

CI-1100-0175

Valledupar, Diciembre 30 de 2025

DE: LUIS ARTURO PALMEZANO RIVERO
Jefe Oficina de Control Interno

PARA: MARIA LAURA RIOS MAESTRE
Directora General (E)

ASUNTO: INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA INTERNA BASADA EN RIESGOS VIGENCIA. 2025.

Cordial saludo,

Teniendo en cuenta los lineamientos sobre auditoría interna determinados por el Instituto de Auditores Internos –IIA Global, recopiladas en la Guía de Auditoría para Entidades Públicas Versión 4. Mayo de 2020, del Departamento Administrativo de la Función pública DAFP en la Fase 4. Informe de auditoría (comunicación de resultados), en esta fase se presentan los resultados de la auditoría a través de un informe de auditoría y se suscriben los planes de mejoramiento, la norma 2440 establece que el director ejecutivo de auditoría (Jefe Oficina de Control Interno) debe comunicar los resultados a las partes apropiadas y agrega en la interpretación lo siguiente, por tanto, el Jefe de la Oficina de Control Interno debe asegurarse de que los informes de auditoría interna lleguen a los usuarios y partes interesadas dentro de la entidad, así mismo, de que tomen las medidas correspondientes para subsanar las causas de las observaciones encontradas a través de un Plan de Mejoramiento.

Así mismo la NTC ISO 9001:2015 9.2 Auditoría ISO 9001 establece que La empresa tiene que realizar las auditorías internas dentro de unos intervalos de tiempo planificados, de ellas se obtendrá información muy valiosa acerca del Sistema de Gestión de la Calidad: La empresa debe: Asegurarse de los resultados de las auditorías que informen de la dirección pertinente; e) Realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada; f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de las auditorías.

Teniendo en cuenta el decreto 648 de 2017 Artículo 2.2.21.4.7. *Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, Parágrafo 1. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como*

*destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera, enviamos adjunto el **INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA INTERNA DE LA VIGENCIA 2025**, para su respectivo conocimiento.*

Agradecidos por su permanente disposición; cualquier inquietud sobre el tema con gusto lo estaremos atendiendo.

Sin otro en particular.

Atentamente,


LUIS ARTURO PALMEZANO RIVERO
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: Informe en veintiocho (28) folios

	Nombre Completo	Firma
Proyectó	Amparo Alvarez León / Prof. Univ. Apoyo OCI	
Revisó	Luis A. Palmezano Rivero / Jefe Oficina Control Interno	
Aprobó	Luis A. Palmezano Rivero / Jefe Oficina Control Interno	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento con sus respectivos soportes y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para su firma.



**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA**

PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 1 de 28

**CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR
"CORPOCESAR"
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**INFORME DEFINITIVO AUDITORIA INTERNA DE GESTION
BASADA EN RIESGOS
VIGENCIA 2025**

**VALLEDUPAR, CESAR
DICIEMBRE 23 DE 2025**

www.corpocesar.gov.co
Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar
Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306
Fax: +57 -5 5737181



**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA**

**PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 2 de 28**

TABLA DE CONTENIDO

1. DATOS GENERALES.....	3
2. OBJETIVO DE LA AUDITORIA.....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.....	3
4. CRITERIOS DE LA AUDITORIA.....	3
5. METODOLOGIA Y DEARROLLO DE LA AUDITORIA INTERNA.....	4
6. RESUMEN EJECUTIVO	5
7. RESULTADOS DE AUDITORIA.....	7
8. DETALLE DE HALLAZGOS	9
9. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA	14
10. ANEXOS	15

www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

Fax: +57 -5 5737181



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA

PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 3 de 28

1. DATOS GENERALES

FECHA DE EMISION DEL INFORME	Día: 23	Mes: Diciembre	Año: 2025
ASPECTO EVALUABLE (UNIDAD AUDITABLE):	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
LÍDER DE PROCESO / JEFE(S) DEPENDENCIA(S):	ADRIANA GARCIA AREVALO - Directora General		
2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:	➤ Evaluar la efectividad y la aplicación de cada uno de los controles ante la posible materialización de los riesgos dentro del proceso de Gestión. ➤ Evaluar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de la Corporación Autónoma Regional Del Cesar CORPOCESAR, con base los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, MIPG y las disposiciones planificadas en los procesos. ➤ Verificar el nivel de implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la Corporación Autónoma Regional Del Cesar CORPOCESAR, verificando su cumplimiento y con el fin de contribuir a la Mejora Continua del S.G.C ➤ Identificar oportunidades de mejora.		
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:	Todos los procesos del sistema Integrado de Gestión de CORPOCESAR Se evaluará la gestión desarrollada durante la Vigencia 2025.		
4. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	NTC ISO 9001:2015 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, Mapa de riesgos, Plan de mejoramiento por procesos e institucional, Ley 1712 de 2014 Transparencia y acceso a la información pública, indicadores, Plan de acción cuatrienal, Manual de procesos y Procedimientos, y Normatividad Vigente aplicable. Normatividad del Archivo general de la Nación AGN aplicables, código de integridad, actos de corrupción.		
EQUIPO AUDITOR	LUIS ARTURO PALMEZANO RIVERO - AUDITOR LIDER SULEYMA GOYENECHÉ LEON – COORD. AUDITORIA INTERNA MOISES GOMEZ PINTO - AUDITOR INTERNO AMPARO ALVAREZ LEÓN - AUDITOR INTERNO		

REUNIÓN DE APERTURA						EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA				REUNIÓN DE CIERRE					
Día	04	Mes	08	Año	2025	Desde	04/08/2025	Hasta	28/11/2025	Día	10	Mes	12	Año	2025

LUIS ARTURO PALMEZANO RIVERO	SULEYMA GOYENECHÉ LEON
Jefe Oficina de Control Interno / Auditor Líder	Prof. Esp. Apoyo OCI / Coord. de Auditoría Interna OCI



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA

PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 4 de 28

5. METODOLOGIA Y DESARROLLO DE LA AUDITORIA INTERNA

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones; los Decretos 648 y 1499 de 2017, el Decreto 338 de 2019 "Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción", el Decreto 403 de 2020 CGR, "Fortalecimiento del Control Fiscal" y las Circulares Normativas establecidas por la Entidad, el Estatuto de Auditoría Interna y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emitida por el DAFP en su versión No 5, tiene como función realizar la evaluación independiente y objetiva al Sistema de Control Interno, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar la efectividad del Control Interno, el cumplimiento de la gestión institucional y los objetivos de la Entidad, produciendo recomendaciones para asesorar al Representante Legal en busca del mejoramiento continuo y permanente del Sistema de Control Interno.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en su segunda versión se define como un marco de referencia que permite dirigir, evaluar y controlar la gestión institucional de las organizaciones públicas en términos de calidad e integridad del servicio (valores), con el fin de que entreguen resultados que atiendan y resuelvan las necesidades y problemas de los colombianos (generación de valor público).

