

## INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGOS Y DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE CONTROLES

FECHA PRESENTACION	Noviembre de 2025	PERÍODO INFORMADO	Tercer Trimestre de 2025
-----------------------	-------------------	-------------------	--------------------------

### I. NORMATIVIDAD

**Decreto No 1499 del 11 de septiembre 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.

**NTC ISO 17025 del 06 de Diciembre de 2017.** Requisitos Generales para la competencia de los Laboratorios de Ensayo y Calibración. Numeral 8.5. Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades.

**Decreto Único 1068 de 2015 Sector Hacienda,** en su versión actualizada del 30 de Enero de 2024. Los capítulos 3, 4, 5, 6 y 7 incorporados al Título 3 de la Parte 5 del libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público serán aplicables a las entidades del orden nacional que tengan derechos de propiedad en empresas y sociedades, y serán optativas para las entidades territoriales. Adicionalmente, servirán de parámetros de buenas prácticas para las empresas y sociedades de las entidades descentralizadas, sin perjuicio de la autonomía de estas últimas para gestionarlas. Con base en esta recomendación de buena práctica se transcribe el texto asociado a la gestión de riesgos para que sea tenida en cuenta por el Comité Directivo, en caso de considerarse en una actualización de la Política Institucional.

**ARTÍCULO 2.5.3.4.7. Gestión de riesgos.** Los códigos de propiedad contendrán lineamientos para los Gestores de Propiedad que tengan la calidad de administradores en Empresas Receptoras, dirigidos a que estos procuren que dichas empresas anticipen y gestíen en los riesgos empresariales que puedan afectarlas, con el propósito de salvaguardar el patrimonio público invertido en las Empresas Receptoras, y de velar por que estas generen valor económico y social.

Los Gestores de Propiedad propenderán porque las respectivas Empresas Receptoras tengan en cuenta, por lo menos, el riesgo crediticio, el riesgo de mercado, el riesgo de lavado de activos y riesgo financiación del terrorismo, el riesgo operacional, el riesgo reputacional, el riesgo de corrupción y el riesgo ambiental.

Los Gestores de Propiedad propenderán por que la gestión integral del riesgo de las Empresas Receptoras incluya el análisis de las contingencias y circunstancias a las que estas pueden verse enfrentadas y porque establezcan mecanismos de mitigación y adaptación específicos para cada riesgo identificado.

(Adicionado por el Art. 1 del Decreto 1510 de 2021)

Manual Operativo MIPG.v5. Diciembre de 2024.

INFORMES CONTROL DE GESTIÓN

**Decreto Único 1083. ÚLTIMA FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 de junio de 2023:** en su versión integrada, incorpora las modificaciones introducidas al Decreto único reglamentario del Sector de Función Pública a partir de la fecha de su expedición. *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”* en su **TÍTULO 21 SISTEMA DE CONTROL INTERNO**, establece lineamientos para la Conceptualización, Instancias de Articulación y competencias, la Unidad Básica del Sistema Nacional de Control Interno y del Jefe de la Oficina de Control Interno. **ARTÍCULO 2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno...** *g. Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta.*

**ARTÍCULO 2.2.21.5.4 Administración de riesgos.** *Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos.* (Decreto 1537 de 2001, art. 4) (Ver Ley 87 de 1993, art 2)

**ARTÍCULO 2.2.21.7.1. Creación de la Red Anticorrupción.** *Crease la Red Anticorrupción integrada por los Jefes de Control Interno o quien haga sus veces para articular acciones oportunas y eficaces en la identificación de casos o riesgos de corrupción en instituciones públicas, para generar las alertas de carácter preventivo frente a las decisiones de la administración, promoviendo la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión pública.*

**Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles de las Entidades Públicas V6, Noviembre de 2022.** Se mantiene estructura conceptual para la administración del riesgo. Se incluye capítulo específico sobre riesgo fiscal, que se complementa con el Anexo denominado catalogo indicativo de puntos de riesgo fiscal para facilitar el análisis en el marco del modelo de operación por procesos

**Política para la Gestión del Riesgo y Diseño de Controles V5 aprobada mediante Acto Administrativo Resolución No 291 del 23 de Octubre de 2023,** aprobada en CICCI No 12 del 8 de agosto de 2023, la cual se encuentra incluida en el sistema de gestión institucional, así como los formatos anexos, los cuales adoptan la última versión de la guía para la gestión del Riesgo y el Diseño de Controles emitida por el DAFF la cual incluye la gestión de los riesgos fiscales.

**Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3 - Septiembre 2023.**

**5. Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo.** *A través de este rol, el Jefe de Control Interno, debe proporcionar un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos, entre ellos aquellos fiscales de corrupción que estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente, lo que repercute en la operación y eficacia del sistema de control interno. En el marco de la evaluación independiente*

**INFORMES CONTROL DE GESTIÓN**

se deberán señalar aquellos aspectos que se consideren una amenaza para el cumplimiento de los objetivos de los procesos.

**Decreto 1122 del 30 de Agosto de 2024.** Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública. **ARTÍCULO 2.1.4.4.1.5. Referencias al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.** Toda mención que se haga en normas o en cualquier otro documento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se entiende referida al Programa de Transparencia y Ética Pública".

**Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Dafp v7 de 2025.**

1. Se mantiene estructura conceptual y metodológica general para la gestión del riesgo bajo un enfoque integral, atendiendo las políticas de gestión y desempeño que se vinculan y su relación con otras políticas públicas y los sectores que las lideran. Se define estructura general para la gestión integral del riesgo, con elementos comunes aplicables a todas las tipologías de riesgo.
2. Se amplían términos y definiciones en concordancia con las actualizaciones en los capítulos, los cuales se desarrollan como anexo de la presente guía.
3. Se incluyen contenidos del marco COSO-ERM (2017) que precisan y profundizan los conceptos de riesgo, gestión del riesgo y niveles de madurez del riesgo. En este marco general se profundiza el análisis sobre apetito del riesgo.
4. Se precisan contenidos conceptuales y ejemplos relacionados con la gestión preventiva de riesgos fiscales. Se actualizan ejemplos con el despliegue metodológico establecido.
5. Se modifica y actualiza el capítulo relacionado con riesgos asociados a posibles actos de corrupción, mediante la incorporación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP, de acuerdo con el componente programático denominado Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción, temática 1 Administración del Riesgo desplegado en el Anexo Técnico de los Programas de Transparencia y Ética Pública.
6. Se actualizan contenidos relacionados con los riesgos de seguridad de la información, desplegando la totalidad de los pasos metodológicos y se incluye una matriz que desarrolla un ejemplo práctico como anexo.
7. Se actualiza la caja de herramientas, de acuerdo con los temas que se incorporan.

**II. OBJETIVO**

Generar informe de monitoreo y evaluación de la Gestión del Riesgo y las recomendaciones pertinentes, el cual se utilice para la retroalimentación al Comité Institucional de Coordinación Interno y líneas de defensa, agregando valor a la gestión del riesgo organizacional y le aporte al fortalecimiento de la gestión de la mejora.

**III. ALCANCE**

El presente informe soporta la evaluación a la Gestión del Riesgo correspondiente al tercer trimestre de 2025, con destino al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con base en las evidencias disponibles en la Oficina de Control de Gestión y el informe de segunda línea de defensa de la Subgerencia de Planificación.

**IV. FUENTE DEL DATO**

- ✓ Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2025.

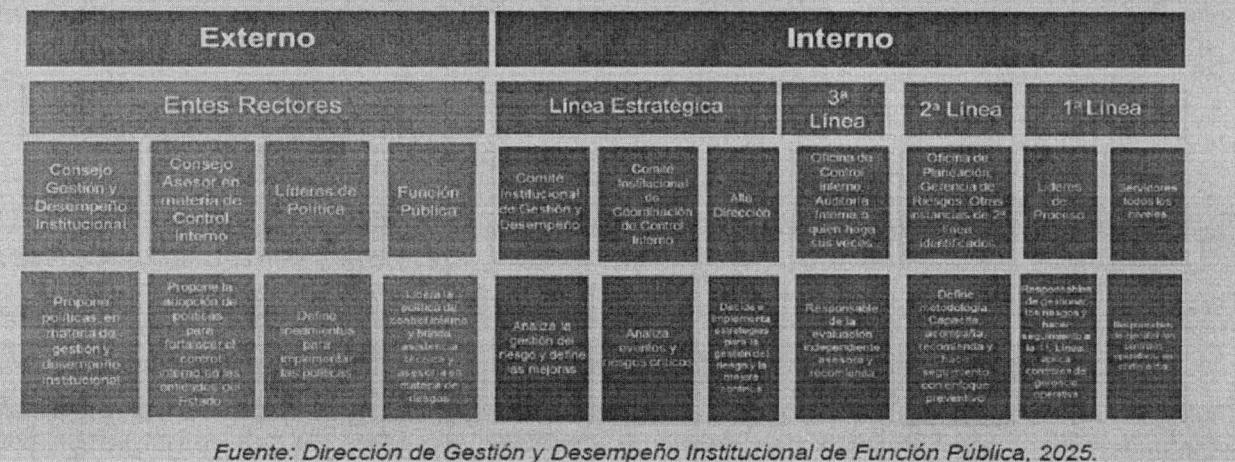
**INFORMES CONTROL DE GESTIÓN**

- ✓ Evidencias disponibles en la carpeta compartida PLANACCION e informe aportado por la Subgerencia de Planificación.

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

En la siguiente imagen se observa la responsabilidad en la operatividad institucional para la gestión del riesgo, soportando las entradas a los comités estratégicos: CIGyD, quien analiza la gestión del riesgo y define mejoras y el CICCI quien analiza eventos y riesgos críticos, al cual deben llegar el análisis de eventos (riesgos materializados) y riesgos críticos, por parte del Comité Institucional de Gestión y desempeño, los líderes de los procesos, así como de la Oficina de Control de gestión (auditorías, informes y planes de mejoramiento), para la oportuna toma de decisiones:

*Figura 3 Institucionalidad del MIPG desde la perspectiva de Gestión de Riesgo*



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

El Mapa de Riesgos de la vigencia 2025, contiene un anexo en el cual se identificaron los Riesgos estratégicos de la entidad en un ejercicio liderado por la Subgerencia de Planificación, tomando como insumo la plataforma estratégica organizacional.

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

**Ajustes al Mapa de Riesgos en el Primer Semestre de 2025:**

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

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

Con base en lo enunciado, el Riesgo 1 a partir del segundo trimestre será evaluado con base en la modificación aprobada y el Riesgo 3 y su control no serán tenidos en cuenta para análisis ni evaluación, decisión adoptada mediante acto administrativo No 126 del 09 de Mayo de 2025

Mediante la Resolución No 243 del 22 de septiembre de 2025, se presentan y aprueban, en instancias de los Comités CIGyD y CICCI Acta No 009-2025, los siguientes ajustes al Mapa de Riesgos:

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

	Proceso	Soporte/Evidencia	Propuesta
9	<b>Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario</b>	<p>Requerimiento ejecutado a marzo</p> <p>Informes trimestrales de refacturación (desagregado por trabajador, m3 y valor) acorde con causales SUI (a junio, septiembre, noviembre) presentados en CTSC.</p>	<p><i>Eliminar la actividad de control en razón a que para la generación del informe con las variables descritas se requiere de la implementación de desarrollo de software por parte del proveedor externo bajo la coordinación del Profesional de Sistemas de la empresa. Si bien el desarrollo informático ya está avanzado, éste demanda un periodo de prueba, error y ajustes para su adecuada implementación.</i></p>
1 2	<b>Gestión Comercial/ subproceso Cartera</b>	<p>Informe de seguimiento trimestral gestión cobro coactivo usuarios focalizados presentado en CTSC</p>	<p><i>Cambiar periodicidad de cuatro a dos entregables de soporte/evidencia a:</i></p> <p><i>Informe de seguimiento de la gestión inicial a cobro coactivo usuarios focalizados comercialmente, presentado en CTSC en el mes de septiembre y noviembre.</i></p>

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

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

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

	<b>Proceso</b>	<b>Soporte/Evidencia</b>	<b>Propuesta</b>
4	<b>Planificación y Gestión Integral</b>	(4) Informes trimestrales presentados en Comité de Gestión y desempeño (4), que presente cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso, notificado al directivo de la dependencia, con recomendaciones y fechas de compromiso (monitoreadas trimestralmente).	(3) Informes trimestrales presentados en Comité Institucional de Gestión y Desempeño (3), que presente cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso.  Valoración inicial del I trimestre a junio, valoración II trimestre a septiembre y valoración III trimestre a noviembre.

