# AREA METROPOLITANA DE VALLEDUPAR

# INFORME EJECUTIVO DE GESTION ANUAL DE CONTROL INTERNO

## VIGENCIA 2025

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

## VALLEDUPAR 16 DE DICIEMBRE DE 2025

# TABLA DE CONTENIDO


| IT´S | DETALLE | PAG. |
|---|---|---|
| 1 | TABLA DE CONTENIDO | 2 |
| 2 | CONTEXTO Y JUSTIFICACION | 3 |
| 3 | MARCO LEGAL Y REGULATORIO | 3 |
| 4 | OBJETIVO GENERAL | 4 |
| 4.1 | Objetivo general | 4 |
| 4.2 | Objetivo específicos | 4 |
| 5 | ALCANCE | 5 |
| 6 | ARTICULACION CON EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI | 5 |
| 7 | CRITERIOS DE AUDITORIA | 5 |
| 8 | EQUIPO AUDITOR | 6 |
| 9 | INFORME EJECUTIVO DE GESTION ANUAL DE CONTROL INTERNO-MECI. | 6 |
| 9.1 | Ambiente de control | 6 |
| 9.2 | Evaluación del riesgo | 10 |
| 9.3 | Actividades de control | 11 |
| 9.4 | Información y comunicación | 12 |
| 9.5 | Actividades de monitoreo | 14 |
| 10 | PROCESOS DE EVALUACIÓN POR MANDATO LEGAL.-INFORMES- | 15 |
| 10.1 | Medición del Desempeño Institucional-MDI | 16 |
| 10.2 | Informe Semestral Evaluación Sistema de Control Interno.- | 18 |
| 10.3 | Informe Evaluación Control Interno Contable | 29 |
| 10.4 | Informe Sobre la Atención Prestada por la Entidad, por Parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos.-PQRSD | 30 |
| 10.5 | Informe Austeridad del gasto | 31 |
| 10.6 | Informe Derecho de autor software | 33 |
| 10.7 | Informe Cuenta Anual SIRECI/SIA Contraloría Departamental, CHIP CNR-CGN | 35 |
| 10.8 | Informe Seguimiento Plan de Mejoramientos Contraloría Departamental | 38 |
| 10.9 | Informe Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano | 38 |
| 10.10 | Informe Plan de Mejoramiento Archivístico | 44 |
| 10.11 | Informe Seguimiento Plan de Acción | 47 |
| 11 | PROCESOS DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | 49 |

## 2. CONTEXTO Y JUSTIFICACION

La Oficina de Control Interno y/ o quien haga sus veces, en desarrollo del Programa Anual de Auditorías y Seguimientos aprobado para la vigencia 2025 por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno de Área Metropolitana de Valledupar, programó efectuar la auditoría interna de gestión al procedimiento, ”Gestión del Riesgo en el Área Metropolitana de Valledupar” labor que adelantó en el marco de sus funciones como mecanismo de apoyo al cumplimiento de los objetivos de control establecidos en la ley 87 de 1993.

La auditoría estuvo orientada a identificar oportunidades de mejora para el Sistema de Control Interno Institucional en las actividades relacionadas con el desempeño del procedimiento “Gestión del Riesgo en el Área Metropolitana de Valledupar”, a través del análisis de su objetivo, actividades y documentos anexos, así como de su aplicación a través de la verificación a una muestra tomada aleatoriamente de riegos del Área Metropolitana de Valledupar.

Este ejercicio se realizó con base en las normas de auditoría, las cuales incluyen planeación de la auditoría, ejecución del trabajo y generación del informe.

Para la auditoría realizada, fue de vital importancia la participación del personal vinculado con el procedimiento, así como la información soporte y complementaria generada por las dependencias responsables de la gestión de los riesgos seleccionados en la muestra.

El proceso de auditoría incluyó la solicitud, análisis y verificación de la información asociada al procedimiento y a la gestión del riesgo adelantada por las dependencias, así como la presentación de resultados una vez analizados por el equipo auditor, con los que se pretende contribuir al mejoramiento continuo en el Área Metropolitana de Valledupar.

## 3. MARCO LEGAL Y REGULATORIO

La normatividad de control interno es un conjunto de disposiciones que regulan el comportamiento del personal y los procesos operativos de una organización. Su objetivo es que la entidad alcance sus objetivos establecidos.

En Colombia, la normatividad de control interno está establecida en la Ley 87 de 1993, la cual establece que el control interno debe basarse en principios como la igualdad, la moralidad, la eficiencia, la economía, la celeridad, la imparcialidad, la publicidad y la valoración de los costos ambientales.

El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) es una estructura que se establece para las entidades del Estado para orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales. El MECI se determina a partir de los componentes del Sistema de Control Interno, que es una de las dimensiones del MIPG.

El control interno tiene como objetivo fundamental establecer acciones, políticas, métodos, procedimientos y mecanismos para prevenir, controlar, evaluar y mejorar continuamente la entidad.

Que se encuentran regulados en el siguiente marco normativo:

- Constitución Política de 1991- Artículos 209 y 269 Todas las entidades públicas en sus diferentes órdenes y niveles deben contar con métodos y procedimientos de control interno.

- Ley 87 de 1993- Establece directrices para el ejercicio del Control Interno.

- Decreto 1083 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública – Control Interno – MECI.

- Decreto 648 de 2017 – Modifica el Decreto 1083 de 2015 en Control Interno.

- Resolución 406 de 2017 – Se conforman los órganos de coordinación del Sistema de Control Interno de APC- Colombia.

Ley 87 de 1993- Establece directrices para el ejercicio del Control Interno.

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

El SCI se opera a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI, el cual se estructura bajo 5 componentes: Ambiente de control, Gestión de los riesgos institucionales, Actividades de control, Información y comunicación, Monitoreo o supervisión continúa.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado de la gestión del riesgo en el Área Metropolitana de Valledupar

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

**1.** Verificar la adherencia al procedimiento para la gestión del riesgo en el Área Metropolitana de Valledupar y a la Guía para la Administración del Riesgo.

**2.** Identificar las fortalezas y situaciones susceptibles de mejora que permitan optimizar la gestión del riesgo en el Área Metropolitana de Valledupar.

## 5. ALCANCE

Aplicación del procedimiento "Gestión de Riesgos en el Área Metropolitana de Valledupar y la "Guía para la Administración del Riesgo" , para identificación, clasificación, análisis, definición de opciones de manejo y controles para los riesgos que sean seleccionados como muestra a 31/12/2023.

## 6. ARTICULACION CON EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI

La auditoría interna de gestión del riesgo del Área Metropolitana de Valledupar, con alcance al procedimiento "Gestión del Riesgo en el Área Metropolitana de Valledupar", se realizó en el marco de la séptima dimensión "Control Interno" del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el componente "5 Implementar las Actividades de Monitoreo y Supervisión Continua en la Entidad" del numeral "7.2.1 Diseñar y mantener de manera adecuada y efectiva el MECI desarrollando las siguientes actividades para cada uno de sus componentes" que establece: "La auditoría se constituye en una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno" y en concordancia con lo establecido para la tercera línea de defensa (Oficina de Control Interno y/o quien hagas sus veces) a la que corresponde: "Proporcionar información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno (SCI), la operación de la primera y segunda línea de defensa con un enfoque basado en riesgos"

## 7. CRITERIOS DE AUDITORIA

- Procedimiento "Gestión del Riesgo en el Área Metropolitana de Valledupar
- Guía para la Administración del Riesgo
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, Función Pública, versión 5, octubre de 2020.

## 8. EQUIPO AUDITOR

La auditoría interna de gestión, fue realizada por los auditores de la Oficina de Control Interno y/o quien hagas sus veces.

Auditor Líder: Dr. Javier Enrique Pino Rodríguez

Apoyo: Martha Cecilia Restrepo Ceballos

**9. INFORME EJECUTIVO DE GESTION ANUAL DE CONTROL INTERNO-MECI.**

La Oficina de Control Interno y/o quien hagas sus veces, presenta el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno MECI, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de diciembre del 2025 el cual busca detallar la continuidad del trabajo en la actualización, socialización, difusión y empoderamiento de los productos mínimos del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, requeridos en cada elemento para la efectividad del Sistema de Control Interno, bajo el modelo actualizado MECI:1000:2015, En concordancia con el Decreto 648 del 2017 y el Decreto 1499 del 2017 del Departamento Administrativo de la Función Pública en la integración con MIPG, el cual busca detallar el avance de la gestión, con la información suministrada por las dependencias de la entidad, las cuales en conjunto son responsables de la implementación y ejecución del Modelo Estándar de Control Interno.

Con la entrada en vigencia del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, se complementa el Modelo Estándar de Control Interno con el Modelo Integrado de Gestión y Planeación, a través del cual se efectuó su actualización.

El presente informe cumple con los lineamientos y estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI en sus 5 componentes, es decir a partir de los módulos de; Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, información y Comunicación y Actividades de Monitoreo, de conformidad con los lineamientos del decreto 1499 de 2017.

**9.1 Ambiente de Control.**

Este componente focaliza primordialmente el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité institucional de Control Interno. En el periodo se vivencia a través de la gestión institucional, la ejecución de los siguientes comités en los cuales se trataron temas de relevancia para la Entidad:

**Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:** Se efectuó dos comités institucionales en el periodo 2025, en el cual se trataron temas que permiten una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno Contable, como aprobación de Planes de Mejoramiento, Socialización de Planes de Mejoramiento, Información de Auditorías Internas y Externas, Información del FURAG.

La administración de la entidad, estable un entorno de control que le permite el estímulo y produce influencia en las actividades del recurso humano respecto al control de sus actividades.

Para que este ambiente de control se genere la entidad cuenta con los siguientes elementos asociados al mismo los cuales son:

**Integridad y valores éticos.** La administración basada en la Ley 1499/2017, adopto el código de Integridad mediante la Resolución Metropolitana No. 000117 -2019 del 02 de Abril del 2019, el cual se encuentra en permanente proceso de socialización con los funcionarios y contratistas de la entidad, Fue estructurado teniendo en cuenta los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión — MIPG y de la Política de Integridad, el Departamento Administrativo de la Función Pública, observando las características de ser general, conciso y en cual se establecieron unos mínimos de integridad homogéneos para todos los servidores públicos del país, cada uno de los valores que incluyó el Código, determinó una línea de acción cotidiana para los servidores, quedando reunidos en ocho (8) valores así:

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

- **Diligencia:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

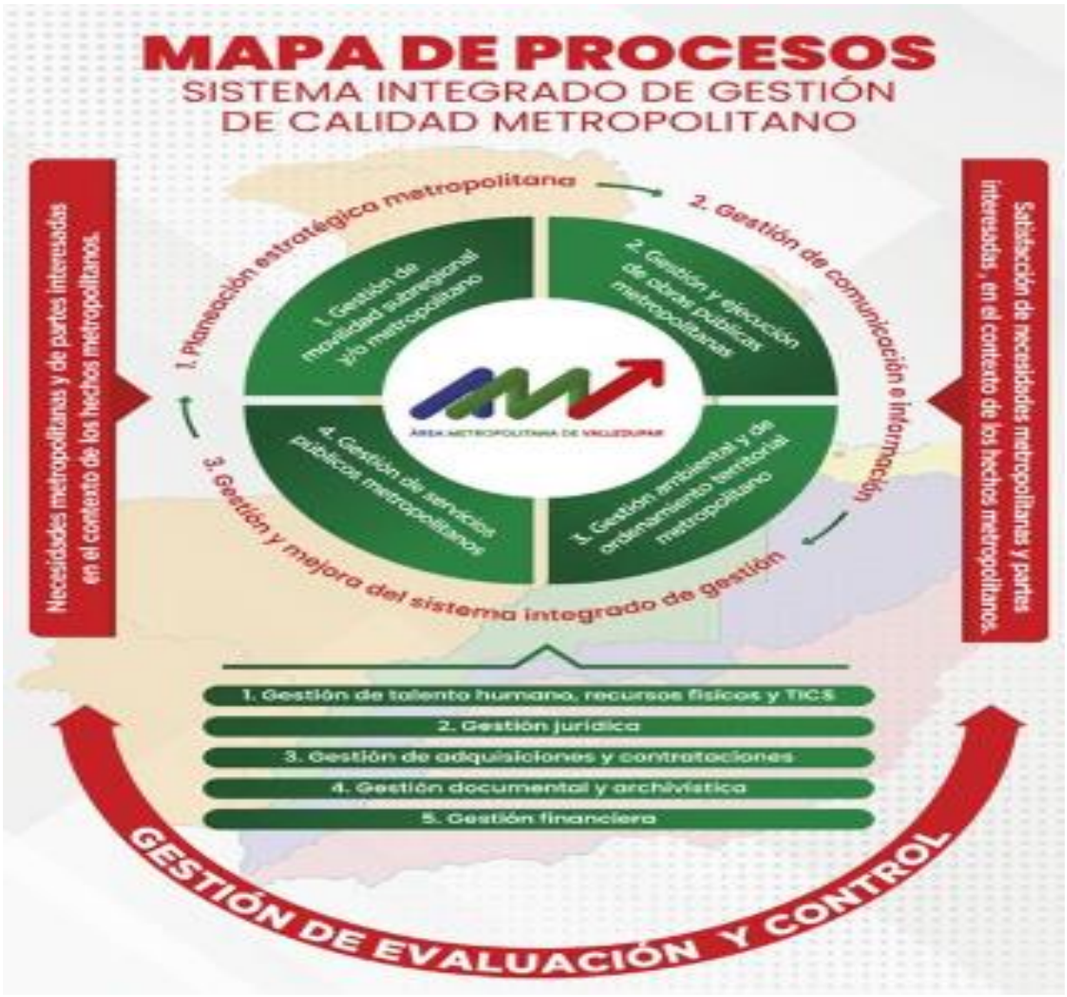
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación".

- **Transparencia:** Pongo a disposición de los organismos de control y la ciudadanía información fidedigna.

- **Solidaridad:** Estoy dispuesto a colaborar ante las dificultades personales y/o laborales de mis compañeros.

- **Lealtad**: Contribuyo al cumplimiento de la misión, objetivos y funciones que el Estado le asigna a la entidad.

**El Modelo de Operación por Proceso:** está compuesto por 13 procesos debidamente establecidos que se documentan a través de la caracterización, encontramos una representación gráfica de los 13 procesos: 3 Estratégicos, 4 Misionales, 5 de Apoyo y 1 de Evaluación.




**Comité Institucional de Gestión y Desempeño**: En el periodo evaluado se llevaron a cabo 2 Comités, en los cuales se trataron temas relacionados con la aprobación de los planes, avances de la implementación MIPG en Función Pública, presentación y aprobación de la Planeación Estratégica Institucional vigencia 2025

**Seguimientos a Planes 2025**:La Administración del Área Metropolitana de Valledupar mediante la adopción de los diferentes planes institucionales estratégicos y Subdirección de Planeación, Desarrollo Territorial y Medio Ambiente identifican y planea la ejecución de actividades para cubrir las necesidades de los servidores públicos.