Los sistemas y herramientas de gestión y de control se pueden ver articulados en el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), a través de sus 7 dimensiones, 19 políticas de gestión y desempeño, y una serie de guías, instrumentos y otras herramientas que les facilita a las entidades su puesta en práctica. El sistema de control interno, previsto en la Ley 87 de 1993, se enmarca como una de las dimensiones de MIPG y, busca asegurar que las demás dimensiones cumplan su propósito y lleven al cumplimiento de resultados con eficiencia, eficacia, calidad y transparencia en la gestión pública. En la dimensión 7ª. Dimensión: Control Interno En esta sección se abordará la séptima dimensión de MIPG -Control Interno-, que se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el decreto 1499 de 2017.

La unidad de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces está definida en la Ley 87 de 1993, como: (...) uno de los componentes del sistema de control interno, del nivel directivo, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Alta Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. (Art. 9) En ese sentido, dicha unidad se constituye como el "control de controles" por excelencia.

www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera

Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

Fax: +57 -5 5737181



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA

PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 5 de 28

Mediante su labor evaluadora determina la efectividad del sistema de control Interno de la entidad con el objetivo de contribuir a la Alta Dirección en la toma de decisiones que orienten el accionar administrativo hacia la consecución de los fines estatales. El diseño, implementación y mantenimiento del sistema de control interno y la ejecución de los controles establecidos es una responsabilidad del representante legal y de los líderes de los diferentes procesos de la entidad.

De acuerdo con el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, dichos roles son: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y, relación con entes externos de control. A través de este rol de evaluación y seguimiento, las unidades de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces deben desarrollar una actividad de evaluación de manera planeada, documentada, organizada, y sistemática, con respecto a las metas estratégicas de gran alcance (mega), resultados, políticas, planes, programas, proyectos, procesos, indicadores, y riesgos, que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión, en el marco del sistema de control interno. Es importante resaltar que este rol debe desarrollarse de manera objetiva e independiente.

La evaluación a la gestión institucional se desarrolla a través de los siguientes mecanismos: Auditorías internas: Se instala a los jefes de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces a que aplique completa y adecuadamente lo establecido por Función Pública en la Guía de auditorías para entidades pública basada en riesgos Versión 2020, con su respectiva caja de herramientas. Para ello, se debe tomar en consideración las siguientes claridades: Plan Anual de Auditoría basado en riesgos de la vigencia 2025, el cual fue presentado y aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, informes de ley, actividades de seguimiento y acompañamiento que la oficina de control interno CORPOCESAR desarrolló en la vigencia 2025.

6. RESUMEN EJECUTIVO

En cumplimiento al Plan Anual de Auditorías basada en riesgos aprobado en el mes de diciembre de 2024 por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y ajustado en julio de 2025, la Oficina de Control Interno realizó Auditoría Interna de Gestión, de conformidad al Plan de trabajo de Auditoría y la Carta de Representación dado a conocer con anterioridad al líder del proceso, cuyo propósito principal de la auditoría interna de gestión, fue verificar la existencia y efectividad de los controles, la correcta administración de los riesgos y efectuar las recomendaciones necesarias en pro del mejoramiento continuo y permanente del Proceso, lo cual redundará en el cumplimiento de la Misión y los Objetivos Institucionales.

www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

Fax: +57 -5 5737181

Para dar inicio al proceso auditor, se seleccionó un equipo auditor teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría. Para la escogencia del equipo auditor se tuvo en cuenta la objetividad, con el fin de que los auditores no auditaran procesos de los cuales hicieren parte en sus actividades diarias, asegurando así la independencia del equipo auditor con respecto a las actividades a auditar y evitando conflicto de intereses. Se estableció contacto con los auditados a través de comunicaciones escritas y por correo electrónico en las que se le informaba el plan de trabajo de la auditoría interna y en éste las fechas y horas para auditar sus procesos, además de los auditores asignados a las auditorías de cada uno de ellos.

Se dio inicio al desarrollo del Plan Anual de Auditorías internas de la vigencia 2025 en reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 1 de julio de 2025, y luego con cada jefe de proceso, donde el líder auditor confirmó el plan de trabajo para cada auditoría por proceso y proporcionó un breve resumen de la metodología para llevar a cabo las actividades de la auditoría, sin dejar de lado la oportunidad que se le da a los auditados de manifestar sus inquietudes frente al objetivo, alcance y criterios de las mismas. Luego se procedió a cada dependencia a auditar, el equipo auditor recopiló y verificó la información (registros, procedimientos, indicadores, actividades, etc.), a través de entrevistas, cuestionarios, revisión documental, entre otras técnicas de auditoría legalmente establecidas e indicadas en la metodología. Se generaron hallazgos que fueron comunicados, para obtener el reconocimiento de que las evidencias de la auditoría y que las no conformidades hubieren sido comprendidas.

Este fue el cronograma ejecutado:

PROCESO	FECHA
Auditoría Interna CAVFFS	24 al 27 de junio de 2025
Gestión de TICS	4 al 6 de agosto
Auditoría a las Seccionales	25 al 29 de agosto
Gestión de Educación Ambiental	1 al 5 de septiembre
Gestión de Laboratorio Ambiental	8 al 12 de septiembre
Gestión de Compras y Contratación	15 al 19 de septiembre
Gestión de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental	1 al 30 de octubre
Gestión Financiera	4 al 7 noviembre
Gestión de Comunicación e Información	4 al 7 noviembre
Gestión Documental	18 al 21 de noviembre
Gestión Jurídica	24 al 28 de noviembre
Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST	26 al 28 de noviembre
Cierre e Informe Final	1 al 5 de diciembre

Dentro del proceso de auditoría interna se realizó la verificación transversal en todos los procesos de los siguientes temas: conocimiento del direccionamiento estratégico, contexto estratégico, partes interesadas, plan de acción, seguimiento mapa de riesgos por procesos, Seguimiento plan de mejoramiento Institucional y por procesos, indicadores de gestión, código de integridad, actos de corrupción, Gestión Documental: Organización del archivo de gestión, Formato Único de inventario documental de FUID, Transferencias documentales de las diferentes oficinas, subdirecciones y coordinaciones; incluidos en el plan de trabajo de la auditoría interna.

