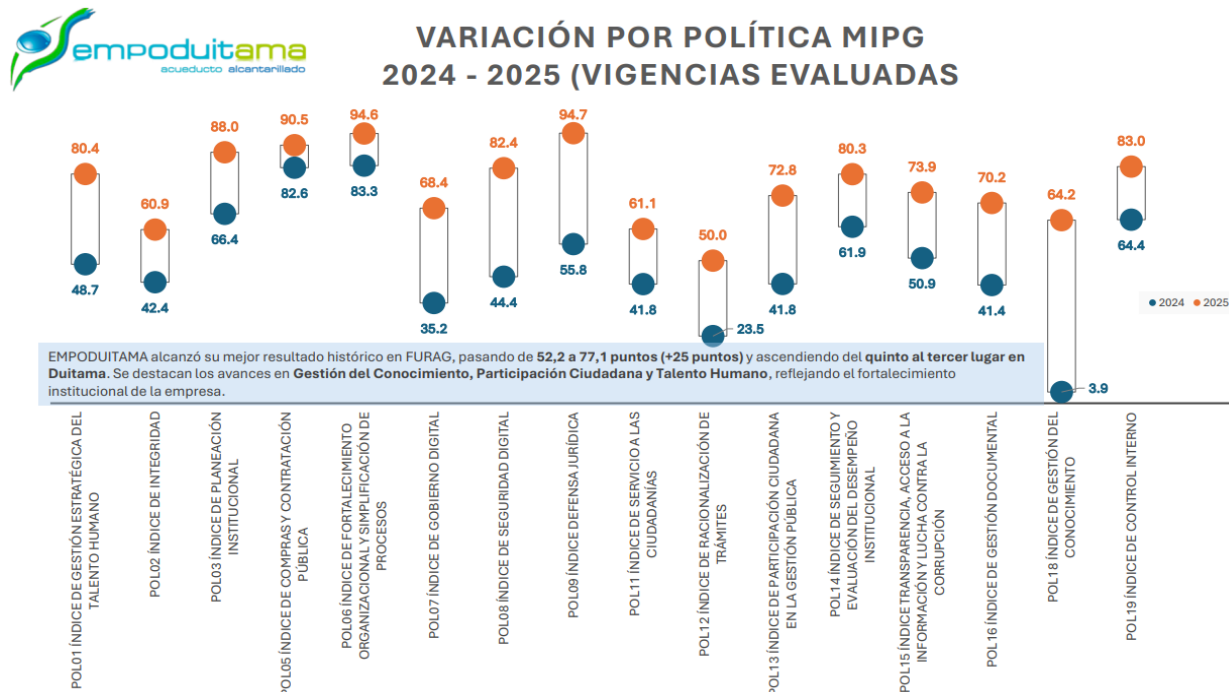
Nota 1: La etiqueta de valores en amarillo en cada columna indica el valor promedio obtenido en la política específica consultada.



	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA		CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
			FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 15



	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 16



Visualizando todas las políticas cuantificadas durante estas vigencias, observamos que existe un grupo al cual debemos proporcionar herramientas desde la planeación estratégica institucional que para que se fortalezcan las debilidades diagnosticadas e identificar las áreas funcionales responsables, proponer y actualizar procesos e implementar y socializar las mejoras estandarizadas en el Sistema de Gestión de Calidad – SGC, de tal manera que permitan mantener las condiciones de eficiencia y eficacia que garanticen su permanencia en el tiempo. Estas son:

- Gestión del conocimiento
- Racionalización de Trámites
- Gobierno Digital
- Gestión Documental
- Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- Servicio a las Ciudadanías
- Integridad
- Seguridad Digital

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

Calle 16 No. 14 – 68 Edificio Multicentro /
Duitama, Boyacá Líneas de atención } 3002589974
radicacion@empoduitama.com
www.sitioempoduitama.com



