

20251400128363



INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

20251400128363

Bogotá D.C., 30/09/2025 10:58:04

PARA **Doctor FELIPE DURÁN CARRON**
 Superintendente de Servicios Públicos Domiciliarios
GIOVANNA DEL PILAR GRAZÓN CORTÉS
 Superintendente Delegada para Acueducto, Alcantarillado y Aseo

DE Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO Informe de Auditoría Interna de Gestión al Proceso de Medidas para el Control –
 Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio –
 Superintendencia Delegada para Acueducto, Alcantarillado y Aseo

Estimados Doctores:

La Oficina de Control Interno (OCI) dando cumplimiento al Plan Anual de Auditoría 2025 de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD), con el fin de valorar en forma pertinente el desempeño de los procesos y la eficacia y efectividad de los controles, así como el Sistema de Control Interno, realizó la Auditoría Interna de Gestión al Proceso de Medidas para el Control (CT-PR-001) – Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (CT-P-005), obteniendo como resultado el informe final de auditoría que se remite para su conocimiento y el fortalecimiento del proceso de toma de decisiones en la Entidad y la adopción de las medidas a que haya lugar.

Como resultado de la auditoría se generaron tres (3) observaciones respecto de las cuales deberán formularse las acciones correctivas, preventivas y/o correcciones, de acuerdo con el procedimiento MC-P-001, en un plazo no mayor a 15 días hábiles, por parte de la Superintendencia Delegada para Acueducto, Alcantarillado y Aseo (SDAAA) y con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional.

La OCI cumpliendo el ciclo de la presente auditoría, continuará con su labor de seguimiento y asesoría permanente, propendiendo por el mejoramiento continuo en de los procesos o unidades auditables de la Entidad, lo que redundará en una gestión institucional exitosa.

Cordialmente,

JUAN JOSÉ PEDRAZA VARGAS
Jefe Oficina de Control Interno

Este documento está suscrito con firma mecánica autorizada mediante Resolución No. 20201000057315 de 09 de diciembre del 2020

Anexo: Informe de auditoría y Diagrama – Flujo Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio.

Copia: Dr. Luis Felipe Salamanca Cachay – Director de Investigaciones de Acueducto, Alcantarillado y Aseo.
Dr. Carlos Arturo Mahecha López – Director Administrativo.
Dra. Andrea Paola Sandra Beatriz Prieto Mosquera. - Jefe Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional.

Proyectó: Ana María Velásquez Posada – Asesora Oficina de Control Interno – Líder de auditoría.
Aprobó: Juan José Pedraza Vargas – Jefe OCI

20251400128363

DATOS GENERALES

Proceso o Actividad Auditada:	PROCESO MEDIDAS PARA EL CONTROL (CT-PR-001) - Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (CTR-P-005)										
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	GIOVANNA DEL PILAR GRAZÓN CORTÉS										
Objetivo General de la Auditoría:	Evaluar de manera integral y con enfoque en riesgos, el ejercicio de la facultad sancionatoria de la Entidad, en el que participa la SDAAA, en el marco de las normas aplicables, los procedimientos internos y la implementación del Sistema de Control Interno (SCI) en las actividades asociadas a estos.										
Objetivos Específicos de la Auditoría:	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el cumplimiento de las actividades, tiempos y controles del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, por parte de la SDAAA y la Dirección de Investigaciones de Acueducto, Alcantarillado y Aseo (DIAAA), así como el cumplimiento de las normas vigentes. - Examinar la gestión del riesgo y el diseño e implementación de controles en relación con el Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio del Proceso de Medidas para el Control. - Verificar la correcta conformación y gestión documental de los expedientes administrativos sancionatorios, incluyendo el cargue completo de soportes y los registros exigidos en los aplicativos institucionales. 										
Alcance de la Auditoría:	Verificar, a través de herramientas, metodologías y técnicas de auditoría, la aplicación del procedimiento sancionatorio previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, por parte de la SDAAA, en desarrollo del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio.										
Tipo de Auditoría:	Mixta										
Tipo de Informe:	Final										
Auditor Líder	Equipo Auditor										
Ana María Velásquez Posada	Dalila Ariza Téllez Diego Andrés Preciado Torres Fabio Alexander Vargas Cárdenas										
Reunión de Apertura	Reunión de Cierre										
Día	4	Mes	08	Año	2025	Día	30	Mes	09	Año	2025

1. METODOLOGÍA

La OCI de la SSPD, tomó como punto de partida la información asociada al Proceso de Medidas para el Control (CT-PR-001) – Procedimiento de Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (CTR-P-005), incorporada en aplicativo del Sistema Integrado de Gestión y Mejora (SIGME). El ejercicio auditor se basó en el Procedimiento de Auditorías Internas (EV-P-001), generándose un plan individual de auditoría correspondiente, el cual se encuentra documentado en SIGME.

El referente normativo principal del presente ejercicio auditor es el Capítulo III – Procedimiento Sancionatorio del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - (CEPACA) Ley 1437 de 2011), con sus modificaciones (Ley 2080 de 2021).

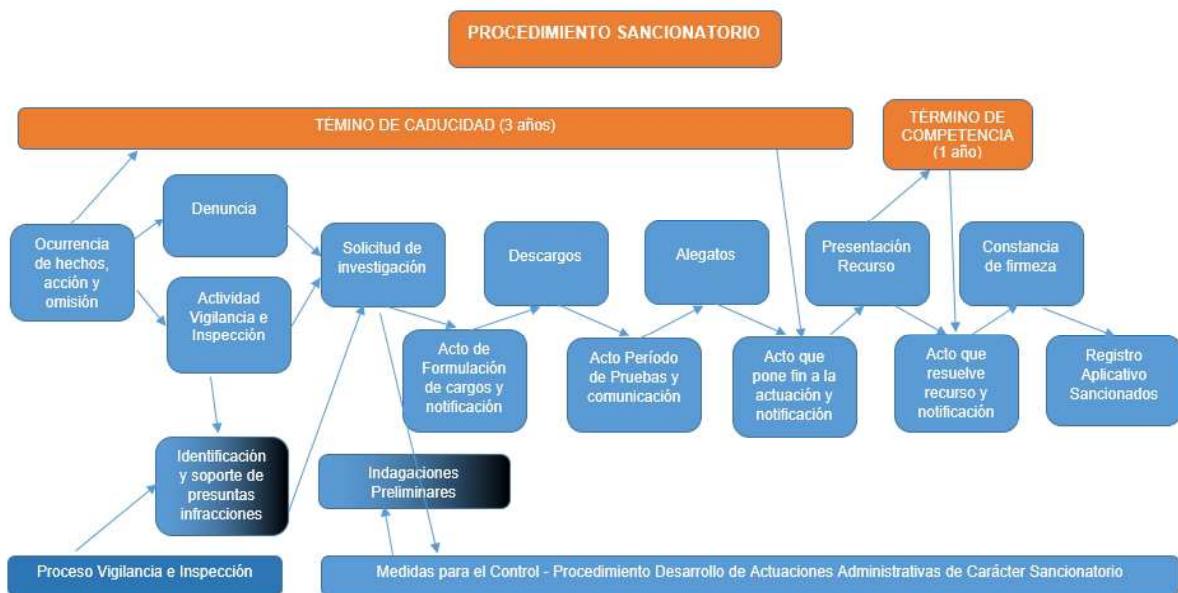
Durante el desarrollo del ejercicio de auditoría se realizaron solicitudes de información a la SDAAA – DIAAA, las cuales forman parte de las evidencias del trabajo realizado y fueron analizadas y verificadas por el equipo auditor, contrastándolas con la información encontrada en distintos aplicativos institucionales como el SIGME, Sistema para la Formulación y Seguimiento a la Planeación Institucional (SISGESTION), Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo SGDEA (CRONOS) y SANCIÓNADOS, así como aquella suministrada por otras dependencias de la Entidad.

Es importante aclarar que el presente informe se realiza mediante un análisis de muestra de auditoría general (26 expedientes)¹, por tanto, no contempla la revisión de la totalidad de actividades realizadas en la ejecución del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, por la SDAAA y la DIAAA, en el período de la auditoría. Se parte del universo de actuaciones administrativas de carácter sancionatorio, terminadas en la vigencia 2024 (196), correspondiente al 13%.

El equipo auditor verificó la implementación del Sistema de Control Interno (SCI), en la ejecución del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, por parte de la SDAAA y la DIAAA, de acuerdo con los distintos componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), a saber: Ambiente de Control; Información y Comunicación; Actividades de Control; Actividades de Monitoreo; y Evaluación de Riesgos.

Para adelantar la evaluación antes indicada, se elaboró la siguiente ilustración con el objeto de visualizar las actividades generales del procedimiento sancionatorio, previsto en el CPACA y el auditado, los términos más relevantes del mismo y cuyo incumplimiento afecta negativamente su adecuada culminación, así como la ejecución de dichas actividades en desarrollo de los procesos misionales (Vigilancia e Inspección y Medidas para el Control).

Ilustración 1 – Procedimiento Sancionatorio



Fuente: CPACA – Procedimiento Sancionatorio y Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio

Finalmente, la presente auditoría no comprendió el control de legalidad de los actos administrativos emitidos en la ejecución del procedimiento auditado, la cual se encuentra a cargo

¹ Expedientes 2022440380300168E, 2021440350600149E, 2021440350600100E, 2021440350600146E, 2021440350600114E, 2021440350600161E, 2021440350600032E, 2021440350600070E, 2021440350600036E, 2021440350600079E, 2021440350600063E, 2021440350600139E, 2021440350600103E, 2021440350600094E, 2021440350600096E, 2021440350600133E, 2021440350600109E, 2021440350600106E, 2021440350600102E, 2021440350600155E, 2022440350600046E, 2022440380300148E, 2021440350600116E, 2021440350600121E, 2021440350600142E y 2021440350600030E.

de la jurisdicción contencioso-administrativa, a través del ejercicio de los medios de control previstos en el CPACA.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

2.1 AMBIENTE DE CONTROL

El componente de ambiente de control está integrado por todas esas condiciones mínimas que debe garantizar cualquier entidad pública para el ejercicio del control interno. En tal sentido y teniendo en cuenta que el pilar fundamental para ejercer el control interno en la SSPD es el recurso humano, el equipo auditor verificó el recurso humano con que contó la DIAAA, en la vigencia 2024, para desarrollar sus funciones.