El proceso auditor dio como resultado la realización de nueve (09) auditorías de los catorce (14) procesos, dentro de la priorización se excluyeron los procesos de Planeación Estratégica, Gestión y Mejora del SIG-C, Gestión de Planificación y Ordenamiento Ambiental del Territorio, Gestión de talento humano, gestión de recursos físicos, Proceso de Gestión de Evaluación y control no se audita por el principio de independencia. El proceso de gestión de laboratorio ambiental no se ejecutó la auditoría interna, debido que el laboratorio recibió auditoría de IDEAM en el mes de septiembre de 2025. El proceso de gestión financiera inició su ejecución, pero no finalizó por motivos de cambio de jefe de control interno.

Se desarrollaron tres (3) auditorías especiales con informes independientes:

1. **Auditoría Interna CAVFFS** del 24 al 27 de junio de 2025
2. **Auditoría a las Seccionales** del 25 al 29 de agosto de 2025
3. **Auditoría Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo** del 26 al 28 de noviembre de 2025

Concluidas la fase de ejecución de las auditorías internas, el Equipo de Auditores se reunió para revisar los hallazgos y toda la información recopilada durante las auditorías, acordar las no conformidades y observaciones y presentar esta información en la reunión de cierre en la que se comunicaron los hallazgos más relevantes de cada proceso.

El informe de auditoría interna por proceso fue elaborado por la Oficina de Control Interno, el cual fue presentado al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 23 de diciembre de 2025, para luego entregar el informe final a los responsables y líderes de los procesos para que formulen un Plan de Mejoramiento por procesos que contenga las acciones correctivas y de mejora necesarias, para que el proceso subsane las inconsistencias, no conformidades y observaciones detectadas en la auditoría, sin dejar de lado las acciones establecidas en el plan de mejoramiento por procesos resultante de las auditorías internas realizadas en vigencias anterior.

7. RESULTADOS DE AUDITORIA INTERNA

Del informe de auditoría y conforme a las evidencias recolectadas, el equipo auditor determinó seis (06) No conformidades y cinco (5) Observaciones, por proceso auditado lo cual se ilustra en el siguiente cuadro y se anexa el formato de informe de auditoría PCEV-01-F-05:

RESULTADOS DE AUDITORÍA.			
No	PROCESO	NO CONFORMIDADES	OBSERVACIONES
1	Planeación Estratégica	NA	NA
2	Gestión y Mejora del SIG-C	NA	NA
3	Gestión de Comunicación e Información	0	0
4	Gestión del Talento Humano	NA	NA
5	Gestión de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental	2	0
6	Gestión de Educación Ambiental	0	1
7	Gestión de Planificación y Ordenamiento Ambiental del Territorio	NA	NA
8	Gestión de Laboratorio Ambiental	NA	NA
9	Gestión Jurídica	1	1
10	Gestión de Recursos Físicos	NA	NA
11	Gestión de Compras y Contratación	0	2
12	Gestión Documental	1	1
13	Gestión Financiera	0	0
14	Gestión de TIC'S	2	0
15	Gestión de Evaluación y Control	NA	NA
	TOTAL	6	5

Fuente: Elaboración propia

De los nueve (9) procesos auditados que integran el Sistema de la Corporación, quienes obtuvieron mayor porcentaje de conformidades son: Gestión de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental con un 33%, Gestión de TIC'S 33%, Gestión Jurídica (17%), respectivamente, que se encuentran en grado de cumplimiento con leves deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos, control y continuidad con las actividades realizadas para la mejora continua del Sistema. Los procesos que no presentaron No conformidades: Gestión de Compras y Contratación, Gestión de educación ambiental y Gestión comunicaciones.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL INFORME AUDITORIA INTERNA	PCEV-01 -F-05
		VERSIÓN: 3.0
		FECHA: 15/07/2021
		Página 9 de 28

8. DETALLE DE HALLAZGOS

✚ PROCESO GESTIÓN DE TICS

HALLAZGO No. 1: NO SE HA DOCUMENTADO EL MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN - MSPI marco de Referencia de Arquitectura TI, este modelo pertenece al habilitador transversal de Seguridad y Privacidad, de la Política de Gobierno Digital, Versión 5

Criterios: MIPG 3ra Dimensión: Gestión con Valores para Resultados – Política de seguridad digital

Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI)

<https://gobiernodigital.mintic.gov.co/portal//403287:Modelo-de-Seguridad-y-Privacidad-de-la-Informacion-MSPI-2025>

Documento Maestro de Los Lineamientos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información Ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones Versión 5 21/04/2025

Decreto 1078 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
Decreto 1008 del 2018. Por el cual se establecen los lineamientos generales de la política de Gobierno Digital y se subroga el capítulo 1 del título 9 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Causas: incluyen la falta de conciencia sobre los riesgos, la ausencia de una política clara, la falta de procesos estandarizados, la deficiente formación del personal, la no aplicación de buenas prácticas y la resistencia al cambio. Esto puede llevar a incidentes de seguridad, robo de datos, suplantación de identidad, y graves consecuencias financieras y reputacionales.

Consecuencias: incrementa el riesgo de ciberataques, filtraciones de datos, suplantación de identidad y pérdida de información, lo que puede resultar en graves daños financieros, pérdidas de reputación, interrupciones operativas, y hasta sanciones legales por incumplimiento normativo.

HALLAZGO No. 2: DESACTUALIZACIÓN DEL INVENTARIO DE EQUIPOS

Evidencia: VERIFICACION DE INVENTARIO

Se toma como muestra el inventario asignado a varias dependencias Secretaria General, Oficina Jurídica, Coordinaciones y subdirección de gestión ambiental evidenciando inconsistencias en los seriales de los equipos y la ubicación de los mismos.

www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

Fax: +57 -5 5737181



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA

PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 10 de 28

Criterio: NTC ISO 9001:2015 numeral 7.1.3. Infraestructura a) edificios y servicios asociados: La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.