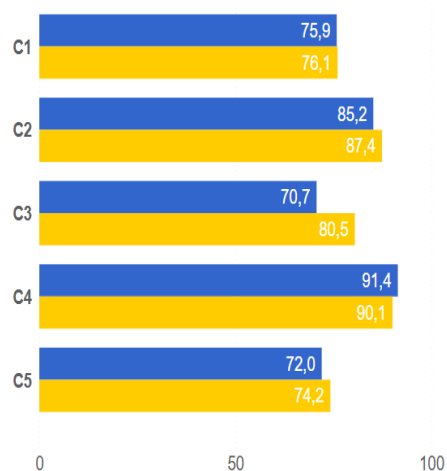
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 17

VIGENCIA 2025



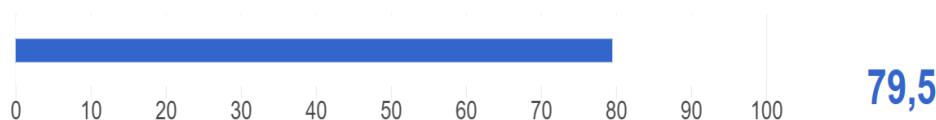
II. Índices de desempeño de los componentes MECI

● Puntaje Consultado ● Valor media de Referencia



Componente

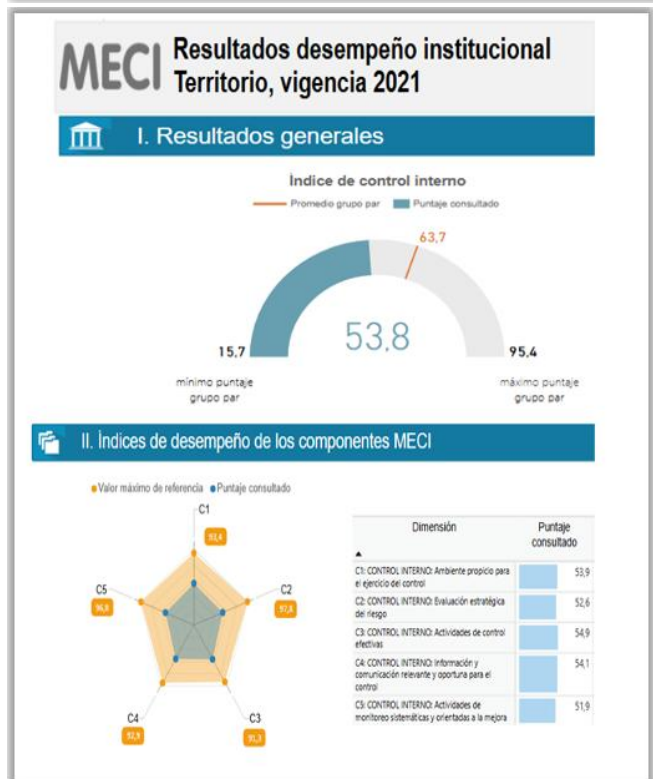
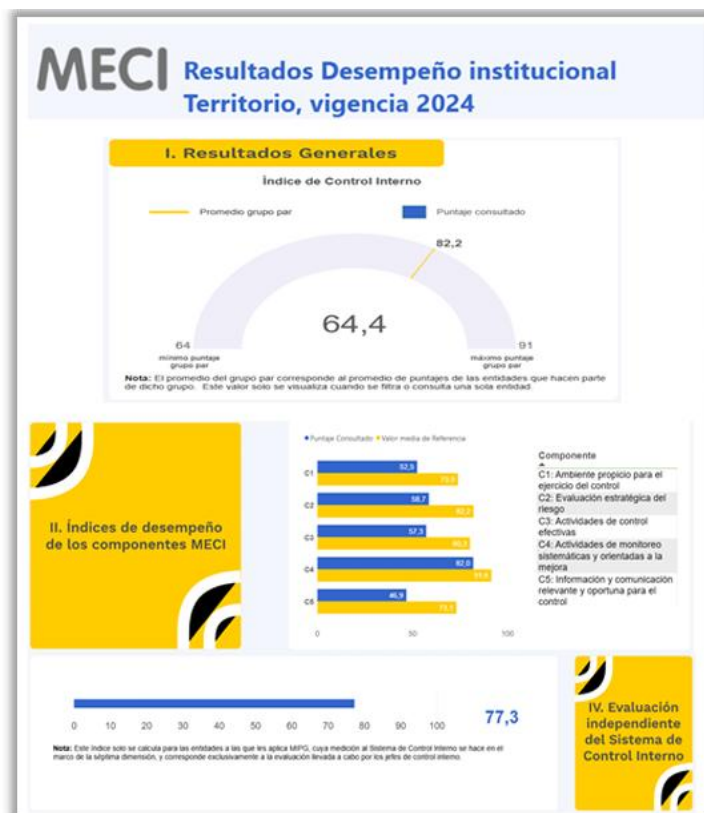
- C1: Ambiente propicio para el ejercicio del control
- C2: Evaluación estratégica del riesgo
- C3: Actividades de control efectivas
- C4: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora
- C5: Información y comunicación relevante y oportuna para el control