Mediante la Resolución SSPD No. 20231000711325 del 3 de noviembre de 2023, se crearon los grupos internos de trabajo en la DIAAA, así: (i) Grupo de Investigaciones para Acueducto y Alcantarillado; y (ii) Grupo de Investigaciones para Aseo y la Actividad de Aprovechamiento. La DIAAA, mediante correo electrónico de fecha 13 de agosto de 2025, informa a la OCI que, durante el período auditado contó con los servicios de 32 funcionarios y 2 contratistas, organizados así:

Ilustración 2 – Estructura Interna (Roles y responsabilidades del equipo humano) de la DIAAA



Fuente: Información suministrada por la DIAAA mediante correo electrónico del 13 de agosto de 2024

Llama la atención de manera positiva que los profesionales que conforman la planta de personal asignada a la DIAAA, sean especializados y que se cuente con un personal transversal de apoyo administrativo, con profesionales de perfiles distintos a los abogados, contador (apoyo en dosimetría) e ingeniero de sistema (manejo de bases de datos), para realizar tareas complementarias y relevantes para el desarrollo de las funciones a su cargo.

De acuerdo con lo manifestado por la DIAAA, en la prueba de auditoría adelantada el 17 de septiembre de 2025, por la restricción en el personal y las situaciones administrativas del mismo (encargos), presentadas durante el período de auditoría, los procesos se priorizaban según se acercara la fecha de caducidad de la facultad sancionatoria y la fecha máxima para la atención de los recursos de reposición contra los actos que ponían fin a las actuaciones administrativas de carácter sancionatorio, por lo que los tiempos correspondientes a otras actividades del

20251400128363

procedimiento sancionatorio pasaron a un segundo orden de atención, criterio que ya está siendo revaluado actualmente.

Adicional a lo anterior, durante el desarrollo de la auditoría, se evidenció que tanto en la DIAAA como en la SSPD se está surtiendo la provisión de los empleos de carrera y para el ascenso derivados del Proceso de Selección No. 2504 de 2023, realizado por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Así las cosas, y teniendo en cuenta el dinamismo que se está presentando la planta de personal de la DIAAA, la OCI recomienda realizar la planeación de actividades inherentes al Procedimiento de Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, de manera tal que se tenga en cuenta la curva de aprendizaje de los nuevos funcionarios y se cumpla con el marco normativo vigente, así como con los correspondientes objetivos institucionales.

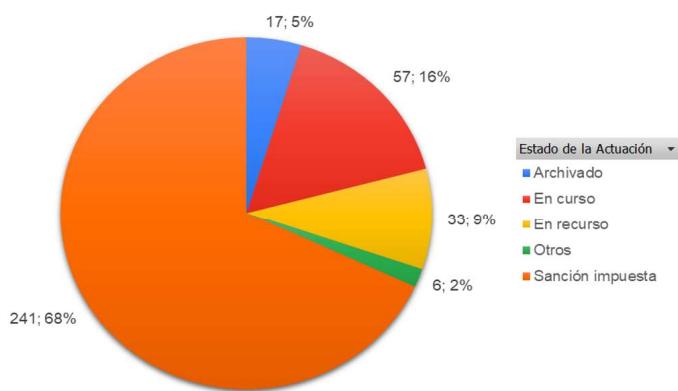
Por otra parte y para el desarrollo de sus funciones la DIAAA, emplea los aplicativos institucionales SIGME, SISGESTION, CRONOS y SANCIÓNADOS.

2.2 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

2.2.1 Análisis Estadístico. Mediante comunicación de fecha 13 de agosto de 2025, la DIAAA respondió el requerimiento de información realizado por la OCI, sobre distintos aspectos relacionados con la ejecución del Procedimiento de Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, durante el período auditado.

El primer aspecto revisado por el equipo auditor fue el estado de las investigaciones en curso durante el 2024, encontrando, como datos relevantes, que en el 68% de las mismas se profirió acto de sanción, en tanto el 57%, se encontraba en las actividades previas y el 33% en la atención del recurso de reposición, como lo indica la siguiente gráfica:

Gráfica 1 – Estado de las Investigaciones en 2024

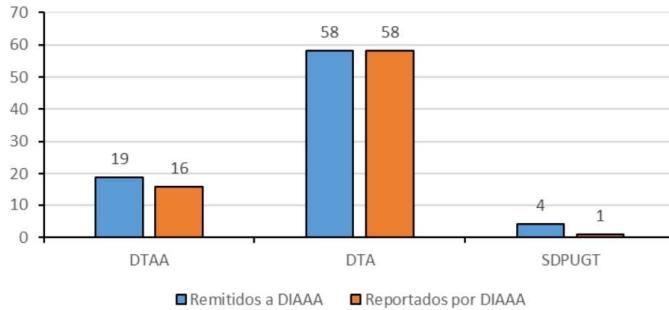


Fuente: Información suministrada por la SDAAA - DIAAA

De acuerdo con la información reportada por la SDAAA - DIAAA, durante el año 2024, recibió 75 solicitudes de investigación, todas de carácter interno; 18 fueron presentadas por la Dirección Técnica de Gestión de Acueducto y Alcantarillado (DTGAA), y 57 por la Dirección Técnica de Gestión de Aseo (DTGA). La OCI confrontó esta información con aquella suministrada directamente por estas dependencias y la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Gestión en Territorio (SDPUGT), evidenciando lo siguiente:

Gráfica 2 – Solicitud de Investigación 2024

Solicitudes de Investigación Remitidas por la
DIAAA



Fuente: Información suministrada por la SDAAA – DIAAA, por la DTGAA, DTGA y SDPUGT (correos electrónicos de fechas 30/07/2025, 31/07/2025 y 12/08/2025)

Mediante correo electrónico de fecha 19 de septiembre de 2025, la DIAAA señala que las diferencias presentadas con respecto a la información remitida por la DTGAA, se deben a que en algunas investigaciones se agrupan dos solicitudes (Expediente 2024440380300033E); otras solicitudes se constituyen en alcance de una inicial (Expedientes 2024440380300061E y 2025440380300007E); y una solicitud fue devuelta (Memorando 20244250191583 del 20 de diciembre de 2024). Observa la OCI que la DIAAA cuenta con la información relativa al procedimiento auditado, dado que aclaró las inconsistencias detectadas por el equipo auditor en los archivos y documentos remitidos mediante correo del 13 de agosto de 2025, como respuesta a su primer requerimiento de información. Con todo y en su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, la OCI recomienda la revisión y remisión completa de los datos solicitados por los entes y oficinas de control, en cada uno de sus requerimientos, en posteriores ejercicios de evaluación o control.

De otra parte, el equipo auditor calculó el tiempo transcurrido entre la solicitud de investigación y el memorando de devolución, encontrando lo siguiente:

Gráfica 3 – Tiempo de devolución de las solicitudes de Investigación 2024

Fuente: Información suministrada por la SDAAA - DIAAA

En los expedientes tomados para la comparación, el tiempo transcurrido para la devolución de la solicitud de investigación oscila entre 36 y 333 días, sin que en el Procedimiento Desarrollo de

20251400128363

Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, objeto de auditoría, se establezcan criterios que permitan justificar las variaciones de tiempo detectadas por la OCI, como criterios para el análisis de dicha solicitud (complejidad, números de cargos a formular, restricciones en el personal asignado a las direcciones de investigaciones, etc.), y el tiempo máximo para el adelantar dicho análisis y efectuar su devolución.

Respecto a la solicitud de investigación del prestador HONDA TRIPLE A, en la prueba de auditoría realizada el día 17 de septiembre de 2025, la DIAAA aclara que el memorando inicial de la solicitud de investigación fue del 11 de abril de 2024 y la devolución se efectuó el 07 de julio de 2024, por lo que hubo un error de transcripción en la información remitida a la OCI que afectó la gráfica elaborada por la misma.

Sobre los tiempos de devolución y a través de correo electrónico del 19 de septiembre de 2025, la DIAAA precisa lo siguiente:

- "1. Teniendo en cuenta que los términos para la realización de las actuaciones en el procedimiento administrativo sancionatorio son en horas laborales, resulta procedente y pertinente contabilizar las devoluciones en términos de días hábiles.*
- 2. Se advierte que en cada uno de los casos (devoluciones parciales) se dispuso la apertura de investigación, lo cual implicó que las devoluciones parciales únicamente pudieran efectuarse una vez se encontrara radicado y en proceso de notificación el pliego de cargos (se le informa a las DTG los cargos que se aperturaron).*
- 3. Si bien en el excel (sic) se relacional las fechas de cada memorando (solicitud/devolución), para contabilizar los días hábiles (sic) en las devoluciones, se tuvo en cuenta la fecha en la que efectivamente fueron remitidos los memorandos a la Dirección de Investigaciones.*
- 4. En algunos casos, el memorando de solicitud de investigación no fueron asignados (sic) a la Dirección de Investigaciones a través del Cronos, por lo cual, tomamos la fecha en la que el Director accedió (sic) al ... del memorando por CRONOS".*

Aplicando estas precisiones, la DIAAA ajusta los días que transcurren para la revisión y devolución de las solicitudes en días hábiles, así: 2024440380300049E (57), 2024440380300071E (151), 2025440380300007E (la solicitud tuvo alcance – 54), 2024440380300059E (132), 2024440380300040E (59), 2024440380300012E (18), 2024440380300043E (109), 2024440380300032E (89), 2024440380300029E (80), 2024440380300027E (56), 2024440160300003E (desde el día en que la DIAAA accedió al memorando de solicitud (68), 2024440380300018E (79), 2024440380300006E (58), 2024440380300019E (162), 2024440380300022E (214) y 2024440380300015E (135). Para los prestadores BUENAVENTURA MEDIO AMBIENTE S.A. E.S.P., y OFICINA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE ATACO (desde que la DIAAA accedió al memorando de solicitud (36 y 44, respectivamente).