MIPG 3ra Dimensión: Gestión con Valores para Resultados - 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Gestionar recursos físicos y servicios internos.

Causas: Deficiente control a los inventarios de equipos

Consecuencias: Pérdida de equipos, interrupciones operativas, insatisfacción del cliente, aumento de costos para sustituir o reparar equipos desconocidos

✚ **GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION**

OBSERVACIÓN

1. En el proceso de auditoría se establecieron observaciones en cuanto a la debilidad en la publicidad y errores en los documentos de la etapa contractual y de ejecución como: informes de actividades del contratista y de supervisión (19-6-0121-0-2025 - 19-6-0129-0-2025), acta de inicio con errores (19-6-0161-0-2025), error tipo de contrato (19-6-0189-0-2025)
2. Cierre de contratos en SECOP II: Los contratos en los que su plazo ha terminado y los amparos de las garantías se encuentran vencidos, no han sido objeto de "cierre" en la plataforma SECOP II, lo cual implica que la Entidad continúe con información incompleta y desactualizada frente al estado real de la contratación de la Entidad. Situación que se observó en el contrato (19-6-0068-0-2025).

✚ **GESTIÓN DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO AMBIENTAL**

1. DEMORAS EN LOS TIEMPOS DE ENTREGA DE LOS INFORMES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL AMBIENTAL

Se evidencio demoras en los tiempos de entrega de los informes de seguimiento y control ambiental, (más de tres meses) por consiguiente los requerimientos de los incumplimientos para ser conocidos por los usuarios y la oficina jurídica. Identificando los riesgos que no se puedan tomar las acciones técnicas y legales necesarias para lograr el cumplimiento de las obligaciones contenidas en las resoluciones de otorgamiento, se evidencia en los informes de seguimiento de las coordinaciones de Recursos Naturales y seguimiento ambiental.

Evidencias Informe de Diligencia de Control y Seguimiento Ambiental Coordinación de Recurso forestal



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA

PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 11 de 28

Criterios: procedimientos de control y seguimiento ambiental

Causas: acumulación de informes de seguimiento, deficiente profesionales, deficiente transporte, deficiente seguimiento a los profesionales para la entrega de los informes

Consecuencias: retrasos en las metas de seguimiento, riesgos de afectación ambiental.

2. VENCIMIENTO DE LOS PLAZOS PARA DECLARAR DESISTIMIENTOS

En el PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE AVOCAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE CONTINGENCIAS Y CONTROL DE DERRAMES EN EL MANEJO Y TRANSPORTE DE HIDROCARBUROS Y/O SUSTANCIAS NOCIVAS CODIGO PCM-01-P-23 VERSIÓN:4.0 FECHA: 17/12/2021 en su actividad N° 5 **Emisión de acto administrativo de desistimiento** Que el estudio no cumpla con los lineamientos técnicos dispuestos en los términos de referencia, además se conmina al usuario a complementar la información en término de un (1) mes calendario y de lo anterior se dejara constancia mediante oficio proyectado al usuario y firmado por el Coordinador para la Gestión de PML, RESPEL y COPs. Vencido dicho plazo sin aportar lo requerido se decretará el desistimiento de la solicitud y se procederá a su archivo mediante acto administrativo proyectado por el Coordinador para la Gestión de PML, RESPEL y COPs y suscrito por el Director General, (Art 17 código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo o norma que lo sustituya, modifique o adicione). Se evidenció en expedientes Evidencias CPRC-120-2024 SE HACE EL REQUERIMIENTO 27 DE SEPTIEMBRE DE 2024 POR PARTE DE CORPOCESAR-PERO SE SOLICITA EL NUEVO CON LA NUEVA RESOLUCION 0667 DE 2023 EMANADA DE LA CORPORACIÓN, EL USUARIO PRESENTA EL NUEVO PLAN EL 11 DE JULIO DE 2025 AJUSTADO A LOS TERMINOS DE REFERENCIA DE LA RESOLUCION 0667 DE 2023 CPRC-036-2024 EL USUARIO ENTREGA LA INFORMACIÓN EN AGOSTO DE 2025 Y NUEVAMENTE EN JULIO 2025 se da ALCANCE DE LA INFORMACION CPRC-490-2019 NO SE REALIZO PROROGA A TIEMPO de 4 DE SEPTIEMBRE DE 2024 SE CONTESTA EL 4 DE MARZO DE 2025

Criterios: PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE AVOCAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE CONTINGENCIAS Y CONTROL DE DERRAMES EN EL MANEJO Y TRANSPORTE DE HIDROCARBUROS Y/O SUSTANCIAS NOCIVAS CODIGO PCM-01-P-23 VERSIÓN: 4.0 FECHA: 17/12/2021

(Art 17 código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo o norma que lo sustituya, modifique o adicione).

Causas: Acumulación de procesos de avocamiento, deficientes profesionales, deficiente seguimiento a los profesionales para la entrega de los informes

Consecuencias: Incumplimiento de la normatividad, riesgos de accidentes

www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

Fax: +57 -5 5737181

✚ GESTIÓN DOCUMENTAL

HALLAZGOS No. 1: DESACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL - PGD

De conformidad con el Capítulo II del Decreto 2609 de 2012, “Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado”, en su Artículo 10, establece la Obligatoriedad del programa de gestión documental y dispone que “Todas las Entidades del Estado deben formular un Programa de Gestión Documental (PGD), a corto, mediano y largo plazo, como parte del Plan Estratégico Institucional y del Plan de Acción Anual”.

Decreto 1080 de 2015, Artículo 2.8.2.5.10 Obligatoriedad del programa de gestión documental. Todas las entidades del Estado deben formular un Programa de Gestión Documental (PGD), a corto, mediano y largo plazo, como parte del Plan Estratégico Institucional y del Plan de Acción Anual. al no contar con el Programa de Gestión Documental PGD actualizado, no se evidencia seguimiento a su ejecución, como herramienta de planeación y administración para la gestión documental institucional.