Nota: Este índice solo se calcula para las entidades a las que les aplica MIPG, cuya medición al Sistema de Control Interno se hace en el marco de la séptima dimensión, y corresponde exclusivamente a la evaluación llevada a cabo por los jefes de control interno.

III. Evaluación independiente del Sistema de Control Interno

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA		CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
			FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 18



En la Evaluación Independiente realizada por los años observados, el cual en su momento consistió en efectuar un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 19

Gestión y Desempeño contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y su efectividad con la estructura de Control, teniendo en cuenta lo previsto en el Decreto 2106 de 2019, lo contenido de la Circular 100-006-2019 y, demás aplicables, formato diseñado y parametrizado por el Departamentalmente Administrativo de la Función Pública - DAFP, en el cual se analizan 16 lineamientos y 81 variables enmarcadas en los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI., y cuya fuente de información son los resultados obtenidos del FURAG, con lo anterior, se puede concluir que los componentes se encuentran presentes y operando de manera adecuada, articulada e integrada, se cuenta con los elementos necesarios para implementar las acciones de mejora continua tendientes a fortalecer día a día el Sistema de Control Interno en EMPODUITAMA S.A. E.S.P., Sin embargo, se requiere consolidar acciones dirigidas a fortalecer y, optimizar la Política de Administración de Riesgos, entre otros, en:

- Los eventos de información recibida a través de: PQRSD'S, Redes Sociales, Correo Electrónico Institucional, canales diferentes internos y externos.
- Actualizar y complementar los procedimientos, instructivos y formatos en cada uno de los Procesos estandarizados en el Sistema de Gestión de Calidad - SGC a fin de solucionar las dificultades observadas, detectadas y manifestadas
- Socialización, análisis, seguimiento y acatamiento de los Planes de Mejoramiento derivados de: Revisoría Fiscal, Auditoría Interna, Auditoría Externa, Órganos de Control, etc.
- Monitorear, medir y evaluar lo relativo al acceso, control y manejo de medios Informáticos, tecnológicos, de divulgar a los grupos de valor o de interés y, ciudadanía en general, que puedan acceder a información publicada en medios digitales (página web, redes sociales institucionales) y, no digitales (carteleras, tableros, etc.) con lenguaje inclusivo, sin limitante de su orientación sexual y discapacidad

En relación con las políticas del Sistema de Control Interno, se presentan las siguientes observaciones que se pueden de manera de considerar para su estudio y aplicación:

OBSERVACIONES	POLÍTICA RELACIONADA
Analizar la información recibida a través de las encuestas de percepción de la entidad, que permita contar con insumos para evaluar el cumplimiento de la política de integridad.	POL19
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el protocolo o procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de interés de la entidad y su efectividad, para cada caso tratado y específicamente para la gestión de recusaciones.	POL19
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), el cumplimiento sobre la información que debe ser reportada en el Aplicativo por la Integridad Pública en aplicación de la Ley 2013 de 2019.	POL19
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), el cumplimiento sobre la información que debe ser reportada en el Aplicativo por la Integridad Pública en aplicación del Decreto 830 de 2021, sobre Personas Expuestas Políticamente – PEP.	POL19