En este contexto los diferentes planes institucionales y estratégicos de la entidad fueron auditados para verificar su materialización y/o ejecución por la oficina de control interno y/o quien haga sus veces, con el propósito de verificar su desarrollo e implementación atreves de un constante seguimiento y evaluación de las actividades que realizaron los diferentes líderes en cada uno de sus procesos.

**Evidencia:**http://www.areametrovalledupar.gov.co/control-interno/informesyseguimientocontrol interno-planes- institucionales/.

Los planes adoptados y a los cuales se les realizó seguimiento son:

| Ítem | NOMBRE DEL PLAN | RESPONSABLE | ESTABLECIDO MEDIANTE: |
|---|---|---|---|
| 1 | Plan institucional de Archivos-PINAR | Secretaria General y Jurídica (Archivo) | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 2 | Plan de Conservación Documental | Secretaria General y Jurídica (Archivo) | Lineamientos fijados por el DAFP |
| 3 | Plan de Preservación Digital | Secretaria General y Jurídica (Sistemas) | Lineamientos fijados por el DAFP |
| 4 | Plan Anual de Adquisiciones | Secretaría General y Jurídica (Contratación) | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 5 | Plan Estratégico Tecnologías de la información y las Comunicaciones -PETIC | Secretaria General y Jurídica (Sistemas) | Artículo 1 del Decreta 612 de 2018. |
| 6 | Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información | Secretaria General y Jurídica (Sistemas) | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 7 | Plan de Seguridad y Privacidad de la Información | Secretaria General y Jurídica (Sistemas) | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 8 | Plan de Mantenimiento de Servicios Tecnológicos | Dirección Administrativa (Sistemas) | Lineamientos fijados por el DAFP |
| 9 | Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano | Oficina de Planeación | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 10 | Plan de Acción | Oficina de Planeación | Lineamientos fijados por el DAFP |
| 11 | Plan incentivos Institucionales | Secretaría General y Jurídica | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 12 | Plan Institucional de Capacitación -PIC | Secretaría General y Jurídica | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 13 | Plan Estratégico de Talento Humano | Secretaría General y Jurídica | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |
| 14 | Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo | Secretaría General y Jurídica | Artículo 1 del Decreto 612 de 2018. |

## 9.2 Evaluación del Riesgo

Los factores que pueden incidir interfiriendo en el cumplimiento de los objetivos propuestos por el sistema (organización) se denominan riesgos.

Al ser un componente del Sistema de Control Interno, la Administración, ha adelantado las acciones necesarias que le permiten el manejo de los eventos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, igualmente es consiente que es importante señalar que un evento también puede representar una oportunidad de mejora para la Entidad

Este componente se estructura a través de los siguientes elementos de control:

**Políticas de Administración del Riesgo:** La Administración del Área Metropolitana de Valledupar, adoptó la política de administración del riesgo, la cual se encuentra en una fase de mejora, toda vez que hay nuevas directrices por parte de la Administración Publica para ajustarlos a los nuevos lineamientos,

identificando cada uno de los riegos en los diferentes procesos con que cuenta la administración de la entidad.

**Identificación del riesgo:** A la fecha se viene construyendo el mapa de los Riesgos por dependencia de la vigencia 2025 determinando el nivel o grado de exposición de la Entidad a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento y aplicar así los correctivos necesarios.

Dentro de las tareas se desarrolló la divulgación y socialización de los diferentes mapas de riesgos de la Entidad, con el fin de contar con la certeza de su conocimiento por parte de los servidores públicos.

Todos los procesos vienen identificando sus riesgos, que serán evaluados cada cuatro meses para tomar los correctivos necesarios.

Una vez se termine la elaboración del Mapa de Riesgo será presentado para la vigencia del 2026 reflejándose en el los13 procesos su clasificación de riesgos en riesgo extremo, riesgo Alto; riesgo moderado y riesgo bajo. Se realizar el seguimiento cuatrimestral.

Se determina con lo presentado en la tabla que el estado de madurez de la Administración del Riesgo institucional se encuentra en la escala de valoración FUERTE, lo cual expresa que la administración del riesgo y el control interno están completamente inmersos en las operaciones y procesos de la organización. Así mismo en la valoración del riesgo se evidenció que las diferentes procesos del Área Metropolitana de Valledupar y procesos de apoyo se esfuerzan en el cumplimiento de la mitigación del riesgo, existe esta valoración toda vez que el informe será cuatrimestral, por tal motivo la mayoría de procesos terminaran para la vigencia fiscal 2025 con un cumplimiento superior al 85% de su ejecución.

Según la evaluación del mapa de riesgos a corte 31 de diciembre de 2025 se pudo concluir que su ejecución estuvo en un promedio respecto al 100% en un 85% que se va implementando como se describe en la siguiente gráfica:

**CALIFICACION Y VALORACION DE LA MADUREZ DE LA ADMINISTRACION DE RIESGOS INSTITUCIONAL**.

| N° | PROCESO | CALIFICACION | VALORACION |
|---|---|---|---|
| **1** | Planeación estratégica metropolitana | 83,20% | Fuerte |
| **2** | Gestión de comunicación e información | 58,10% | Fuerte |
| **3** | Gestión y mejora del sistema integrado de gestión | 52,20% | Fuerte |
| **4** | Gestión movilidad subregional y/o metropolitano | 84,61% | Fuerte |
| **5** | Gestión y ejecución de obras publicas | 90,00% | Fuerte |
| **6** | Gestión ambiental y de ordenamiento territorial metropolitano | 85,40% | Fuerte |
| **7** | Gestión de servicios públicos metropolitanos | 0% | No Aplica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **8** | Gestión de talento humano, recursos públicos TICS | 77,40% | Fuerte |
| **9** | Gestión jurídica | 81,16% | Fuerte |
| **10** | Gestión de adquisiciones y contrataciones | 90,86% | Fuerte |
| **11** | Gestión documental y archivística | 52,19% | Fuerte |
| **12** | Gestión financiera | 88,67% | Fuerte |
| **13** | Gestión de Evaluación y control | 87,20% | Fuerte |

### 9.3 Actividades de Control

Para adelantar este componente de control la administración realiza esta actividad en el cumplimiento de las políticas, sistemas y procedimientos, siendo realizadas por el recurso humano que integra la entidad.

El Plan de acción está planteado con 53 metas, sin embargo, para la vigencia 2025 se fijaron indicadores para las el 100% de ellas. Para la revisión de las mismas se tienen en cuenta tres rangos: Las metas altas que son las que cuentan con un cumplimiento mayor al 75%, las metas con un cumplimiento medio que se encuentran dentro del rango de 45% a 74% y las metas con cumplimiento bajo que están por debajo del 44%.

Analizando la información suministrada con corte a 30 de diciembre de 2025, el 84,90% que corresponden a 45 metas cuentan con un avance superior al 75%, el 13,20% que corresponde a 7 metas tienen un cumplimiento dentro del rango de 45% a 74% y el 1,89% que corresponde a 1 metas cuentan con un cumplimiento bajo por debajo del 44%.

El siguiente cuadro detalla el nivel de avance por dependencias:

**CONSOLIDDO SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION 2024**

| N° | PROCESO | METAS 2025 | METAS ALTAS MAYOR 75% | METAS MEDIO ENTRE 74-45% | METAS BAJAS MENORES 44 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Planeación estratégica metropolitana | 6 | 5 | 1 | 0 |
| 2 | Gestión de comunicación e información | 11 | 9 | 2 | 1 |
| 3 | Gestión y mejora del sistema integrado de gestión | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 4 | Gestión movilidad subregional y/o metropolitano | 13 | 12 | 1 | 0 |
| 5 | Gestión y ejecución de obras publicas | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 6 | Gestión ambiental y de ordenamiento territorial metropolitano | 4 | 3 | 0 | 0 |
| 7 | Gestión de servicios públicos metropolitanos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | Gestión de talento humano, recursos públicos TICS | 2 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Gestión jurídica | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 10 | Gestión de adquisiciones y contrataciones | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 11 | Gestión documental y archivística | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 12 | Gestión financiera | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13 | Gestión de Evaluación y control | 5 | 5 | 0 | 0 |
| | **TOTAL** | **53** | **45** | **7** | **1** |

Se recalca la importancia de socialización de lineamientos para la vigencia 2025 y el buen diligenciamiento del seguimiento al Plan de acción, con la asignación de los recursos presupuestales y de personal con el fin de poder cumplir con el 100% de las metas contempladas en el plan de acción de la siguiente vigencia.

### 9.4 Información y Comunicación

La administración del Área Metropolitana de Valledupar posee una capacidad gerencial buena ya que todas las dependencias se comunican internamente en cada uno de los procesos y son direccionados por la alta dirección en los diferentes comités donde se plantean actividades de mejora.

| No. | NOMBRE DEL COMITÉ | SOPORTE NORMATIVO NACIONAL | SOPORTE NORMATIVO TERRITORIAL |
|---|---|---|---|
| 1 | **Comité Institucional de Gestión y Desempeño** | Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 | Resolución Metropolitana N° 000004 del 03 de enero de 2022 |
| 2 | **Comité Institucional de Coordinación\| de Control Interno** | Decreto 648 del 19 de abril de 2017 | Resolución Metropolitana N° 00045 del 22 de noviembre de 2019 |
| 3 | **Comité de Sostenibilidad Contable** | Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, Circular Conjunta del 001 del 20 de febrero 2017 AGN, Circular Conjunta del 08 de marzo de 2017 PGN, Resolución 107 del 30 de marzo de 2017 CGN | Resolución Metropolitana N° 000262 del 29 de julio de 2019, |
| 4 | **Comité de Convivencia Laboral** | Ley 1010 del 23 de enero de 2006 | Resolución Metropolitana N° 000175 del 10 de mayo de 2019, |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5** | **Comité Operativos de Brigadas de Emergencias** | Ley 1562 del 11 de julio de 2012 | Resolución Metropolitana N° 000204 del 12 de junio de 2019, |
| **6** | **Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo** | Decreto-Ley 1295 del 22 de junio de 1994, | Resolución Metropolitana N° 000174 del 10 de mayo de 2019, |

De igual forma el Área Metropolitana de Valledupar cuenta con programas, códigos, comisiones y procedimientos internos que permite el personal de la entidad permanezcan en constante comunicación e integración como son:

- Programa de bienestar social e incentivos.
- Código de ética y buen gobierno.
- Código de integridad.
- Comisión de personal.
- Procedimiento de control interno disciplinario.

Para la Administración el componente de información y comunicación es una dimensión estratégica por cuanto articula la entidad con su entorno y dinamiza la ejecución de sus operaciones internas.

Para su desarrollo, la administración diseñó políticas, directrices, y mecanismos de .captura, procesamiento y generación de datos al interior de la Entidad, que integran la necesidad de divulgar los resultados y de las mejoras en la gestión administrativa orientada a satisfacer las necesidades específicas de la ciudadanía y de las partes interesadas y en este sentido mejorar la transparencia frente a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas a la comunidad.

**Información Y Comunicación Externa:** Por otra parte, a nivel de comunicación externa como mecanismo estratégico y transversal a la estructura de la administración del Área Metropolitana de Valledupar, para el cumplimiento al principio constitucional de publicidad y transparencia, que tiene como propósito contactar, difundir y transmitir información de calidad a sus grupos de valor, la administración ha venido haciendo uso de los medios que se describen a continuación:

- Contenidos informativos del Portal Web.
- Información para redes sociales: Twitter, Facebook, YouTube, Instagram.
- Mensajes directos con información puntual.

Otro elemento importante de comunicación son los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía; en este caso, la administración del Área Metropolitana de Valledupar mantiene y gestiona una serie de canales de servicio, a través de los cuales los grupos de interés pueden solicitar trámites y servicios, sobre temas de competencia de la entidad. Según los protocolos de

servicio al ciudadano los canales actuales de atención son:

- Escrito.
- Presencial y
- Electrónico a través de la página web y el correo institucional.

**Información Y Comunicación Interna:** La administración ha venido avanzando en la implementación de estrategias que integren a los ciudadanos con la entidad para lo cual se tiene una página web institucional donde se puede encontrar toda la información del Área Metropolitana de Valledupar, se está trabajando en adquisición de un software de ventanilla única que integre todo la gestión de las diferentes dependencias que facilite la búsqueda documental más ágil de la información.

**Sistemas de información y comunicación:** La actual administración del Área Metropolitana de Valledupar tiene el inventario general de equipos y se adelanta el inventario de software y hardware, la entidad cuenta:

- Con una red interna que le permite de forma ágil interactuar en los procesos internos de comunicación.
- La entidad cuenta con servicio de internet, al igual que zonas WI-FI que permite una buena conectividad en la entidad.
- La entidad, promociona el programa de ciudadanos digitales del gobierno nacional por medio de la página web, redes sociales con el fin de incentivar el programa **"Ciudadanos Digitales",** la entidad actualmente actualiza sus políticas Tics.
- La entidad genera espacios comunicación interna, utilizando mecanismos tales como circulares, memorandos, oficios internos, y correos institucionales, a través de los cuales se establecen directrices generales tanto para el personal de planta como el de contrato.

### 9.5 Actividades de Monitoreo

La administración del Área Metropolitana de Valledupar ha fortalecido el sistema de control interno con la creación del Comité Institucional de Control Interno, mediante la Resolución metropolitana No. 000415 del 22 de noviembre del 2019, igualmente se cuenta con Resolución Metropolitana No. 41 del 28 de enero de 2022 "Por medio de la cual se adopta el Estatuto de Auditoria Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoria Interna en el Área Metropolitana de Valledupar".

Que mediante la Resolución Metropolitana No. 41 del 28 de enero de 2022"Por medio del cual se adopta el Código de Ética del Auditor Interno del Área Metropolitana de Valledupar, Y Se Dictan Otras Disposiciones

Con las anteriores resoluciones se da cumplimiento normativo y permite fortalecer el Sistema de Control Interno de la Entidad que le brinda herramientas para realizar sus labores de auditoria.

El Área Metropolitana de Valledupar, cuenta con un estado general del Sistema de Control Interno, bueno presentando una etapa de desarrollo de seguridad razonable con relación a los objetivos institucionales, donde la mejora continua ha sido una constante.

Es importante el compromiso que debe tener la alta dirección y sus respectivas subdirecciones, secretaria general y líderes para el rendimiento oportuno de información que deberá ser entregado a la OCI para realizar las evaluaciones pertinentes al sistema.

La Oficina de Control Interno realizó en la vigencia 2025 el proceso de sensibilizaciones en materia de Autocontrol y en la ejecución del plan de auditorías, a los funcionarios de la entidad, recomendando y enfatizando sobre la cultura del autocontrol en la práctica de los procedimientos y demás actividades inmersas en ellos. Es muy importante que los subdirectores y la secretaria general; líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo programen reuniones mensuales en donde se realicen ejercicios de autoevaluación.