Decreto 2609 de 2012, Artículo 10

Artículo 2.8.2.5.11. Aprobación del programa de gestión documental. El Programa de Gestión Documental (PGD) debe ser aprobado por el Comité de Desarrollo Administrativo conformado en cada una de las entidades del orden nacional o el Comité Interno de Archivo en las entidades del orden territorial. La implementación y seguimiento del PGD es responsabilidad del área de archivo de la Entidad en coordinación con la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces. Los Consejos Territoriales de Archivos podrán realizar observaciones y solicitar ajustes al Programa de Gestión Documental (PGD), cuando las entidades de su jurisdicción no cumplan con las normas del presente decreto y la normatividad que sobre esta materia establezca el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado. (Decreto 2609 de 2012, Artículo 11)

La desactualización de un Programa de Gestión Documental (PGD) ocurre cuando no se adapta a nuevas normativas (como Leyes de Transparencia o nuevas directrices del Archivo General de la Nación - AGN), tecnologías (digitalización, sistemas electrónicos), o cambios organizacionales, generando ineficiencia, riesgo de incumplimiento legal (pérdida de información, multas), y dificultad para la consulta, impactando directamente en la trazabilidad, seguridad y acceso a la información de una entidad pública o privada, y requiere una actualización periódica basada en marcos legales como la Ley 594 de 2000 y decretos como el 1080 de 2015 en Colombia, con énfasis en Tablas de Retención Documental (TRD) y valoraciones actualizadas.



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
INFORME AUDITORIA INTERNA

PCEV-01 -F-05
VERSIÓN: 3.0
FECHA: 15/07/2021
Página 13 de 28

Causas:

Cambios Normativos: Las leyes y decretos sobre archivos y transparencia evolucionan constantemente.

Avance Tecnológico: La digitalización y la gestión electrónica de documentos (GED) requieren nuevas herramientas y procesos.

Estructura Organizacional: Fusiones, reestructuraciones o cambios en las funciones de la entidad.

Volumen y Naturaleza de la Información: Crecimiento de la información y nuevos tipos de documentos (digitales, multimedia).

Consecuencias de un PGD desactualizado:

Riesgo Legal y Sanciones: Incumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 1712 de 2014) o normativas de archivo.

Ineficiencia Operativa: Pérdida de tiempo buscando documentos, duplicidad de información.

Pérdida de Información: Dificultad para su custodia y recuperación a largo plazo.

Falta de Trazabilidad: No se sabe el ciclo de vida de los documentos.

OBSERVACIÓN

DISPOSICION DE EXPEDIENTES Y CARPETAS EN EL ARCHIVO CENTRAL ACUERDO AGN

Deficiente Cajas para organizar los archivos.

Inadecuada rotulación de Carpetas

Carpetas y expedientes en el suelo

Deficiente Espacio físico disponible para los archivos

Criterios: Acuerdo 002 De 2004 (Enero 23) Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados.

Causas: Deficiente organización archivística.

Consecuencias: Perdida de información, hallazgos de la Contraloría Municipal y el Archivo General de la Nación.

✚ GESTIÓN JURIDICA

HALLAZGO No. 1: DEMORAS EN LA NOTIFICACION DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE LOS PROCESOS SANCIONADOS

CRITERIO Se evidencia demoras en la notificación de los actos administrativos de sanción o decisión, siendo estos importantes para definir el inicio del proceso de cobro persuasivo y /o coactivos

EVIDENCIA Procesos sancionatorios notificados 077-2015 EMDUPAR S.A. E.S.P. con resolución de decisión 234 del 30 de septiembre de 2024, Notificaron 16 de junio de 2025, Recursos de reposición 20 de junio de 2025. Pendiente de resolver recursos de reposición; 622-2019 MARIA PATRICIA VEGA DAZA con resolución de decisión 104 del 19 de junio del 2024, Notificado por aviso 28 de noviembre de 2024, Recurso de reposición de 19 de diciembre de 2024, Resolución 0345 del 21 de agosto de 2025, Rechazar por extemporáneo, Notificado por aviso el 20 de octubre de 2025

CAUSAS: debilidades en los procesos de notificación

CONSECUENCIAS: Desgaste administrativo, pérdida de la acción sancionatoria, demoras en el inicio del proceso persuasivo y coactivo, disminución de los ingresos por concepto de multas o sanciones.

OBSERVACIONES No. 1

DEPOSITOS JUDICIALES

No se puede visualizar y hacer seguimiento a los recursos por los valores de depósitos judiciales a favor de la corporación que existen en la cuenta del banco agrario, para aplicarlos a la cartera de los usuarios y conciliar el cobro coactivo.

9. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

En el ciclo auditor, se logró la cobertura del 100% de los Procesos del Sistema de Gestión de calidad, por parte los Auditores de la Oficina de Control Interno, con el apoyo de todos contratistas y el jefe de proceso, auditando en modalidad documental e institucional. En el desarrollo de la auditoría, se denotó un ambiente favorable para el desarrollo de los productos del proceso, las condiciones procedimentales se encuentran en un nivel donde pueden ser controlados por los responsables.

Agradecemos a los colaboradores y a los operadores de los diferentes controles, la atención prestada a la auditoría, la diligencia en el suministro de los documentos soporte,

www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

Fax: +57 -5 5737181

así como su disposición en las entrevistas y reuniones, las cuales fueron fundamentales para nuestra revisión y análisis, lo que permitió la presentación de este informe. Se cumplió con los objetivos de la auditoria, validándose la aplicación de las normas, el grado de desempeño, los controles establecidos, la trazabilidad de su operación y mejoramiento continuo, fortaleciéndose la gestión del procedimiento.