En este punto, el equipo auditor recuerda a la SDAAA - DIAAA que los términos de caducidad de la facultad sancionatoria y la pérdida de competencia de la Entidad para resolver el recurso de reposición contra el acto que pone fin a la actuación administrativa de carácter sancionatorio, se contabilizan en años, según se dispone en el artículo 52 del CPACA, términos en los que no se consideran los días hábiles. Con todo, no existen en el procedimiento auditado criterios ni tiempos que rijan el análisis y devolución de las solicitudes de investigación.

En el ejercicio de aseguramiento se comparó, además, el número de actuaciones administrativas sancionatorias iniciadas en el 2024, a partir de la información suministrada por la SDAAA - DIAAA (documento 6. Iniciados y Terminados), con el número de expedientes creados en CRONOS, durante el período auditado y según la información suministrada por el Grupo de Gestión Documental, a través del correo electrónico de fecha 10 de septiembre de 2025. Los resultados se encuentran en la siguiente gráfica:

Gráfica 4 – Creación de Expedientes 2024

Fuente: Información suministrada por la SDAAA – DIAAA y por la Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental y Correspondencia

En este aspecto, se destaca la coherencia de la información suministrada por las dependencias auditadas.

Respecto a la completitud de la información reportada por la SDAAA - DIAAA a la OCI, se encontraron actuaciones sin fecha de caducidad (prestadores OFICINA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL MUNICIPIO DE ATACO, COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SOGAMOSO S.A. E.S.P., Expediente 2024440160300003E, BIOGER S.A.S. E.S.P., y AGUAS MOCOA S.A. E.S.P., Expediente 2021440350600146E); solicitud de investigación sin radicado ni fecha (Expedientes 2022440380300152E y 2022440380300153E); y actuaciones sin expediente (prestadores BUENAVENTURA MEDIO AMBIENTE S.A. E.S.P., OFICINA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL MUNICIPIO DE ATACO, ASOCIACIÓN DE RECICLADORES BARRANQUILLA LIMPIA & VIVA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE VALPARAISO S.A.S. E.S.P., EMPRESA DE ASEO DE ARAUCA S.A. ESP - EMAAR S.A. E.S.P., y BIOGER S.A.S. E.S.P.). Los resultados pueden observarse en la siguiente gráfica:

Gráfica 5 – Completitud de la Información Reportada por la SDAAA - DIAAA



Fuente: Información suministrada por la SDAAA - DIAAA

Durante la prueba de auditoría realizada por el equipo auditor el día 17 de septiembre de 2025, la DIAAA manifestó que las falencias en la información reportada se debieron a la dificultad de diligenciar la matriz requerida por la OCI, por cuanto, la disposición de la información, por parte de la dependencia, no comprendía todos los campos solicitados para la realización de la presente auditoría, por lo que se presentaron errores de trascipción, ya que, en su concepto, el tiempo para la atención del requerimiento era corto teniendo en cuenta el volumen de información solicitada, a pesar de la ampliación del plazo de entrega concedida por el equipo auditor.

20251400128363

De otra parte, se indica que algunas solicitudes de investigación fueron devueltas sin que se iniciara la actuación administrativa de carácter sancionatorio.

En cuanto a la caducidad de la facultad sancionatoria, el equipo auditor comparó la fecha indicada para su ocurrencia en cada actuación administrativa de carácter sancionatorio, con la fecha de notificación del acto que ponía fin a la actuación, según la información suministrada por la SDAAA - DIAAA, mediante correo del 13 de agosto de 2025, identificando un posible caso de ocurrencia de la figura, así:

Tabla 1 – Caducidad de la Facultad Sancionatoria

EXPEDIENTE	INVESTIGADO	CADUCIDAD	NOTIFICACIÓN ACTO QUE PONE FIN A LA ACTUACIÓN
2024440380300056E	CORPORACIÓN PARA EL PROCESO AMBIENTAL DE DUITAMA	18/04/2025	02/05/2025

Fuente: Información suministrada por la SDAAA – DIAAA (2. Base Consolidada)

En la prueba de auditoría adelantada el día 17 de septiembre del 2025, se verificó que la fecha de caducidad, en el caso precedente, era el 31 de mayo de 2025, luego la notificación se realizó antes del vencimiento de dicho término, por lo que no tuvo ocurrencia dicha figura. Sin embargo, se evidenció un error en la información suministrada por la SDAAA – DIAAA.

El equipo humano de la DIAAA, señala que se trata de un error de trascipción, reiterando la dificultad de diligenciar la matriz de información requerida por la OCI.

Finalmente, la OCI comparó la fecha de presentación de los recursos reportada por la SDAAA – DIAAA, con la fecha de notificación de los actos a través de los cuales se resolvieron dichos recursos, encontrado 4 casos de presunta pérdida de competencia, así:

Tabla 2 – Pérdida de Competencia para Resolver el Recurso

EXPEDIENTE	PRESENTACIÓN RECURSO		ACTO QUE PONE FIN ACTUACIÓN		NOTIFICACIÓN
	RADICADO	FECHA	RADICADO	FECHA	
2020440350600083E	20225292537832	23/06/2022	20254400006995	13/1/2025	13/1/2025
2022440350600024E	20235292069262	07/06/2023	20244400555195	18/9/2024	18/9/2024
2023440380300027E	20245291183182	19/03/2023	20254400055105	7/2/2025	10/2/2025
2021440350600154E	20235290598161	17/02/2023	20244400063575	14/02/2024	28/05/2025

Fuente: Información suministrada por la SDAAA – DIAAA (2. Base Consolidada)

En la prueba de auditoría adelantada el día 17 de septiembre del 2025, se confirma que en los Expedientes 2020440350600083E y 2021440350600154E, se produjo la pérdida de competencia para resolver el recurso de reposición y operó el silencio administrativo positivo, como se indicó en la respuesta al requerimiento de información de la OCI, remitida por correo electrónico de fecha 13 de agosto de 2025. Estos casos serán abordados, de forma detallada, en el Componente de Actividades de Control del presente informe.

En el expediente 2022440350600024E, se produjo la pérdida de competencia para resolver el recurso y sus consecuencias, por las mismas razones del Expediente 2020440350600083E, explicadas por la DIAAA en el correo electrónico de fecha 13 de agosto de 2025, por lo que la situación tendrá el mismo efecto indicado en el referido componente.

Respecto al Expediente 2023440380300027E y durante la prueba de auditoría antes indicada, se constató que el investigado presentó el recurso de reposición el día 19 de marzo de 2024 y la notificación del acto a través del cual la SSPD resolvió dicho recurso se produjo el día 10 de

febrero de 2025, por lo cual la Entidad no perdió competencia para atender el recurso ni se configuró el silencio administrativo positivo de que trata el artículo 52 del CPACA.

El equipo humano de la DIAAA, señala que se trata de un error de trascipción, reiterando la dificultad de diligenciar la matriz de información requerida por la OCI.

2.2.2 Documentación del Procedimiento y Cumplimiento de Normas Archivísticas.

En este punto, el equipo auditor revisó la adecuada conformación y gestión documental de los expedientes, en sus versiones física, electrónica y digital, su completitud, así como la ausencia de inconsistencia documentales, de acuerdo con la tabla de retención correspondiente y las normas de archivo vigentes.

2.2.2.1 Registro de Conflicto de Interés. En el marco de la auditoría a las actuaciones administrativas de carácter sancionatorio iniciadas en 2024, se evaluó una muestra de 12 expedientes, que representan el 17% del total. El objetivo fue verificar el cumplimiento en el registro de conflictos de interés, de acuerdo con el Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, V.4, lo cual arrojó los siguientes resultados:

- ✓ Cumplimiento del 100%: Se constató que todos los expedientes de la muestra cuentan con el Formato CT-F-010 - Declaración de conflicto de interés, debidamente diligenciado.
- ✓ Organización y Trazabilidad: Los formatos están correctamente almacenados en un repositorio digital (Google Drive), clasificados por cuatrimestre, empresa, abogado y expediente, lo que asegura una gestión organizada y facilita su acceso.
- ✓ Actualización del Formato: Se verificó que se han realizado ajustes al Formato CT-F-010 (versiones 1 y 2), para incorporar los lineamientos de la Directiva Presidencial 006 de 2024 y el Manual de Identidad Visual de la SSPD.

El ejercicio de su Rol de Enfoque Hacia la Prevención la Oficina de Control Interno recomienda incluir el Formato CT-F-010 - Declaración de conflicto de interés, en el expediente físico y en el Sistema de Gestión Cronos, para cada actuación administrativa sancionatoria. Esta medida fortalecerá el cumplimiento de la ley de transparencia y facilitará la revisión de documentos.

Centralizar la documentación en un solo sistema optimizará el acceso y disponibilidad de la información para futuras consultas y auditorías. Además, en el mismo formato se sugiere incluir el nombre completo del declarante junto a su firma. Esta medida facilitará la identificación de la persona, mejorará la legibilidad de la firma y agilizará la revisión por parte de entes de control y terceros.

2.2.2.2 Verificación de Expedientes. De acuerdo con la muestra aleatoria y general de la auditoría (26 expedientes), la OCI revisó el cumplimiento del procedimiento auditado, en CRONOS, tomando en consideración las versiones 4 (vigente desde 05/12/2023) y versión 5 (vigente desde el 22/08/2024), examinando la operación 3. "Crear expediente". Los resultados fueron los siguientes:

- ✓ Los expedientes contienen los campos básicos como serie, autor, fecha de modificación y una descripción que especifica si la información fue migrada desde el sistema anterior, ORFEO II.
- ✓ Los expedientes mantienen las series y subseries correspondientes a las TRD vigentes en el momento de su creación en ORFEO II y CRONOS, tal como lo confirma la SDAAA – DIAAA, en su comunicación del 26 de septiembre de 2025.