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

**Proceso: Gestión Informática**

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

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

INFORMES CONTROL DE GESTIÓN

Validadas las evidencias de cumplimiento y efectividad de los controles se presentan validan los siguientes resultados:

**MAPA DE RIESGOS Y ACTIVIDADES DE CONTROL**

EVALUACIÓN DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN

TIPO DE RIESGO	No Riesgos	No Actividades Control	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
RIESGOS DE GESTIÓN	17	18	65.6
RIESGOS PARA LA INTEGRIDAD. Eliminado III Trim	1	1	
RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL	3	4	50.0
RIESGOS DEL LABORATORIO CALIDAD	7	12	57.9
RIESGOS FISCALES	1	2	50.0
<b>TOTAL</b>			
MATERIALIZADOS	1		
NO CUMPLE CONTROLES			
Promedio General Por componente			56
Promedio General Individual			64

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

Periodo Reportado: Tercer Trimestre de 2025

**Evaluación gestión del riesgo 2025**

Periodo de Evaluación: Tercer Trimestre de 2025

Nº	PROCESO	TIPO DE RIESGO	% avance
1	Gestión Estratégica	Fiscal	50.00
2	Gestión Estratégica	Gestion	75.00
3	Gestión Estratégica	Gestion	
4	Gestión Estratégica	Gestion	75.00
5	Planificación y Gestión Integral	Gestion	49.95
6	Planificación y Gestión Integral	Gestion	66.00
7	Gestión de la operación/ Mantenimiento	Gestion	75.00
8	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Gestion	87.50
9	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Gestion	75.00
10	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Intergiedad	
11	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Gestion	80.00
12	Gestión Comercial/ subproceso Facturación	Gestion	100.00
13	Gestión Comercial/ subproceso Cartera	Gestion	50.00
14	Contratación	Gestion	75.00
15	Gestión del Talento Humano	Gestion	50.00
16	Gestión del Talento Humano	Gestion	50.00
17	Gestión Financiera y Contable	Gestion	75.00
18	Gestión Documental	Gestion	50.00
19	Gestión Informática	Seguridad Digital	50.00
20	Gestión Informática	Seguridad Digital	75.00
21	Gestión Informática	Seguridad Digital	25.00
22	Gestión Inventarios	Gestion	81.00
1	Control de Calidad	Laboratorio	87.50
2	Control de Calidad	Laboratorio	87.50
3	Control de Calidad	Laboratorio	12.50
4	Control de Calidad	Laboratorio	41.60
5	Control de Calidad	Laboratorio	88.80
6	Control de Calidad	Laboratorio	12.50
7	Control de Calidad	Laboratorio	75.00

64

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

Reporta: Oficina de Control de Gestión

**INFORMES CONTROL DE GESTIÓN**

Teniendo en cuenta que la tercera línea de defensa debe evaluar al proveedor de aseguramiento de segunda línea de defensa, se reitera a la Subgerencia de Planificación la importancia de la **evaluación de la efectividad del control de tal forma que se esté evitando la materialización del riesgo identificado, generando las alertas oportunas** y propiciando el cambio de los controles cuando estos no logran ser efectivos y se materialice el riesgo.

Teniendo en cuenta la materialización de un riesgo de seguridad digital, se requiere que la Subgerencia de Planificación realice seguimiento a la eliminación de la causa que genero dicho riesgos y de considerarlo necesario se levante la respectiva acción correctiva inmediata.

Se requiere el liderazgo de Directivos y Profesionales Jefe en sensibilizar y aportar a la participación activa de todos los procesos, ya que existen actividades de participación compartidas, como la de los archivos de gestión y avances trimestrales, así como el análisis de la gestión de PQRSD en comité primario.

Se reitera la importancia que las actividades de control cumplan con los requisitos que el Dafp en su guía ha establecido y sensibilizar:

QUÉ	CÓMO	PROPÓSITO	EVIDENCIA	QUIÉN	FRECUENCIA
Defina claramente la Actividad de Control	Como se realiza la actividad de Control	Que pretende controlar o minimizar el Control	Cual es el documento o registro que evidencia la ejecución del Control	Quien es el responsable de la Acción de Control	Con que frecuencia o periodicidad se lleva a cabo la actividad de Control

**El sistema de gestión institucional debe pasar de la documentación a la verificación con enfoque de la efectividad en los resultados con base en metas trazadas.**

**RIESGO No 1. GESTIÓN ESTRATÉGICA. RIESGO FISCAL: 50%**

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

**Actividades de Control:** (Ajustes solicitados en mesa de constructibilidad PTARSS)

- Acta No 01-2025 de fecha 14 de enero de 2025. 12,5%
- Listas verificación de enero y febrero 8,3%

En Acta CICCI No 04 del 08 de mayo de 2025, se avaló ajuste del control a., así:

**Cambia la periodicidad de Trimestral a Informes Semestrales** de avance del proyecto PTARSS, acorde con lo establecido en el Acta de Comité de Constructibilidad PTARSS No 02-2025

- a. Informe 1 Semestre 2025 Contrato de Obra 134-2016 50%  
b. Acta No 02 y No 03-2025 de fechas mayo y julio de 2025, legalizadas. **Se elimina este control.** Teniendo en cuenta que el control a, fue modificado en su periodicidad de trimestral a semestral y se eliminó el control b, en instancia del CICCI y Resolución No 126-2025:

A fecha del presente seguimiento para el tercer trimestre de 2025:

- a. Informe 1 Semestre 2025 Contrato de Obra 134-2016. Al corte del presente monitoreo no aplica entregable Se mantiene el nivel de cumplimiento del 50%, con base en el informe del primer semestre de 2025

La efectividad del control debe verse reflejado en el cumplimiento del plan de Mejoramiento en eficacia y efectividad, lo cual está directamente ligado al avance del proyecto PTARSS, a la fecha del presente informe, el contrato de obra No 134-2016, que se encontraba suspendido, soporta Acta de reinicio No 02 de fecha 31 de Octubre de 2025, y el nuevo Contrato de Interventoría identificado con el No 103-2025 cuenta con Acta de Inicio de Fecha 30 de Octubre de 2025

#### RIESGO No 2. PROCESO COMERCIAL. RIESGO DE GESTIÓN: 75%

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

##### **Actividades de Control y nivel de cumplimiento:**

- a. **Plan Integral de Gestión de Recaudos vigencia 2025 aprobado CTSC.** Se presenta plan de estrategias de recaudo 2025 con relación de actividades, objetivos, responsables, impacto, meta, línea base, presentado en Comité Técnico de Sostenibilidad Contable el 02 de abril de 2025, según acta No. 2 que se adjunta. (100%)
- b. **En septiembre 30 se presenta el segundo informe de gestión soportado en Acta CTSC No 07 e Informe para un cumplimiento del 25 del 50 esperado.**

No se cuenta en las Actas con el resultado consolidado del nivel de cumplimiento del Plan ni de la efectividad del recaudo que permita evaluar su impacto. Se requirió a Comercial y a financiera la información.

Se recomienda evaluar con los EEFF en la cuenta de deudores las tendencias de la cuenta de deudores de servicios públicos corriente y no corriente, para evaluar el impacto al cierre de la vigencia, realizar análisis y generar las conclusiones y decisiones al respecto de la estrategia.

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

**Riesgo:** Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los indicadores componente suficiencia financiera porque no se cuenta con datos ajustados a la realidad organizacional respecto a costos que permita tomar decisiones oportunas debido a fallas de parametrización (recaudo cartera corriente y herramienta costos ABC)

**Actividad de Control y Estado:**

Informes trimestrales de avance parametrización con nivel de cumplimiento.

**Estado:** Control Eliminado en CICCI No 04 de 2025, a solicitud del Profesional III de la Subgerencia de planificación, con soporte de emails de la Profesional II Sugey Cárdenas, solicitud avalada por el Subgerente Administrativo y Financiero.

**RIESGO No 4. PROCESO GESTIÓN DE LA OPERACIÓN, SUBPROCESO SANEAMIENTO BÁSICO. RIESGO DE GESTIÓN. 75%**

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

**Actividad de Control:** Actas de reunión mesas interinstitucionales. Trimestrales.

**Estado:** Se aportan Acta de reunión del 28 de Enero de 2025, email remisorio a los asistentes, Acta del 31 de marzo/2025 y acta del 18 de Julio de 2025.

Se evidencian tres actas de reuniones de las cuatro programadas. Control de gestión emitió el 28 de Julio un memorando asociado al PSMV, en cuyo texto se evidencia la necesidad de la medición del nivel de cumplimiento operativo y de las inversiones con base en lo programado adoptado en el plan de acción del PSMV, entre otras recomendaciones, por tal motivo una vez se cuente con la medición formal del nivel de cumplimiento y la identificación de desviaciones, análisis y toma de decisiones en un ejercicio interinstitucional, se contará con el insumo para medir la efectividad del control, enfocados a reducir el riesgo identificado, lo que será tenido en cuenta al cierre de la vigencia para determinar tanto el nivel de cumplimiento como la efectividad del control, asociado según hallazgo de la contraloría a la disminución de puntos de vertimiento, disminución de carga contaminante y por ende, menor valor a pagar por Tasa Retributiva.

A la fecha del presente seguimiento, no se ha recibido respuesta alguna por parte de la Subgerencia de Operaciones/Subproceso saneamiento básico, que permita identificar la desviación en la ejecución física y financiera, con respecto al memorando remitido; teniendo en cuenta que para este corte no aplica entregable, se mantiene el nivel de cumplimiento.

## INFORMES CONTROL DE GESTIÓN

Es importante tener en cuenta que la medición del cumplimiento al cierre de la presente vigencia del PSMV es muy importante toda vez, que también cierra la fecha de cumplimiento de las acciones correspondientes a los Hallazgos No 11 y No 13, del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la Republica asunto PTARSS y PSMV, que se asocian también al cumplimiento del PSMV y a la disminución del valor a pagar por concepto de tasa retributiva.

**Se mantiene la recomendación del periodo anterior:** Se recomienda asegurar el cumplimiento de los compromisos, con enfoque de efectividad, es decir cómo se asume el pago de Tasa Retributiva que se cancela en esta vigencia, cuál es el estado de los requerimientos realizados al Distrito sobre los centros poblados, y soportar el avance del PSMV de las actividades bajo responsabilidad de Aguas, tanto de la vigencia 2025, como del acumulado (2022 a junio de 2025 el siguiente reporte), teniendo en cuenta que el PSMV tiene una vigencia de febrero de 2022 a enero de 2032.

### **RIESGO No 5. PROCESO PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EMPRESARIAL. RIESGO DE GESTIÓN. 50%**

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

**Actividad de Control:** (4) Informes trimestrales presentados en Comité de Gestión y desempeño (4), que presente cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso, notificado al directivo de la dependencia, con recomendaciones y fechas de compromiso (monitoreadas trimestralmente). **AJUSTADO A TRES ENTREGABLES**

**Estado:** En actas de CIGyD y CICCI, se aprobó, la propuesta de modificación de los entregables del control, a tres (3) en la vigencia, sin embargo se reitera que el control debe ser efectivo, es decir no se cumple solo con la suscripción de actas sino con la evaluación cuantitativa de los resultados.

De los tres entregables, se cuenta con dos, sin embargo no se evidencia efectividad de los controles por lo que se asigna un 50% del 66% esperado.

Revisada la efectividad del control se encuentra para las cuatro auditorías realizadas en la vigencia 2025 y en las evaluaciones y cierre de los planes de mejoramiento de procesos y subprocesos, se continúan identificando deficiencias en el control de los documentos y registros, por lo que se debe mantener en control en la vigencia 2026.

Dentro de lo más relevante identificado se encuentra:

- Procesos que aun, tienen pendiente y asumidos compromisos para levantar políticas de operación como comercial-subproceso cartera, gestión informática, gestión de inventarios, gestión financiera y gestión documental.
- No se cuenta en las dependencias con la organización de los archivos magnéticos en los archivos de gestión según la TRD.
- La identificación de procedimientos en formato Excel en los procesos de la Secretaría General y Subgerencia Administrativa y Financiera.
- Ajuste a las matrices de información documentada, según requerimientos resultado de la evaluación de planes de mejora de los procesos y de las auditorias internas de gestión (comunicadas vía email al profesional III de sistemas de gestión y a los involucrados)

**RIESGO No 6. PROCESO PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EMPRESARIAL. RIESGO DE GESTIÓN: 66%**

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

**Actividad de Control:** Acta de reunión con Equipo Directivo (3 con cada Directivo: Subgerente de Planificación, Secretaría General, Subgerente de Operaciones, Subgerente Administrativo, Subgerente Comercial) (I, II y III a Septiembre de 2025).

**Estado:** Se soporta cumplimiento con las actas aportadas. Para medir la efectividad en cada monitoreo de planes, se debe identificar el impacto asociado al cumplimiento, importante tener en cuenta no solo el PAII sino aquellos planes que fueron identificados en los Riesgos estratégicos para el seguimiento, planes identificados con desviaciones negativas, para los cuales se deben realizar los análisis respectivos para toma oportuna de decisiones.

Es importante mencionar que en las sesiones se han socializado las recomendaciones de la oficina de control de gestión.

Teniendo en cuenta la recomendación realizada en el segundo trimestre se evidencia que se mantiene la recomendación ya que no se evidencian gestión o actuaciones al respecto (*En la Evaluacion independiente del sistema de control interno según formulario DAFP correspondiente al primer semestre de 2025, cumple parcial la oportuna detección de materialización de riesgos de la 2LD, lo que implica la reformulación de controles soportado en un nuevo análisis de causas, como es el caso de las deviaciones materializadas de Planes estratégicos como el PSMV o el PINAR, como ejemplo, por lo que se recomienda a la Subgerencia tener en cuenta dicho requisito, y utilizar este control del Mapa de Riesgos, y así cumplir el criterio, hacer detección y gestión*).