A continuación, se relacionan las acciones permanentes de monitoreo y supervisión efectuadas, que permiten valorar la efectividad del Control Interno en el Área Metropolitana de Valledupar, la eficiencia, la eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; y finalmente los resultados de la gestión. Lo anterior, con el fin de detectar las desviaciones frente a las metas planificadas y generar de manera oportuna las recomendaciones que permitan encaminar acciones que contribuyan al mejoramiento continuo en la administración:

- Procesos de Evaluacion por Mandato Legal.
- Procesos de Evaluacion Independiente.
- Asistencia a Comites ( Interintistucionales e Institucionales).
- Aseguramiento de Procesos Internos.y
- Procesos de Asesorias y Acompañamiento.

## 10 PROCESOS DE EVALUACIÓN POR MANDATO LEGAL-INFORMES-

Durante la vigencia 2025 se realizaron las auditorias por Mandato Legal aplicables a la entidad y que contaron con la informacion disponibles para su realizacion entre otras los seguimientos y que se relacionan a continuacion:

- Medición del Desempeño Institucional-MDI.-
- Informe Semestral Evaluación Sistema de Control Interno.
- Informe Evaluación Control Interno Contable
- Informe Sobre la Atención Prestada por la Entidad, por Parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos.-PQRSD-
- Informe Austeridad del gasto
- Informe Derecho de Autor Software
- Informe Cuenta Anual SIRECI/SIA Contraloría Departamental
- Informe Seguimiento Plan de Mejoramientos Contraloría Departamental
- Informe Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Informe Plan de Mejoramiento Archivístico
- Informe Seguimiento Plan de Acción

## 10.1 Medición del Desempeño Institucional-MDI

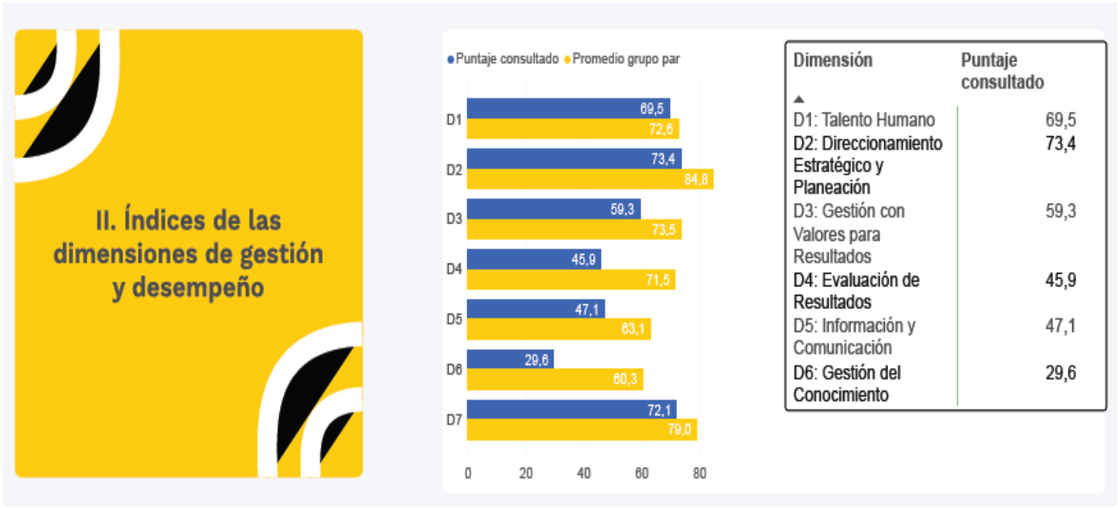
Busca determinar el estado de la gestión y desempeño del Área Metropolitana de Valledupar, bajo los criterios y estructura del Modelo Integrado de Planeación y Gestión .MIPG-, de igual forma medir el avance del sistema de Control interno Implementando a través del Modelo Estándar de Control Interno-MECI-

La oficina de control interno y/o quien haga sus veces en el mes de octubre procedió a diligenciar el formulario Único de Reporte y Avance en la gestión-FURAG-, acorde con la circular 100-003-del 04 de febrero de 2025 de la vigencia 2024 y enviado a través del acceso del aplicativo del DAFP**. Ver Informe** (Anexo N° 1).

### Resultados Índice del Desempeño Institucional Vigencia 2024

A continuación se relacionan los resultados delos diferentes componentes que se analizan en la medición de desempeño institucional.

### Resultado Dimensiones Territorio –MIPG-.

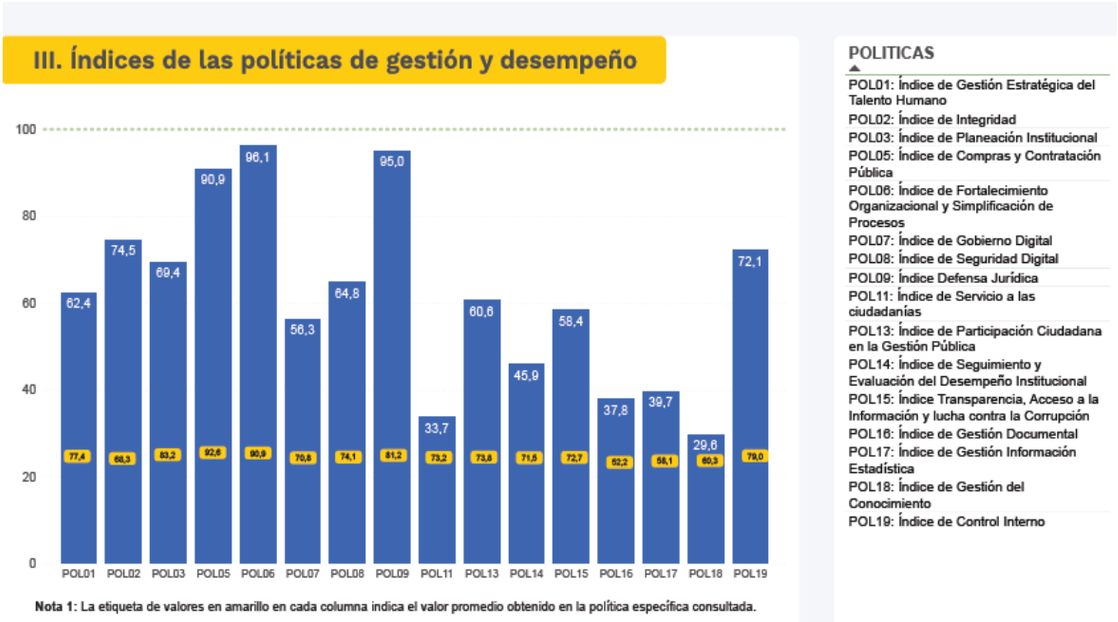


Se debe tener muy presente que las dimensiones **D4, D5 Y D6**, están por debajo del **50%**, en referencia a los valores nacionales esperando en el grupo.

Solo la dimensión **D1, D2, D3** y **D7** se encuentra por encima del **50%**, más sin embargo está por debajo en referencia a los valores nacionales

| Índice de Desempeño Institucional | D1Talento Humano | D2Direccionamiento Estratégico y Planeación | D3 Gestión para Resultados con Valores | D4Evaluación de Resultados | D5Información y Comunicación | D6Gestión del Conocimiento | D7Control Interno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59,0 | 69,5 | 73,4 | 59,3 | 45,9 | 47,1 | 29,6 | 72,1 |

**Resultado Políticas Territorio –MIPG-**




La entidad debe entrar a revisar porque las políticas P4, P10 y P12 se encuentran con **0%** de avance

Se debe tener muy presente que las políticas P11, P14, P16, P17 y P18 están por debajo del **50%**., y la entidad debe analizar qué factores no se están cumpliendo.

En cuanto a las políticas P1, ‘P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P13 y P19 muy a pesar de estar por encima del **50%** están por debajo en referencia a los valores de puntaje nacional.

| POLÍTICA 1 Gestión Estratégica del Talento Humano | POLÍTICA 2 Integridad | POLÍTICA 3 Planeación Institucional | POLÍTICA 4 Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público | POLÍTICA 5 Compras y Contratación Pública | POLÍTICA 6 Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos |
|---|---|---|---|---|---|
| 62,4 | 74,5 | 69,4 | 0,00 | 90,9 | 96,1 |

| POLÍTICA 7 Gobierno Digital | POLÍTICA 8 Seguridad Digital | POLÍTICA 9 Defensa Jurídica | POLÍTICA 10 Mejora Normativa | POLÍTICA 11 Servicio al ciudadano | POLÍTICA 12 Racionalización de Trámites |
|---|---|---|---|---|---|
| 56,3 | 64,8 | 95,0 | 0,00 | 33,7 | 0,00 |

| POLÍTICA 13 Participación Ciudadana | POLÍTICA 14 Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional | POLÍTICA 15 Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción | POLÍTICA 16 Gestión Documental | POLÍTICA 17 Gestión de la Información Estadística | POLÍTICA 18 Gestión del Conocimiento | POLÍTICA 19 Control Interno |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 60,6 | 45,9 | 58,4 | 37,8 | 39,7 | 29,6 | 72,1 |

Anexamos link de los índices Territorio MIPG

**10.2 Informe Semestral Evaluación Sistema de Control Interno.-**

El instrumento para su elaboración es el formato diseñado por DAFP en la vigencia 2020, el cual contempla unos cambios en su estructura, esta estructura requiere de un análisis articulado frente

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”, se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la 7a dimensión del mismo. Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este útlimo, aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

Teniendo en cuenta lo anterior y dada la necesidad de dar cumplimiento a la dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, el presente formato busca que las entidades cuenten con una herramienta para evaluar sus Sistemas de Control Interno de manera integral y permitirle al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces llevar a cabo el ***informe de evaluación independiente*** sobre el mismo para su publicación cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad. La estructura propuesta es diferencial para aquellas entidades de municipios de 6a categoría (Personerías y Concejos Municipales) que son entidades con 1 y hasta 5 servidores en sus plantas de personal. Estas entidades deben tener en cuenta que de acuerdo con el parágrafo del artículo 2.2.22.2.1. Del Decreto 1499 de 2017, las políticas de gestión y desempeño contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, deben ser aplicadas acorde con las normas que las regulan, por lo que deben analizar dichas políticas e implementarlas en armonía con el MECI**.(fuente tomada DAFP)**

Para la vigencia 2025 la oficina de control interno y/o quien haga sus veces presento los dos informes independiente los cuales se encuentran en paginan web de la entidad http://www.areametrovalledupar.gov.co/control-interno/ **Ver Informe (Anexo N° 2).**

El seguimiento y evaluación independiente al estado de control interno de la entidad se fundamenta en dos elementos esenciales, a saber:

- Esquema de responsabilidades frente al Control Interno, conformado por las denominadas **"Líneas de Defensa".**

- Una estructura de control conformada por cinco componentes, a saber: Ambiente de control, Evaluación del riesgo, Actividades de control, Información y comunicación, y Actividades de monitoreo.

**Componente Ambiente de Control**

La entidad debe asegurar un Ambiente de Control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del Control Interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.|

En este componente se evaluaron los 12 requerimientos asociados al componente **(enmarcados en un (1) lineamientos)** que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente tabla:

| EVALUACION | PORSENTAJE DE IMPLEMENTACION | CANTIDAD | % |
|---|---|---|---|
| No se encuentra presente los aspecto por tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumplan con el requerimiento | 16,66% Deficiencia de Control | 2 | 12,50% |
| Se encuentra presente el proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de Control | 16,66% Oportunidad de Mejora | 2 | 12,50% |
| Existe requerimiento, pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensas | 66,67% Mantenimiento de Control | 8 | 50,00% |
| **TOTALES** | **100%** | **12** | **75,00%** |

**Componente Evaluación de Riesgos**

La entidad debe asegurar un Ambiente de Control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del Control Interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.|

En este componente se evaluaron los 12 requerimientos asociados al componente **(enmarcados en un (1) lineamientos)** que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente tabla:

| EVALUACION | PORSENTAJE DE IMPLEMENTACION | CANTIDAD | % |
|---|---|---|---|
| No se encuentra presente los aspecto por tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumplan con el requerimiento | 0,00% Deficiencia de Control | 0 | 0,00% |
| Se encuentra presente el proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de Control | 16,67% Oportunidad de Mejora | 2 | 15,33% |
| Existe requerimiento, pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensas | 83,33% Mantenimiento de Control | 10 | 76,67% |
| **TOTALES** | **100%** | **12** | **92%** |

- **Fortalezas componente Ambiente de Control**

**1)** La Entidad demuestra compromiso al tener elaborado el código integridad **(valores y principios),** pero no se encuentran evidencias de su aplicación como mecanismos para el manejo de conflictos de interés, prevención del uso inadecuado de información privilegiada, monitoreo permanente de riesgos de corrupción y establecimiento de canales de denuncia sobre situaciones irregulares.

**2)** Se tienen implementados mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno (Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y esquema de líneas de defensa).

**3)** Compromiso (liderado desde la Secretaría General) de la Entidad para poder lograr e interiorizar en todos los niveles y entre todos los servidores los elementos referentes a integridad (valores y principios). Esto se ha materializado a través de la implementación de diversas estrategias y actividades, entre las que se destacan las siguientes: aplicación de encuestas de percepción sobre integridad, análisis de resultados y elaboración de informes a partir de estas encuestas, expedición de lineamientos – a través de circulares – para el seguimiento al cumplimiento de los valores y principios del servicio público (Política de Integridad) y presentación y aprobación en las instancias estratégicas (Comités Institucionales de Gestión y Desempeño y de Coordinación de Control Interno) de temas referentes al Código de Integridad.

- **Debilidades componente Ambiente de Control**

**1)** Se tiene establecida la matriz de riesgo por procesos de la entidad pero le falta el seguimiento por parte de los líderes de la segunda línea de defensa, además complementar la Política de Administración de Riesgos.

**Componente Evaluación de Riesgos**

Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles con el fin de evaluarlos.

En este componente se evaluaron los 10 requerimientos asociados al componente **(enmarcados en tres (3) lineamientos)** que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente tabla:

| EVALUACION | PORSENTAJE DE IMPLEMENTACION | CANTIDAD | % |
|---|---|---|---|
| No se encuentra presente los aspecto por tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumplan con el requerimiento | 0,00% Deficiencia de Control | 0 | 0,00% |
| Se encuentra presente el proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de Control | 20% Oportunidad de Mejora | 2 | 18,00% |
| Existe requerimiento, pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensas | 80% Mantenimiento de Control | 8 | 72,0% |
| **TOTALES** | **100%** | **10** | **90%** |

- **Fortalezas componente Evaluación de Riesgos**

**1)** La Entidad considera diferentes elementos para llevar a cabo la identificación y análisis de los riesgos inherentes a los procesos que conforman el Modelo de Operación por Procesos, tales como definición de objetivos, Política de Administración de los Riesgos, esquema de responsabilidades frente a la gestión

de los riesgos de acuerdo con las líneas de defensa y materialización de riesgos con las respectivas acciones preventivas y correctivas para afrontarlos.