20251400128363

- ✓ Por otra parte, en las tablas de retención documental aprobadas por el AGN se estipula como soporte P: Papel, sin embargo, la serie relacionada se registra EL: Electrónico, de tal manera que no se encuentran actualizadas.

En su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, la OCI recomienda iniciar el proceso de actualización de la TRD correspondiente a la DIAAA, con el acompañamiento de la Dirección Administrativa, Grupo de Gestión Documental y Correspondencia, ante el AGN, para incluir el expediente electrónico, ya que la actual solo incluye el expediente físico, de acuerdo con la dinámica actual del procedimiento auditado. Esto es fundamental para garantizar la validez jurídica, la autenticidad y la integridad de los documentos generados en dicho procedimiento.

Observa el equipo auditor que los expedientes terminados no cuentan el cierre de la unidad documental en el sistema CRONOS, ni en físico, tal como lo exige el Acuerdo 001 de 2024, en sus numerales 4.3.1.8 y 4.3.1.9 según los cuales “...*las oficinas productoras son responsables de garantizar la conformación de las unidades documentales...*” y el “*el cierre de las unidades documentales se debe llevar a cabo una vez finalizado el trámite administrativo que le dio origen...*”, con el fin de garantizar la trazabilidad y completitud de los expedientes. Además, los expedientes no contienen una hoja de control GD-F-051 que documente las actividades de organización, en cumplimiento al Instructivo de Organización Documental GD-I-003, v10, numeral 6.3.4., según el cual dicho documento debe implementarse en todas las unidades documentales (series y subseries) de la Entidad. Tampoco se encuentran los testigos documentales a que se refiere el numeral 6.4.2 del mismo instructivo.

Finalmente, se evidencia que los expedientes del procedimiento auditado no se encuentran cerrados como lo exige el mismo instructivo, en su numeral 5.1, sobre las reglas documentales del proceso de organización documental, en el cual se establece: “*Cierre simple del expediente: Una vez finalice el trámite de los documentos correspondientes a un expediente, este debe ser cerrado por el productor documental como responsable de la administración*”. Lo anterior da lugar a la siguiente observación:

Observación 1. Debilidades en la Gestión Documental de los Expedientes

ID #	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
3.	<p><i>La gestión documental de los expedientes físicos no cumple con lo establecido en el Acuerdo 001 de 2024 y en el Instructivo de Organización Documental (GD-I-003), en lo referente a: (i) hojas de control, (ii) cierre de expediente, (iii) testigos documentales para los CD que obran como parte de los expedientes. (i) Completitud (Expediente físico 2022440380300168E)</i></p>	<p>Acuerdo 001 de 2024, en sus artículos: 4.3.1.8 y numeral 5 y 4.3.1.9.</p> <p>Instructivo de Organización Documental (GD-I-003) en la versión 10 vigente para el alcance de las numerales: 5.1, 6.3.4 y 6.4.2.</p>	<p>Desconocimiento por parte de la DIAAA sobre los parámetros establecidos en el Acuerdo 01 de 2024 y el Instructivo de Organización Documental (GD-I-003).</p> <p>Falta de articulación entre el proceso de Gestión Documental y el Proceso de Medidas para el Control.</p>	<p>Possibilidad de pérdida de la integridad de la información física o digital que reposa en el archivo de gestión, central y el sistema de gestión documental.</p>

En su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, la OCI recomienda que la gestión encaminada a generar mejoras en el proceso y procedimiento auditados, en cuanto a los aspectos antes

20251400128363

evidenciados, sea articulada entre la SDAAA – DIAAA -, y la Dirección Administrativa, Grupo de Gestión Documental y Correspondencia.

2.3 ACTIVIDADES DE CONTROL

El equipo auditor observa que la identificación y soporte de presuntas infracciones se realiza bajo el Proceso de Vigilancia e Inspección de la Entidad, generándose una solicitud de investigación como salida del mismo que va al Proceso de Medidas para el Control, como entrada para el desarrollo del procedimiento auditado. Sin embargo, respecto a dicha tarea de identificación y soporte no se establecen criterios y tiempos para su adelantamiento, de suerte que, en algunas ocasiones, gran parte del término de caducidad de la facultad sancionatoria transcurre mientras se realiza esa tarea.

Además, en los procesos de la Entidad tampoco se detalla el contenido mínimo de las solicitudes de investigación, lo que puede conllevar a su devolución cuando la DIAAA considere que no contienen la debida identificación de la infracción o infracciones cometidas por el prestador de los servicios públicos domiciliarios y la documentación soporte, dilatándose el tiempo para la calificación de mérito y la formulación del pliego de cargos por parte de la dependencia. Considera la OCI que, para adelantar la tarea de análisis de la solicitud de investigación y su eventual devolución, en la DIAAA, también deben establecerse criterios y tiempos en el procedimiento auditado, para evitar dilaciones injustificadas que afecten el desarrollo de la actuación administrativa sancionatoria y contribuyan a la ocurrencia de la caducidad de la facultad sancionatoria de la Entidad.

Existen investigaciones por infracciones recurrentes, cuyo acervo probatorio está plenamente definido por la DIAAA y puede socializarse con las dependencias que remiten las solicitudes de investigación, incluida la SDPUGT y sus direcciones territoriales, para evitar devoluciones.

En los aspectos comentados y en su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, la OCI recomienda articular la gestión de las dependencias a cargo de los dos procesos misionales comentados e incluir en los mismos, los criterios y tiempos antes indicados.

De otra parte, de la revisión del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (Código CT-P-005) en sus versiones 4, 5 y 6 (versión vigente al momento de la auditoría), se evidenció este no cuenta con la actividad de recepción de solicitudes y por ende no cuenta con un responsable ni punto de control.

Evidencia la OCI que el nombre de la salida del Proceso de Vigilancia e Inspección, Procedimiento Estudio y Determinación de Medidas de Control (VI-P-012 v4), es "Solicitud de Apertura de Actuación Administrativa de Carácter Sancionatorio" (GD-F-010), mientras que el de entrada al Proceso de Medidas para el Control (CT-PR-001) – Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (CT-P-005), es "Solicitud de Investigación" y también "Solicitud de Evaluación de Méritos" - (GD-F-010). Aunque estas expresiones pueden ser identificadas como similares, por parte de los profesionales en derecho de la Entidad, para personas con otras disciplinas del conocimiento la situación descrita puede generar confusiones. Por lo anterior y en ejercicio de su Rol de Enfoque hacia la Prevención, la OCI recomienda unificar la terminología, para no generar confusiones y afectar la trazabilidad de los procesos institucional.

En este componente, además, el equipo auditor se dispuso a verificar el ejercicio de la facultad sancionatoria por parte de la Entidad, SDAAA, en el plazo legal establecido en el artículo 52 del

20251400128363

CPACA, según el cual “...la facultad que tienen las autoridades para imponer sanciones caduca a los tres (3) años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pudiere ocasionarlas, término dentro del cual el acto administrativo que impone la sanción debe haber sido expedido y notificado”.

Así mismo y según lo establece la misma normativa, en desarrollo de la auditoría se verificó que los actos administrativos a través de los cuales se resolvieron los recursos de reposición contra los actos de sanción emitidos por el Superintendente Delegado para Acueducto, Alcantarillado y Aseo, durante la vigencia 2024 (Resoluciones Nos. SSPD 20211000012995 del 29 de marzo de 2021 y 20241000320875 del 4 de julio de 2024), hubieran sido expedidos y notificados, “...en un término de un (1) año contado a partir de su debida y oportuna interposición”.

Mediante correo electrónico de fecha 13 de agosto de 2024, la SDAAA - DIAAA, manifiesta que, durante el período auditado, se presentó la caducidad de la facultad sancionatoria en 2 expedientes, así:

“1) 2023440380300001E: CARGO ÚNICO: PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN CRA 943 DE 2021 ARTÍCULOS 1.8.3.1, Y 1.8.3.2 POR EVIDENCIARSE PRESUNTOS COBROS NO AUTORIZADOS Y NO EFECTUAR LAS DEVOLUCIONES A LOS USUARIOS PRODUCTO DEL PROCESO DE CONTROL TARIFARIO.

Causa: “los hechos objeto de reproche se desarrollaron en el curso de la facturación del servicio público de aseo entre febrero de 2018 hasta junio de 2019, y por ende la facultad sancionatoria de esta Superintendencia, de cara a lo previsto en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011, feneció el 30 junio de 2022, es decir, mucho antes de proferido el Pliego de Cargos SSPD 2023440002876 del 16 de enero de 2023”. (Tomado de la Resolución SSPD 20244400619405 del 7 de octubre de 2024).

2) 2023440380300017E: CARGO ÚNICO: PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 2 Y 3 DE LA RESOLUCIÓN CRA 294 DE 2004, MODIFICADOS POR LA RESOLUCIÓN CRA 659 DE 2013 Y COMPILADOS POR LA RESOLUCIÓN CRA 943 DE 2021 EN LOS ARTÍCULOS 1.8.3.2. Y 1.8.3.3., POR NO EFECTUAR LAS DEVOLUCIONES DE LOS COBROS NO AUTORIZADOS IDENTIFICADOS EN EL CONTROL TARIFARIO DEL SERVICIO DE ASEO.

Causa: “los hechos objeto de reproche se desarrollaron en el curso de la facturación del servicio público de aseo entre febrero de 2018 hasta junio de 2019, y por ende la facultad sancionatoria de esta Superintendencia, de cara a lo previsto en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011, feneció el 30 junio de 2022, es decir; antes de proferido el Pliego de Cargos SSPD 20234400063996 del 24 de febrero de 2023.” (Tomado de la Resolución SSPD 20244400077075 del 23 de febrero de 2024)”.