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 20

La Alta Dirección en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), deben incorporar en su agenda para alguna de sus sesiones, la verificación sobre la inclusión en el plan estratégico de talento humano de los requerimientos establecidos en el Decreto 2011 de 2017 sobre el acceso al empleo público de personas con discapacidad.	POL19
La Alta Dirección en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), deben incorporar en su agenda para alguna de sus sesiones, la verificación sobre el cumplimiento en la aplicación de la evaluación del desempeño de todas y todos los servidores de la entidad (de acuerdo con el sistema y formatos previstos para tal fin).	POL19
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, verificar que, se aplican los monitoreos a la gestión del riesgo en la entidad, de acuerdo con las periodicidades establecidos en la política de administración de riesgo, incluyendo los riesgos de fraude o corrupción	POL19
Incorporar en la política de administración del riesgo de la entidad los lineamientos para otros sistemas de gestión como seguridad y salud en el trabajo, ambiental, los relacionados con el sector salud y educación (donde aplican).	POL19
Considerar la información proveniente de los servicios internos de soporte (mesa de ayuda) en materia de tecnología, para el análisis de los eventos (materializaciones del riesgo)	POL19
Considerar la información proveniente de las PQRD (peticiones, quejas, reclamos, denuncias) de la entidad, para el análisis de los eventos (materializaciones del riesgo)	POL19
Considerar la información proveniente de las líneas internas de denuncia de la entidad, para el análisis de los eventos (materializaciones del riesgo)	POL19
Identificar en la política de administración del riesgo las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo al jefe de servicio al ciudadano o quien haga sus veces, como instancia de 2a línea de defensa, encargada de hacer monitoreo a las PQRD, generando alertas sobre incumplimientos, quejas en la prestación del servicio, tutelas u otras situaciones de riesgo detectadas.	POL19
Identificar en la política de administración del riesgo las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo otras instancias de 2a línea identificadas de alta o media gerencia como secretarios de despacho, subdirectores, directores técnicos, coordinadores, gerentes de proyectos u otros, que lideran temas estratégicos transversales y reportan alertas con base en los seguimientos realizados al respecto, acorde con lo establecido en la política de administración del riesgo en el marco del esquema de líneas de defensa.	POL19
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, determinar la idoneidad en el diseño de los controles	POL19
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, evaluar la implementación de los controles por parte de los responsables, atendiendo su diseño (atributos)	POL19
Documentar y actualizar los procedimientos contables.	POL19
Establecer si el flujo de información sobre gestión interna de la entidad se da en las dos vías: desde el equipo directivo hacia las y los trabajadores como de las y los trabajadores hacia el equipo directivo.	POL19
El jefe de control interno o quien haga sus veces en cumplimiento de su rol de evaluación y seguimiento, evaluar la gestión de la información y dejar las correspondientes evidencias	POL19
El jefe de control interno o quien haga sus veces en cumplimiento de su rol de evaluación y seguimiento, a partir de la evaluación de la gestión de la información, identificar las debilidades o hallazgos y comunicarlal al comité institucional de coordinación de control interno y/o al representante legal para la toma de decisiones.	POL19