**2)** La Alta Dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno recibe y analiza los reportes presentados por la Tercera Línea de Defensa en lo referente a los resultados de la evaluación de riesgos.

- **Debilidades componente Evaluación de Riesgos**

**1)** No se tiene implementado un proceso integral (esto es, que considere los diferentes niveles de responsabilidad de acuerdo con el esquema de las líneas de defensa) de gestión de los riesgos asociados a los programas y proyectos formulados en el Plan Integral de Desarrollo Metropolitano, así como para los proyectos matriculados en el Banco de Programas y Proyectos de la entidad y formulados en el Plan de Acción

- **Oportunidades de mejora componente Evaluación de Riesgos**

**1)** Definir los objetivos de los programas del nuevo Plan Integral Desarrollo Metropolitano (PIDM) y Plan Estratégico Metropolitano de Ordenamiento Territorial (PEMOT); como también para los proyectos que serán formulados y matriculados en el Banco de Programas y Proyectos del Área Metropolitana de Valledupar y en el próximo Plan de Acción vigencia 2025, tal como se tiene para los riesgos inherentes a los procesos que conforman el Modelo de Operación por Procesos.

**Componente Actividades de Control**

La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones."

| EVALUACION | PORSENTAJE DE IMPLEMENTACION | CANTIDAD | % |
|---|---|---|---|
| No se encuentra presente los aspecto por tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumplan con el requerimiento | 0,00% Deficiencia de Control | 0 | 0,00% |
| Se encuentra presente el proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de Control | 0,00% Oportunidad de Mejora | 0 | 0,00% |
| Existe requerimiento, pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensas | 100% Mantenimiento de Control | 5 | 100% |
| **TOTALES** | **100%** | **5** | **100%** |

En este componente se evaluaron los 5 requerimientos asociados al componente **(enmarcados en un (1) lineamientos)** que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente

- **Fortalezas componente Actividades de Control**

**1)** La adopción del manual de procesos y procedimiento de la entidad que se integra de forma adecuada a la estructura de control de la Entidad

**2)** Se despliegan, ejecutan, revisan y se adoptan medidas correctivas referentes a políticas y procedimientos para los procesos que conforman el Mapa de procesos de la entidad.

**3)** La Alta Dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno recibe y analiza los reportes presentados por la Segunda y Tercera Línea de Defensa en lo referente a los resultados de la evaluación de riesgos.

- **Debilidades componente Actividades de Control**

**1)** Durante el año 2025 no se ejecutaron actividades para capacitar a los funcionarios líderes de los procesos de la segunda línea de defensa que permita un mayor conocimiento en el manejo de mitigación del riesgo.

- **Oportunidades de mejora componente Actividades de Control**

En relación con controles generales de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para apoyar el logro de los objetivos, es preciso indicar que si bien se cuenta con documentos debidamente formalizados, estos deberán se deben socializar, adopten formalmente, se divulguen a las partes interesadas al interior de la entidad.

**Componente Información y Comunicación**

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno.

| EVALUACION | PORSENTAJE DE IMPLEMENTACION | CANTIDAD | % |
|---|---|---|---|
| No se encuentra presente los aspecto por tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumplan con el requerimiento | 0,00% Deficiencia de Control | 0 | 0,00% |
| Se encuentra presente el proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de Control | 0,00% Oportunidad de Mejora | 0 | 0.00% |
| Existe requerimiento, pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensas | 100% Mantenimiento de Control | 7 | 100% |
| **TOTALES** | **100%** | **7** | **100%** |

En este componente se evaluaron los 7 requerimientos asociados al componente **(enmarcados en un (1) lineamientos)** que contempla el formato de la Función

Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente

- **Fortalezas componente Información y Comunicación**

**1)**La Entidad utiliza información relevante a través de la identificación de requisitos de información, captura de fuentes de datos internas y externas, y procesamiento de datos relevantes para transformarlos en información clave para la consecución de los objetivos y metas.

**2)** La Entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, que generan la confianza para utilizarlos.

**3)** La comunicación externa de la Entidad cuenta con líneas de comunicación que facilitan la interacción con los grupos de valor y con terceros externos interesados.

**4)** La Entidad cuenta con procesos y procedimientos para el manejo de la información entrante y para dar las respuestas requeridas o solicitadas.

- **Oportunidades componente Información y Comunicación**

Implementar un proceso en el Área Metropolitana de Valledupar para la caracterización de usuarios o grupos de valor Para subsanar debilidades. La Entidad Podría formular tres acciones de mejoras, cuyos objetivos conjuntamente pretenden corregir la deficiencia en el diseño y ejecución del control a través de:

**1.** El desarrollo e implementación de una metodología para la caracterización de grupos de valor y de interés o partes interesadas.

**2.** Expedición de una circular con los lineamientos para monitorear las evidencias de la actualización periódica de los grupos de valor.

**3**. Socialización de la circular y la metodología a los responsables de los procesos.

**Componente Actividades de Monitoreo**

Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar:

**a)** la efectividad del Control Interno de la entidad pública;

**b)** la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos;

**c)** el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos;

**d)** los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

En este componente se evaluaron los 10 requerimientos asociados al componente **(enmarcados en tres (3) lineamientos)** que contempla el formato de la Función Pública, a fin de establecer si se encuentran presentes y funcionando. Los resultados de esta evaluación se presentan en la siguiente

| EVALUACION | PORSENTAJE DE IMPLEMENTACION | CANTIDAD | % |
|---|---|---|---|
| No se encuentra presente los aspecto por tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumplan con el requerimiento | 0,0% Deficiencia de Control | 0 | 0,00% |
| Se encuentra presente el proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de Control | 0,0% Oportunidad de Mejora | 0 | 0.00% |
| Existe requerimiento, pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensas | 100% Mantenimiento de Control | 7 | 100% |
| **TOTALES** | **100%** | **7** | **100%** |

- **Fortalezas componente Actividades de Monitoreo**

**1)** El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno valida anualmente el Plan Anual de Auditoría y hace seguimiento a su ejecución.

**2)** Las evaluaciones independientes se realizan con base en el análisis de riesgos para evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos.

**3)** La Alta Dirección hace seguimiento a través de sus comités a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno.

**4)** Se evalúa la información suministrada por los usuarios, a través del sistema de PQRSD y de otras partes interesadas para la mejorar el Sistema de Control Interno de la Entidad.

**5)** Se verifica el avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones realizadas.

**6)** La actividad de auditoría interna del Área Metropolitana de Valledupar se ejecuta siguiendo las Normas establecidas, Plan General de Auditoria vigencia 2025, el cual fue aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en el mes de enero de 2024 y publicado en la página web de la entidad

- **Oportunidades de mejora componente Actividades de Monitoreo**

**1)** Elaborar informes consolidados a partir de la información contenida en las evaluaciones independientes para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno e impacto en el logro de los objetivos de la Entidad para ser presentados a la Alta Dirección.

## EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno correspondiente al segundo semestre de 2025 muestra que los 44 requisitos enmarcados en los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno – MECI en el Área Metropolitana de Valledupar están presentes y funcionando con los siguientes porcentajes de avance respecto al primer semestre del 2025:

**40** se encuentran en un **100%** y **4** se encuentra **50%.**

| NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PRIMER SEMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE | % INCREMENTO |
|---|---|---|---|
| AMBIENTE DE CONTROL | 88 | 92 | 4 |
| EVALUACION DEL RIESGO | 80 | 90 | 10 |
| ACTIVIDADES DE CONTROL | 90 | 100 | 10 |
| INFORMACION Y COMUNICACION | 86 | 100 | 14 |
| ACTIVIDADES DE MONITOREO | 90 | 100 | 10 |
| **TOTALES** | **86,87** | **96,40** | **9,60** |

Esto significa que para el segundo semestre del 2025 el Sistema de Control Interno del Área Metropolitana de Valledupar presenta un nivel de avance e implementación del 9,60 con respecto al primer semestre de 2025.

Este nivel de avance indica que el Sistema de Control Interno en la entidad es bastante fuerte y puede asegurar razonablemente el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes, programas y proyectos, y el mejoramiento en la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

## LÍNEAS DE DEFENSA

El Área Metropolitana de Valledupar definió una estructura de responsabilidades frente al Control Interno, esto es, en relación con la gestión de riesgos y controles en diferentes áreas y niveles de la Entidad. Esto se hizo a través de la adopción del esquema de las Líneas de Defensa definido en la Séptima Dimensión (Control Interno) del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Las Líneas de Defensa en el Área Metropolitana de Valledupar están conformadas de la siguiente manera:

| LINEAS DE DEFENSA | | |
|---|---|---|
| **1ª LINEA DE DEFENSA** | **2ª LINEA DE DEFENSA** | **3ª LINEA DE DEFENSA** |
| **Conformada por:** Conformada por la Alta Dirección, que está Junta Metropolitana, el Presidente de la Junta Metropolitana, el director, Las Subdirecciones y la oficina de control Interno y/o quien haga sus Veces | **Conformada por:** Líderes de Programa y Líderes Proyecto como responsables de los procesos con sus respectivos equipos de trabajo. (Incluye servidores que desempeñen otros cargos y contratistas | **A cargo de:** la Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces |

Cada una de las responsabilidades de las respectivas líneas de defensa frente al Control Interno en el Área Metropolitana de Valledupar fueron definidas Tal como se indicó en la Figura 1, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Área Metropolitana de Valledupar es una de las instancias que componen la Línea Estratégica dentro del esquema de Líneas de Defensa de la Entidad. A través de este Comité, se ejerce el direccionamiento y coordinación del Control Interno en la Dirección de la entidad.

El Comité fue creado y conformado atendiendo lo preceptuado en el **artículo 2.2.21.1.5** del Decreto Nacional 1083 de 2015 (el cual fue adicionado por el **artículo 4 del Decreto Nacional 648 de 2017**) como órgano asesor y decisorio en los temas de Control Interno del nivel central y del Conglomerado Público en los asuntos relacionados con las prioridades que fije el Director con respecto al control para el cumplimiento de metas y resultados del Plan Integral de Desarrollo Metropolitana (PIDM)

El Comité es presidido por el Director y cuenta dentro de su conformación con el Asesor de Control Interno y/o quien haga sus veces **(quien, además ejercerá la secretaria técnica)**, cumpliendo así, lo dispuesto en la resolución Metropolitana Número 000415 del 22 de Noviembre de 2019, en el sentido de que el direccionamiento y la coordinación del Control Interno deben ser ejercidos por Director , Asesor de Control Interno y/o quien haga sus veces y demás miembros integrantes del comité y en el cual también se establecen las funciones que deben cumplir como son los aspectos relacionados con su operación

## NIVEL DE AVANCE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno del Área Metropolitana de Valledupar presentó para el segundo semestre de 2025 un nivel de avance de **96,40%**, lo que representa un incremento de 9,60 puntos porcentuales con relación al avance del **86,87%** que se tenía para el primer semestre de 2025

Puede afirmarse que todos los componentes del Sistema de Control Interno en el Área Metropolitana de Valledupar operan juntos y de manera integrada pero con deficiencias, puesto que las actividades que las constituyen NO se encuentran enmarcadas en un Sistema Integral de Gestión implementado por la Entidad, y el cual debería estar articulado con el Sistema de Control Interno, atendiendo, de esta forma lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Adicionalmente, desde la Línea Estratégica (Conformada por la Alta Dirección, Junta Metropolitana, el Presidente de la Junta Metropolitana, el Director, Las Subdirecciones y la oficina de control Interno y/o quien haga sus Veces y los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño, y de Coordinación de Control Interno) se analizan y se toman decisiones sobre asuntos referentes a todos y cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo).

## FORTALEZAS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**1)** Todos los componentes del Sistema de Control Interno en el Área Metropolitana de Valledupar se encuentran presentes y funcionando.

**2)** El componente Actividades de Control presenta un nivel de cumplimiento de **100%,** lo que se constituye en un factor determinante para poder hacer el efectivo funcionamiento del Control Interno.

**3)** La Entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno con una institucionalidad que le permite tomar decisiones frente al control, la cual está establecida a través de una estructura de responsabilidades (líneas de defensa) en relación con la gestión de riesgos y controles en diferentes áreas y niveles de la Entidad.

## DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**1)** El nivel de avance del estado del Sistema de Control Interno para el segundo semestre de 2025 fue de **96,40%.** Y lo ideal es que la entidad lo tenga en un **100%**

**2)** La entidad no cuenta con Sistema Integrado de Gestión implementado para que se articulé con el Sistema de Control Interno de la entidad, atendiendo así lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

**3)** No se evidencia un Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno de la Entidad.

**4)** El alcance del MECI en la entidad es deficiente teniendo en cuenta que el actual es limitado debido a que en cada componente los lineamientos generales y requerimientos asociados a cada lineamiento son insuficiente para llegar a todos los procesos internos de la entidad.

## CONCLUSIONES

**1)** La evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno del Área Metropolitana de Valledupar para el segundo semestre de 2025 por parte de la Tercera Línea de Defensa arrojó como resultado un nivel de avance de **96,40%**. Este valor refleja en el seguimiento bastante significativo en procura de la consolidación del Control Interno en la Entidad.

**2)** Los niveles de cumplimiento que presentan los cinco componentes del Sistema de Control Interno en la Entidad dan cuenta de que todos ellos se encuentran presentes y funcionando.

**3)** El Sistema de Control Interno del Área Metropolitana de Valledupar opera en el marco del esquema de líneas de defensa, a través del cual se han definido responsabilidades y roles frente al control en los diferentes niveles de la Entidad.

**4)** Si bien el nivel de cumplimiento del Sistema de Control Interno refleja un bajo grado de madurez en su implementación, existen recomendaciones y oportunidades de mejora identificadas desde la Tercera Línea de Defensa tendientes a mejorar y fortalecer el diseño y ejecución de los controles.

**RECOMENDACIONES**

En el marco de la inserción en la ruta del mejoramiento continuo, se recomienda atender las oportunidades de mejora y formular un **PLAN DE MEJORAMIENTO** que permita subsanar las causas de las observaciones presentadas en este informe.

Se aclara además, que para las oportunidades de mejora igualmente es necesario presentarlas a cada líder o responsable del proceso y este a la Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces en la entidad.

## 10.3 Informe Evaluación Control Interno Contable

En cumplimiento de la Resolución 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación-CGN "Por el cual se incorpora, en los procedimientos Transversales dl Régimen de Contabilidad Pública; el Procedimiento para la evaluación del Control Interno Contable".

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces realizo entrevista al profesional Universitario –Contador Público de la entidad con el fin de diligenciar la Evaluación de Control Interno Contable mediante un cuestionario, el cual se envió a través de la plataforma CHIP de la Contaduría General de la Nación anualmente, con la información recolectada se elaboró el informe el cual se presenta ante la dirección de la entidad.