De acuerdo con la información suministrada por la DIAAA, mediante correo electrónico de fecha 9 de septiembre de 2025, la SDAAA ordenó el archivo de las diligencias dentro de los expedientes 2023440380300001E y 2023440380300017E, dado que el período de análisis del control tarifario superó los tres años.

Nótese que en ambos casos el pliego de cargos se expidió con posterioridad a la fecha de caducidad inicialmente establecida a partir del pronunciamiento final de la dirección técnica, apreciación que se consideró no ajustada a derecho en el respectivo acto de archivo.

Considera la OCI que el cálculo del término de caducidad de la facultad sancionatoria genera dificultades en la ejecución del procedimiento auditado y que la SDAAA y la DIAAA deben propiciar la realización de mesas de trabajo y estudio sobre el tema, definiendo criterios que faciliten su determinación y documentación, como herramientas fundamentales para el control del procedimiento auditado. Lo anterior genera la siguiente observación:

Observación 2 – Caducidad de la Facultad sancionatoria

20251400128363

ID #	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
4.	Se observó que en los expedientes 2023440380300001E y 2023440380300017E, se archivaron las diligencias por ocurrencia de la caducidad de la facultad sancionatoria, la cual acaeció con anterioridad a la fecha de expedición de los pliegos de cargos, según se indica en los respectivos actos de archivo.	Ley 1437 de 2011, artículo 52 "La facultad que tienen las autoridades para imponer sanciones caducan a los tres (3) años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pudiere ocasionarlas, término dentro del cual el acto administrativo que impone la sanción debe haber sido expedido y notificado".	Dificultades en la determinación de la fecha de caducidad de la facultad sancionatoria, conforme a la ley. Diferencias de criterio en la aplicación del artículo 52 de la Ley 1437 de 2011.	Posibilidad de afectación reputacional por no aplicar las medidas de control que permiten disuadir a los prestadores de incumplir el régimen de los servicios públicos domiciliarios para mejorar la prestación de los mismos.

Sobre esta observación y mediante solicitud de mesa de trabajo, remitida mediante correo electrónico de fecha 26 de septiembre de 2025, la SDAAA manifestó lo siguiente: "*La caducidad de la facultad sancionatoria se derivó a una disparidad de criterios jurídicos respecto al cargo formulado, dada la intervención de diferentes directores y delegados tanto en la etapa de formulación del cargo como en la de archivo, lo cual generó interpretaciones jurídicas diferentes. En consecuencia, no resulta procedente calificar estos eventos como una falta de control institucional, sino como situaciones excepcionales que deben ser contextualizadas dentro de los márgenes razonables del ejercicio de la función pública y la dinámica administrativa propia de los procesos sancionatorios*".

Al respecto y en mesa de trabajo realizada el 30 de septiembre de 2025, la OCI manifestó mantener la observación argumentando lo siguiente: "*La respuesta del auditado, invocando "disparidad de criterios jurídicos" y "situaciones excepcionales", no desvirtúa el hecho de que operó la figura de la caducidad en los dos expedientes objetados. Si bien es cierto que las interpretaciones jurídicas pueden variar, la Entidad es responsable de unificar sus criterios para garantizar la seguridad jurídica y el cumplimiento de los plazos*".

En la muestra de expedientes auditados, la fecha de caducidad determinada por la OCI no correspondía a la reportada por la SDAAA - DIAAA, en el archivo 2. Base Consolidada, a través de correo electrónico de fecha 13 de agosto de 2025. En 12 de los 26 expedientes auditados, la fecha de caducidad corresponde a la fecha máxima que tenía la Entidad, para resolver el recurso de reposición interpuesto por el prestador de servicios públicos domiciliarios investigado (Expedientes 2021440350600161E, 2021440350600070E, 2021440350600139E, 2021440350600096E, 2021440350600133E, 2021440350600109E, 2021440350600106E, 2021440350600102E, 2021440350600155E, 2022440380300148E, 2021440350600116E, 2021440350600121E).

Al indagar sobre el particular, el equipo de la DIAAA, en prueba de auditoría realizada el día 17 de septiembre de 2025, manifestó que, una vez se emite el acto que pone fin a la actuación administrativa de carácter sancionatorio, en la casilla de "caducidad" de la matriz de seguimiento, se incluye la fecha de la pérdida de competencia de la Entidad para resolver el respectivo recurso. También manifestó que la matriz remitida por la OCI para el suministro de información en el marco de la presente auditoría, es diferente a la matriz de seguimiento de La DIAAA, por lo que se construyó una nueva, lo que generó errores de trascipción.

20251400128363

Al margen de lo anterior, en la verificación de la muestra realizada por el equipo de auditoría se identificaron 9 expedientes en los que la fecha de caducidad reportada por los auditados no coincidía con la determinada por la OCI. En prueba de auditoría antes comentada, se verificó la siguiente información:

Tabla 3 – Comparación Fechas de Ocurrencia de Caducidad de la Facultad Sancionatoria

EXPEDIENTE	FECHA DE CADUCIDAD	
	Reporte Auditados	Verificación Prueba de Auditoría
2021440350600030E	21/01/2024	28/07/2024
2021440350600032E	22/01/2024	30/05/2023
2022440350600046E	9/09/2023	12/07/2024
2021440350600100E	22/06/2025	22/06/2025
2021440350600114E	11/08/2024	31/07/2023
2021440350600121E	27/06/2024	27/06/2024
2021440350600139E	29/10/2023	29/10/2023
2021440350600146E	No hubo reporte	30/08/2023
2022440380300168E	1/01/2024	3/02/2024

Fuente: Información suministrada por la SDAAA – DIAAA

Nótese como en 6 de los 9 expedientes antes indicados la fecha verificada no corresponde a la reportada por la SDAAA - DIAAA. Sin embargo, es de anotar que en ninguno de los expedientes de la tabla precedente operó la caducidad de la facultad sancionatoria de la Entidad.

El equipo OCI observa la dificultad de determinar la fecha de caducidad de la facultad sancionatoria, a la luz del artículo 52 del CPACA, pues resulta complejo diferenciar, con claridad y en algunos casos, las conductas instantáneas de las continuadas y sus efectos en el cálculo del término de caducidad. También existen conductas reiterativas con otros efectos en el procedimiento sancionatorio. Revisado el procedimiento auditado, no se encuentran las definiciones de tales conductas, lo que dificulta su comprensión.

En su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, la OCI recomienda incluir en el proceso dichas definiciones y aclarar que las conductas reiterativas no se tienen en cuenta en el cálculo del término de caducidad, pero sí en la tasación de la sanción, pues la agravan.

También se recomienda que, internamente y en mesas de trabajo, se analicen distintos tipos de conductas para ayudar en su clasificación de instantáneas o continuadas, y se trabaje en la redacción de los cargos para facilitar esa clasificación y el cálculo del término de caducidad de la facultad sancionatoria.

Otro aspecto que llama la atención de la OCI es que en los actos administrativos que ponen fin a las actuaciones administrativas de carácter sancionatorio revisados, al analizar la competencia funcional de la SSPD, para sancionar a los prestadores, no se documenta el estudio de caducidad de dicha facultad. Si bien es cierto que en el artículo 49 del CPACA, no se incluye expresamente dicho estudio dentro del contenido de la decisión, éste es necesario para realizar un adecuado control del procedimiento auditado, evitando la materialización del riesgo de caducidad.

Al respecto y en la prueba de auditoría adelantada por la OCI, la DIAAA, señala que si bien el estudio de caducidad no está documentado en los actos de sanción ni se evidencia en los registros del procedimiento auditado, cada abogado sustanciador lo realiza y comunica la fecha al director de la dependencia.

20251400128363

En tal sentido y en su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, la OCI recomienda realizar y documentar el referido estudio, aun cuando no se incluya en el acto administrativo que pone fin a la actuación administrativa de carácter sancionatorio, como herramienta de control del procedimiento. Además, se sugiere incluir en la matriz de seguimiento de las actuaciones administrativas de carácter sancionatorio, la fecha de caducidad de todas ellas, incluso de aquellas que, eventualmente, son archivadas, pues la decisión de sanción o archivo se determina al final de la actuación por lo que debe realizarse el control de caducidad correspondiente durante su desarrollo.

De otra parte, a través del correo electrónico de fecha 13 de agosto de 2024, la DIAAA, manifiesta que, durante el período auditado, “*...se presentaron situaciones que dieron lugar a la configuración de los efectos del silencio administrativo positivo respecto de dos recursos de reposición. Dichos escenarios se originaron por la falta de decisión dentro del término legal establecido y por la omisión en la notificación dentro del plazo de un año, lo que conllevó a que se tuviera por aceptada la pretensión de los recurrentes, conforme a lo previsto en la normatividad vigente*”. Los casos fueron los siguientes:

“1) *En octubre de 2024, la DIAAA llevó a cabo una verificación general de todas las investigaciones, con el objetivo de identificar radicados que eventualmente no hubieran sido atendidos o vinculados a su correspondiente expediente, como consecuencia de las dificultades presentadas durante el proceso de migración del Sistema de Gestión Documental “Orfeo II” al nuevo sistema “CRONOS”.*

Durante dicha revisión, se identificó que la Administración Pública Cooperativa de Majagual – COOASEO MAJAGUAL, mediante correo electrónico con radicado 20225292537832 del 23 de junio de 2022, presentó recurso de reposición contra la Resolución SSPD 20224400577265 del 6 de junio de 2022. No obstante, dicho recurso no fue asociado al expediente 2020440350600083E, debido al proceso de migración documental ocurrido en junio de 2022, cuando la SSPD realizó el cambio de plataforma documental de Orfeo II a CRONOS.

Como consecuencia, se consideró erróneamente que el prestador no había interpuesto recurso contra la sanción impuesta, por lo que se procedió a dar firmeza a la Resolución SSPD 20224400577265 del 6 de junio de 2022 y se remitió el caso al Grupo de Gestión Administrativa de Cobro Coactivo de la Entidad, para lo de su competencia.