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 21

Establecer y aplicar una metodología o procedimiento que permita contar con lineamientos para el desarrollo del proceso de auditoría y/o realización de seguimientos a la gestión institucional.	POL19
El jefe de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la normatividad que regula sus funciones y roles, para la elaboración del plan anual de auditorías o seguimientos, debe contemplar el análisis del universo de auditoría	POL19
El jefe de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la normatividad que regula sus funciones y roles, para las auditorías ejecutadas debe adelantar el seguimiento a los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta las técnicas y procedimientos establecidos para esta fase.	POL19
El jefe de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la normatividad que regula sus funciones y roles, para el análisis de las unidades auditables, establecer la fecha de la última auditoría realizada a cada unidad identificada	POL19
El jefe de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la normatividad que regula sus funciones y roles, para el análisis de las unidades auditables, cuantificar el impacto en los objetivos estratégicos a cada unidad identificada	POL19
Incorporar en las auditorías internas basadas en riesgos la evaluación de las políticas y estrategias implementadas para la gestión del talento humano en la entidad	POL19
Incorporar dentro del universo de auditoría el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) a fin de determinar su nivel de criticidad y ciclo de rotación.	POL19
Analizar la oportunidad, integridad y coherencia de la información suministrada por parte de los líderes de proceso o los delegados para la entrega de la información con destino al organismo de control y emitir la asesoría y/o recomendaciones y/o alertas respectivas tendientes a facilitar el flujo de información con dichos organismos.	POL19
Disponer de herramientas para el seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con los auditados, una vez se da cierre de la auditoría	POL19
Establecer un sistema o procedimiento para el manejo y control de la información sobre la gestión de la entidad.	POL19
Establecer un mecanismo de control que permita contar con un respaldo de la información de manera periódica y segura para el control sobre la gestión de la información en la entidad.	POL19
Establecer un mecanismo de control que permita contar con criterios para la clasificación y acceso a la información sensible para el control sobre la gestión de la información en la entidad,	POL19
Establecer mecanismos de control que permita conocer los cambios realizados en la información, como modificaciones, borrados o transferencias para el control sobre la gestión de la información en la entidad.	POL19
Cuantificar el número de riesgos materializados en la entidad de acuerdo con los resultados del seguimiento a la gestión del riesgo para la vigencia evaluada, por parte de las oficinas de control interno. Tomar las acciones necesarias para que esos riesgos no se vuelvan a materializar	POL19
Cuantificar el número de riesgos de corrupción materializados en la entidad de acuerdo con los resultados del seguimiento a la gestión del riesgo para la vigencia evaluada, por parte de las oficinas de control interno. Analizarlos y tomar las medidas necesarias para que esos riesgos no se vuelvan a materializar.	POL19

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 22

INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA – ITA

Todo inicio con la expedición de la Ley 1712 de 2014 o de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y, mediante Resolución No. 377 de 2022, determino que le corresponde a la Procuraduría Delegada para la Moralidad y Transparencia Publica, el ejercicio de vigilancia, control y cumplimiento de las obligaciones contenidas en dicha Ley. La Procuraduría General de la Nación con el respaldo de la Fundación Internacional Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas –FIIAPP., creó un sistema de información hecho a la medida que permite el registro, seguimiento, monitoreo y generación del Índice de Transparencia y Acceso a la Información –ITA

Este indicador que se alimenta de un formulario de auto diligenciamiento, compuesto de una serie de preguntas agrupadas por Niveles, Secciones y Anexos, que a su vez se discriminan por las temáticas descritas en la Resolución 1519 de 2020 y los anexos 1, 2, 3 y 4 emitidas por MINTIC, sobre transparencia en el acceso a la información, accesibilidad web, seguridad digital web y datos abiertos, estándares y directrices, que contiene cuatro anexos:

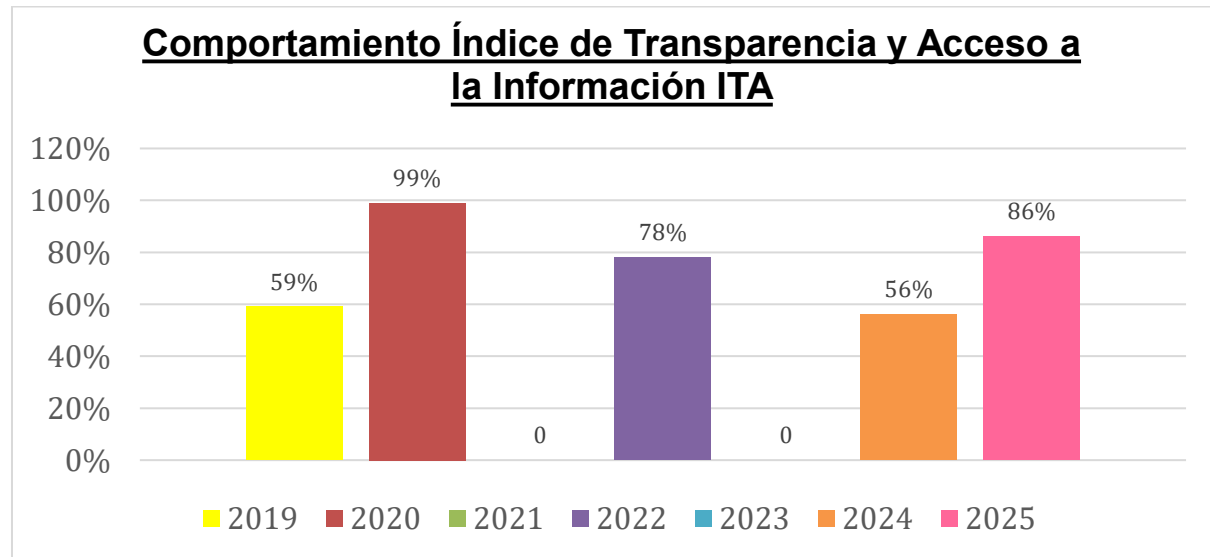
- Primero desarrolla las directrices de accesibilidad web
- Segundo incorpora nuevos estándares de transparencia y divulgación de contenidos
- Tercero dispone medidas en materia de seguridad digital
- Cuarto dispone condiciones sobre datos abiertos

Opciones que establecen el nivel de observancia de cada pregunta agregada y que constituyen la Matriz de Cumplimiento de la Ley 1712 de 2014. El cálculo del indicador se genera a partir del porcentaje de cumplimiento que resulta del auto diligenciamiento del formulario en una escala ordinal de 0 a 100 puntos, donde a mayor valor se obtenga, mayor será el nivel de cumplimiento de la Ley.

La Oficina de Planeación, como segunda línea de defensa institucional, ha liderado el proceso de diligenciamiento del Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA), con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno de Gestión, durante las vigencias 2019, 2020, 2022, 2024 y 2025. A continuación, se presenta la evolución de los resultados obtenidos por la entidad en el ITA, medidos sobre una escala máxima de 100 puntos.

Comportamiento Índice de Transparencia y Acceso a la Información ITA						
NIVEL DE CUMPLIMIENTO						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
59%	99%	-	78%	-	56%	86%

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 23




**PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION**

Reporte de Cumplimiento ITA para el Periodo 2025

Número de documento: NI 891855578
 Sujeto obligado: E.S.P. SERVICIOS PUBLICOS DE DUITAMA S.A.
 Nivel de cumplimiento: 86 sobre 100 puntos
 Fecha de generación: 29/08/2025 04:05 PM
 Administrador del sujeto obligado: EDUARD CAMARGO (planeacion@empoduitama.com)
 Tipo de formulario: Mintic Res.1519

La Evaluación Independiente realizada por los años observados, en los cuales se presentó este indicador y, cuya fuente de información son los resultados obtenidos del ITA, puede concluirse que, en otras palabras, con otro objetivo y, otros instrumentos estadísticos, son casi, las mismas Políticas de Gestión y Desempeño Institucional a las cuales con más énfasis debemos fortalecer

- Gestión del conocimiento
- Racionalización de Trámites
- Gobierno Digital
- Gestión Documental
- Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- Servicio a las Ciudadanías
- Integridad
- Seguridad Digital

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 24

PERSONAL/GRUPO DE TRABAJO

Personas a cargo: Ninguna

No.	CARGO	TIPO DE VINCULACION
1	Jefe oficina Control Interno de Gestión Código 06 Grado 14 Superior Inmediato: Gerente General	Periodo Fijo

CONTRATOS/PROYECTOS

Ninguno: A cargo

EJECUCION PRESUPUESTAL

Al no tener Contratos/Proyectos a cargo, no se tiene asignado un valor presupuestal para posible Gasto. Igualmente, es muy importante anotar que por lo ajustado del presupuesto se debe priorizar las operaciones normales de nuestra prestación del servicio.