Este proceso que bajo la responsabilidad de la dirección como máximo órgano directivo de la entidad, así como los responsables de las áreas financieras y contables, se adelanta con el fin de lograr la existencia y efectividad de los procedimientos de control y verificación de las actividades propias del control contable, de modo que garanticen razonablemente que la información financiera cumpla con las características fundamentales de relevancia y representación fiel de que trata el Régimen de Contabilidad Pública. **Ver Informe (Anexo N° 3).**

Para la vigencia 2025 evaluada en la vigencia 2024 el informe de control interno contable realizado atreves del aplicativo CHIP de la CGN arrojo una calificación total de **5,00/100** en el cual se pueden evidenciar que sus principales debilidades observadas en la vigencia 2023 fueron subsanadas, y las cuales se encontraban enmarcadas en los siguientes componentes:

- **Elementos del Marco Normativos:** la entidad no cuenta con un manual de políticas contables que le permita al personal involucrado en el proceso contable realizar una adecuada medición, reconocimiento y posterior dada de baja de los hechos económicos que se realizan en la entidad.

- **Software Contable:** muy a pesar que la entidad cuenta con un aplicativo contable y presupuestal este muestra muchas deficiencias en el registro de

informes e impresión de libros auxiliares y principales para la toma de decisiones.

- **Estados Financieros:** la entidad al no contar con un manual de procesos y procedimientos de políticas contables, de igual forma con un software contable adecuado esto conllevaría a que en su proceso de preparación, elaboración y presentación de los estados financieros y sus notas contables puedan estar inmersos en errores que pueden llegar afecten la Razonabilidad de los mismos.

**10.4 Informe Sobre la Atención Prestada por la Entidad, por Parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos.-PQRSD-**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 76 Ley 1474 de 2011, reglamentado por el Decreto Nacional 2641 de 2012 la Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces presenta el informe ejecutivo anual de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRSD) correspondiente al periodo comprendido entre 01 de enero al 31 de diciembre de 2023.

La información (base de datos de PQRSD) fue suministrada por la Dirección y/o funcionario responsable del proceso con base en el informe consolidado de peticiones en el Área Metropolitana de Valledupar, generado del Sistema de Información Documental y Bandeja de entrada de la entidad.

Al revisar los estados de la PQRSD del Área Metropolitana de Valledupar, el equipo auditor evidencio lo siguiente:

**Bandeja de entrada PQRSD página Web:** la bandeja virtual de la página web de la entidad ya sea por desconocimiento de la comunidad o por la falta de socialización de la misma, se encuentra subutilizada muy a pesar que dentro del manual de proceso y procedimiento que tiene la entidad se encuentra estipulado dicho proceso en los términos que la ley establece; aun así los actos son publicados a través de la página web de la entidad y están al servicio de toda la comunidad.

**Registro y Radicación de Correspondencia:** en la actualidad la entidad registra el ingreso y salida de las PQRSD; se evidencia deficiencia en el reparto interno para las respuestas debido a que no se registra el responsable de proyectar dicha respuesta muy a pesar que la dirección asigna de puño y letra al responsable en cada una de las PQRSD.

Se pudo observar en cuenta a todo lo anterior, que la entidad con la adquisición e implementación del nuevo software administrativo y financiero que esta debilidad puede quedar subsanada y así llevar un control adecuado de las mismas**. Ver Informe (Anexo N° 4).**

## 10.5 Informe Austeridad del gasto

Teniendo en cuenta lo establecido en el Decreto 1068 de 2015 articulo 2.8.4.8.2, la Directiva Presidencial 02 de 2023 “Directrices de Austeridad Hacia Un Gasto Público Eficiente” y el Decreto 444 de 2023 “Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2023 para los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, se elabora el presente informe atendiendo lo establecido en el artículo 1o del Decreto 984 de 2012 “Por el cual se modifica el artículo 22 del Decreto 1737 de 1998”. **El artículo 22 del Decreto 1737 de 1998**, quedará así: "**Artículo 22.** Las oficinas de Control Interno verificarán en forma mensual el cumplimiento de estas disposiciones, como de las demás de restricción de gasto que continúan vigentes; estas dependencias prepararán y enviarán al representante legal de la entidad u organismo respectivo, un informe trimestral, que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto” **Ver Informe (Anexo N° 5).**

La austeridad del gasto es una política económica que busca reducir el gasto público de manera moderada y sencilla, sin afectar el funcionamiento de las entidades del sector gobierno.

El objetivo es que esto contribuya a la transparencia y eficiencia administrativa.

El Plan de Austeridad del Gasto establece que cada entidad y organismo distrital debe definir un plan de austeridad al inicio de cada vigencia fiscal. En este plan, se seleccionan gastos a ahorrar, como los de adquisición de bienes y servicios.

Al comparar la ejecución de gasto de la vigencia 2025 con respecto a la vigencia 2024 el equipo auditor pudo evidenciar las siguientes situaciones:

### Ejecución de gastos vigencia fiscal 2024

| Código | Descripción | Inicial (1) | Modificaciones | | Definitivo (6)=(1+2-3+4-5) | Ejecución | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Adición (2) | Reducción (3) | | Afectado (RP) (7) | Por Afectar (Def-RP) (8)=(6-7) |
| **2** | **TOTAL GASTOS** | **1.586.386.188,00** | **564.021.253,00** | **45.330.030,00** | **2.105.077.411,00** | **1.981.992.937,00** | **123.084.474,00** |
| 2.1 | GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 1.586.386.188,00 | 564.021.253,00 | 45.330.030,00 | 2.105.077.411,00 | 1.981.992.937,00 | 123.084.474,00 |
| 2.1.01 | SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA | 1.175.544.030,00 | 260.433.333,00 | 45.330.030,00 | 1.455.846.850,00 | 1.404.463.468,00 | 51.383.382,00 |
| 2.1.01.01 | ADMINISTRACION | 799.223.721,00 | 433.333,00 | 45.330.030,00 | 759.327.024,00 | 735.535.327,00 | 23.791.697,00 |
| 2.1.01.02 | SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS | 129.453.127,00 | 200.000.000,00 | 0,00 | 449.348.121,00 | 429.316.667,00 | 20.031.454,00 |
| 2.1.01.03 | CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA | 246.867.182,00 | 60.000.000,00 | 0,00 | 247.171.705,00 | 239.611.474,00 | 7.560.231,00 |
| 2.1.02 | GASTOS GENERALES | 379.430.560,00 | 303.587.920,00 | 0,00 | 617.318.963,00 | 545.498.076,00 | 71.820.887,00 |
| 2.1.02.01 | ADQUISICIÓN DE BIENES | 26.437.800,00 | 240.341.569,00 | 0,00 | 268.306.889,00 | 246.463.468,00 | 21.843.421,00 |
| 2.1.02.02 | ADQUISICIÓN DE SERVICIOS | 352.992.760,00 | 63.246.351,00 | 0,00 | 349.012.074,00 | 299.034.608,00 | 49.977.466,00 |
| 2.1.03 | TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 31.411.598,00 | 0,00 | 0,00 | 31.911.598,00 | 32.031.393,00 | -119.795,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.2 | GASTOS DE INVERSIÓN | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2.2.01 | PASIVOS EXIGIBLES DE VIGENCIAS ANTERIORES | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

## Ejecución de gastos vigencia fiscal 2024 (a 30 de noviembre)

| Código | Descripción | Inicial (1) | Modificaciones | | Definitivo (6)=(1+2-3+4-5) | Ejecución | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Adición (2) | Reducción (3) | | Afectado (RP) (7) | Por Afectar (Def-RP) (8)=(6-7) |
| 2 | TOTAL GASTOS | 1.708.267.842,00 | 425.255.372,00 | 0,00 | 2.133.523.214,00 | 1.201.489.582,00 | 932.033.632,00 |
| 2.1 | GASTOS DE FUNCIONAMIENTO N | 1.658.267.842,00 | 425.255.372,00 | 0,00 | 2.108.523.214,00 | 1.181.489.582,00 | 927.033.632,00 |
| 2.1.01 | SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA N | 1.279.254.127,00 | 263.862.040,00 | 0,00 | 1.711.413.167,00 | 962.961.814,00 | 748.451.353,00 |
| 2.1.01.01 | ADMINISTRACION N | 895.130.565,00 | 0,00 | 0,00 | 832.744.163,00 | 572.730.097,00 | 260.014.066,00 |
| 2.1.01.02 | SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS N | 107.632.319,00 | 263.862.040,00 | 0,00 | 602.177.761,00 | 243.969.999,00 | 358.207.762,00 |
| 2.1.01.03 | CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA N | 276.491.243,00 | 0,00 | 0,00 | 276.491.243,00 | 146.261.718,00 | 130.229.525,00 |
| 2.1.02 | GASTOS GENERALES N | 342.294.989,00 | 161.393.332,00 | 0,00 | 360.309.231,00 | 214.226.953,00 | 146.082.278,00 |
| 2.1.02.01 | ADQUISICIÓN DE BIENES N | 58.090.336,00 | 41.393.332,00 | 0,00 | 69.483.668,00 | 26.192.060,00 | 43.291.608,00 |
| 2.1.02.02 | ADQUISICIÓN DE SERVICIOS N | 284.204.653,00 | 120.000.000,00 | 0,00 | 290.825.563,00 | 188.034.893,00 | 102.790.670,00 |
| 2.1.03 | TRANSFERENCIAS CORRIENTES N | 36.718.726,00 | 0,00 | 0,00 | 36.800.816,00 | 4.300.815,00 | 32.500.001,00 |
| 2.2 | GASTOS DE INVERSIÓN N | 50.000.000,00 | 0,00 | 0,00 | 25.000.000,00 | 20.000.000,00 | 5.000.000,00 |
| 2.2.01 | PROYECTO DE INVERSION RECURSOS PROPIOS N | 50.000.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | | | | |

## Comparación presupuesto de gasto a 2025-2024

| Código | Concepto de gasto | 2025 | 2024 | Variación Absoluta | Variación Relativa |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | TOTAL GASTOS | 2.133.523.214,00 | 2.105.077.411,00 | 28.445.803,00 | -1,35 |
| 2.1 | GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 2.108.523.214,00 | 2.105.077.411,00 | 3.445.803,00 | -0,16 |
| 2.1.01 | SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA | 1.711.413.167,00 | 1.455.846.850,00 | 255.566.317,00 | -17,55 |
| 2.1.01.01 | ADMINISTRACION N | 832.744.163,00 | 759.327.024,00 | 73.417.139,00 | -9,67 |
| 2.1.01.02 | SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS N | 602.177.761,00 | 759.327.024,00 | -157.149.263,00 | 20,70 |
| 2.1.01.03 | CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA N | 276.491.243,00 | 247.171.705,00 | 29.319.538,00 | -11,86 |
| 2.1.02 | GASTOS GENERALES N | 360.309.231,00 | 617.318.963,00 | -257.009.732,00 | 41,63 |
| 2.1.02.01 | ADQUISICIÓN DE BIENES N | 69.483.668,00 | 268.306.889,00 | -198.823.221,00 | 74,10 |
| 2.1.02.02 | ADQUISICIÓN DE SERVICIOS N | 290.825.563,00 | 349.012.074,00 | -58.186.511,00 | 16,67 |
| 2.1.03 | TRANSFERENCIAS CORRIENTES N | 36.800.816,00 | 31.911.598,00 | 4.889.218,00 | -15,32 |
| 2.2 | GASTOS DE INVERSIÓN N | 25.000.000,00 | 0,00 | 25.000.000,00 | |
| 2.2.01 | PROYECTO DE INVERSION RECURSOS PROPIOS N | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |

Al realizar la comparación de los presupuestos definitivos de las dos vigencias 2025 respecto al 2024 se pudo verificar que este tuvo un incremento de **$ 28.455.803,00** lo que equivale al **1,35%** respecto a la vigencia anterior (2024)

La entidad incremento su presupuesto para la vigencia 2025, presupuesto que fue comprometido en más del 90% a noviembre 30 del 2025 sin tener en cuenta las políticas de autoridad del gasto.

Es necesario que la entidad del 10% del presupuesta que a la fecha se encuentre sin ejecutar se realice lo pertinente con el fin de cumplir con la normatividad que regula la políticas de austeridad del gasto y más especialmente las contempladas

en el Decreto 199 del 20 de febrero de 2024, que establece el Plan de Austeridad del Gasto para los órganos que forman parte del Presupuesto General de la Nación y directiva presidencial 08 del 17 de diciembre de 2022.

**10.6 Informe Derecho de autor software.**

En cumplimiento de la directiva presidencial número 002 de 2002 y conforme a la circular 17 del 2011, anualmente se diligencia el formulario a través de la página web de la Dirección Nacional de derecho de Autor.-DNDA-, con información sobre Sobre Software Legal, desde el primer día hábil del mes de enero de cada año hasta el tercer viernes del mes de marzo, fecha en la cual se deshabilitara el aplicativo.

De acuerdo a la información suministrada por la secretaria general, gestión de talento humano, recursos físicos y TICS de igual forma que la gestión financiera, se realizó la verificación del uso legal del software, equipos de cómputo y pagina web de la entidad con corte al 31 de diciembre de 2024, se realiza el siguiente informe:

**Con cuántos equipos cuenta la entidad**

El Área Metropolitana de Valledupar cuenta con 14 equipos.

De acuerdo con la base de datos suministrada por el profesional universitario con funciones de sistemas los equipos de cómputo están discriminados de la siguiente manera:

| EQUIPO | MARCA | CANTIDAD |
|---|---|---|
| ALL IN ONE | HP | 8 |
| PC ESCRITORIO | CLON | 4 |
| PORTATIL | HP | 2 |
| TOTAL | | 14 |

**Fuente: Sistemas**

Para realizar el anterior análisis se tuvo en cuenta la información relacionada con los computadores de escritorios, portátiles, servidores, estaciones de trabajo entre otros, así como también el número de equipos por dependencia.

**El software instalado en estos equipos se encuentra debidamente licenciado**

Si, el Área Metropolitana de Valledupar cuenta con software instalado que se encuentran debidamente licenciados como a continuación se detalla:

| NOMBRE DEL SOFTWARE | USO / DEPENDENCIA | VERSIÓN | CATEGORÍA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| Micorsoft Office 2019 | Manejo de tareas de Ofimática en la Entidad / Todas las Dependencias | 2019 | Licenciado | 9 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Micorsoft Office 2016 | Manejo de tareas de Ofimática en la Entidad / Todas las Dependencias | 2016 | Licenciado | 1 |
| Micorsoft Office 2010 | Manejo de tareas de Ofimática en la Entidad / Todas las Dependencias | 2010 | Licenciado | 4 |
| ArcGIS | Completo sistema que permite recopilar, organizar, administrar, analizar, compartir y distribuir información geográfica / Subdirección de Planeación, Desarrollo Territorial y Ambiental. | N/A | Licenciado | 1 |
| Software Contable SAE | Software que permite llevar todas las transacciones financieras, procesos presupuestales y contables / Financiera | N/A | Licenciado | 1 |

**Qué mecanismos de control se han implementado para evitar que los usuarios instalen programas o aplicativos que no cuenten con la licencia respectiva**

Como mecanismos principales se encuentran:

PETI, con indicaciones precisas acerca de estas prácticas.