En virtud de lo anterior, mediante la Resolución SSPD 20254400006995 del 13 de enero de 2025, se revocó la Resolución SSPD 20224400577265 del 6 de junio de 2022 y se ordenó el archivo de la investigación administrativa, por pérdida de competencia en los términos del artículo 52 del CPACA.

Se aclara que el recurso correspondía a la vigencia 2023, es decir se debía resolver a más tardar el 23 de junio de 2023”.

“2) *En el marco del procedimiento de investigación adelantado contra AGUAS DE LA PENÍNSULA S.A. E.S.P. identificado con el expediente 2021440350600154E, se profirió la Resolución SSPD 20244400063575 del 14 de febrero de 2024, mediante la cual se resolvió recurso de reposición, sin embargo, al revisar el Sistema de Gestión Documental – CRONOS, se evidenció que la notificación de dicha resolución no se efectuó en debida forma por un error humano, ya que fue enviada al correo noasignado@superservicios.gov.co, el cual es utilizado por defecto por el aplicativo CRONOS cuando en el campo correspondiente al correo electrónico del remitente no se registra información.*

Conforme a lo anterior, mediante la Resolución SSPD 20254400247055 del 28 de mayo de 2025 se reconocieron los efectos del silencio administrativo positivo, se revocó la Resolución SSPD 20234400093125 del 3 de febrero de 2023 y se dispuso el archivo de la investigación administrativa”.

Respecto al primer caso, al igual que con relación al Expediente 2022440350600024E, relacionado en la Tabla 2 del Componente de Información y Comunicación del presente informe, la OCI considera que no hay lugar a la formulación de observación alguna, puesto que la situación presentada no estaba bajo la gobernabilidad del Proceso de Medidas para el Control - Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio.

20251400128363

En efecto, en el Informe final Auditoría Interna de Gestión – Proceso de Gestión Documental (Memorando del 20221400212863 del 28 de noviembre de 2022, la OCI deja constancia de se presentó una “*Inadecuada ejecución de pruebas operativas de continuidad del servicio, funcionales del sistema, de migración e integración con los distintos aplicativos de la Entidad, situación que (generó)... todas las problemáticas referenciadas por los usuarios de la herramienta CRONOS*”. Esta situación tuvo un impacto institucional y en su momento se adelantó un plan de trabajo para solucionarla, por parte de la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con participación de los afectados.

Además, como lo manifiesta la SDAAA – DIAAA, el recurso debía resolverse en la vigencia 2023 y el archivo de las diligencias se llevó a cabo en la vigencia 2025.

En cuanto al segundo caso, el equipo auditor encuentra que han fallado los controles del procedimiento para evitar que se configure la pérdida de competencia para resolver el recurso, por lo que formula la siguiente observación:

***Observación 3 – Pérdida de Competencia para Resolver el Recurso
y Aplicación del Silencio Administrativo Positivo***

ID #	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
5.	Se produce la pérdida de competencia para resolver el recurso contra el acto que pone fin a la actuación, opera el silencio administrativo positivo y se archivan las diligencias correspondientes en el Expediente 2021440350600154E	Artículo 52 de la Ley 1437 de 2011, so pena de pérdida de competencia, los recursos deben resolverse en un término de un (1) año contado a partir de su interposición. Si los recursos no se deciden en el término fijado, se entenderán fallados a favor del recurrente.	Debilidad en los controles que permiten eliminar o mitigar la pérdida de competencia y la control que permiten en un término de un (1) año la ocurrencia del silencio administrativo positivo. Error humano el uso del aplicativo CRONOS, para recursos no se deciden en el término fijado, se resuelve el recurso interpuesto por el investigado.	Possibilidad de afectación reputacional por no aplicar las medidas de control que permiten disuadir a los prestadores de cumplir el régimen de los servicios públicos domiciliarios para mejorar la prestación de dichos servicios.

Sobre esta observación y mediante solicitud de mesa de trabajo, remitida mediante correo electrónico de fecha 26 de septiembre de 2025, la SDAAA manifestó lo siguiente: “*Es importante precisar que dichas situaciones no obedecieron a una falta de control por parte de la DIAAA. La pérdida de competencia para resolver el recurso se produjo debido a por un error humano aislado por ingresar mal en el aplicativo el correo electrónico (sic) para la notificación. Actualmente, se encuentra en ejecución una Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora (ACPM) orientada a identificar las causas que originaron la situación, fortalecer los controles internos y mejorar la gestión de los términos procesales en los trámites administrativos. Ver SIGME ACPM-2025-2394*”.

Al respecto y en mesa de trabajo realizada el 30 de septiembre de 2025, la OCI destacó la gestión realizada por la SDAAA, en la formulación de la ACPM-2025-2394, sin embargo, mantiene la observación para garantizar que se reformule, como parte del plan de mejoramiento que generará el presente informe, manifestando lo siguiente: “*La situación constituye un hallazgo de auditoría debido a la materialización de un riesgo operativo y de control. Aunque la Entidad ha reaccionado con la implementación de una acción correctiva, se considera que las actividades incluidas en la misma no atacan la causa raíz, dado que no estipulan tiempos necesarios de control y de esa*

manera la acción resultaría ineficaz, por lo cual se deben fortalecer los controles de validación en los procedimientos de notificación, así como de establecer mecanismos que prevengan errores humanos y garanticen la culminación adecuada del procedimiento administrativo”.

En este caso particular, la OCI recomienda la reformulación de la ACPM-2025-2394, documentando los tiempos en que se realizará la revisión de la notificación por parte de los abogados sustanciadores y de la DIAAA, para garantizar que la misma sea oportuna y se evite la futura materialización del riesgo que se indica en la observación.

Con todo y en términos generales, del análisis antes realizado en los componentes del MECI, Información y Comunicación, y Actividades de Control, puede constatarse la existencia de controles y su funcionamiento en el procedimiento auditado que permiten cumplir su objetivo principal, ya que la ocurrencia de los riesgos asociados al mismo solo se presenta en 3 de los expedientes analizados. Sin embargo, esta situación constituye una oportunidad de mejora en dichos controles, como se indica en el presente informe.

2.4 ACTIVIDADES DE MONITOREO

Este componente permite desarrollar las actividades de supervisión continua (controles permanentes) en el día a día de las actividades, así como evaluaciones periódicas (autoevaluación) con el propósito de detectar desviaciones y generar mejoras en el procedimiento auditado.

El Procedimiento auditado establece como una de sus actividades la de “Realizar seguimiento”, según la cual, el “...*Director de Investigaciones de manera trimestral, a través del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo o correo electrónico, informan los resultados de seguimiento al estado actual de la investigación y el avance en la etapa procesal conforme a los plazos, por asignación a abogados. Las actas de seguimiento son manejadas al interior de cada Dirección (...)*”.

En la prueba de auditoría realizada el día 17 de septiembre de 2025, la OCI constató que, si bien el Director de Investigaciones de Acueducto, Alcantarillado y Aseo realiza un seguimiento a las actuaciones sancionatorias en los comités primarios mensuales, no existe evidencia formal de dicha revisión en las actas de las reuniones. Específicamente, las actas no detallan los casos revisados, no incluyen una matriz de seguimiento ni anexos que soporten las verificaciones, y no registran las medidas o decisiones adoptadas para cada actuación.

Al no existir un soporte formal, se incrementa el riesgo de que las actuaciones sancionatorias caduquen por falta de un seguimiento documentado y de acciones correctivas oportunas, además la falta de evidencia formal en las actas puede dificultar la verificación posterior del proceso de toma de decisiones y el cumplimiento de las responsabilidades asignadas.

2.5 EVALUACIÓN DEL RIESGO

En cumplimiento de lo dispuesto en el Instructivo para la Administración de Riesgos (Código DE-I-004), numeral 3.16 Revisión de la gestión de riesgos y según el cual ”...*en el desarrollo de las auditorías internas deben revisarse los riesgos de los procesos auditados para: identificar posibles factores de riesgo que no estén incluidos en el mapa de riesgos vigente, Analizar la definición, funcionalidad, adecuación, implementación y mejora continua por parte de sus responsables, Establecer la necesidad de valorar nuevamente los riesgos existentes en el mapa de riesgo*”.

2.5.1. Identificación y Gestión de Riesgos el Procedimiento Auditado.

En la gestión de identificación y tratamiento de los riesgos del Proceso de Medidas para el control, se tienen identificados 14 riesgos asociados al Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, de los cuales se tienen identificados 4 riesgos: 2 de corrupción (incluyendo 1 riesgo de soborno), 1 de Seguridad de la información y 1 de Gestión. Con respecto al riesgo de gestión, se evidenció el siguiente Riesgo:

Tabla No. 4 – Riesgos de Gestión

RIESGO DE GESTIÓN	
RG1	Posibilidad de afectación reputacional por aplicar las medidas para controlar, normalizar y restablecer la prestación de los servicios públicos domiciliarios o conminar a quienes los prestan a la mejora de las condiciones de la prestación por fuera del término para adelantar las etapas del procedimiento administrativo sancionatorio.

Fuente: SSPD, SIGME, Módulo de Riesgos.

Frente a los riesgos de corrupción, se evidencia la identificación de los riesgos así:

Tabla No. 5 – Riesgos de Corrupción

RIESGOS DE CORRUPCIÓN		TIPO
RC1	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la aplicación de medidas para controlar, normalizar y restablecer la prestación de los servicios públicos domiciliarios o conminar a quienes los prestan a la mejora de las condiciones de la prestación por fuera del término para adelantar las etapas del procedimiento administrativo sancionatorio, con el fin de favorecer a los prestadores de servicios públicos.	Corrupción
RC2	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad, debido a las actuaciones administrativas sancionatorias sobre eventuales vulneraciones por fuera del esquema normativo que rige la actividad de las personas que prestan servicios públicos domiciliarios en el país	soborno

Fuente: SSPD, SIGME, Módulo de Riesgos.