Se asigna con base en los entregables el nivel de cumplimiento del 66%, sin embargo, la efectividad se vera reflejada en la evaluación de la gestión por dependencias del mes de diciembre cuando las dependencias Control de gestión y la Subgerencia de Planificación consoliden el informe respectivo de la vigencia.

**RIESGO No 7. PROCESO GESTIÓN DE LA OPERACIÓN, SUBPROCESO MANTENIMIENTO.****RIESGO DE GESTIÓN. 75%**

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

**Actividad de Control:**

1 Informe criticidad a marzo presentado en Comité Primario. 50%

2 Informes de seguimiento en el mes de junio y noviembre en Comité Primario. No aplica al corte

Se remite email de control de gestión a los responsables de la actividad de control, con observaciones al respecto de la efectividad de los controles, se recomienda que el informe a presentarse en Junio, presente el ajuste del diagnóstico, toda vez que ni el informe diagnóstico de criticidad ni el acta de comité primario en el cual se presenta, soportan el análisis realizado de tal manera que se busque la efectividad del control, soportado en la criticidad identificada, el impacto de su cumplimiento o incumplimiento, los recursos requeridos y las fechas estimadas de realización de los correctivos y adquisiciones requeridas:

1. No se detalla en la tabla del informe, para cada uno de los activos registrados:
  - La secuencia en la cual se presentan: se supone van de los de mayor criticidad a los de menor criticidad?
  - Estado Actual
  - Fecha de la última intervención realizada al activo y actividad realizada
  - Propiedad del Activo (es un bien del tercero distrito o es de Aguas)
  - Tipo de actividad requerida: Mantenimiento (preventivo, correctivo, repotenciación) Reposición etc.
  - Valor de la inversión requerida
  - Impacto de la no intervención del equipo
2. Estos equipos van a ser intervenidos con el actual contrato de mantenimiento o con el personal del subproceso de mantenimiento?
3. Si no es así, cual es el plan de contingencia presentado por el subproceso o análisis realizado en instancia del comité primario.
4. El acta de comité primario aportado, no soporta el análisis y decisiones en dicha instancia, del informe en mención.

Soporta el Subproceso de Mantenimiento en el segundo trimestre, un informe que da alcance al informe de criticidad, motivo por el cual control de gestión soporta como cumplido el entregable, en el cual se acogen la mayoría de las recomendaciones de la oficina de control de gestión.

Se aporta un acta de comité primario la No 13, en donde se hace evidente el seguimiento y recomendaciones de la Subgerencia de Operaciones, las cuales deben verse reflejadas en el segundo informe de monitoreo del segundo semestre de 2025.

**INFORMES CONTROL DE GESTIÓN**

Revisado el informe del primer semestre, no se identifica un nivel de cumplimiento de esos equipos considerados críticos, se enuncian las actividades, pero se requiere mostrar en un resultado cuantificado el cumplimiento vs lo programado, y lograr identificar las desviaciones y su impacto en la prestación del servicio y riesgos o materializaciones asociadas; y de considerarse necesario, la cuantificación de los recursos para lograr el impacto esperado y minimizar los riesgos asociados, que oriente a la Gerencia para la priorización de recursos debidamente soportado.

**Estado corte tercer trimestre de 2025:** Sin aportes a la gestión del control con base en las recomendaciones realizadas al corte del seguimiento del segundo trimestre, se asigna cumplimiento con base en los entregables.

**RIESGO No 8. PROCESO GESTIÓN DE LA OPERACIÓN, SUBPROCESO RECUPERACIÓN DE CONSUMOS. RIESGO DE GESTIÓN. 87.5%**

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

**Actividad de Control:**

- 8.1 Realizar semestralmente mesas interinstitucionales con el distrito para el acompañamiento. (2 Informes consolidados de la gestión presentados en Comité Primario -2 actas): se aporta informe con el detalle de las temáticas abordadas, asistentes y compromisos, el cual se socializa en comité primario. **50%**
- 8.2 Informe del primer trimestre de novedades e impacto de visitas domiciliarias en las zonas intervenidas (4 informes presentados en Comité Primario - 4 actas): 12,5%. Teniendo en cuenta que se debe soportar la efectividad de las acciones, se recomienda incluir en el informe los resultados cuantitativos logrados por ejemplo:
  - No de personas que asisten a la sensibilización, numero de líderes, No de sectores visitados, temática abordada.
  - Asistentes a la mesa con comercial, temáticas abordadas, No de casos intervenidos, No y tipo de acciones de mejora llevadas a cabo por el contratista.

**Estado corte tercer trimestre:**

8.1 Se mantiene el 50%, ya que los entregables son semestrales.

8.2 Se soportan tres informes trimestrales, no se aportó análisis a las recomendaciones realizadas al corte del primer semestre. **37.5%**

Al cierre de la vigencia deberá consolidarse resultado con enfoque de efectividad.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN</b>	<b>Código: GES -FR004</b>
	<b>INFORMES CONTROL DE GESTIÓN</b>	<b>Página: 15 de 29</b>
		<b>Versión: 1</b>
		<b>Vigente a partir de: 18/08/2017</b>

#### **RIESGO No 9. PROCESO GESTIÓN COMERCIAL. RIESGO DE GESTIÓN. 75%**

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

**Actividad de Control:** Actas de reunión entre las Subgerencia Comercial y la Subgerencia de Operaciones con reporte de resultados, recomendaciones y compromisos. (4 Actas)

Se soporta gestión del primer trimestre con acta y soportes.

Para lograr efectividad, se recomienda el seguimiento a los compromisos en las reuniones siguientes, previo al desarrollo de la agenda.

Para el segundo trimestre se aportan actas de reunión del 09 de mayo, entre las dependencias y otra con la participación del contratista; sin embargo la mayor recomendación es la generación de lineamientos claros comunicados formalmente tanto a las dependencias como al contratista resultado del análisis de casos, sus causas y lineamientos organizacionales; esto con base en que el riesgo desde su identificación, se tipificó como económico y reputacional y se siguen identificando casos de visitas técnicas y fallos de la SSPD asociados a falta de concertación de lineamientos unificados no solo a criterio de los intervinientes, y por tal motivo una vez identificados y debatidos, deben ser documentados, formalizados y socializados, lineamientos de acción resultado de dichas sesiones, que orienten el actuar de los involucrados.

El próximo reporte debe hacer seguimiento a cada uno de los casos y compromisos asumidos, dejando expresamente consignado en el acta de la sesión lo gestionado.

**Corte tercer trimestre:**

Se presenta acta de reunión No. 20250703\_Acta Reunión No.04 Seguimiento con Contratista sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial, Subgerencia de Operaciones y proveedor para revisar novedades, situaciones, acciones varias, fijando compromisos.

- Se soportan los informes trimestrales, no se aportó análisis a las recomendaciones realizadas al corte del primer semestre.

Al cierre de la vigencia deberá consolidarse resultado con enfoque de efectividad.

#### **RIESGO No 10. PROCESO GESTIÓN COMERCIAL. RIESGO PARA LA INTEGRIDAD-CORRUPCIÓN. 0% CONTROL ELIMINADO EN ACTAS DE CIGyD y CICCI No 09-2025**

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

**Actividad de Control:**

- Requerimiento ejecutado a marzo

**INFORMES CONTROL DE GESTIÓN**

- Informes trimestrales de refacturación (desagregado por trabajador, m3 y valor) acorde con causales SUI (a junio, septiembre, noviembre) presentados en CTSC

Estado: Sin soporte de evidencias para los dos trimestres de 2025.

**RIESGO No 11. PROCESO GESTIÓN COMERCIAL. RIESGO DE GESTIÓN. 80%**

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

**Actividad de Control:** Taller semestral documentado para todos los trabajadores de la Subgerencia Comercial, asistencia, presentación, evaluación (2) Ficha técnica, asistencia, presentación y evaluación efectividad.

Se soporta la Ficha del taller, el contenido, la asistencia pero no se aporta la evaluación de la capacitación, se debe definir como evaluar la efectividad, si la causa y el impacto están asociados a la satisfacción del usuario presentar resultados de la percepción del usuario en comparativo de resultados antes de los talleres y después o un test interno y aleatorio, decisión a soportar para el próximo entregable y poder dar cumplimiento al requisito de evaluación.

**Al corte del tercer trimestre:** Se soporta el segundo taller, pero no se acataron las recomendaciones de la oficina, por lo que se asigna un 80% ya que se incumple una de las cinco variables acordadas: Evaluación de la efectividad.

**RIESGO No 12. PROCESO GESTIÓN COMERCIAL. RIESGO DE GESTIÓN. 100%**

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

Se identifica la necesidad concertación de lineamientos unificados, los cuales debatidos, deben ser documentados, formalizados y socializados, lineamientos de acción resultado de dichas sesiones, que orienten el actuar de los involucrados, que se aporten como efectividad del control al cierre de la vigencia y evaluación del Mapa de Riesgos, al comprobar que las reclamaciones asociadas a causas debatidas y con lineamientos claros, presentan tendencia decreciente.

**Tercer Trimestre:** Se presenta acta de reunión No. 20250703\_Acta Reunión No.04 Seguimiento a Contratista sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial, Subgerencia de Operaciones y proveedor para revisar novedades, situaciones, acciones varias, fijando compromisos.

## INFORMES CONTROL DE GESTIÓN

Al corte se cuenta con cuatro (4) actas consolidadas de reuniones mensuales empresa - proveedor con observaciones, recomendaciones y decisiones de mejora, con análisis y toma de decisiones

Se mantiene la recomendación, por lo que esta oficina recomienda mantener el control en la siguiente vigencia.

**RIESGO No 13. RIESGO DE GESTIÓN. PROCESO G. COMERCIAL: 50%**

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

En Acta CIGyD y en Acta CICCI: **Se aprobó cambio de periodicidad a dos, corte septiembre y noviembre.**

**Actividad de Control:** Informe de seguimiento gestión cobro coactivo usuarios focalizados presentado en CTSC. 50%.

**Al corte del tercer trimestre:** se cuenta con Acta CTSC No 07-2025 de fecha 30 de septiembre de 2025 y se soporta informe de resultados.

Se recomienda evaluar efectividad al cierre con base en los resultados de la cartera objeto del informe contra la variación en EEFF.

**RIESGO No 14. RIESGO DE GESTIÓN. TODOS LOS PROCESOS: 75% AJUSTE:**

*modificación de asignación de proceso responsable pasa de la Secretaría General a Todos los procesos.*

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

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

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

Aplica a cinco dependencias y sus procesos/subprocesos:

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

- Subgerencia Administrativa.

En el informe del primer trimestre la extemporaneidad aplico a Subgerencia Administrativa y de Operaciones, quienes no aportaron análisis del comité primario.

Para el segundo trimestre, se soporta un informe completo y detallado de la secretaría General, el informe enuncia tres contratos dos de la **Subgerencia de Planificación** y uno de la **Subgerencia de Operaciones**.

Se identifica en la validación de evidencias que se aporta el comité primario de la Subgerencia de Planificación quien aborda el tema con el directivo instando al cumplimiento pero sin hacer alusión a control interno alguno o hacer mención de lo actuado con los contratos en mención.

**Al corte del tercer trimestre:**

Se presenta Informe de Extemporaneidad III trimestre remitido por correo electrónico a los líderes de proceso el 06 de octubre de 2025, por parte de la Secretaría General.

Del informe se observa incumplimiento por parte de:

- **Subgerencia de Operaciones** sobre tres contratos con reporte de entrega de documentos extemporáneo. Se presenta acta de comité primario No. 12 de 2025. (12.5%)
- **Subgerencia Administrativa y Financiera** sobre tres contratos con reporte de entrega de documentos extemporáneo. Se presenta acta de comité primario No. 18 de 2025. (12.5%)

Se mantiene la recomendación, para que las dependencias responsables, realicen análisis en comité primario y se realice seguimiento a la subsanación de reportes de extemporaneidad y el control implementado, especialmente cuando en cada periodo la dependencia ha presentado incumplimiento.

**RIESGO No 15. RIESGO DE GESTIÓN. TALENTO HUMANO: 50%**

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

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

Ficha técnica, asistencia, presentación y evaluación.

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

Importante incluir conclusiones y recomendaciones.

INFORMES CONTROL DE GESTIÓN

Para el segundo trimestre se aportan los soportes de la sensibilización realizada, soportada en ficha técnica, informe de resultados y evaluación del impacto y evidencias fotográficas. Se soporta 50% de cumplimiento y evidencias de evaluación de efectividad.

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

**Corte tercer trimestre**, no se remitieron entregables, se mantiene el 50%, teniendo en cuenta que los entregables son semestrales.

**RIESGO No 16. RIESGO DE GESTIÓN. TALENTO HUMANO: 50%**

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

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

Para el segundo trimestre se soporta informe que reporta que no se han presentado inconsistencias en el reporte de novedades en los dos primeros trimestres de la vigencia, por parte de la Subgerencia de Operaciones, lo que permite inferir que los controles de la primera línea están siendo efectivos.