**a)** Se limitará el otorgamiento de privilegios administrativos para instalación, configuración, monitorización o soporte por parte de personal ajeno al personal designado para tal fin.

**b)** Para prevenir infecciones por virus informáticos, los usuarios de tecnologías de la información, deben evitar hacer uso de cualquier clase de software que no haya sido proporcionado y validado por la Oficina de Informática.

**c)** Se considera una falta grave el que los usuarios instalen cualquier tipo de programa (software) en sus computadores, estaciones de trabajo, servidores, o cualquier equipo conectado a la red del Área Metropolitana de Valledupar, que no esté autorizado por el funcionario de Informática.

**d)** Los usuarios que requieran de la instalación de software o aplicativos que no sean de propiedad del Área Metropolitana de Valledupar, deberán justificar su uso y solicitar su autorización a la Oficina de Informática, a través de un documento firmado por el titular Jefe Inmediato, indicando el equipo de cómputo donde se instalará el software y el período que permanecerá dicha instalación, siempre y cuando el dueño del software presente la factura de compra de dicho software o normatividad que rigen su uso, esto con el fin de tener control sobre todos y cada uno de los programas instalados en el Área Metropolitana de Valledupar.

**Cuál es el destino final que se le da al software dado de baja en su entidad**

El proceso de adquisición de software es totalmente digital y a través de compras anuales o perpetuas. Por lo tanto, las claves de licenciamiento e instaladores se reciben de forma digital y se inhabilitan en caso de no renovar el licenciamiento de forma oportuna. En la actualidad no tenemos software para los cuales se reciban las claves por medios físicos. Por lo tanto, no se ejecuta un proceso para dar de baja al software adquirido.

**Conclusiones y recomendaciones**

Se debe fortalecer la política de la seguridad de la información abordando mejores prácticas de ciberseguridad, atendiendo a las pautas señaladas en la Directiva Presidencial No 002 de 24 de febrero de 2022.

Ejecutar acciones que permitan actualizar la infraestructura tecnológica en el Área metropolitana de Valledupar, para soportar los servicios informáticos de carácter transversal y misional de manera eficiente y oportuna, aumentando el nivel de confiabilidad, actualización y oportunidad de la información.

Implementar estrategias de comunicación estratégica, que permitan informar a los funcionarios y colaboradores de forma asertiva sobre la importancia de cumplir con la normatividad establecida en el ámbito de software legal y derechos de autor, las ventajas que esto tiene para la entidad y las implicaciones que tiene para el Área Metropolitana de Valledupar, incurrir en violaciones del ordenamiento jurídico y reglamentario correspondiente.

La oficina de control Interno y/o quien haga sus veces en conjunto con el equipo auditor pudo constatar sobre la legalidad del software y Hardware contable y presupuestal usados por la entidad son legales pero no pudo evidenciar que se halla un procedimiento y responsable para el envió de esta información a la dirección. **Ver Informe (Anexo N° 6).**

**10.7 Informe Cuenta Anual SIRECI/SIA Contraloría Departamental, CHIP CGR-CGN**

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces realizo el seguimiento de los informes que se reportan atreves del aplicativo Sia Observa (Contratación y Anexos) y Sia Contraloría semestral y anual consolidada (contable, tesorería y presupuestal entre otras) y los que se renden por el aplicativo CHIP de la Contaduría General de la Nación (Presupuesto, Contabilidad , Control Contable y Personal y Costos) los cuales fueron rendidos en las fechas en las fechas que se relacionan a continuación **Ver Informe (Anexo N° 7).**

**Aplicativo SIA OBSERVA de la Contraloría departamental del cesar**

A través de este aplicativo se rinde lo siguiente:

La rendición de la información sobre la Contratación, y Cascada de Recursos Públicos debe estar reportada mes a mes en el aplicativo **"SIA OBSERVA** "como se indica en la Resolución 0247 del 13 de octubre de 2017. Así mismo se les recuerda que no deben existir contratos registrados en estado no rendidos, contratos sin anexos, meses sin cascada de recursos públicos diligenciadas y en los meses en los cuales no se hubiera celebrado contratos debe existir en el aplicativo, una certificación de no contratación.

Por otra parte, el próximo 15 de febrero de 2024 vence el plazo en el aplicativo **"SIA OBSERVA"** para cargar los Parámetros de contratación de la vigencia 2024, los cuales están conformados por: el plan anual de adquisiciones, certificación valor menor cuantía de la vigencia, manual de contratación, acto administrativo de adopción del manual de adquisiciones y el acto administrativo de delegación de contrato. Este plazo lo estipuló la Auditoria General de la República a través de Circular Externa 003/2019. ***(Fuente página web contraloría departamental del cesar)***

| N° | VIGENCIA | CÓDIGO CONTRATO | VALOR INICIAL CONTRATO | ADICIONES | VALOR VIGENTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2024 | AMVCD-002-2024 | 11.700.000,00 $ | 3.900.000,00 $ | 15.600.000,00 $ |
| 2 | 2024 | AMVCD-005-2024 | 6.000.000,00 $ | 0,00 $ | 6.000.000,00 $ |
| 3 | 2024 | AMVCD-007-2024 | 11.700.000,00 $ | 0,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| 4 | 2024 | AMVCD-009-2024 | 11.700.000,00 $ | 0,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| 5 | 2024 | AMVCD-013-2024 | 11.700.000,00 $ | 0,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| 6 | 2024 | AMV-014-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| 7 | 2024 | AMVMC-002-2024 | 35.750.000,00 $ | 0,00 $ | 35.750.000,00 $ |
| 8 | 2024 | AMVCD-016-2024 | 7.800.000,00 $ | 3.900.000,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| 9 | 2024 | AMVCD-017-2024 | 7.800.000,00 $ | 3.900.000,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| 10 | 2024 | AMVCD-019-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| 11 | 2024 | AMVCD-021-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| 12 | 2024 | AMV-MC-003-2024 | 14.400.000,00 $ | 3.598.310,00 $ | 17.998.310,00 $ |
| 13 | 2024 | AMV-MC-004-2024 | 5.193.750,00 $ | 0,00 $ | 5.193.750,00 $ |
| 14 | 2024 | AMVCD-024-2024 | 5.500.000,00 $ | 0,00 $ | 5.500.000,00 $ |
| 15 | 2024 | AMVCD-025-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| 16 | 2024 | AMV-CMA-001-2024 | 99.737.950,50 $ | 0,00 $ | 99.737.950,50 $ |
| 17 | 2024 | AMVCD-028-2024 | 14.560.000,00 $ | 0,00 $ | 14.560.000,00 $ |
| 18 | 2024 | AMVCD-029-2024 | 7.800.000,00 $ | 0,00 $ | 7.800.000,00 $ |
| 19 | 2024 | AMVCD-030-2024 | 7.800.000,00 $ | 0,00 $ | 7.800.000,00 $ |
| 20 | 2024 | AMVCD-035-2024 | 12.000.000,00 $ | 0,00 $ | 12.000.000,00 $ |
| 21 | 2024 | AMVCD-039-2024 | 11.200.000,00 $ | 0,00 $ | 11.200.000,00 $ |
| 22 | 2024 | AMVCD-040-2024 | 11.066.667,00 $ | 0,00 $ | 11.066.667,00 $ |
| 23 | 2024 | AMVCD-042-2024 | 11.066.667,00 $ | 0,00 $ | 11.066.667,00 $ |
| 24 | 2024 | AMVCD.043-2024 | 5.412.000,00 $ | 0,00 $ | 5.412.000,00 $ |
| 25 | 2024 | AMVCD-045-2024 | 10.800.000,00 $ | 0,00 $ | 10.800.000,00 $ |
| 26 | 2024 | AMVCD-048-2024 | 4.000.000,00 $ | 0,00 $ | 4.000.000,00 $ |
| 27 | 2024 | AMVCD-001-2024 | 11.700.000,00 $ | 3.900.000,00 $ | 15.600.000,00 $ |
| 28 | 2024 | AMVCD-003-2024 | 11.700.000,00 $ | 0,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| 29 | 2024 | AMVCD-004-2024 | 11.700.000,00 $ | 3.900.000,00 $ | 15.600.000,00 $ |
| 30 | 2024 | AMVCD-006-2024 | 11.700.000,00 $ | 3.900.000,00 $ | 15.600.000,00 $ |
| 31 | 2024 | AMVCD-008-2024 | 3.000.000,00 $ | 0,00 $ | 3.000.000,00 $ |
| 32 | 2024 | AMVCD-010-2024 | 11.700.000,00 $ | 0,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| 33 | 2024 | AMV-MC-001-2024 | 16.650.163,00 $ | 0,00 $ | 16.650.163,00 $ |
| 34 | 2024 | AMV-CID-001-2024 | 1.200.000,00 $ | 0,00 $ | 1.200.000,00 $ |
| 35 | 2024 | AMVCD-011-2024 | 6.000.000,00 $ | 0,00 $ | 6.000.000,00 $ |
| 36 | 2024 | AMVCD-012-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| 37 | 2024 | AMVCD-015-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **38** | 2024 | AMVCD-018-2024 | 7.800.000,00 $ | 3.900.000,00 $ | 11.700.000,00 $ |
| **39** | 2024 | AMVCD-020-2024 | 4.000.000,00 $ | 0,00 $ | 4.000.000,00 $ |
| **40** | 2024 | AMV-MC-005-2024 | 35.633.367,00 $ | 0,00 $ | 35.633.367,00 $ |
| **41** | 2024 | AMVCD-022-2024 | 6.000.000,00 $ | 0,00 $ | 6.000.000,00 $ |
| **42** | 2024 | AMVCD-023-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| **43** | 2024 | AMVCD-026-2024 | 15.340.000,00 $ | 0,00 $ | 15.340.000,00 $ |
| **44** | 2024 | AMVCD-027-2024 | 15.340.000,00 $ | 0,00 $ | 15.340.000,00 $ |
| **45** | 2024 | AMVCD-031-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| **46** | 2024 | AMVCD-032-2024 | 12.000.000,00 $ | 0,00 $ | 12.000.000,00 $ |
| **47** | 2024 | AMVCD-033-2024 | 12.000.000,00 $ | 0,00 $ | 12.000.000,00 $ |
| **48** | 2024 | AMVCD-034-2024 | 12.666.667,00 $ | 0,00 $ | 12.666.667,00 $ |
| **49** | 2024 | AMVCD-036-2024 | 11.466.667,00 $ | 0,00 $ | 11.466.667,00 $ |
| **50** | 2024 | AMVCD-037-2024 | 11.200.000,00 $ | 0,00 $ | 11.200.000,00 $ |
| **51** | 2024 | AMVCD-038-2024 | 11.200.000,00 $ | 0,00 $ | 11.200.000,00 $ |
| **52** | 2024 | AMVCD-041-2024 | 11.066.667,00 $ | 0,00 $ | 11.066.667,00 $ |
| **53** | 2024 | AMVCD-044-2024 | 5.412.000,00 $ | 0,00 $ | 5.412.000,00 $ |
| **54** | 2024 | AMV-MC-006-2024 | 8.126.079,00 $ | 0,00 $ | 8.126.079,00 $ |
| **55** | 2024 | AMVCD-046-2024 | 7.800.000,00 $ | 0,00 $ | 7.800.000,00 $ |
| **56** | 2024 | AMVCD-047-2024 | 8.000.000,00 $ | 0,00 $ | 8.000.000,00 $ |
| **57** | 2024 | AMVCD-049-2024 | 3.900.000,00 $ | 0,00 $ | 3.900.000,00 $ |
| **58** | 2024 | AMVCD-050-2024 | 8.000.000,00 $ | 0,00 $ | 8.000.000,00 $ |
| | | **TOTALES** | **648.188.644,50** | **30.898.310,00** | **679.086.954,50** |

## Contratos registrados

A noviembre 30 de 2024 la entidad había rendido 58 contratos mediantes las siguientes modalidades de contratación:

| MODALIDAD DE CONTRATACION | VALOR | N° |
|---|---|---|
| Contratación Directa | 399.397.335,00 | 50 |
| Concurso de méritos | 99.737.950,50 | 1 |
| Mínima cuantía | 119.351.669,00 | 7 |
| **TOTAL** | **679.086.954,50** | **58** |

## Contratos rendidos extemporáneamente

A la fecha el equipo auditor verifico la página del SIA OBSERVA mediante la cual la entidad rinde la contratación en los términos de la resolución 0247 del 13 de octubre de 2017 encontrado 14 contratos rendidos de forma extemporáneos.

| CÓDIGO CONTRATO | FECHA SUSCRIPCION | FECHA DE INICIO | FECHA TERMINACION | FECHA CREACIÓN | NOMBRE | ESTADO CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AMVCD-002-2024 | 2024/02/01 | 2024/02/01 | 2024/04/30 | 2024/03/09 11:42:00 AM | NELSON ENRIQUE ARGOTE MARTINEZ | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-005-2024 | 2024/02/15 | 2024/02/15 | 2024/05/14 | 2024/03/11 05:16:29 PM | GUSTAVO ANDRES CORDOBA ANDRADE | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-007-2024 | 2024/02/22 | 2024/02/22 | 2024/05/21 | 2024/03/11 07:35:22 PM | CAROLINA ACOSTA HINOJOSA | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-009-2024 | 2024/02/27 | 2024/02/27 | 2024/05/26 | 2024/03/11 08:15:00 PM | VIVIANA MARCELA CORTES AVILA | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-024-2024 | 2024/08/20 | 2024/08/20 | 2024/09/19 | 2024/09/05 11:08:40 AM | GUSTAVO ADOLFO CASTILLA SALAZAR | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-025-2024 | 2024/08/28 | 2024/08/29 | 2024/09/28 | 2024/09/05 12:09:09 PM | MARGARITA ROSA QUINTERO OCHOA | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMV-CMA-001-2024 | 2024/08/08 | 2024/08/14 | 2024/10/13 | 2024/09/20 01:00:58 PM | COTAINGENIOS S.A.S | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-001-2024 | 2024/02/01 | 2024/02/01 | 2024/04/30 | 2024/03/09 09:50:58 AM | ELVIS GONZALEZ CORZO | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-003-2024 | 2024/02/01 | 2024/02/01 | 2024/04/30 | 2024/03/11 02:05:46 PM | MARGARITA ROSA QUINTERO OCHOA | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-004-2024 | 2024/02/01 | 2024/02/01 | 2024/04/30 | 2024/03/11 04:33:57 PM | ANA MILENA CARRILLO PEÑA | RENDIDO EXTEMPORANEO |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AMVCD-006-2024 | 2024/02/21 | 2024/02/21 | 2024/05/20 | 2024/03/11 07:14:32 PM | XIMENA ROSA BECERRA GUERRA | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-008-2024 | 2024/02/23 | 2024/02/23 | 2024/03/22 | 2024/03/11 07:53:20 PM | MARIA ANGELICA HINOJOSA MURGAS | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-010-2024 | 2024/02/26 | 2024/02/26 | 2024/05/25 | 2024/03/11 08:30:02 PM | SILVIA PATRICIA SUESCUN VILLAZON | RENDIDO EXTEMPORANEO |
| AMVCD-001-2024 | 2024/02/16 | 2024/02/16 | 2024/12/13 | 2024/03/13 11:15:40 AM | SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S. | RENDIDO EXTEMPORANEO |

A la fecha la entidad no ha realizado lo pertinente a la cascada de recursos respecto, esto es contratos sin anexos a la apropiación inicial y ejecución mensual **Ver Informe (Anexo N° 8).**

**10.8 Informe Seguimiento Plan de Mejoramientos Contraloría Departamental**

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces debe Calificar el porcentaje de avance del cumplimiento de las actividades pactadas en los planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental del Cesar una vez queda en firme el informe de auditorías anuales.