En cuanto a riesgos de seguridad de la información:

Tabla No. 6 – Riesgos de Seguridad de la información

RIESGO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
RS1	Posibilidad de fuga o revelación de información clasificada o reservada y cuyo nivel de criticidad es ALTO que poseen las Superintendencias (SDAAA- SDEGC), debido a la alteración, eliminación o intento de modificación no autorizada de la información que poseen con las siguientes vulnerabilidades: (i) INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA PERSONAS NO AUTORIZADAS (ii); INADECUADOS DERECHOS DE USUARIO; (iii) FALTA DE DESACTIVACIÓN DE CUENTAS DE USUARIO POR RETIRO, lo que generaría afectación en su confidencialidad, integridad y disponibilidad.

Fuente: SSPD, SIGME, Módulo de Riesgos.

En primera medida, no se evidencia la identificación de riesgos fiscales por lo que la OCI recomienda que se sigan las buenas prácticas descritas en la Guía de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) v6, en el numeral 4 - Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal, acorde con lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020 y en el Capítulo IV Gestión Preventiva de Riesgos Fiscales de la nueva Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas v7 DAFP.

En segunda medida, frente a los riesgos de Gestión RG1 y de Corrupción C1, la OCI en su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, recomienda valorar nuevamente el riesgo frente a su fin, probabilidad e impacto y aplicarlos en la actualidad, ya que como se observa en las tablas anteriores es el mismo riesgo con los mismos controles, además se evidencia en el aplicativo

20251400128363

SIGME que se presentan diferentes niveles de valoración frente a su probabilidad e impacto. De igual modo, para el riesgo de Gestión RG1, en su valoración de la vigencia 2024, se tuvo en cuenta la afectación económica; sin embargo, en su descripción no quedó como tal. Finalmente, esta situación presenta duplicidad de esfuerzos lo cual no es metodológicamente adecuado e implica un mayor desgaste administrativo. De manera transversal se identificó el riesgo de Gestión asociado en el Proceso de Gestión Documental:

Tabla No. 7 – Riesgo de Gestión Documental asociado

RIESGO DE GESTIÓN	
RGGD	Posibilidad de pérdida de la integridad de la información física o digital que reposa en el archivo de gestión, central y el sistema de gestión documental

Fuente: SSPD, SIGME, Módulo de Riesgos.

2.5.2. Controles de Riesgos Asociado al Procedimiento Auditado.

El equipo auditor evidencia que para cada causa existe un control, en cumplimiento del Instructivo para la Administración de Riesgos, numeral 3.9.2 Identificar controles existentes. la revisión en el sentido de que sea adecuado, eficaz y tenga los elementos definidos para un control: Responsable, acción y complemento:

Tabla No. 8 – Controles de Riesgos asociados procedimiento auditado

RIESGOS	CONTROLES
RG1 C1	El director de Investigaciones solicita a los colaboradores del área cada vez que se de apertura a un proceso administrativo sancionatorio, la manifestación de cualquier tipo de conflicto de interés que permita verificar si existe un posible conflicto de interés que impida ejercer las facultades de aplicación de medidas para el control. En caso de identificarse un conflicto de intereses por parte de algún colaborador, no se le asignará dicho proceso. Evidencia: Declaración del formato de conflicto de interés CT-F-010, diligenciado por cada uno de los colaboradores en los procesos adelantados. Evidencia Formato CT-F-010.
RG1 C1	El abogado cada vez que se asigna un memorando de solicitud de apertura de investigación, verifica que contenga los elementos fácticos, jurídicos y probatorios, las normas presuntamente infringidas, material probatorio pertinente, conducente y útil; que permita determinar la existencia de mérito para abrir una averiguación preliminar o una investigación administrativa de lo contrario, se procederá a su devolución o solicitud de alcance, requiriendo los ajustes o complementos correspondientes e indicando las razones pertinentes. Evidencia: Devolución o alcance a la solicitud de investigación GD-F-010.
RG1 C1	El Servidor de las Direcciones de Investigaciones mensualmente, verifica que las resoluciones de sanción o multa se encuentren en firme, con el propósito de evitar la pérdida de ejecutoriedad del acto administrativo, si para ello se cruza la información registrada en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo referente a las fechas de notificaciones de los actos administrativos que ponen fin a la actuación administrativa sancionatoria o los recursos de reposición y la información registrada en el aplicativo sancionados. Si llegara a identificarse un retraso en alguna etapa procesal, se realiza requerimiento al abogado correspondiente y se toman las medidas contractuales o disciplinarias a que haya lugar. Evidencia: Reporte Excel de conciliación SGDEA vs. Sancionados
RG1	El director de investigaciones de manera trimestral, a través de correo electrónico o mesa de trabajo con el fin de informar los resultados de seguimiento al estado actual de la investigación y el avance en la etapa procesal conforme a los plazos, por asignación a abogados. Si llegara a identificarse un retraso en alguna etapa procesal, se realiza requerimiento al abogado correspondiente y se toman las medidas contractuales o disciplinarias a que haya lugar. Evidencia: Acta o Correo electrónico con el seguimiento.
RC2	El abogado de la Dirección de Investigaciones asignado verifica permanentemente que cada solicitud se ajuste a los elementos fácticos, jurídicos y probatorios, así como las normas presuntamente infringidas y contenga el material probatorio pertinente, conducente y útil, de lo contrario, procederá a su devolución o solicitud de alcance, requiriendo los ajustes o complementos correspondientes e indicando las razones pertinentes y determina la existencia de mérito para abrir una averiguación preliminar o una investigación administrativa con formulación de pliego de cargos. Como evidencia es la devolución o alcance a la solicitud de investigación (formato GDF-010).
RC2	Los directores de Investigación de manera trimestral, a través del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo o correo electrónico, informan los resultados de seguimiento al estado actual de la investigación y el avance en la etapa procesal conforme a los plazos, por asignación a abogados, este seguimiento se conserva en el expediente del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos

	de Archivo (Serie 02 Subserie 08 "Actas de seguimiento"). Las actas de seguimiento son manejadas al interior de cada Dirección. Si llegara a identificarse un retraso en alguna etapa procesal, se realiza requerimiento al abogado correspondiente y se toman las medidas contractuales o disciplinarias a que haya lugar. Dejando como evidencia el reporte de seguimiento a los procesos o Acta GD-F-064.
RS1	Los responsables designados cada vez que ingresa o se retira un colaborador de la Superintendencias Delegadas, realizan la solicitud de creación, activación o inactivación de usuarios mediante el formato TI-F-034 "Administración de usuarios", para asegurar la correcta gestión de los usuarios a los diferentes sistemas de información o repositorios, en caso de no solicitar esos accesos los colaboradores no podrán acceder ni estarán autorizados a dichas herramientas, para lo anterior se crean casos en la plataforma Aranda directamente desde el usuario autorizado.
RS1	Cada vez que se requiera asignar o modificar un permiso a los expedientes del sistema de gestión de información documental electrónico y de archivo, el propietario del expediente utiliza la opción "Confidencial/Nivel de Seguridad". De acuerdo con las políticas (i) 5.2 Política uso aceptable activos información y (ii) 5.3; Política clasificación y manejo información, del documento DE-M-004 Manual de políticas complementarias del SIGESPI Evidencia (Relación de expedientes de las Direcciones de Investigaciones).

Fuente: SSPD, SIGME, Módulo de Riesgos.

En cuanto a la revisión realizada frente a la definición de los controles se observan adecuados ya que corresponden con la causa identificada y descrita en el aplicativo SIGME; de igual manera se verificó la definición de responsable, acción y complemento (frecuencia, propósito, como se realiza, desviaciones, evidencia) encontrando cumplimiento. Sin embargo, frente a la eficacia de los mismos y lo evaluado en el presente informe, se presenta falta de claridad en las evidencias soporte que corroboren seguimientos en el estado de las investigaciones y los avances de la etapa procesal (actas, correos, registros). Por lo cual la OCI, en su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, recomienda mejorar el soporte y evidencia del cumplimiento del control acorde a la acción propuesta.

Para cerrar el tema de riesgos de gestión, el equipo auditor realizó un Diagrama de Flujo del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio determinando actividades sin término definido que aportan una mirada global del procedimiento auditado y permiten identificar aquellos puntos críticos que contribuyen a la posible materialización del riesgo de caducidad de la facultad sancionatoria. Ver el diagrama adjunto.

La OCI, en su Rol de Enfoque Hacia la Prevención, recomienda suscribir un acuerdo de nivel de servicios entre las dependencias ejecutoras de los Procesos de Vigilancia e Inspección y Medidas para el Control, definiendo los criterios y tiempos que debe tardar la remisión de la solicitud de investigación, a partir de la ocurrencia de los hechos, acciones u omisiones que pueden dar lugar a la actuación administrativa de carácter sancionatorio. También se sugiere definir, en el procedimiento auditado, términos que acojan los abogados proyectistas y revisores, para que la expedición del acto que pone fin a la actuación no se realice al final de término de caducidad de la facultad sancionatoria, ni el recurso se resuelva muy al término del plazo legal con que cuenta la Entidad, con los riesgos que estas situaciones conllevan.

3. CONCLUSIONES

De acuerdo con las verificaciones y análisis realizados por la OCI, el equipo auditor concluye lo siguiente:

- ✓ En la auditoría se evidenció que el Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, cuenta con controles que permiten cumplir su objetivo principal. En efecto, hecho el análisis estadístico y muestral de la información remitida por la SDAAA y la DIAAA, solo se detectaron 3 actuaciones en las que se materializan los riesgos de caducidad de la facultad sancionatoria, la pérdida de competencia para resolver recursos y la ocurrencia de silencio administrativo positivo, lo que representa una pequeña proporción de los casos analizados.