**Para el tercer trimestre:** no se aportan evidencias, se mantiene evaluación en el 50%

**RIESGO No 17. RIESGO DE GESTIÓN. G. FINANCIERA Y CONTABLE: 75%**

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

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

Sin reporte de evidencia para el primer trimestre, se remite email recordando compromiso.

El reporte de la Subgerencia de Planificación enuncia:

*Se presenta acta de Comité Primario No. 12 del 31 de mayo donde el equipo del área financiera luego de revisión, que ya existen controles para evitar la materialización del riesgo y enuncia 9 formatos anexándolos. Para el II trimestre, presenta informes de auditorías sobre descuentos,*

*firmados por la Revisora Fiscal. Revisados los controles implementados para el propósito del riesgo identificado, se avalan como cumplimiento de la actividad.*

Con base en lo manifestado por la 1 y 2 LD, la oficina de control de gestión infiere que al realizar el análisis del riesgo y la valoración de controles, estos controles fueron encontrados no efectivos en el ejercicio de valoración después del control, para que hubiera sido priorizado en el mapa de riesgos.

Se solicita a la Subgerencia de Planificación, Profesional III, precisar para el control de este riesgo, si el control a presentar en los próximos dos trimestres son los Informes de auditoría sobre descuentos firmados por la Revisoría Fiscal, para que se aporten, y con base en ellos, evaluar el cumplimiento y efectividad de los mismos.

Revisados los registros aportados se evidencian controles en los períodos Abril, Mayo, Junio y Julio firmados por la Revisora Fiscal, lo que soporta controles en el segundo trimestre de 2025, para un 25% de cumplimiento, adicionalmente los registros concluyen mencionando que los datos son correctos por lo que se infiere efectividad.

**Tercer Trimestre:** Se presenta acta de Comité Primario No. 20 del 14 de octubre de 2025 donde se presentaron auditorías de Revisoría Fiscal, a estampillas municipales y departamentales, retención en la fuente e industria y comercio de los meses de julio, agosto y septiembre de 2025.

#### **RIESGO No 18. RIESGO DE GESTIÓN. G. DOCUMENTAL: 50%**

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

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

Se aportan las evidencias de la Jornada, ficha técnica, documento técnico, presentación y evaluaciones del impacto de la capacitación.

Se recomienda que el informe final presente un resumen de las evaluaciones de impacto diligenciadas y recordar el porcentaje requerido como mínimo para la cobertura de la actividad, por tal motivo para la próxima jornada se debe asegurar dicha cobertura.

**Tercer Trimestre:** No se presentaron evidencias en el periodo, ya que la periodicidad es semestral

**INFORMES CONTROL DE GESTIÓN**

**RIESGO No 19. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INFORMÁTICA: 50% EN ATENCION A LA MATERIALIZACION DEL RIESGO, SE ADICIONA UN CONTROL: *Realizar copia de respaldo de la información de la red compartida de la empresa en servidor de respaldo, con periodicidad mensual (octubre – noviembre)***

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

**Actividad de Control:** Impartir lineamiento requisito cargue de información digital OCR y con base en la TRD, en los recursos compartidos socializado en todas las dependencias, solo los recursos compartidos que cumplan el requisito serán objeto de Backup en nube.

Realizar revisión y depuración de las carpetas de información compartidas que no cumplan con estructura de TRD y OCR.

- a. Informe semestral presentado en CIGyD (Con corte a junio y a noviembre) en el marco del PGD-programa de gestión de documentos electrónicos: digitalizados con fines de consulta

Se evidencian dos informes, el primero de configuración de OCR de los equipos, para el segundo semestre se debe verificar de forma aleatoria que los documentos digitales generados cumplen con el requisito así como los disponibles en los recursos compartidos a partir de la configuración de los scanner.

Cumple 50% del 100, pendiente evaluar efectividad en las dependencias en la generación de documentos digitales y respuestas. La efectividad es responsabilidad de las dependencias.

El segundo informe reporta las dependencias de cumplen requisitos para el cargue en la Nube: 50%, por lo que el control está montado y cumple, sin embargo la efectividad del cargue en responsabilidad de las dependencias, de las siete dependencias se reporta cumplimiento de dos dependencias para un cumplimiento con efectividad en el primer semestre del 28% del 100.

Para los dos casos la efectividad es responsabilidad de las dependencias.

Al corte del tercer trimestre, se presenta informe en instancia del CIGyD 06-08-2025 e informe actualizado de verificación OCR y PDFA, se asigna un (50%).

Para el cierre se debe evaluar el informe con enfoque de efectividad y evaluar los dos entregables del control adicionado.

Para el cierre se debe evaluar el informe con enfoque de efectividad.

**Nota:** la Subgerencia de Planificación debe incluir el nuevo control a monitorear al cierre de la vigencia.

**RIESGO No 20. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INFORMÁTICA: 75%**

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

**Actividad de Control:**

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

Para el segundo trimestre se soporta avance de Migración a la Nube a 30 de Junio, cumple 1 de los cuatro informes trimestrales 25%. La efectividad es responsabilidad de las dependencias.

Para el tercer trimestre se aporta informe consolidado de actividades correspondientes a los tres trimestres, se presentó falla en discos duros con pérdida de información en carpetas compartidas, a la fecha no se ha subsanado la causa que es reemplazar los discos duros, por falta de recursos. Se debe continuar con los monitoreos y el impacto. Se asigna 75%

**RIESGO No 21. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INFORMÁTICA: 2.5%**

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

**Actividad de Control:**

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

Para el segundo trimestre se soporta avance de Migración a la Nube a 30 de Junio, cumple 1 de los cuatro informes trimestrales 25%. La efectividad es responsabilidad de las dependencias.

No se aporta informe de jornada de sensibilización 0%

a. Para el segundo trimestre se soporta avance de Migración a la Nube a 30 de Junio, cumple 1 de los cuatro informes trimestrales 25%. La efectividad es responsabilidad de las dependencias. Se aporta informe de septiembre 30-09-2025 25%

b. No se aporta informe de jornada de sensibilización 0%.

**RIESGO No 22. RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL. G. INVENTARIOS: 81%**

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

**Actividad de Control:** (4) Reportes trimestrales de novedades de inventario no ingresadas presentado en Comité Primario.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN</b>	Código: GES -FR004
	<b>INFORMES CONTROL DE GESTIÓN</b>	Página: 23 de 29
		Versión: 1
		Vigente a partir de: 18/08/2017

Se aporta informe del 15 de marzo de 2025 y acta de comité primario del 31 de marzo de 2025, el cual contiene la gestión adelantada y cuantificada, análisis y recomendaciones, se requiere presentación en instancia del comité de recursos físicos para la toma de decisiones.

Para el segundo trimestre se presenta informe de seguimiento al control de inventarios de la empresa el cual soporta la revisión de los contratos, en los cuales se observó la suscripción de varios contratos de bienes y se valoró su ingreso al inventario de la empresa, por lo que se evalúa cumplimiento del 50%

Para evaluar su efectividad se deben presentar los resultados en instancia de comité primario asociado a los resultados del plan de mejoramiento del proceso, los cuales deben redundar en una completa identificación de los bienes de la entidad así como de los bienes de terceros (mediante el extinguido convenio de aportes bajo condición) datos que deben ser coincidentes con los datos reportados en los EIFF de la entidad, evaluación que se debe aportar en el último control, para medir la efectividad del control, ya que según los datos revisados a junio 30 en informe de seguimiento a la mejora no hay efectividad.

Al corte Noviembre 21, el plan cierra con un 80% de cumplimiento sin lograr la efectividad requerida, por tal motivo se levanta una acción correctiva la cual se monitoreará en instancia del Comité de Recursos Fisicos. Se anexa informe y acción correctiva al presente informe.

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

#### **RIESGO No 23. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO: 87.5%**

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

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

- Manual del personal laboratorio:  
Documentar los niveles de acceso a la información en las actividades del laboratorio.
- Actualizar declaración de imparcialidad para el Laboratorio Control de Calidad y socializarla con el personal del laboratorio.
- Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad.

#### **Nivel de Cumplimiento:**

Manual. Se soporta aprobado en CICCI, sin embargo se identifican inconsistencias conceptuales y se devuelve para ajuste vía email. 50%

Al respecto de la documentación de niveles de acceso no se identifica en el Manual ni documento adicional, al igual que la declaración de imparcialidad para la cual también se hacen recomendaciones (se recomienda hacer dos declaraciones en documentos independientes como anexos si se considera al Manual para las dos declaraciones en atención a que son requisitos de la Norma técnica y debe desplegarse de tal manera que pueda ser evaluada y soportada dicha evaluación) especialmente asociadas a que tanto el Profesional 3 como la Técnico dependen jerárquicamente de la Subgerente de Operaciones.

Se deben subsanar las observaciones

Se aportan actas de fechas 28 febrero, 31 de marzo, 12 de junio, con seguimiento a resultados del laboratorio.

Al corte del tercer trimestre se identifica subsanación de observaciones para un 87.5%

- Manual del personal laboratorio: 100%
- Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad. Se aporta acta del 17 de septiembre 75%

#### RIESGO No 24. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO: 87.5%

Riesgo: Fuga de información confidencial.

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

- Manual del personal laboratorio:

Documentar los niveles de acceso a la información en las actividades del laboratorio.

Actualizar declaración de imparcialidad para el Laboratorio Control de Calidad y socializarla con el personal del laboratorio.

- Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad.

Al corte del tercer trimestre se identifica subsanación de observaciones para un 87.5%

- Manual del personal laboratorio: 100%
- Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad. Se aporta acta del 17 de septiembre 75%

#### RIESGO No 25. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO: 12,5%

INFORMES CONTROL DE GESTIÓN

**Riesgo:** Invalidez de resultados

**Actividad de Control:**

- Informe de verificación trimestral del plan de mantenimiento.
- Calibración anual o según recomendación del fabricante y/o de la empresa de calibración para los equipos del laboratorio.

**Nivel de cumplimiento:**

- 1. Informe de Verificación: Se evidencia acta de CTI No 7, con la presentación del reporte del mantenimiento, se mantiene la recomendación de mejora de reportar cumplimiento cuantitativo de las actividades del laboratorio, acorde con lo programado, no hay análisis de la gestión o conclusiones y recomendaciones.  
Se requiere un capítulo específico para el laboratorio ya que no se puede verificar la efectividad del control. 25%  
El próximo informe puede subsanar soportando los tres primeros trimestres.
- 2. No aplica al corte, manifestó el Ingeniero Pablo que está programado para el último trimestre de 2025. 0%  
Se recomienda la identificación de equipos sujetos a calibración, que permita cuantificación de igual forma de lo programado contra lo ejecutado y en el informe enunciar los respectivos certificados que soporten el cumplimiento y su vigencia.

**Al corte del tercer trimestre:**

- 1. Informe de Verificación: Se mantienen las observaciones ya que no se aportaron evidencias. 25%  
El próximo informe puede subsanar soportando los tres primeros trimestres.
- 2. No aplica al corte, manifestó el Ingeniero Pablo que está programado para el último trimestre de 2025. 0%

**RIESGO No 26. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO: 41.6%**

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

**Actividad de Control:**

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

1. No se aportan evidencias del Reporte anual de verificación de métodos analíticos utilizados en el laboratorio de control de calidad y reentrenamiento del personal presentado en Comité Primario. 0%

**2. Reporte mensual SUI datos de calidad del agua**

Cumple reporte y análisis en Comité primario a la calidad del reporte, cumple 33,3% y un ponderado de 17%.

**3. Reporte semestral de resultados de participación del Programa Inter laboratorio de Control de la Calidad del Agua Potable – PICCAP.**

En el comité se hace alusión a la inscripción en marzo de 2025 al programa y de igual forma se informa que en el mes de junio se espera la activa participación del mismo. Se avala el 33,3% de cumplimiento para un ponderado de 17%.

Al corte del tercer trimestre: 41.6%

1. 0%
2. 75%. Se aportan soportes en comité primario
3. 50%. Se aporta primer semestre.

**RIESGO No 27. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO: 88.8%**

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

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

**Nivel de cumplimiento:** Revisadas las actas aportadas, la No 4 del 31/03/2025, contiene un acta de revisión de la gestión del subproceso, en la cual se socializan las acciones correctivas y plan de mejora y se asume compromiso con su monitoreo. No se enuncia avance cuantitativo ni de AC ni del Plan. De 10 actas se soporta una.

Para el segundo trimestre el Acta del mes de abril soporta monitoreo y nivel de cumplimiento del 40.95%

De 10 actas se soportan 2 en el semestre.

Al corte del tercer trimestre se cuenta con los siguientes resultados, los cuales soportan efectividad de la gestión:

Plan suscrito con la SSDptal: 96.4%

Plan de Mejoramiento de la Auditoría Interna de Gestión: 80%

Acciones correctivas: sin evaluación al corte del presente informe

Se evidencia acta de reunión en la cual el subproceso realiza seguimiento a la gestión y asume compromisos de mejora para la vigencia 2026, así como continuar con la gestión de acciones correctivas, para las cuales existe un componente técnico que requiere soporte especializado, motivo por el cual se están haciendo contactos con otras empresas en un ejercicio de referenciación.