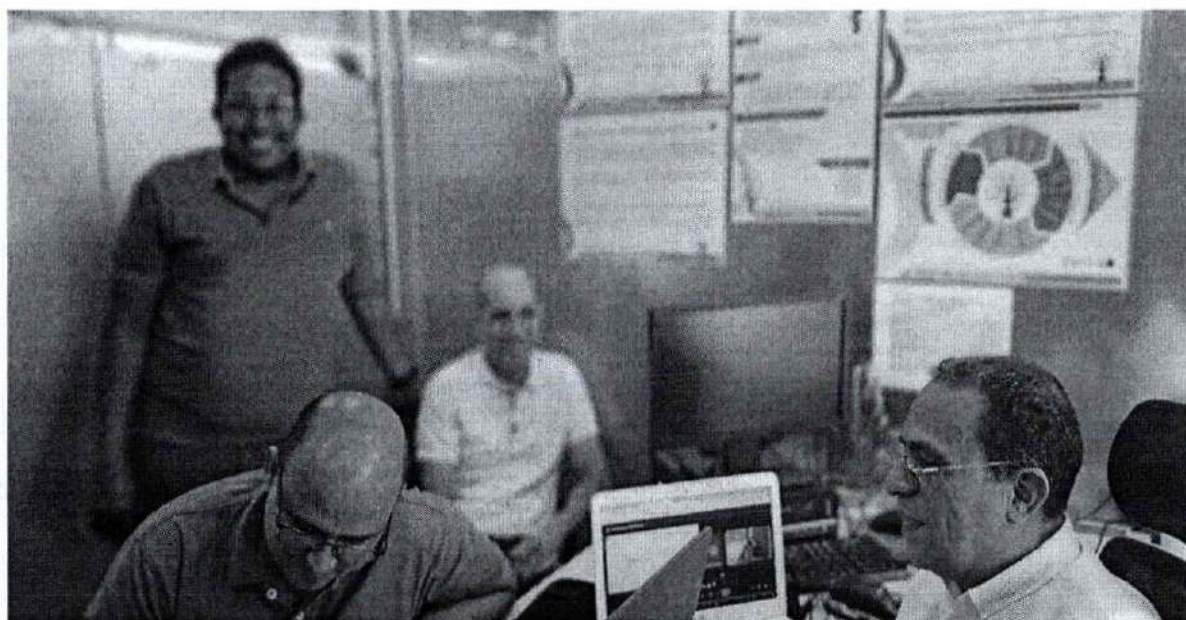
Se denota la entera disposición de los responsables de las actividades del proceso de planeación para cambios, ajustes y adaptaciones en pro del mejoramiento continuo del sistema.

El cumplimiento global del Sistema de Calidad de la Corporación es: *El Sistema de Gestión de Calidad establecido por la Corporación, es conforme con las disposiciones planificadas, es conforme con los requisitos propios de la organización y con los de la NTC ISO 9001: 2015, y se ha implementado de manera eficaz y eficiente. El Sistema de Gestión de Calidad se presentan leves deficiencias con los criterios de la norma, pero permite la eficacia en el logro de los resultados, de acuerdo a los objetivos de la auditoria y a los hallazgos encontrados se observa que el Sistema requiere ajustes para lograr la efectividad con los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, establecidos para el proceso.*