20251400128363

- ✓ Durante la auditoría, se constató que la información del procedimiento auditado está disponible y accesible. Aunque la información inicial remitida por la SDAAA - DIAAA contenía inconsistencias, estas fueron aclaradas posteriormente por los auditados a través de la prueba de auditoría y comunicaciones adicionales. Se argumentó que las inconsistencias se debían a errores de transcripción, lo cual se atribuyó a la complejidad en el diligenciamiento de la matriz proporcionada por la OCI y al gran volumen de datos requeridos para la auditoría.
- ✓ Se presentan diferencias de criterio en el cálculo del término de caducidad establecido en el artículo 52 del CPACA. En los expedientes de las actuaciones administrativas de carácter sancionatorio ni en el procedimiento auditado se documenta el estudio de esta figura para cada investigación adelantada, como instrumento principal del control en el procedimiento auditado.
- ✓ En los expedientes físicos, electrónicos y digitales de las actuaciones administrativas de carácter sancionatorio no se evidencian las declaraciones de conflictos de interés presentadas por los abogados sustanciadores y revisores, sin embargo, la SDAAA – DIAAA, dispone de dichos documentos en una carpeta Google Drive para su verificación.
- ✓ La gestión documental de los expedientes físicos del procedimiento auditado no cumple con lo establecido en el Acuerdo 001 de 2024 y en el Instructivo de Organización Documental (GD-I-003), en lo referente a: (i) hojas de control, (ii) cierre de expediente, (iii) testigos documentales para los CD que obran como parte de los expedientes. (i) Completitud (Expediente físico 2022440380300168E).
- ✓ La gestión de riesgos en el Proceso de Medidas para el Control asociada al procedimiento auditado abarca la identificación de 4 riesgos: 2 de corrupción (incluyendo 1 riesgo de soborno), 1 de seguridad de la información y 1 de gestión. Esta presenta debilidad en la identificación de riesgos fiscales, valoración sobre el fin, probabilidad e impacto del riesgo de gestión y corrupción, junto con falta de claridad en las evidencias de los controles que corroboran seguimientos en el estado de las investigaciones y los avances de la etapa procesal (actas, correos, registros).

4. RECOMENDACIONES E INVITACIÓN A LA MEJORA

- ✓ Incluir la recepción de las solicitudes de investigación como primera actividad del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, antes de su distribución y análisis.
- ✓ Unificar el nombre de la *salida* del Proceso de Vigilancia e Inspección – Estudio y Determinación de Medidas de Control (VI-P-012 v4) – “Solicitud de Apertura de Actuación Administrativa de Carácter Sancionatorio” (GD-F-010), con el de *entrada* al Proceso de Medidas para el Control (CT-PR-001) – Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (CT-P-005) – “Solicitud de Investigación” / “Solicitud de Evaluación de Méritos” (GD-F-010).
- ✓ Suscribir un acuerdo de nivel de servicios entre las dependencias ejecutoras de los Procesos de Vigilancia e Inspección y Medidas para el Control, definiendo los criterios y tiempos que debe tardar la remisión de la solicitud de investigación, a partir de la ocurrencia de los hechos, acciones u omisiones que pueden dar lugar a la actuación administrativa de carácter sancionatorio.
- ✓ Realizar mesas de trabajo entre la DIAAA, DTGAA, DTGA y/o la SDPUGT, antes de remitir las solicitudes de investigación, para verificar que la información esté completa y bien fundamentada, evitando devoluciones y retrasos que dilatan el desarrollo de las actuaciones.
- ✓ Revisar y remitir de manera completa la información requerida por entes y oficinas de control, para evitar la pérdida de confianza en la misma y posteriores aclaraciones y suspicacias, sobre los asuntos relacionados con el procedimiento auditado.
- ✓ Incluir el Formato CT-F-010 - Declaración de Conflicto de Interés, en el expediente físico y en el CRONOS, para cada actuación administrativa de carácter sancionatorio. Además, en el

20251400128363

mismo formato se sugiere incluir el nombre completo del declarante junto a su firma. Esta medida facilitará la identificación del abogado y agilizará la revisión por parte de entes de control y terceros.

- ✓ Realizar el cierre de la unidad documental en el sistema CRONOS para todos los expedientes terminados y en los físicos, tal como lo exige el Acuerdo 001 de 2024 del AGN, numeral 4.3.1.9, con el fin de garantizar la trazabilidad y completitud de los expedientes.
- ✓ Asegurar que cada expediente cuente con una hoja de control GD-F-051, en cumplimiento al Instructivo de Organización Documental GD-I-003, numeral 6.3.4. y Artículo 4.3.1.8 del Acuerdo 001 de 2024.
- ✓ Actualizar la TRD correspondiente a la DIAAA, con el acompañamiento de la Dirección Administrativa, Grupo de Gestión Documental y Correspondencia, ante el AGN, para incluir el expediente electrónico, ya que, hoy por hoy, solo incluye el expediente físico.
- ✓ Fortalecer la capacitación del personal encargado de la gestión documental en la correcta aplicación de los lineamientos establecidos en el Instructivo de Organización Documental GD-I-003 y las normativas del AGN, con el objetivo de prevenir futuras deficiencias en el manejo y la organización de los expedientes.
- ✓ Se recomienda la articulación de la SDAAA - DIAAA con la Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental, para alinear los procesos de archivo y garantizar el cumplimiento de la normativa.
- ✓ Incluir como anexo en las actas de seguimiento de comité primario, las matrices o anexos detallados que contengan la lista de los casos revisados, el estado de cada uno, las medidas adoptadas y demás soportes requeridos para la toma de decisiones.
- ✓ Actualizar la Gestión de Riesgos a la Guía para la Gestión Integral del riesgo en entidades públicas v7 DAFP y en la identificación y tratamiento de riesgos fiscales allí descritos, con el acompañamiento de la Oficina de Planeación e Innovación Institucional.
- ✓ Valorar, nuevamente, con criterios definidos sobre fin, probabilidad e impacto el riesgo de Gestión RG1 asociado al proceso auditado.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Cargo	Firma
Juan José Pedraza Vargas	Jefe Oficina Control Interno	

Diagrama – Flujo Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio.

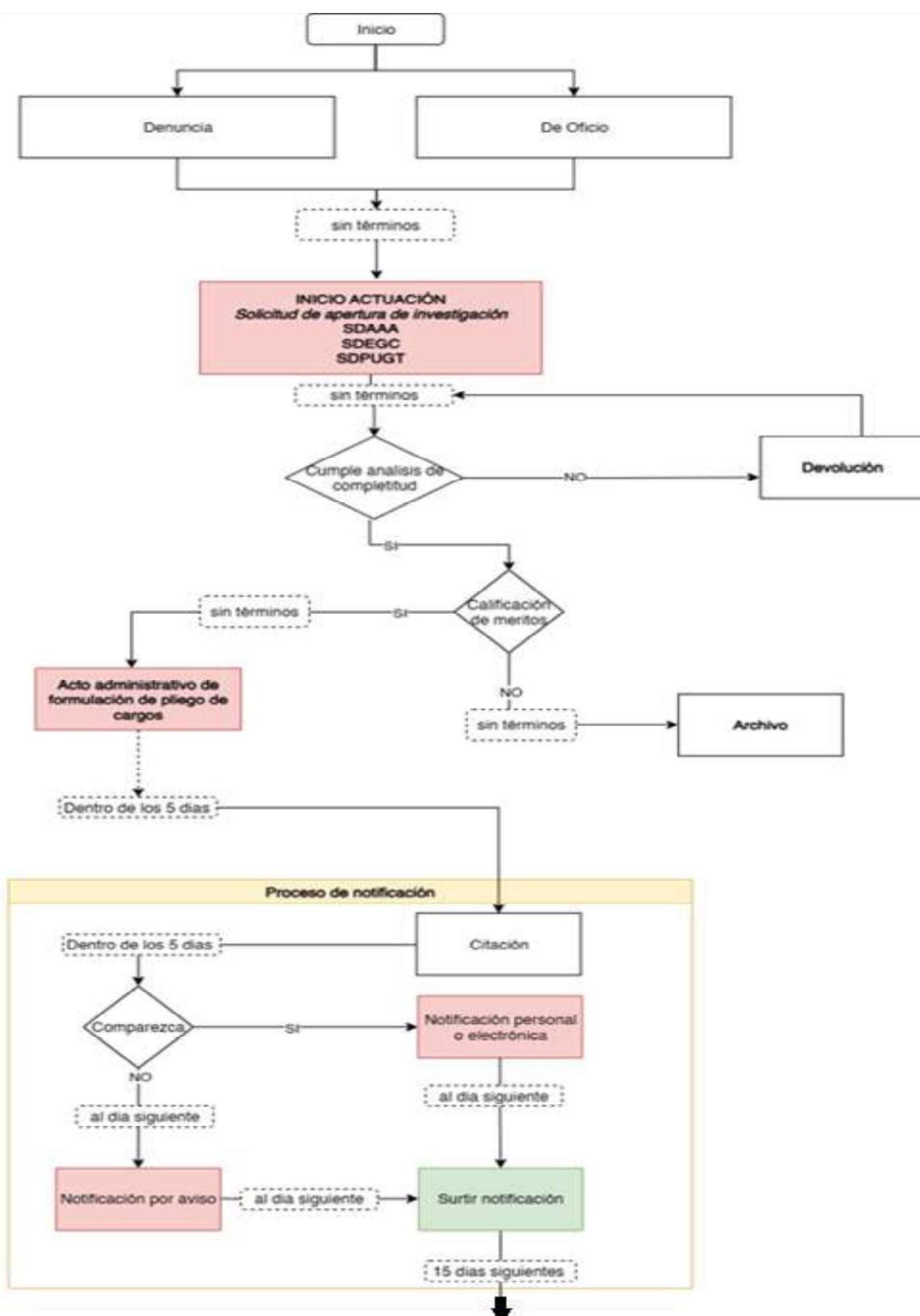


Diagrama – Flujo Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio.