## INFORMES CONTROL DE GESTIÓN

Esta oficina asigna un 88.8 de cumplimiento en atención a la efectividad demostrada en lo evaluado y al compromiso con la mejora.

**RIESGO No 28. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:****12.5%**

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

**Actividad de Control:**

- Procedimiento trabajo/servicio no conforme aprobado por CIG&D. 0%
- Reporte trimestral No conformes del subproceso. 0%. Revisadas las actas no se identifica la presentación de reportes de NO CONFORMES correspondientes al periodo evaluado.

Planificación evalúa: *No se reporta procedimiento aprobado. Se presenta acta de Comité Primario No. 12 del 07-07-2025, donde se revisaron las no conformidades a las actividades recientes del laboratorio.*

Revisado el Numeral 2.11 del acta del 7 de julio aportada enuncia reporte de NO CONFORMIDADES, es importante definir que un NO CONFORME es diferente a una no conformidad, se debe partir de la documentación del procedimiento para poder hacer los reportes.

No es viable el avance que asigna Planificación.

**Al corte del Tercer Trimestre:**

Se cuenta con una propuesta de procedimiento en revisión, se asigna 25% Reporte de No Conformes. No se aportan evidencias. 0%

**RIESGO No 29. RIESGO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO:****75%**

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

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

En acta de Comité Primario No 4 del 31-03-2025, se evidencia la ficha, para el segundo trimestre se soporta la ficha correspondiente al periodo semestral a corte junio en Acta del 7 de Julio de 2025.

**Para el tercer trimestre se aporta acta del 19 de Octubre de 2025.**

**V. CONCLUSIONES**

**5.1** Se recomienda que en instancia de los comités primarios, se realice un ejercicio de análisis de los informes y resultados de las actividades de control, de tal forma que

se impacte el análisis causal del riesgo y se logre la efectividad del mismo, la intención de presentar en comité primario es lograr que los directivos y profesionales jefe, identifiquen las oportunidades de mejoramiento para que con su liderazgo se adelanten las acciones necesarias.

- 5.2 Se reitera a la Subgerencia de Planificación el análisis de la EFECTIVIDAD de los controles ya que solo se revisa el nivel de cumplimiento.
- 5.3 Se evidencia al corte una desviación de 11 puntos frente al 75% esperado al corte del tercer trimestre, por lo que se debe propender por el cumplimiento y efectividad de todos aquellos controles que no logran al corte del presente informe el 75%.
- 5.4 Se evidencia comparativamente contra el periodo anterior de 2024, un mayor nivel de compromiso en la gestión de los riesgos, lo que implica mantener un ejercicio formal y con compromiso de identificación y gestión de los riesgos en la vigencia 2026.

#### **VI. RECOMENDACIONES**

- ✓ Se requiere el fortalecimiento de los Controles a los riesgos en todas las instancias, para lo cual es de vital importancia el liderazgo de Directivos y Profesionales Jefes, para sensibilizar la participación de todos los procesos en controlar los riesgos e implementar controles efectivos, teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas vía email, por esta oficina, teniendo en cuenta que estamos reportando el segundo informe y aún hay tiempo para realizar los ajustes y requerimientos respectivos.
- ✓ La gestión de inventarios debe ser considerada una prioridad, para revisar en instancia del comité de recursos físicos, toda vez, que aún no se logra que los sistemas de información reflejen información real y confiable de los bienes propios, insumo esencial para el ejercicio tarifario de la vigencia 2026.
- ✓ Con la expedición de la nueva guía para la gestión integral de los riesgos versión No 7 emitida por el DAEP, se recomienda dar inicio a un ejercicio de capacitación en la guía y su metodología, con la identificación y descripción del riesgo tal y como se compartió con el profesional de sistemas de gestión de la Subgerencia de Planificación para la vigencia 2026; en tanto se fortalecen las oficinas asesoras (Planificación y Control Interno) en la metodología que permita actualizar la guía institucional para la gestión del riesgo y la armonización con el capítulo para la gestión de los riesgos para la Integridad Pública del Programa de Transparencia Y ética Pública. Este debe ser un ejercicio planificado por estas dependencias, que establezca metas de entregables que permitan la adopción integral de los dos documentos en mención para su implementación, medición y mejora continua

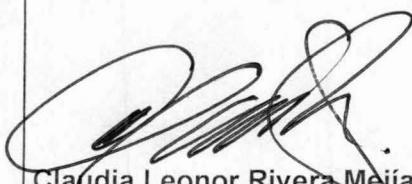
#### **VII. ANEXOS**

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

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN</b>	<b>Código: GES -FR004</b>
	<b>INFORMES CONTROL DE GESTIÓN</b>	<b>Página: 29 de 29</b>
		<b>Versión: 1</b>
		<b>Vigente a partir de:</b> <b>18/08/2017</b>

Anexo No 2. Mapa de Riesgos de Gestión, Seguridad Digital, Integridad y Fiscales. Evaluación del Tercer Trimestre de 2025. Cinco (5) folios.

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



**Claudia Leonor Rivera Mejía**  
**Jefe de Oficina de Control de Gestión**

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

## Evaluación gestión del riesgo 2025

Periodo de Evaluación: Tercer Trimestre de 2025

No	PROCESO	TIPO DE RIESGO	% avance
1	Gestión Estratégica	Fiscal	50.00
2	Gestión Estratégica	Gestion	75.00
3	Gestión Estratégica	Gestion	
4	Gestión Estratégica	Gestion	75.00
5	Planificación y Gestión Integral	Gestion	49.95
6	Planificación y Gestión Integral	Gestion	66.00
7	Gestión de la operación/ Mantenimiento	Gestion	75.00
8	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Gestion	87.50
9	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Gestion	75.00
10	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Intergidad	
11	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Gestion	80.00
12	Gestión Comercial/ subproceso Facturación	Gestion	100.00
13	Gestión Comercial/ subproceso Cartera	Gestion	50.00
14	Contratación	Gestion	75.00
15	Gestión del Talento Humano	Gestion	50.00
16	Gestión del Talento Humano	Gestion	50.00
17	Gestión Financiera y Contable	Gestion	75.00
18	Gestión Documental	Gestion	50.00
19	Gestión Informática	Seguridad Digital	50.00
20	Gestión Informática	Seguridad Digital	75.00
21	Gestión Informática	Seguridad Digital	25.00
22	Gestión Inventarios	Gestion	81.00
1	Control de Calidad	Laboratorio	87.50
2	Control de Calidad	Laboratorio	87.50
3	Control de Calidad	Laboratorio	12.50
4	Control de Calidad	Laboratorio	41.60
5	Control de Calidad	Laboratorio	88.80
6	Control de Calidad	Laboratorio	12.50
7	Control de Calidad	Laboratorio	75.00

64

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

Reporta: Oficina de Control de Gestión

MAPA DE RIESGOS Y ACTIVIDADES DE CONTROL			
EVALUACIÓN DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA. OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN			
TIPO DE RIESGO	No Riesgos	No Actividades Control	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
RIESGOS DE GESTIÓN	17	18	65.6
RIESGOS PARA LA INTEGRIDAD. Eliminado III Trim	1	1	
RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL	3	4	50.0
RIESGOS DEL LABORATORIO CALIDAD	7	12	57.9
RIESGOS FISCALES	1	2	50.0
<b>TOTAL</b>			
MATERIALIZADOS	1		
NO CUMPLE CONTROLES			
Promedio General Por componente			56
Promedio General Individual			64

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

*Periodo Reportado: Tercer Trimestre de 2025*

SISTEMA DE GESTIÓN						MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025						Código: GES-FR-108				
												Página: 1				
Control de versión: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE CONTROLES			SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION			
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO	Cuando la Opcion de tratamiento es reducir				ACTIVIDAD			ESTAD O %	EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION	
						GESTION	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %
1	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos de la entidad debido a la posible materialización de daño fiscal en atención al atraso de obra PTARSS	falta de rigurosidad en la vigilancia y control del proyecto	atraso de obra PTARSS	1	a. Mesas de Constructibilidad	Supervisor y apoyos a la supervisión proyecto PtarSS	Trimestral	a. Actas legalizadas por Aguas, Interventoría y Consorcio de Obra CONTROL AJUSTADO DE CUATRO A DOS ENTREGABLES SEMESTRALES	Ene - nov	Se presentan actas de reunión No. 2 y No. 3 del 02-05-2025 y 17-07-2025, respectivamente, donde se realizó monitoreo al corte del primer y segundo trimestre del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República proyecto PTAR San Silvestre y PSMV.	50.00%	Teniendo en cuenta que el control a, fue modificado en su periodicidad de trimestral a semestral y se eliminó el control b, en instancia del CICCI y Resolucion No 126-2025:  A fecha del presente seguimiento para el tercer trimestre de 2025: a. Informe 1 Semestre 2025 Contrato de Obra 134-2016. Al corte del presente monitoreo no aplica entregable Se mantiene el nivel de cumplimiento del 50%, con base en el informe del primer semestre de 2025 La efectividad del control debe verse reflejado en el cumplimiento del plan de Mejoramiento en eficacia y efectividad, lo cual está directamente ligado al avance del proyecto PTARSS, a la fecha del presente informe, el contrato de obra No 134-2016, que se encontraba suspendido, soporta Acta de reinicio No 02 de fecha 31 de Octubre de 2025, y el nuevo Contrato de Interventoría identificado con el No 103-2025 cuenta con Acta de Inicio de Fecha 30 de Octubre de 2025	50	
2	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento del POIR que se deriva en el incremento de la provisión de inversiones, por falta de recursos financieros para la inversión	debido a la falta de recaudo por la baja cultura de pago	por falta de recursos financieros para la inversión	1	Formular e implementar Plan Integral de Gestión de Recaudos Vigencia 2025 con medición sistemática y continua de los resultados e impacto de efectividad del recaudo (Identificar línea base, estrategias, usuarios nuevos AA, indicadores de medición impacto, cobro coactivo, etc)	Subgerente Comercial Profesionales III Subgerencia Comercial	Trimestral	a. Plan Integral de Gestión de Recaudos vigencia 2025 aprobado CTSC b. Informes trimestrales de avance con nivel de cumplimiento registrado y recomendaciones presentado en CTSC (4 actas y 4 informes)	Feb - nov	a. Se presenta plan de estrategias de recaudo 2025 con relación de actividades, objetivos, responsables, impacto, meta, línea base, presentado en Comité Técnico de Sostenibilidad Contable el 02 de abril de 2025, según acta No. 2 que se adjunta. (100%)  b. En Comité Técnico de Sostenibilidad acta No. 7 del 30 de septiembre de 2025, se presentó el segundo informe de las estrategias de recaudo y gestión de cuentas por cobrar 2025 con recomendaciones de la Subgerencia Comercial, se presenta acta y avance plan estrategias. (50%)	75.00%	a. Plan Integral de Gestión de Recaudos vigencia 2025 aprobado CTSC. Se presenta plan de estrategias de recaudo 2025 con relación de actividades, objetivos, responsables, impacto, meta, línea base, presentado en Comité Técnico de Sostenibilidad Contable el 02 de abril de 2025, según acta No. 2 que se adjunta. (100%)  b. En mayo se presenta el primer informe de gestión soportado en Acta e Informe para un cumplimiento del 12,5 del 50 esperado. En Septiembre el segundo informe para un cumplimiento del 25% del 50% esperado. Se requirió a comercial la remisión de los consolidados de cumplimiento y recaudo de cada trimestre ya que el acta no los soporta.  Se recomienda evaluar con los EEFF en la cuenta de deudores las tendencias de la cuenta de deudores de servicios públicos corriente y no corriente, para evaluar el impacto al cierre de la vigencia, realizar análisis y generar las conclusiones y decisiones al respecto de la estrategia	75	
3	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los indicadores componente suficiencia financiera porque no se cuenta con datos ajustados a la realidad organizacional respecto a costos, respecto a costos que permita tomar decisiones oportunas debido a fallas de parametrización (recaudo, cartera corriente y herramienta costos ABC)	porque no se cuenta con datos ajustados a la realidad organizacional respecto a costos, respecto a costos que permita tomar decisiones oportunas debido a fallas de parametrización (recaudo, cartera corriente y herramienta costos ABC)	debido a fallas de parametrización (recaudo, cartera corriente y herramienta costos ABC)	1	Realizar parametrización del sistema de costos ABC de acuerdo con la estructura organizacional, procesos y lineamientos de la SSPD de la empresa. Actualizar procedimiento generación de informe de costos.	Profesional II - Subgerencia Administrativa y Financiera	Trimestral	informes trimestrales de avance parametrización con nivel de cumplimiento	Feb - nov	Se presentan actas de reunión No. 2 y No. 3 del 02-05-2025 y 17-07-2025, respectivamente, donde se realizó monitoreo al corte del primer y segundo trimestre del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República proyecto PTAR San Silvestre y PSMV.	50.00%	Control Eliminado en CICCI No 04 de 2025, a solicitud de la P2 Sugey Cárdenas y avalado por el Subgerente Administrativo y Financiero.		