En cumplimento al desarrolla de la Auditoria de Cumplimiento realizada por la Contraloria General del Departamento del Cesar para la vigencia 2024 al Area Metopolitana de Valledupar

En el informe preliminar correspondiente a la vigencia 2024 el ente auditor hace cinco observacion de tipo administrativos, observaciones que fueron desvistuadas por la administracion con el apoyo del asesor de control interno.

Por esta razon el ente auditor para el informe final solo presento una observaciones que conllevaran a que la entidad suscribiera para el año 2025 un plan de mejoramiento **Ver Informe-final Contraloría General del Departamento del Cesar (Anexo N° 9).**

Mas sin envargo la admiistracion durante la vigencia 2025 realizo las actividades con el fin de continuar avanzando hacia un mejoramiento continuo de su gestion **Ver Informe (Anexo N° 10).**

**10.9 Informe Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano**

La oficina de control interno y/o quien haga sus veces ofrece acompañamiento en la elaboracion del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, igualmente en la consolidacion del mapa de riesgo Anticorruccion e institucional; asi mismo efectua el seguimientos cuatrimestrales sobre la materia.Para esta labor se aplico los lineamientos consagrados guia metodologica de DAFP expedida en el 2020, para la identificacion, analisis, valoracion, determinacion de accones de mitigacion y consolidacion del Mapa de Riesgo; en el mismo sentido se aplicaron las estrategias para la construccion del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y la Guia para la Gestion del Riesgo de corrupcion de la Presidencia de la Republica

Es un instrumento de tipo preventivo para el control de la corrupción, su metodología incluye cinco (5) componentes autónomos e independientes, que

contienen parámetros y soporte normativo propio y existe un componente de iniciativas adicionales que permitan fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción.
La obligación para que las entidades formulen un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano nace del Estatuto Anticorrupción, para que propongan iniciativas dirigidas a combatir la corrupción mediante mecanismos que faciliten su prevención, control y seguimiento.

Por su parte, el monitoreo estará a cargo del Jefe de Planeación o quien haga sus veces y del responsable de cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Las Oficinas de Planeación y de Control Interno pueden realizar el monitoreo y seguimiento a la estrategia de racionalización de trámites que permita que la ciudadanía tenga acceso a la información registrada en la página web de la entidad.

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces realizará seguimiento tres (3) veces al año, así:

**a. Primer seguimiento:** Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.

**b. Segundo seguimiento:** Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.

**c. Tercer seguimiento:** Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

El Área Metropolitana de Valledupar define que la metodología para el diseño y seguimiento de la lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, es la contenida en el documento **“Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2”** con los seis (6) componentes autónomos e independientes, que contienen parámetros y soporte normativo propio, estos son:

- **PRIMER COMPONENTE:** Gestión del riesgo de corrupción, mapa de riesgos de corrupción
- **SEGUNDO COMPONENTE**: Racionalización de Tramites
- **TERCER COMPONENTE:** Rendición de cuentas.
- **CUARTO COMPONENTE:** Mecanismo para mejorar la atención al Ciudadano.
- **QUINTO COMPONENTE:** Mecanismos para la transparencia y acceso a la información
- **SEXTO COMPONENTE:** Iniciativas adicionales

➢ **Monitoreo y Revisión**

Los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos deben monitorear y revisar periódicamente el documento del Mapa de Riesgos de Corrupción y si es del caso ajustarlo haciendo públicos los cambios.

Su importancia radica en la necesidad de monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos. Teniendo en cuenta que la corrupción es -por sus propias características una actividad difícil de detectar.

- **Seguimiento**

Cada responsable del componente y su equipo deben monitorear y evaluar permanentemente las acciones establecidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces le corresponde adelantar la verificación de la elaboración y de la publicación del Plan. Le concierne así mismo a la Oficina de Control Interno efectuar el seguimiento y el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

A continuación se relacionan las actividades programadas para la vigencia 2025 y el avance desarrollado por cada uno de los componentes:

- **PRIMER COMPONENTE:** Gestión del riesgo de corrupción, mapa de riesgos de corrupción

| **Componente 1: Gestión del riesgo anticorrupción- Mapa de riesgos de corrupción** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **SUBCOMPONENTE** | **ACTIVIDADES** | **META O PRODUCTO** | **RESPONSABLE** | **FECHA PROGRAMADA** | **AVANCE** |
| **Política de administración del riesgo** | Elaboración de la política de administración del riesgo de corrupción | Documento de la políticade administración n del riesgo de corrupción | Alta dirección Líderes de procesos Control Interno | 29 de marzo | **Con avance** |
| | Socialización de la política de Administración del riesgo de corrupción | Socialización y evaluación realizada | Alta dirección Líderes de procesos Control Interno | 09 de abril | **Con avance** |
| **Construcciónde l mapa de riesgos de corrupción** | Actualización del mapa de riesgos de corrupción | Mapa de riesgos de corrupción | Alta dirección Líderes de procesos Control Interno | 28 de mayo | **Con avance** |
| **Consulta y divulgación** | Socialización y divulgación del mapa De riesgos de corrupción | Mapa de riesgos de corrupción | Alta dirección Líderes de procesos Control Interno | 30 de mayo | **Con avance** |
| **Monitoreo o revisión** | Evaluación d cumplimient eldel omapa de riesgos institucional | Mapa de riesgos de corrupción | Alta dirección | 28 de junio 30 de diciembre | **Con avance** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Seguimiento** | Plan de auditorías | Auditorías realizadas | Control interno | Trimestral | **Revisado** |

- **SEGUNDO COMPONENTE**: Racionalización de Tramites

| **Componente 2: Racionalización de trámites** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **SUBCOMPONENTE** | **ACTIVIDADES** | **META O PRODUCTO** | **RESPONSABLE** | **FECHA PROGRAMADA** | **AVANCE** |
| **Estrategia anti trámites** | Realizar un diagnóstico de los trámites de la entidad con el fin de adelantar acciones de racionalización de trámites | Diagnóstico | Alta dirección SIAU Sistemas | 31 de mayo | **Con avance** |
| | Establecer el Plan de Acción de la Estrategia de Gobierno en Línea y racionalización de trámites, para la realización de análisis y toma de decisiones | Plan de Acción GEL | Alta dirección Sistemas | 21 de junio | **Elaborado** |
| | Pertinentes, respecto de los trámites que Resulten viables de eliminar, agilizar u Optimizar. | | | | **Con avance** |
| | Socialización divulgación | Plan de Acción GEL | Alta Dirección SIAU | 28 de junio | **Socializado y Divulgado** |

- **TERCER COMPONENTE:** Rendición de cuentas.

| **Componente 3: Rendición de cuentas** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **SUBCOMPONENTE** | **ACTIVIDADES** | **META O PRODUCTO** | **RESPONSABLE** | **FECHA PROGRAMADA** | **AVANCE** |
| **Informe de gestión** | Jornada de rendición de cuenta a la comunidad | Actas de rendición de cuentas | Gerencia Calidad | 31 de mayo | **Con avance** |
| **Diálogo de doble vía con ciudadanía y sus organizaciones** | Respuesta a inquietudes de la rendición de cuentas | Oficios enviados | Alta dirección | 08 de junio | **Con avance** |
| | Publicación del informe de rendición de cuentas en la página web | Acta de rendición de cuentas | Alta dirección | Mayo a diciembre | **Con avance** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas** | Capacitación de funcionarios | Funcionarios capacitados | Alta dirección Control Interno | Mayo a diciembre | **En ejecución** |
| **Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional** | Memorias de la rendición de cuentas | Acta de rendición de cuentas | Alta dirección | Diciembre | **Sin avance** |

- **CUARTO COMPONENTE:** Mecanismo para mejorar la atención al Ciudadano.

| **Componente 4: Servicio al ciudadano** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **SUBCOMPONENTE** | **ACTIVIDADES** | **META O PRODUCTO** | **RESPONSABLE** | **FECHA PROGRAMADA** | **AVANCE** |
| **Estructura administrativa, Direccionamiento estratégico** | Realizar una jornada de trabajo con los concejos consultivos Para evaluarla calidad de la atención y establecer planes Para mejorar los servicios | Acta de reunión | SIAU Gerencia Control Interno | Abril | **Realizada** |
| | Realizar una reunión con los delegados de Los diferentes Municipios del área para identificar oportunidades de mejora | Acta De reunión | Subdirecciones Gerencia | Se realizaron La mejoras establecidas | **Con avance** |
| | Evaluación de la pertinencia yefectividad de las encuestas de satisfacción aplicadasa los usuarios y establecer un plan demejoramiento | Plan de mejoramiento | Control Interno | Mayo | **Solicitado** |
| **Fortalecimientoo de los canales de información** | Revisión y ajustes delsitio web segúnestrategias del gobierno en línea | Plan de mejoramiento | Sistemas | Junio | **Solicitado** |
| **Talento humano** | Capacitación y sensibilización deltalento humano | Funcionarios capacitados | SIAU | Trimestral | **En ejecución** |
| **Normativo y procedimental** | Elaboración de informes de PQRS | Informes presentados | SIAU Control interno | Trimestral | **En ejecución** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Relacionamientotocon el ciudadano** | Ejecutar dosencuestas al año conlos servidores de lainstitución para determinar estrategias para mejorar la atención | Encuestas | SIAU | Julio y diciembre | **Sin avance** |

- **QUINTO COMPONENTE:** Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

| **Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **SUBCOMPONENTE** | **ACTIVIDADES** | **META O PRODUCTO** | **RESPONSABLE** | **FECHA PROGRAMADA** | **AVANCE** |
| **Lineamientosy transparencia activa** | Publicación de la información mínima de la entidad | Información actualizada | Sistemas | Permanente | **Publicados** |
| | Divulgación de datosabiertos | Información publicada en la página web de la entidad | Sistemas | Permanente | **Publicados** |
| | Publicación de contratación publica | Publicaciónde contratos en el SECOP | Jurídica | Permanente | **Publicados** |
| **Lineamiento transparencia pasiva** | Implementar el procedimiento de recepción de solicitudes de información | Procedimientoo adoptado | SIAU Gerencia Jurídica | Julio | **Implementado** |
| **Elaboración de** | Política de gestión dela información adoptada y publicada | Acto administrativo | Gerencia Sistemas | Agosto | |
| **los instrumentos de gestión de la información** | Establecer el esquema de publicación de la información | Esquema elaborado | Sistema | Agosto | |
| | Establecer inventarios de activos de la información | Documento de inventario | Sistemas | Septiembre | |
| | Establecer el índice de la información clasificada y reservada | Registro de información clasificada y reservada publicada en la página web | Sistemas | Septiembre | |
| **Monitoreo y acceso a la información pública** | Informe de solicitudesde acceso a la información | Informe publicado | SIAU | Julio y Diciembre | |

- **SEXTO COMPONENTE:** Iniciativas adicionales

| No. | ESTRATEGIAS | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | AVANCE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Revisar por parte de la Dirección y el Asesor de Control Interno que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión sea adoptado e implementado por parte de la entidad. | Director y Asesor de Control Interno. | 01/01/2025 31/12/2025 | **En ejecución** |

La entidad atravez de su oficina de planeacion formulo, presento y aprobo en comité de MIPG Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia 2025 y viene realizando las mesas de trabajo por procesos con el fin de identifiacr sus riegos, actulixar su mapa de riesgos y de esta forma tener listo para la vigencia fiscal 2026 el manual de politicas y gestion de riesgos por procesos en el Area Metopolitana de Valledupar. **Ver Informe (Anexo N° 11).**

**10.10 Informe Plan de Mejoramiento Archivístico**

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces del Area Metropolitana de Valledupar (en adelante AMV), presenta el resultado del proceso de evaluación y verificación a la ejecución de las acciones de mejora definidas en el Plan de Mejoramiento Archivístico, suscrito en la vigencia fiscal 2025

El equipo auditor pudo evidenciar en este 2025 que la entidad viene adelantando actividades con el fin de tener sus archivos de forma digital que le permitan cumplir con las directrces con el Archivo General de la Nacion en cumplimientp de lo ordenado por el artculo 2.8.8.3.6,paragrafo 2 del decreto 1080 de 2015.

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus Veces presento el informe final al Comité Istitucional de Control Interno el mes diciembre y en el cual solicita que en el archivo de la entidad se le realicen un plan de mejoramiento archivístico respecto a la actualización del Plan Intitucional de archivo el cual contenga ademas de las Tablas de Clasificacion Ducumental(CCD) y las TDR (Tablas de Retención Documental) la elaboracion de PGD (Programa de Gestión Documental) de la entidad. Con el fin de estandarizar la documentacion el el modelo MECI.

La Administración del AREA METROPOLITANA DE VALLEDUPAR, adoptó el Plan Institucional de Archivo para la vigencia 2020-2025 como instrumento archivístico que sirve de base para formulación, aprobación, seguimiento y control de las políticas de Gestión Documental de la Entidad, contemplando una serie de actividades para ejecutar en el corto, mediano y largo plazo.

Para la vigencia 2020, el Área Metropolitana de Valledupar cuenta con un sistema de archivo centralizado con control central, es decir, se tiene un archivo central, el cual establece y difunde las directrices, políticas y lineamientos en materia de gestión documental y administración de archivos para toda la entidad, a través del comité de archivo.

Además, se tiene establecido un sistema centralizado para la serie contratos y las unidades documentales de temas de planeación y transporte; dichos documentos son de cuidado desde su recepción y producción hasta su disposición final en el Archivo Central, cuyo responsable es el auxiliar administrativo

La oficina de control interno y/o quien hagas sus veces en el Área Metropolitana de Valledupar, realizo el seguimiento y evaluación con el fin de verificar el cumplimientos de estas actividades que procuran un mejoramiento continuo en la implementación de estos instrumentos archivísticos que lo que buscan es mejorar la gestión documental de la entidad con destino al archivo general de la nación.

En este orden de ideas se pudo evidenciar lo siguiente:

- La entidad NO tiene definido un presupuesto específico para el funcionamiento del archivo, ya que no se encuentran solicitudes hechas del auxiliar administrativo responsable del archivo de recursos según se quiera, muy a pesar que se necesita para su implementación.