INDICADORES DE GESTION

De acuerdo con información enviada a la oficina de Planeación – Calidad. Corte Enero a Junio de 2025

No.	Nombre del Indicador	Variable / Formula	Unidad de Medida	Meta	% Cumplimiento 2025
1	Cumplimiento ciclo de Auditoria	Numero de auditorías realizadas / Numero de auditorías programadas X 100	Cantidad	100%	54%

SOFTWARE UTILIZADO

No.	SOFTWARE		ACCESO
1	Sistema de Administración Documental – SADE.NET	Radical Notas Internas, contestación y seguimiento	Todos los Lideres y Auxiliares de cada dependencia
2	Herramienta Administrativa Sistematizada – HAS. SQL	Acceso para solo consultas. módulos: Contabilidad, Almacén, Presupuesto y Contabilidad	Área Financiera, Gestión Humana, Comercialización y Sistemas como parte de sus actividades diarias.
3	Sistema de Gestion Integral - ALMERA	Contiene la Documentación del Sistema de Gestión de Calidad - SGC	Todos los Lideres y Auxiliares de cada dependencia

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO INFORMES DE GESTIÓN	
	PROCESO: PLANEACION Y MEJORA CONTINUA	CÓDIGO: F-PMC-26	VERSIÓN: 0
		FECHA: 15-01-2025	PÁGINA: 1 DE 25

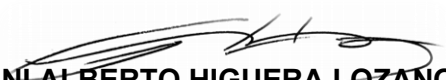
CONCLUSIONES

- Durante la vigencia evaluada, la Oficina de Control Interno de Gestión desarrolló las actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría, ejecutando auditorías internas, seguimientos, evaluaciones independientes, informes de ley y actividades de asesoría y acompañamiento, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Los resultados obtenidos evidencian avances importantes en la implementación y consolidación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la gestión de riesgos, el fortalecimiento del autocontrol y la mejora continua de los procesos; no obstante, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la actualización documental, la implementación de controles preventivos, el fortalecimiento de la gestión de riesgos y el cumplimiento oportuno de los planes de mejoramiento.
- El ejercicio de la evaluación independiente permitió identificar riesgos, debilidades de control y oportunidades de mejora que, atendidas oportunamente por la Administración, contribuirán a incrementar los niveles de eficiencia, eficacia, transparencia y calidad en la prestación de los servicios.
- Se evidencia la necesidad de fortalecer la capacidad operativa de la Oficina de Control Interno de Gestión mediante la asignación de talento humano con perfil multidisciplinario, considerando el incremento de las responsabilidades derivadas del marco normativo, el enfoque basado en riesgos y el crecimiento de los procesos institucionales.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la cultura del autocontrol y la gestión del riesgo en todos los niveles de la organización, promoviendo la responsabilidad de los líderes de proceso como primera línea de defensa del Sistema de Control Interno.
- Implementar mecanismos de seguimiento permanente que permitan verificar el cumplimiento oportuno de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas, auditorías externas y organismos de control.
- Mantener actualizada la documentación institucional, incluyendo procesos, procedimientos, manuales, políticas, mapas de riesgos e indicadores, garantizando su aplicación efectiva y articulación con el MIPG y el MECI.
- Consolidar herramientas tecnológicas que faciliten el seguimiento a planes de acción, indicadores, riesgos, PQRS y demás actividades de control, fortaleciendo la trazabilidad y la toma de decisiones basada en información confiable y oportuna.

Cordialmente,


GIOVANNI ALBERTO HIGUERA LOZANO
JEFE DE OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
EMPODUITAMA S.A. E.S.P.