Control de versión: Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dato v6 de 2022. Revisa: Luis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprobó: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023

No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAÍZ	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				PLAN DE CONTROLES					SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACIÓN			EVALUACIÓN OFICINA CONTROL GESTIÓN	
						TIPO			Cuando la Opción de tratamiento es reducir					SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADÍO %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADÍO %		
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERÍODO IMPLEMENTACIÓN				
4	Gestión Estratégica	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento del PSMV	por falta de recursos inversión y falta de controles efectivos (notificación oportuna de desviaciones, trabajo articulado con Distrito, proyecto PTAR)	Recursos, falta de articulación Interinstitucional de seguimiento	1	Implementar mesas interinstitucionales periódicas Distrito Infraestructura y Operaciones (Subgerencia de Operaciones) monitoreo, seguimiento y registro de avances PSMV	Subgerente de Operaciones Profesional Jefe de Saneamiento Básico	Trimestral	Actas de reunión mesas interinstitucionales	Feb - nov	Se presenta acta de reunión interinstitucional No. 2 del 31-03-2025 donde se revisa lo relacionado con el plan de acción periodo 2022 a 2032, contenido en la Resolución DGL N° 0001008 de 2023 por medio de la cual, se aprueba la "Actualización del Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimiento y se dictan otras disposiciones", realizando seguimiento a compromisos.	75.00%	Se evidencian tres actas de reuniones de las cuatro programadas. Control de gestión emitió el 28 de Julio un memorando asociado al PSMV, en cuyo texto se evidencia la necesidad de la medición del nivel de cumplimiento operativo y de las inversiones con base en lo programado adoptado en el plan de acción del PSMV, entre otras recomendaciones, por tal motivo una vez se cuente con la medición formal del nivel de cumplimiento y la identificación de desviaciones, análisis y toma de decisiones en un ejercicio interinstitucional, se contará con el insumo para medir la efectividad del control, enfocados a reducir el riesgo identificado, lo que será tenido en cuenta al cierre de la vigencia para determinar la efectividad del control, ya que solo puede evaluarse el cumplimiento. Ver anexo.	75				
5	Planificación y Gestión Integral	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por la desactualización de los documentos en el sistema de gestión documental por la falta de compromiso con el cumplimiento del requisito institucional con el sistema de gestión documental y el no control efectivo del sistema de gestión y el no control efectivo por parte del comité primario y de la segunda línea de defensa	No se encuentran los documentos aprobados en los comités institucionales en sus versiones vigentes disponibles (en tiempo real) en la carpeta compartida del Sistema de Gestión - MIPG	1. Falta de compromiso con el cumplimiento del requisito institucional con el sistema de gestión documental por la falta de compromiso con el cumplimiento del requisito. 2. El comité primario no hace control efectivo al cumplimiento del requisito. 3. El control de la segunda línea de defensa no es efectivo	1	Establecer un control que asegure la disponibilidad de los documentos del sistema de gestión (documentos actualizados y legalizados en formato pdf y editable para formatos) en la red compartida Sistema de Gestión - MIPG que permita la consulta y viabilice la implementación de los mismos en tiempo real	Profesional III Sistemas de Gestión	Trimestral	(4) Informes trimestrales presentados en Comité de Gestión y desempeño (4), que presente cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso, notificado al directorio de la dependencia, con recomendaciones y fechas de cumplimiento de los compromisos (monitoreadas trimestralmente).	Ene - nov	Se presenta informe I trimestre del nivel de documentación de los procesos del Sistema de Gestión Institucional y acta del CIGyD No. 7 del 06-05-2025, donde fue presentado. Se evidencia % de cumplimiento por proceso, observaciones y recomendaciones.	66.00%	En actas de CIGyD y CICCI, se aprobó la propuesta de modificación de los entregables del control, a tres (3) en la vigencia, sin embargo se reitera que el control debe ser efectivo, es decir no se cumple solo con la suscripción de actas sino con la evaluación cuantitativa de los resultados.					
																De los tres entregables, se cuenta con dos, sin embargo no se evidencia efectividad de los controles por lo que se asigna un 50% del 66% esperado.			
																Revisada la efectividad del control se encuentra para las cuatro auditorias realizadas en la vigencia 2025, se continúan identificando deficiencias en el control de los documentos y registros, por lo que se debe mantener en control en la vigencia 2026.			
																Dentro de lo mas relevante identificado se encuentra:	49.95		
																• Procesos que tienen pendiente y asumidos compromisos para levantar políticas de operación como comercial-subproceso cartera, gestión informática, gestión financiera y gestión documental.			
																• La organización de los archivos magnéticos en los archivos de gestión según la TRD.			
																• La identificación de procedimientos en formato Excel en los procesos de la Secretaría General y Subgerencia Administrativa y Financiera.			
																• Ajuste a las matrices de información documentada, según requerimientos resultado de la evaluación de planes de mejora de los procesos y de las auditorias internas de gestión (comunicadas vía email a los involucrados)			

					SISTEMA DE GESTIÓN								Código: GES-FR-108 Página: 1 Versión: 3 Vigente a partir de: 2023-10-21					
					MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025													
Control de versión: Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Luis Lizcano, Profesional CPS de Gestión. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023																		
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					PLAN DE CONTROLES					SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION			EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION					
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO	GESTIÓN	Cuando la Opcion de tratamiento es reducir				ESTAD O %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025			ESTADO %		
6	Planificación y Gestión Integral	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los planes institucionales de la empresa debido al desinterés por parte de las áreas para cumplir con los compromisos establecidos en los planes institucionales	por incumplimiento de los planes institucionales de la empresa	debido al desinterés por parte de las áreas para cumplir con los compromisos establecidos en los planes institucionales	1	Realizar mesas de trabajo con equipo Directivo sobre las actividades que no registran el cumplimiento esperado al corte de cada periodo y al cierre entregando resultados cuantificados, con análisis y recomendaciones, con asesoría e instando a su oportuno y efectivo desarrollo, en cumplimiento de la Política de Planeación Institucional	Profesionales III - Planeación	Trimestral	Acta de reunión con Equipo Directivo (3 con cada Directivo: Subgerente de Planeación, Secretaría General, Subgerente de Operaciones, Subgerente Administrativo, Subgerente Comercial) (I, II y III a Septiembre de 2025)	Ene - nov	Se presentan actas de reunión con Directivos y personal de apoyo, soporte de mesas de trabajo para la revisión de las actividades de los diferentes planes institucionales que no registran el cumplimiento esperado al corte del II trimestre, en cumplimiento de la Política de Planeación Institucional	66.00%	Se asigna con base en los entregables el nivel de cumplimiento del 66%, sin embargo al efectividad se vera reflejada en la evaluación de la gestión por dependencias del mes de diciembre cuando las dependencias Control de gestión y la Subgerencia de Planeación consoliden el informe respectivo de la vigencia.				66
7	Gestión de la operación/ Mantenimiento	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en el suministro de agua a la ciudad debido a daños en equipos operativos de la Ptap	Herramientas y materiales insuficientes para la atención y seguimiento del estado de los equipos de la PTAP	Diagnóstico insuficiente de las condiciones actuales en que se encuentran los equipos de la PTAP para priorizar su atención ya sea con el personal de mantenimiento o contratistas.	1	Verificar estado de los equipos de los procesos unitarios PTAP y elaborar informe de criticidad que identifique los equipos prioritarios que ameritan cambio o reposición (1 informe a marzo)	Profesional III Mantenimiento	Semestral	1. Informe criticidad a marzo presentado en Comité Primario 2. Informe de seguimiento en el mes de junio y noviembre en Comité Primario	Ene - nov	1. Se presenta alcance al informe trimestral de criticidad de equipos del 02-04-2025, donde se proporciona un resumen detallado de los equipos que son de criticidad 1 según el plan de mantenimiento. (100%) 2. Se presenta informe I semestre de criticidad de equipos PTAP con fecha 02 de julio de 2025, que presenta el seguimiento al desarrollo de las actividades para los equipos de criticidad 1 según plan de mantenimiento. Se adjunta acta de Comité Primario No. 13 del 15-06-2025 donde fue presentado el informe. (50%) Tercer Trimestre 2025: No aplica monitoreo en el periodo	75.00%	Soporta el Subproceso de Mantenimiento en el segundo trimestre, un informe que da alcance al informe de criticidad, motivo por el cual control de gestión soporta como cumplido el entregable, en el cual se acogen la mayoría de las recomendaciones de la oficina de control de gestión.  Se aporta un acta de comité primario la No 13, en donde se hace evidente el seguimiento y recomendaciones de la Subgerencia de Operaciones, las cuales deben verse reflejadas en el segundo informe de monitoreo del segundo semestre de 2025.  Revisado el informe del primer semestre, no se identifica un nivel de cumplimiento de esos equipos considerados críticos, se enuncian las actividades, pero se requiere mostrar en un resultado cuantificado el cumplimiento vs lo programado, y lograr identificar las desviaciones y su impacto en la prestación del servicio y riesgos o materializaciones asociadas; y de considerarse necesario, la cuantificación de los recursos para lograr el impacto esperado y minimizar los riesgos asociados, que oriente a la Gerencia para la priorización de recursos debidamente soportado.  Tercer trimestre de 2025: Sin aportes a la gestión del control con base en las recomendaciones realizadas al corte del primer semestre, se mantiene el nivel de cumplimiento				75

Control de versión: Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Luis Lizano, Profesional: CRS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							PLAN DE CONTROLES					SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION			EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION	
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	GESTION	TIPO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACION	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTAD O %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %
8	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Reputacional y económico	Possibilidad de afectación económica y reputacional por la no presencia institucional en algunos sectores de la ciudad debido a la seguridad y orden público en los sectores objeto de labor de campo	Falta de presencia institucional en algunos sectores de la ciudad	Falta de apoyo interinstitucional del distrito, falta de vinculación a la policía y/o instituciones que aseguren el orden público en el distrito	1	PARA LA INTEGRIDAD SEGURIDAD DIGITAL LABORATORIO FISCAL	Planear, articular, ejecutar y realizar seguimiento a las visitas domiciliarias en zonas de difícil acceso por orden público y seguridad vinculando las instituciones competentes del distrito	Profesionales III Recuperación de consumos	Trimestral	Ene-nov	Realizar semestralmente mesas interinstitucionales con el distrito para el acompañamiento (2 informes consolidados de la gestión presentados en Comité Primario -2 actas)	1. Se presenta informe I semestre de las mesas interinstitucionales con el Distrito para atender los diferentes requerimientos de las comunidades de sectores de la ciudad donde existen desafíos para el acceso debido a factores externos de inseguridad y del orden público, así como también informar novedades e impacto a través de información cuantitativa que permita conocer temáticas a abordar, numero de asistentes, Secretarías o Direcciones convocadas, compromisos, seguimiento y resultados a los mismos. Se adjunta acta de Comité Primario No. 12 del 04-07-2025. (50%)	62.50%	• Realizar semestralmente mesas interinstitucionales con el distrito para el acompañamiento. (2 Informes consolidados de la gestión presentados en Comité Primario -2 actas); se aporta informe con el detalle de las temáticas abordadas, asistentes y compromisos, el cual se socializa en comité primario. 50%	87.5
9	Gestión de la operación/ Recuperación de consumos	Reputacional y económico	Posibilidad de afectación económica y reputacional. Por la no aplicación adecuada de lineamientos legales e institucionales debido a la no articulación y concertación de procedimientos internos que generan entradas al subproceso rec de consumos para la toma de decisiones	Debido a decisiones no articuladas y concertadas para la ejecución de procedimientos internos que generan entradas al subproceso rec de consumos para la toma de decisiones	Por la no aplicación adecuada de decisiones no articuladas y concertadas para la ejecución de procedimientos internos que generan entradas al subproceso rec de consumos para la toma de decisiones	1		Realizar mesas de trabajo periódicas Sub. Comercial - Sub. Operaciones/ Recuperación para unificar criterios respecto a procedimientos de articulación conjunta, novedades y casos específicos	Subgerente Comercial/ Subgerente de Operaciones Profesionales de apoyo	Trimestral	Ene-nov	Actas de reunión Sub. Comercial / Sub. Operaciones con reporte de resultados, recomendaciones y compromisos (4 Actas)	Se presenta acta de reunión No. 11 del 09-05-2025 sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial y la Subgerencia de Operaciones - gestión comercial, donde se exponen casos y acciones varias, fijando compromisos.	75.00%	Tercer Trimestre: Se presenta acta de reunión No. 20250703_Acta Reunión No.04 Seguimiento con Contratista sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial, Subgerencia de Operaciones y proveedor para revisar novedades, situaciones, acciones varias, fijando compromisos. Se soportan los informes trimestrales, no se aportó análisis a las recomendaciones realizadas al corte del primer semestre.	75
10	Gestión Comercial/ subproceso Atención al Usuario	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por fraude debido a la manipulación del software comercial a favor de terceros	Debido a falta de controles automáticos que establezcan restricciones que no permitan la violación de lineamientos y parámetros institucionales asociados a cambios de condición del usuario en el sistema, financiaciones, abonos, condonación de intereses y demás asociados.	Por falta de desarrollo en el sistema comercial que genere reportes cuantificados de los resultados del Recálculo del cobro, por trabajador, en metros # y valor por período desagregado por estrato.	1		Validar requerimiento para el desarrollo del software comercial acorde con el análisis de causas y requerir al proveedor externo (supervisor proveedor)	Supervisor del proveedor externo - Profesional - Sistemas	Marzo Junio Octubre	Ene - nov	Requerimiento ejecutado a marzo Informes trimestrales de re facturación (desagregado por trabajador, m3 y valor) acorde con causales SUI (a junio, septiembre, noviembre) presentados en CTSC	No reporta evidencias	0.00%	Riesgo Eliminado en instancia de CIGyD y CICCI	



## SISTEMA DE GESTIÓN

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025

Código: GES-FR-1CB

Página: 1

versión: 3

Vigente a partir de: 2023-10-21

Control de versión: Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidenta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023

Control de versión: Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023.