10. ANEXOS

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

GESTION DE TICS

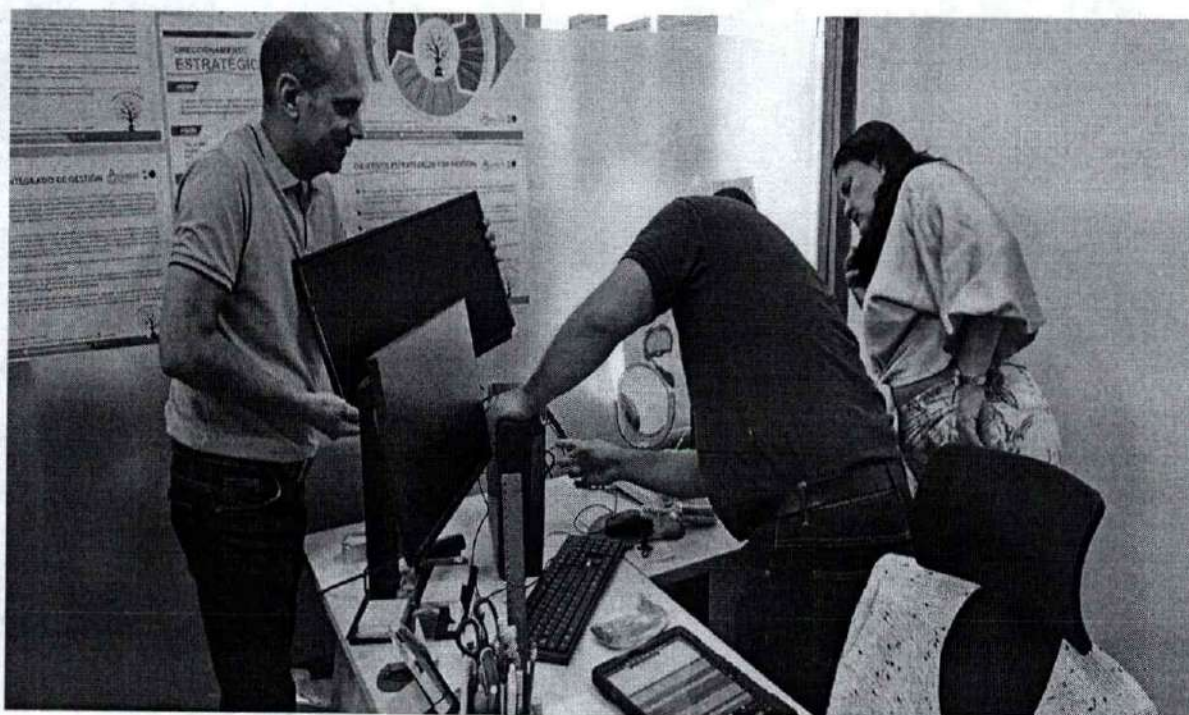


www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

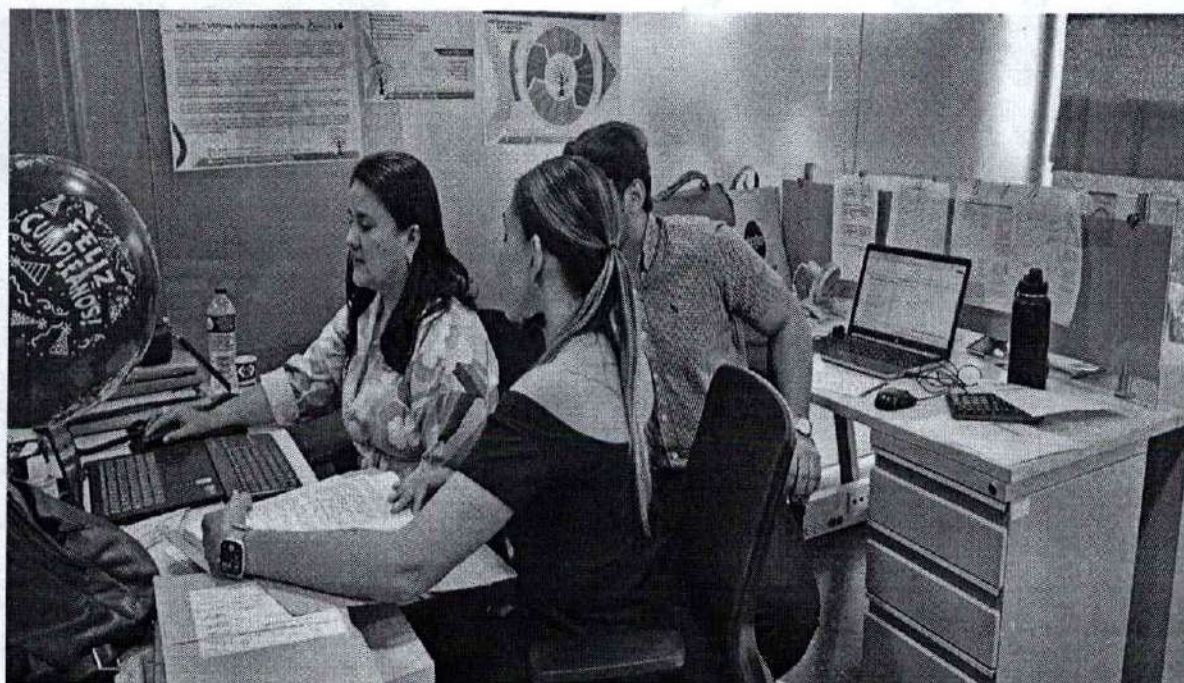
Fax: +57 -5 5737181



GESTION DE EDUCACION AMBIENTAL



GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN



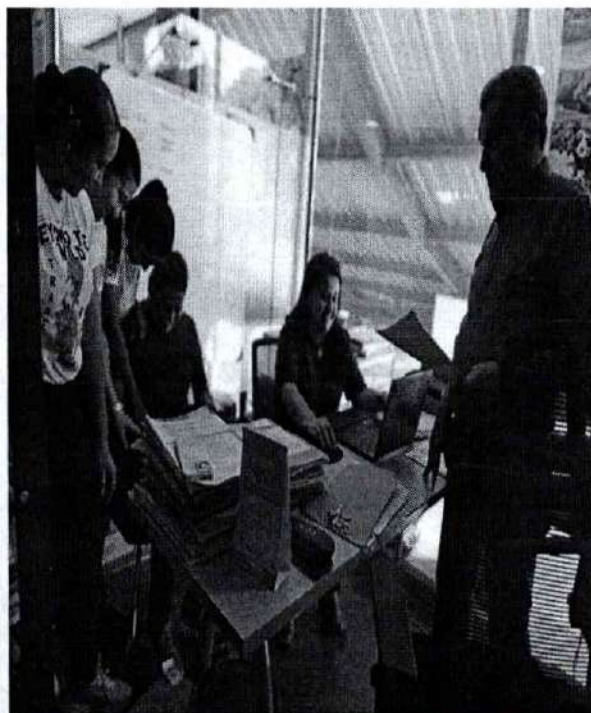
GESTION DE EVALUACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO AMBIENTAL



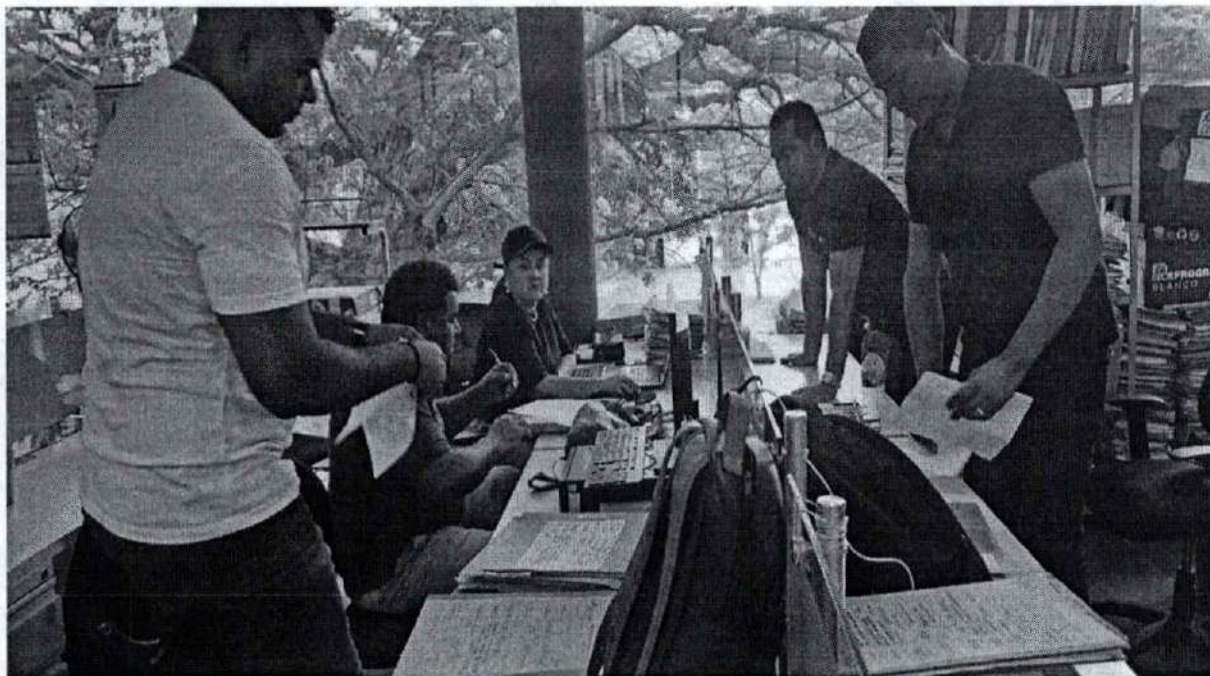
COORDINACIÓN GIT PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS LICENCIAS AMBIENTAL Y OTROS