No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			CAUSA RAIZ	PLAN DE CONTROLES						SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION			EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION				
			RIESGO	CAUSA INMEDIATA	TIPO		Cuando la Opcion de tratamiento es reducir				ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACION	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTAD O %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTAD %	
							GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO										
12	Gestión Comercial/ subproceso Facturación	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por incremento del índice de reclamaciones y quejas debido a errores atribuidos a la gestión del proveedor de servicios externos	debido a errores atribuidos a la gestión del proveedor de servicios externos	1	Consolidar en actas cuatrimestrales las mesas de trabajo mensuales empresa-proveedor para revisar las novedades, oportunidades de mejora, en cumplimiento de la relación contractual y orientado hacia la mejora del servicio al ciudadano	Subgerente Comercial Profesional de Atención al Usuario	Marzo Junio Octubre	3 actas consolidadas de reuniones mensuales empresa - proveedor con observaciones, recomendaciones y decisiones de mejora, con análisis y toma de decisiones	Ene - nov	Se presenta acta de reunión No. 11 del 09-05-2025 sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial, Subgerencia de Operaciones y proveedor para revisar novedades, situaciones, acciones varias, fijando compromisos.	Se valida acta.	100.00%	Se aporta acta de reunión que soporta la gestión del primer trimestre y segundo trimestre de fecha 9 de mayo. El acta del segundo trimestre no soporta el seguimiento a los compromisos de la primera sesión, recomendación realizada para lograr efectividad, para la próxima reunión se debe dar inicio a la sesión con la verificación de compromisos. Tercer Trimestre: Se presenta acta de reunión No. 20250703_Acta Reunion No.04 Segto Contratista sobre temas comunes entre la Subgerencia Comercial, Subgerencia de Operaciones y proveedor para revisar novedades, situaciones, acciones varias, fijando compromisos	100					
13	Gestión Comercial/ subproceso Cartera	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incremento de la cartera debido a falta de cultura de pago oportuno por parte del usuario	debido a falta de cultura de pago oportuno por parte del usuario	1	Remitir a la Secretaría General usuarios con cartera (usuarios focalizados) para inicio de cobros coactivos y realizar seguimiento a la gestión	Subgerente Comercial Profesional III cartera	Trimestral	Informe de seguimiento trimestral gestión cobro coactivo usuarios focalizados presentado en CTSC	Ene - nov	Esta actividad de control fue ajustada (Resolución No. 243 de 22-09-2025). Sin evidencias en el periodo: dos entregables septiembre y noviembre	0.00%	Se cuenta con Acta CTSC No 07-2025 de fecha 30 de septiembre de 2025 y se soporta informe de resultados. Se recomienda evaluar efectividad al cierre con base en los resultados de la cartera objeto del informe contra la variación en EEEF.	50						
14	Contratación	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por falta de oportunidad de la información que soporta la Gestión Contractual (Secop) debido a incumplimiento de las obligaciones de los supervisores	debido a incumplimiento de las obligaciones de los supervisores	1	Realizar seguimiento del informe de extemporaneidad remitido por la Secretaría General a través de Comité Primario	Líderes de proceso	Trimestral	Acta de comité primario	Ene - nov	Se presenta informe de extemporaneidad III trimestre remitido por correo electrónico a los líderes de proceso el 06 de octubre de 2025, por parte de la Secretaría General.	Del informe se observa incumplimiento por parte de: - Subgerencia de Operaciones sobre tres contratos con reporte de entrega de documentos extemporáneo. Se presenta acta de comité primario No. 12 de 2025. (12.5%) - Subgerencia Administrativa y Financiera sobre tres contratos con reporte de entrega de documentos extemporáneo. Se presenta acta de comité primario No. 18 de 2025. (12.5%)	62.50%	Al corte del tercer trimestre: Se mantiene la recomendación, para que las dependencias responsables, realicen análisis en comité primario y se realice seguimiento a la subsanación de reportes de extemporaneidad y el control implementado, especialmente cuando en cada periodo la dependencia ha presentado incumplimiento	75					

 <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025</b>										Código: GES-FR-108					
										Página: 1 Versión: 3 Vigente a partir de: 2023-10-21					
Control de versión: Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Luis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023															
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						PLAN DE CONTROLES				SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION			
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO	Cuando la Opcion de tratamiento es reducir				SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTAD O %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	
15	Gestión del Talento Humano	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por baja eficiencia y productividad del personal	bajo nivel de calidad de las labores realizadas por los funcionarios	Falta de compromiso personal	1	Realizar dos jornadas de sensibilización a los trabajadores sobre el cumplimiento de sus funciones, deberes y objetivos.	Subgerente Administrativo y Financiero	Semestral	Una jornada semestral documentada (2) soportada en los resultados de la evaluación de competencias del personal. Ficha técnica, asistencia, presentación y evaluación	Ene - nov	Se presenta primera jornada de sensibilización con ficha técnica, asistencia y evaluación de impacto. Resultados Organizacionales y compromisos con la Gestión. Fecha: 25-03-2025	50.00%	Para el segundo trimestre se aportan los soportes de la sensibilización realizada, soportada en ficha técnica, informe de resultados y evaluación del impacto y evidencias fotográficas. Se soporta 50% de cumplimiento y evidencias de evaluación de efectividad.	50
16	Gestión del Talento Humano	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional que genera inconsistencias en el reporte de novedades quincenal	recepción de información de nómina errada o inopportuna de los responsables del reporte al incumplir lineamientos correspondientes	falta de compromiso de los responsables del reporte al incumplir lineamientos correspondientes	1	Requerir formalmente a los trabajadores responsables ante incumplimiento de calidad y oportunidad en el reporte y generar reporte periódicos con el estado de la información remitida (horas extras)	Profesional 1 Talento Humano	Trimestral	Reportes Trimestrales soportados en comité primario con análisis y recomendaciones para la mejora a la dependencia responsable	Ene - nov	Se presenta informe II trimestre por parte del Profesional 1 de Talento Humano donde manifiesta que en el primer y segundo trimestre no hubo incumplimiento en el reporte de novedades de horas extras por parte de la Subgerencia de Operaciones.	50.00%	Para el segundo trimestre se soporta informe que reporta que no se han presentado inconsistencias en el reporte de novedades en los dos primeros trimestres de la vigencia, por parte de la Subgerencia de Operaciones, lo que permite inferir que los controles de la primera línea están siendo efectivos.	50
17	Gestión Financiera y Contable	Económico	Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en los pagos de pagos a terceros sin el lleno de requisitos	cuentas a terceros debido a cuentas de cobro incompletas remitidas por los supervisores de contrato	inexistencia de controles en las instancias pertinentes	1	Implementar un control en el proceso gestión financiera que valide el cumplimiento de los requisitos para los pagos y aplicación de descuentos, de forma aleatoria y previa al pago, mediante reporte de verificación con periodicidad trimestral	Profesional Jefe Financiero	trimestral	reporte de verificación	Ene - nov	Se presenta acta de Comité Primario No. 12 del 31 de mayo donde el equipo del área financiera luego de revisión, que ya existen controles para evitar la materialización del riesgo y enumera 9 formatos anexados.	75.00%	Con base en lo manifestado por la 1 y 2 LD, la oficina de control de gestión infiere que al realizar el análisis del riesgo y la valoración de controles, estos controles fueron encontrados no efectivos en el ejercicio de valoración después del control, para que hubiera sido priorizado en el mapa de riesgos.	75

Control de versión: Inclusión de Lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Luis Lizcano, Profesional CPS de Gestión. Aprobó: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO											PLAN DE CONTROLES					SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION			EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION		
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO	Cuando la Opcion de tratamiento es reducir					ESTAD O %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %					
							GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL										
18	Gestión Documental	afectación económica y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento actividades transversales de gestión documental debido a la falta de apropiación de los trabajadores de su rol respecto a la gestión y organización de sus documentos	debido a la falta de apropiación de los trabajadores de su rol respecto a la gestión documental	1		Diseñar e implementar dos jornadas de sensibilización al personal sobre normatividad y lineamientos GDO	Tecnología GDO	Semestral	Jornada (2) documentada de sensibilización sobre conocimientos técnicos sobre la composición de los documentos físicos de archivo y los factores que inciden en su deterioro, con el fin de implementar buenas prácticas de conservación preventiva y asegurar la preservación del patrimonio documental.	Ene - nov	Se presenta evidencia de jornada de sensibilización sobre conocimientos técnicos sobre la composición de los documentos físicos de archivo y los factores que inciden en su deterioro, con el fin de implementar buenas prácticas de conservación preventiva y asegurar la preservación del patrimonio documental.	50.00%	Se aportan las evidencias de la Jornada, ficha técnica, documento técnico, presentación y evaluaciones del impacto de la capacitación.	50	Se recomienda que el informe final presente un resumen de las evaluaciones de impacto diligenciadas y recordar el porcentaje requerido como mínimo para la cobertura de la actividad, por tal motivo para la próxima jornada se debe asegurar dicha cobertura.	Tercer Trimestre: No se presentaron evidencias en el periodo, ya que la periodicidad es semestral				
19	Gestión Informática	afectación económica y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por daño o pérdida de información	Malas prácticas de los usuarios en el uso de los recursos compartidos	1		Impartir lineamiento/requisito cargar de información que no cumple OCR (reconocimiento de caracteres: búsqueda, pdf editable) ni TRD que no vialiliza backup en la Nube	Profesional III Sistemas	Semestral	a. Informe semestral presentado en CIGyD (Corte a junio y a noviembre) en el marco del PGD programa de gestión de documentos electrónicos digitalizados con fines de consulta  b. Realizar revisión y depuración de las carpetas de información compartidas que no cumplen con estructura de TRD y OCR.	Ene - nov	a. Se presenta acta de CIGyD del 06-08-2025 e informe actualizado de verificación OCR y PDFA (50%)  b. Actividad ajustada sin avance porque está sujeta a la adquisición de discos duros para el servidor. (0%)	50.00%	Se evidencian dos informes, el primero de configuración de OCR de los equipos, para el segundo semestre se debe verificar de forma aleatoria que los documentos digitales generados cumplen con el requisito así como los disponibles en los recursos compartidos a partir de la configuración de los scanner.	50	Cumple 50% del 100, pendiente evaluar efectividad en las dependencias en la generación de documentos digitales y respuestas. La efectividad es responsabilidad de las dependencias.  El segundo informe reporta las dependencias de cumplen requisitos para el corgue en la Nube; 50%, por lo que el control esta montado y cumple sin embargo la efectividad del corgue en responsabilidad de las dependencias, de las siete dependencias se reporta cumplimiento de dos dependencias para un cumplimiento con efectividad en el primer semestre del 28% del 100.	EN ATENCION A LA MATERIALIZACION DEL RIESGO, SE ADICIONA UN CONTROL: Realizar copia de respaldo de la información de la red compartida de la empresa en servidor de respaldo, con periodicidad mensual (octubre – noviembre).	Al corte del tercer trimestre, se presenta informe en instancia del CIGyD 06-08-2025 e informe actualizado de verificación OCR y PDFA, se asigna un (50%). Para el cierre se debe evaluar el informe con enfoque de efectividad y evaluar los dos entregables del control adicionado.			
20	Gestión Informática	Afectación económica y reputacional	Posibilidad de fallas en el acceso a la información de los sistemas de información institucionales (comercial, financiero, nómina, ofeo, otros), por falta de infraestructura tecnológica actualizada,	Recursos insuficientes para actualización de Infraestructura tecnológica	1		Actualización periódica de los componentes de hardware y software (sistemas de información) con base en los recursos disponibles	Profesional III Sistemas	Trimestral	Informe trimestral de las actualizaciones y novedades de hardware y software en relación con los sistemas de información institucionales y su impacto sobre el riesgo identificado (4 informes)	Ene-nov	Se envia informe consolidado Actualización periódica de los componentes de hardware y software (sistemas de información) con base en los recursos disponibles de fecha 30-09-2025. El informe describe las actividades realizadas en cada trimestre y las recomendaciones derivadas del proceso de actualización periódica de los componentes de hardware y software de los equipos de cómputo y sistemas informáticos de la entidad. Se valida el informe con recomendaciones.	75.00%	Para el segundo trimestre se soporta avance de Migración a la Nube a 30 de Junio, cumple 1 de los cuatro informes trimestrales 25%. La efectividad es responsabilidad de las dependencias.	75	Para el tercer trimestre se aporta informe consolidado de actividades correspondientes a los tres trimestres, se presentó falla en discos duros con pérdida de información en carpetas compartidas, a la fecha no se ha subsanado la causa que es reemplazar los discos duros, por falta de recursos. Se debe continuar con los monitores y el impacto. Se asigna 75%					

				<b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2025</b>								Código: GES-FR-108 Página: 1 Versión: 3 Vigente a partir de: 2023-10-21			
Control de versión: Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023															
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				PLAN DE CONTROLES								SEGUIMIENTO SUBGERENCIA PLANIFICACION		EVALUACION OFICINA CONTROL GESTION	
No	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO	Cuando la Opcion de tratamiento es reducir				ESTAD O %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTAD O %	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE DE 2025	ESTADO %
21	Gestión Informática	Afectación económica y reputacional	Ataques cibernéticos internos/externos a la infraestructura tecnológica (páginas web, software misional, hardware, aplicaciones, equipos de comunicación, equipos de seguridad, red interna) Pérdida de integridad -disponibilidad de los sistemas de información institucionales (comercial, financiero, nómina, orfeo, otros)	1. Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado. 2. Falta de sensibilización del personal sobre ataques cibernéticos.	1	1	1. Migración de los sistemas de información a la nube con componentes de seguridad actualizados (100%) 2. Jornada de sensibilización al personal sobre seguridad de la información	Profesional III Sistemas	1. Trimestral 2. Semestral	1. Informe trimestral de avance migración a la nube (4 informes) 2. Jornada de sensibilización semestral (2) Ficha técnica, asistencia, presentación, evaluación	Ene - nov	1. Se presenta informe de cumplimiento de migración a la nube de los sistemas de información de la empresa fecha 30-09-2025. La efectividad es responsabilidad de las dependencias (50%) 2. No se presentaron evidencias en el periodo (0%)	25.00%	a. Para el segundo trimestre se soporta avance de Migración a la Nube a 30 de Junio, cumple 1 de los cuatro informes trimestrales 25%. La efectividad es responsabilidad de las dependencias. Se aporta informe de septiembre 30-09-2025 25%  b. No se aporta informe de jornada de sensibilización 0%	25
22	Gestión Inventarios	Económico y reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por el subregistro o inconsistente de los bienes en el módulo de inventarios por reporte errado, reportarlo o no resorte al proceso	Debido a incumplimiento del manual de recursos fisicos	Por parte de los supervisores de contratos y responsables informan oportunamente	1	Presentar informes trimestrales de novedades de inventarios con base en los reportes trimestrales de los supervisores de los contratos y demás responsables cuyo objeto corresponda a adquisiciones, contrataciones y mantenimiento de bienes muebles e inmuebles que permitan contar la existencia real del inventario de la empresa	Profesional II Inventarios	Trimestral	(4) Reportes trimestrales de novedades de inventario no ingresadas presentado en Comité Primario	Ene - nov	Se presenta informe de seguimiento al control de inventarios de la empresa III trimestre donde no se presentaron novedades correspondientes a adquisiciones de bienes muebles e inmuebles y se realizó seguimiento a contratos de periodos anteriores.	75.00%	Para evaluar su efectividad se deben presentar los resultados en instancia de comité primario asociado a los resultados del plan de mejoramiento del proceso, los cuales deben redundar en una completa identificación de los bienes de la entidad así como de los bienes de terceros (mediante el extinguido convenio de aportes bajo condición) datos que deben ser coincidentes con los datos reportados en los EIFF de la entidad, evaluación que se debe aportar en el último control, para medir la efectividad del control, ya que según los datos revisados a junio 30 en informe de seguimiento a la mejora no hay efectividad. El plan cierra con un 81% sin lograr la efectividad requerida, por tal motivo se levanta una acción correctiva. Se anexa informe y acción correctiva.	81

17	1	3	7	1
GESTIÓN	CORRUPCIÓN	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL

Control de versión: v3. Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023.

**Subproceso Control de Calidad**

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

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

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE CONTROLES									
IMPACTO	No	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO	IMPLEMENTACIÓN									ESTADO	SEGUIMIENTO CONTROL DE GESTIÓN	ESTADO		
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA		SEGUIMIENTO 2LD	ESTADO		
1	Reputacional	23	Influenciar resultados a un cliente en cualquier parte de la cadena de valor del laboratorio	Por alteración del informe de resultados	Intereses particulares de las partes interesadas	X	X				Actualizar declaración de imparcialidad para las actividades de laboratorio.	Subgerente de Operaciones Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Técnico laboratorio	Trimestral	Documentos actualizados y aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Manual del personal laboratorio: Documentar los niveles de acceso a la información en función de las actividades del laboratorio. Actualizar declaración de imparcialidad para el Laboratorio Control de Calidad y socializar con el personal del laboratorio.	Ene - nov	Se presenta acta CIGyD No. 10 de 01-07-2025 y acta CICCI No. 7 de 14-07-2025 con la aprobación del Manual del Laboratorio. El documento fue ajustado de acuerdo con las observaciones de la Oficina de Control de Gestión. (100%)	87.50%	Al corte del tercer trimestre se identifica subsanación de observaciones para un 87.5% • Manual del personal laboratorio: 100% • Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad. Se aporta acta del 17 de septiembre 75%	87.5
2	Reputacional	24	Fuga de información confidencial	Por falta de controles en acceso a la información	Ausencia de protocolos para la seguridad y manejo de la información	X	X				Establecer un control que asegure la disponibilidad de los documentos de sistema de gestión ( documentos actualizados y legalizados en formato pdf y editable para formatos) en la red compartida Sistema de Gestión MIPG que permite la consulta y validez la implementación de los mismos en tiempo real.	Subgerente de Operaciones Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad Técnico laboratorio	Trimestral	(4) Informes trimestrales presentados en Comité de Gestión y desempeño (4), que presente cuantitativamente el nivel de cumplimiento de cada proceso y subproceso, notificado al directorio de la dependencia, con recomendaciones y fechas de compromiso (monitoreadas trimestralmente).	Ene - nov	Se presenta acta CIGyD No. 10 de 01-07-2025 y acta CICCI No. 7 de 14-07-2025 con la aprobación del Manual del Laboratorio. El documento fue ajustado de acuerdo con las observaciones de la Oficina de Control de Gestión. (100%)	87.50%	Al corte del tercer trimestre se identifica subsanación de observaciones para un 87.5% • Manual del personal laboratorio: 100% • Acta trimestral del Comité primario de la Subgerencia de Operaciones con: Revisión de los resultados emitidos por el laboratorio de Control de Calidad. Se aporta acta del 17 de septiembre 75%	87.5

Control de versión: v3. Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafo v6 de 2022. Revisa: Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta N° 14 de 2023

**Subproceso Control de Calidad**

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

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

IMPACTO	No	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			PLAN DE CONTROLES									
					TIPO			ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERIODO IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO 2LD	ESTADO	SEGUIMIENTO CONTROL DE GETSION TERCERA LINEA DE DEFENSA TERCER TRIMESTRE DE 2025		ESTADO
					GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL										
3	Reputacional	25	Invalidz de resultados	Programa de mantenimiento inadecuado para los equipos usados en el laboratorio.	No se realiza mantenimiento y calibraciones oportunas de equipos por falta de asignación de recursos. Falta de verificación periodica de equipos	X		Seguimiento trimestral del cumplimiento del plan de mantenimiento para los equipos de laboratorio	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad	Trimestral	Informe de verificación trimestral del plan de mantenimiento.		Ene - nov	No se presentaron avances en el periodo	25.00%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de Verificación: Se mantienen las observaciones ya que no se aportaron evidencias. 25%</li> <li>El próximo informe puede subsanar soportando los tres primeros trimestres.</li> <li>2. No aplica al corte, manifestó el Ingeniero Pablo que está programado para el último trimestre de 2025. 0%</li> </ul>	12.5
4	Reputacional	26	Errores en la elaboración de los ensayos y cantidad de ensayos para el cálculo del RCA según la norma.	Personal no idoneo y desactualización de los métodos de verificación y validación de ensayos. Falta de programación de muestreo anual y control de resultados de las muestras.	No se cuenta con metodologías adecuadas para la verificación o validación de métodos. Falta de planeación anual del muestreo.	X		Verificación periodica de métodos analíticos y reporte ante el comité primario de la Subgerencia de Calidad Operaciones.	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad	Versual/ semestral	Actividad puntual no control: Reporte anual de verificación de métodos analíticos utilizados en el laboratorio de control de calidad y reentrenamiento del personal presentado en Comité Primario			No hay reporte anual de verificación de métodos analíticos. (0%)		Al corte del tercer trimestre: 41.6% 1.0% 2.75%. Se aportan soportes en comité primario 3.50%. Se aporta primer semestre.	41.6

Control de versión: v3. Inclusión de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales según Guía Dafp v6 de 2022. Revisa: Luis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta No 14 de 2023

**Subproceso Control de Calidad**

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

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

IMPACTO	No	RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO	PLAN DE CONTROLES													
						GESTIÓN	PARA LA INTEGRIDAD	SEGURIDAD DIGITAL	LABORATORIO	FISCAL	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	SOPORTE/ EVIDENCIA	PERÍODO IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO 2D			
															Subgerencia Planificación	ESTADO			
															TERCERA LINEA DE DEFENSA	ESTADO			
5	Reputacional	27	Oportunidad: Mejora en el laboratorio con el cumplimiento a los planes de mejoramiento y acciones correctivas del subproceso Calidad.	Disponibilidad de personal y recursos para el cumplimiento de las acciones suscritas	Desconocimiento de las acciones, falta de autocontrol y acompañamiento de la segunda línea de defensa	X	X				Presentación mensual en comité primario de la Subgerencia de Operaciones de entregables y/o avances de actividades asociadas a los planes del laboratorio.	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Operaciones y/o Profesional III - Planificación operativa	Mensual	Acta de comité primario de la Subgerencia de Operaciones (10)	Feb - Nov	Se presentan actas de comité primario No. 7, 8 y 9 mes de abril, mayo y junio de 2025 con seguimiento de entregables y/o avances de actividades asociadas a los planes del laboratorio	50.00%	Al corte del tercer trimestre se cuenta con los siguientes resultados, los cuales soportan efectividad de la gestión:  Plan suscrito con la SSDptal: 96.4% Plan de Mejoramiento de la Auditoría Interna de Gestión: 80% Acciones correctivas: sin evaluación al corte del presente informe Se evidencia acta de reunión en la cual el subproceso realiza seguimiento a la gestión y asume compromisos de mejora para la vigencia 2026, así como continuar con la gestión de acciones correctivas, para las cuales existe un componente técnico que requiere soporte especializado, para el cual se están haciendo contactos con otras empresas en un ejercicio de referencia. Esta oficina asigna un 88.8 de cumplimiento en atención a la efectividad demostrada en lo evaluado y al compromiso con la mejora	88.8
6	Reputacional	28	Incumplimiento normativo de la ISO 17025:2017. Procedimiento de implementación del Trabajo no conforme	No documentar los procedimientos establecidos por la normatividad	Falta de socialización del procedimiento	X	X				Elaborar, socializar e implementar procedimiento trabajo no conforme	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad. Técnico del laboratorio	Trimestral	Procedimiento trabajo/service no conforme aprobado por CIG&D	Ene - nov	Se remitió documento para la revisión por Profesional III Sistemas de Gestión y Oficina Control de Gestión para las recomendaciones y presentación en CIGyD.	0.00%	Al corte del Tercer Trimestre: Se cuenta con una propuesta de procedimiento en revisión, se asigna 25% Reporte de No Conformes. No se aportan evidencias. 0%	12.5
7	Reputacional económico	29	No realizar parámetros del número de muestras establecidos en la Resolución 2115 de 2007	Desconocimiento de los mínimos establecidos por la norma.	Falta de control y seguimiento a las muestras de control de calidad de agua según normatividad	X	X				Seguimiento trimestral cumplimiento programación de muestras anual del laboratorio con número de parámetros mínimos	Profesional III actividades transitorias en el subproceso de Calidad. Personal del laboratorio. Subgerente de Operaciones	Trimestral	Ficha técnica indicador de muestra de calidad del agua presentada en Comité Primario	Ene - nov	Se anexa acta de comité primario No. 9 mes de octubre de 2025, ficha técnica indicador de muestra de calidad del agua presentada en Comité Primario	75.00%	En acta de Comité Primario No 4 del 31-03-2025, se evidencia la ficha, para el segundo trimestre se soporta la ficha correspondiente al periodo semestral a corte junio en Acta del 7 de Julio de 2025, para el tercer trimestre acta de Octubre de 2025.	75