COORDINACION GIT PARA LA GESTIÓN JURÍDICA – AMBIENTAL



**COORDINACIÓN GIT PARA LA GESTIÓN DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y
CONTROL DE VERTIMIENTOS AMBIENTALES**



www.corpocesar.gov.co

Km 2 vía La Paz. Lote 1 U.I.C Casa e' Campo. Frente a la feria ganadera
Valledupar-Cesar

Teléfonos +57- 5 5748960 018000915306

Fax: +57 -5 5737181

COORDINACION GIT PARA LA GESTIÓN DEL RECURSO FORESTAL



**COORDINACION GIT PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS
(RESPEL), PRODUCCIÓN Y CONSUMO SOSTENIBLE**



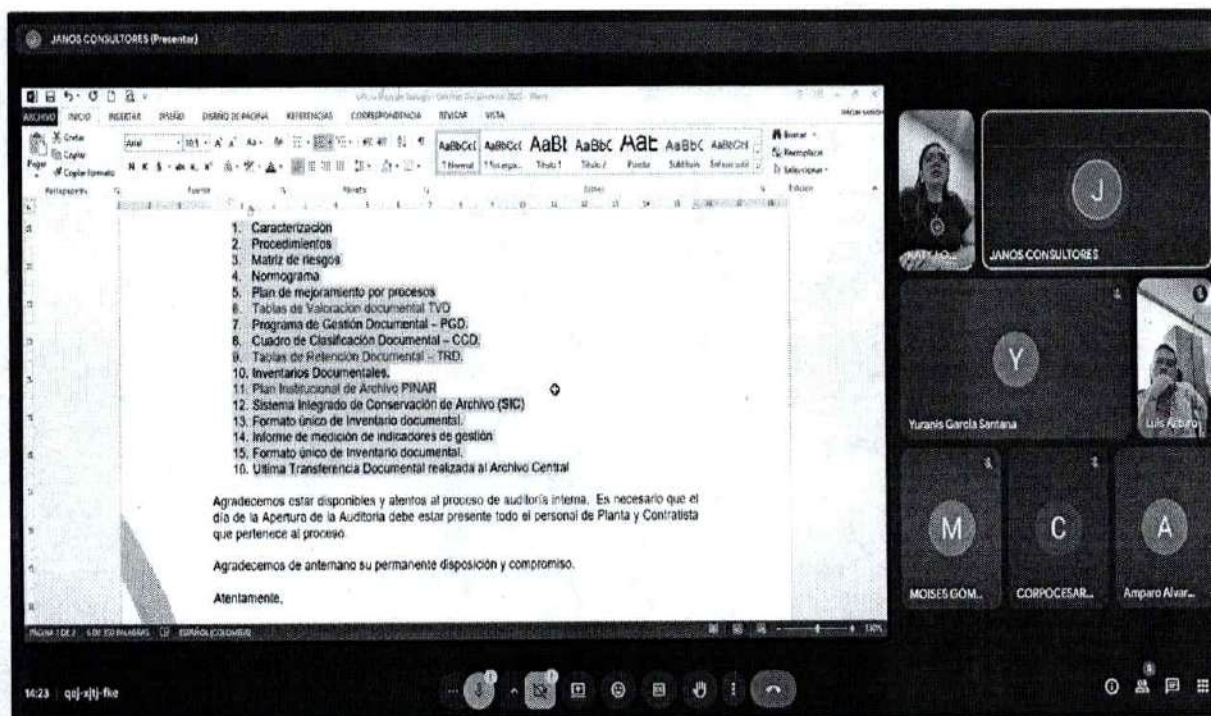
GESTION DE COMUNICACIÓN E INFORMACION



GESTION JURIDICA



GESTION DOCUMENTAL



JANOS CONSULTORES (Presentar)

1. Caracterización
2. Procedimientos
3. Matriz de riesgos
4. Normograma
5. Plan de mejoramiento por procesos
6. Tablas de Valoración documental TVO
7. Programa de Gestión Documental - PGD
8. Cuadro de Clasificación Documental - CCD
9. Tablas de Retención Documental - TRD
10. Inventarios Documentales
11. Plan Institucional de Archivo PINAR
12. Sistema Integrado de Conservación de Archivo (SIC)
13. Formato único de Inventario documental
14. Informe de medición de indicadores de gestión
15. Formato único de Inventario documental
16. Última Transferencia Documental realizada al Archivo Central

Agradecemos estar disponibles y atentos al proceso de auditoría interna. Es necesario que el día de la Apertura de la Auditoría debe estar presente todo el personal de Planta y Contratista que pertenece al proceso.

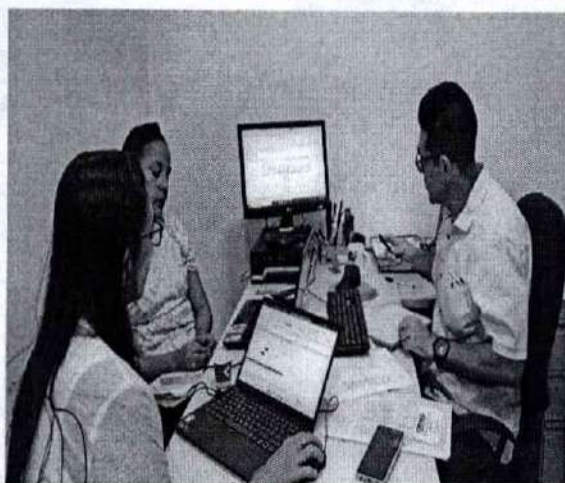
Agradecemos de antemano su permanente disposición y compromiso.

Atentamente,

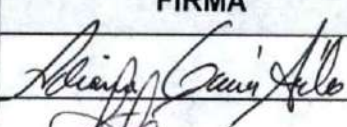
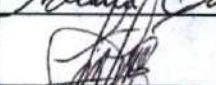
Yurani García Santana
Luis Alberto
MOISES GOM...
CORPOCESAR...
Amparo Alvar...



SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST



Para constancia se firma en Valledupar, Cesar a los 23 días del mes de diciembre del año 2025

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
NOMBRE COMPLETO	RESPONSABILIDAD (CARGO)	FIRMA
ADRIANA M. GARCIA AREVALO	Directora General	
LUIS ARTURO PALMEZANO RIVERO	Jefe Oficina de Control Interno / Auditor Líder	
SULEYMA GOYENECHE LEÓN	Prof. Esp. de Apoyo OCI / Coord. Auditoría Interna	