- NO se evidencian las reuniones por parte del Comité de Archivo Interno, muy a pesar que este fue creado con la Resolución Metropolitana N° 000300 del 05 de diciembre del 2018 quien entre otras tiene las siguiente funciones según el artículo 2.8.2.1.16. del decreto 1080 de 2015**: Funciones del Comité Interno de Archivo.** El Comité Interno de Archivo en las entidades territoriales tendrá las siguientes funciones:

  **1.** Asesorar a la alta dirección de la entidad en la aplicación de la normatividad archivística.

  **2.** Aprobar la política de gestión de documentos e información de la entidad.

- Con le expedición del decreto 1499 del 11 de septiembre de 2011 faculta a las entidades territoriales a crear el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, este comité fue creado en el AMV y entre sus funciones está la de evaluar las tablas de retención documental TRD y las tablas de valoración documental TVD de la entidad y solicitar que se haga los respectivos ajustes si es el caso de igual forma que el comité anterior NO se pudo evidenciar gestión alguna con el fin de mejorar la gestión documental de la entidad.

La entidad solo cuenta con los siguientes instrumentos archivisticos

- El Cuadro de Clasificación Documental (CCD).

- La Tabla de Retención Documental (TRD).

- El Inventario Documental, el cual debe ser actualizado y ajustado según los lineamientos del Archivo General de la Nación

De conformidad con lo estipulado en el Artículo **2.8.2.5.8.del Decreto 1080 del 26 de mayo de 2015** la gestión documental en las entidades públicas se desarrollará a partir de los siguientes instrumentos archivísticos.

**a)** El Cuadro de Clasificación Documental (CCD).

**b)** La Tabla de Retención Documental (TRD).

**c)** El Programa de Gestión Documental (PGD).

**d)** Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR).

**e)** El Inventario Documental.

**f)** Un modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos.

**g)** Los bancos terminológicos de tipos, series y sub-series documentales.

**h)** Los mapas de procesos, flujos documentales y la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad.

**i)** Tablas de Control de Acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos.

Con respecto al seguimiento y evaluación del primer y segundo semestre la vigencia 2025 al **Plan Institucional de Archivo-PINAR-** la oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces realiza las siguientes recomendaciones:

**La aasignación de recursos financieros:** en el presupuesto del AMV para el desarrollo del PINAR y PGD e incluirlos en el plan de adquisiciones de la entidad ya que con relación a este punto se muestra un cumplimiento en sus actividades del **0,00%.**

Para que se pueda cumplir con la meta de producto que es: gestionar, desarrollar e implementar la totalidad de los instrumentos archivísticos y demás reglamentación tendiente a la conservación de los archivos, que enmarca las Políticas en Gestión Documental para el cumplimiento de las diferentes actividades que se han llevado a cabo a través de la oficina del Archivo Central.

**Capacitación en Archivo:** Con relación a este punto se muestra un avance en el cumplimiento de sus actividades del **0.00%** a la fecha, dichas capacitaciones NO se han coordinado directamente por la administración ya que no se han desarrollado en el Plan Anual de Capacitaciones.

De lo anterior se puede evidenciar que el Plan Institucional de Archivo – PINAR, para el primer y segundo semestre de 2025 NO ha dado un cumplimiento respecto a lo planeado dentro del mismo como se muestra en el siguiente cuadro explicativo:

| ACTIVIDADES | | EJECUCION | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | CORTO PLAZO | | MEDIANO PLAZO | | LARGO PLAZO | |
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| N°1 | Capacitación en archivo | 20% | 10% | 0% | 0% | | |
| N°2 | Actualización e implementación de la política de gestión documental e instrumentos archivísticos, elaborar TVD, Organización física los archivos, planes, Manuales de conservación de documentos y archivos electrónicos | 20% | 0% | 0% | 0% | | |
| N°3 | Adecuación del área de archivo central remodelada con inmobiliario y elementos de seguridad industrial tecnológica | 20% | 20% | 20% | 20% | | |
| N°4 | Adquisición de una plataforma Tecnológica adecuada y necesaria para el manejo de la información de la entidad | 0% | 0% | 0% | 0% | | |
| N°5 | Asignar los recursos financieros en el presupuesto de la entidad para desarro del PINAR Y PGD e incluirlos en el plan anual de adquisiciones de la entidad | 0% | 0% | 0% | 0% | | |
| N°6 | Plan de accion e incluida la política de gestión documental basada en el PINAR Y PGD | 0% | 0% | 0% | 0% | | |

Para la vigencia 2025 la entidad trato de subsanar estos inconveniente con la adquicision de un Aplicativo Administrativo, Contable y Presupuestal el cual solo llego a en una etapa de adquisición y parametrización pero desafortunadamente la entidad decidió cancelarlo unilateralmente ya que este no cumplía con los requerimientos necesarios que le permitieran mejorar los procesos internos en cada una de sus dependencias.

En aras de tener la continuidad requerida, es importante que se tomen las acciones necesarias para la formulación del nuevo PINAR toda vez que el actual tiene vigencia desde el año 2020 hasta el año 2025, y a la fecha no se han realizados las acciones necesarias para su implementación

Que para la implementación de esta mejora se requiere de la adecuación de las instalaciones locativas, equipos y lo más importante la capacitación del responsable para la actualización de los conocimientos requeridos para realizar estas mejoras. **Ver Informe (Anexo N° 12).**

### 10.11 Informe Seguimiento Plan de Acción

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces realiza trimestralmente seguimiento al plan de Accion institucionalde la vigencia 2025.

Para el año 2024 se realizaron las correspondientes evaluaciones trimestrales en la que se pude evidenciar el cumplimientos de metas y otras por lo contrario fueron suprimidas del plan.

**Acciones de seguimiento**

La Oficina de Control Interno y/quien haga sus veces presenta los resultados obtenidos del seguimiento efectuado a los avances en la ejecución del Plan de Acción Institucional del primer trimestre de 2025, considerando:

**1)** Reportes realizados por las distintas dependencias del Área Metropolitana de Valledupar a la Subdirección de Planeación Desarrollo Territorial y Ambiental registrados en el matriz consolidado seguimiento plan de acción primer trimestre 2025

**2)** Informe de análisis de monitoreo plan de acción 2025, elaborado de la SPDTA en condición de segunda línea.

**3)** mesas de trabajo convocadas por la Oficina de Control Interno a las diferentes dependencias.

**Producto del seguimiento se evidenciaron las siguientes situaciones:**

Se evidencia que en el los trimestres dos y tres del año 2025, la SPDTA de la entidad NO realizo el seguimiento y monitoreo para determinar el avance de ejecución de las actividades consolidadas en la matriz del plan de acción 2025

El monitoreo al plan de acción institucional según la norma se debe realizar de manera trimestral con los siguientes cortes: 30 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre, sus avances e informes se reportarán, después de los cortes antes citados, en el formato de Reporte y Seguimiento de Plan de Acción Institucional **Ver Informe (Anexo N° 13).**

| N° | PROCESO | METAS 2023 | METAS ALTAS MAYOR 75% | METAS MEDIO ENTRE 74-45% | METAS BAJAS MENORES 44 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Planeación estratégica metropolitana | 6 | 5 | 1 | 0 |
| 2 | Gestión de comunicación e información | 11 | 9 | 2 | 1 |
| 3 | Gestión y mejora del sistema integrado de gestión | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 4 | Gestión movilidad subregional y/o metropolitano | 13 | 12 | 1 | 0 |
| 5 | Gestión y ejecución de obras publicas | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 6 | Gestión ambiental y de ordenamiento territorial metropolitano | 4 | 3 | 0 | 0 |
| 7 | Gestión de servicios públicos metropolitanos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | Gestión de talento humano, recursos públicos TICS | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 9 | Gestión jurídica | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 10 | Gestión de adquisiciones y contrataciones | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 11 | Gestión documental y archivística | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 12 | Gestión financiera | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13 | Gestión de Evaluación y control | 5 | 5 | 0 | 0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TOTAL | 53 | 45 | 7 | 1 |

## 11. PROCESOS DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

La oficina de control interno y/o quien haga sus veces durante la vigencia 2025 desarrollo al 100% EL programa de auditoria aprobado para la vigencia 2025, la oficina de Control Interno Integrado ha cumplido a cabalidad el cronograma propuesto y seguimiento de los procesos, representados en los siguientes resultados

En cuanto a la las auditorias de procesos de Evaluacion Independiente se realizaron teniendo en cuenta el alcanse y la disponibilidad del personal de apoyo al de la Oficina de Control Interno y/o quIen hagas sus veces, se realizaron anditorias:

- Ejecucion Presupuestal y de Reservas presupuestales.
- Relacion de Acrreencias a Favor de la Entidad Pendiente de Pago.
- Evaluacion y Verificacion del sistema SIGEP.
- Seguimiento a la Publicacion de SECOP.
- Proceso Diciplinario de la Entidad
- Saneamiento Contable
- Ley de Cotas
- Informes a CGN y CGR
- Capacitacion, Binestar Social e Incentivos entre otras
- Avance del Modelo de Planeacion y Gestion –MIPG-

Para la asistencia a los comites ( Interintistucionales e Institucionales). El asesor de control interno de la entidad durante la vigencia 2025 NO asistio a ninguno de los comites Interintistucionales de auditoria a nivel Municipal y Departamental ya que durante la vigencia no le llego invitacion alguna.

En cuanto a los comité intern asistio a dos(2) del comité Institucionales al Comité Institucional de Coordinacion de Control Interno y 2 Comité Institucional de Gestion y Desempeño.

Se realizaron mesas de trabajo a fin de dar seguimiento de la gestion de la Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces periodicamente a la necesidades de las diferentes oficinas y subdirecciones acorde a sus necesidades y sugerencias especificas dando cumplimiento a la labor de aseguramiento, acompañamiento y seguimiento por parte de la Oficina de Control iInterno.

La Oficina de Control Interno y/o quien haga sus veces realizo acompañamiento a las diferente dependencia de la entidad con el fin que los procesos en cada una de ellas esten en mejoramiento continuo.

Es muy importante resaltar que de las once observaciones encontradas por parte de la la oficina de control interno y/o quien haga sus veces en el Area Metropolitana de Valledupar 10 obtuvieron avances de mejora entre el 60 y 90%, mientras que solo una en un 100%.

Por lo que en ese orden de ideas las observeciones se mantienten para que la entidad continue con el plan de mejorameiento respectivo para la vigencia 2026.

**OBSERVACIONES**

**Observación 1 de 11**

- **Tìtulo:** Deficiencia en el desempeño institucional correspondiente a las acciones concretas para adelantar y terminar procesos misionales de la entidad.

  La entidad en la actualidad adelanto el proceso de adhesion con el Municipio de Publo Bello.

- **Dependencia Responsable:** Subdireccion de Planeaciòn, Desarrollo Territorial y Ambiental (SPDTMA)

- **Situaciòn Identificada:** Se observo que durante la vigencia 2024 el proceso de adhesion del Municipio de Pueblo Bello se estanco respecto a la consuta popular que debe adelantar el Municipio de Pueblo Bello y no se evencio el apoyo de parte de la entidad

- **Avance 2025:** Durante esta vigencia solo se retomo el tema con una conversacion**(teleonica y/o precencial)** realizada por el director del Area Metropolitana de Valledupar

**Observación 2 de 11**

- **Tìtulo:** Deficiente desempeño laboral, incumplimiento de funciones y objetivos por parte de cada uno de los empleados y/o funcionarios que ocupan los cargos de la Entidad

- **Dependencia Responsable:** Subdireccion de Planeaciòn, Desarrollo Territorial y Ambiental (SPDTMA)

- **Situaciòn Identificada:** Se observo que durante la vigencia 2024 los diferentes lideres de los procesos no diligenciaron de forma adecuada el formulario del FURAG dejando esta responsabilidad al la Subdireccion de Planeacion, Desarrollo Territorial y Ambiental e la entidad quien al no contar con todos los soportes de los demas procesos se diligencio parcialmente obtenindo de esta forma una mala calificacion en el informe.

- **Avance 2025:** le enidad realizo capacitaciones en cada uno de los procesos, socializado la informacion que requiere el formulario para su diligenciamiento, con el fin que para la vigencia 2025 este se realice aportando los soportes necesarios.

**Observación 3 de 11**

- **Tìtulo:** Debilidad en el control implementado para verificar la informaciòn incluida en el Mapa de Riesgos del AMV y en el Manual Procedimiento “Gestión del Riesgo en el AMV ”.

  La entidad no cuenta con una “Guía para la Administración del Riesgo y el Mapa de Riesgos del AMV, NO se encuentran establecidos los riesgos identificados en cada uno de los procesos Ni incluidos en el mapa de riesgo institucional de igual forma que un manual de politicas de reisgo que permita su identificacion, seguimiento, evaluacion y control.

- **Dependencia Responsable:** Subdireccion de Planeaciòn, Desarrollo Territorial y Ambiental (SPDTMA)

- **Situaciòn Identificada:** Se observò debilidad en identificacion de los riesgos de cada proceso e incorporarlo en una matriz de riesgo que permita el siguimiento y control en cada uno de los componestes el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la entidad

- **Avance 2025:** la administracion en conjunto con la Subdireccion de Planeaciòn, Desarrollo Territorial y Ambiental y el acompañamiento de la oficina de control interno y/o quen haga sus veces, durante la vigencia 2025 se identificaron riesgos en los diferentes procesos que permitan elaborar la matriz de riesgo e implementar sus respectivos controles.

**Observación 4 de 11**

- **Tìtulo:** Deficiencia en la induccion, reinduccion y capacitacion a funcionarios y deficiencia en el plan estrategico de talento humano

  La entidad tiene una inadecuada formacion de los funcionarios de la entidad, incluyendo el incumplimiento del plan de capactacion y talento humano.

- **Dependencia Responsable:** Secretaria general-Talento humano

- **Situaciòn Identificada:** deficiencia de los procesos e incumplimiento de objetivos institucionales

- **Avance 2025:** la entidad solo elaboro el plan de capacitacion mediante resolucion pero no fue posible su ejecucion.

**Observación 5 de 11**

- **Tìtulo:** Perdida de seguidad de la integridad de la informacion y comunicacion

  La perdidad de la integridad de los datos almacenados y gestionados en las bases de datos de los sistenas de informacionde la entidad utilizados en los diferentes procesos en plene desarrollo de las capacidades laborales

- **Dependencia Responsable:** Secretaria general-sistemas

- **Situaciòn Identificada:** deficiencia en la actualizacion del PETIC

- **Avance 2025:** sin avance de actualizacion y ejecucion del plana durante el 2025.

**Observación 6 de 11**

- **Tìtulo:** Fortaleciiento del sistema de control interno como lo establece la ley 1066 del 29 de julio de 2006 y manual de cartera de la entidad

  La perdidad de exigibilidad de la cartera de la entidad y aumento del indicador de mora y su deterioro

- **Dependencia Responsable:** Secretaria general

- **Situaciòn Identificada:** falta de gestion y seguimiento del personal responsable de la gestion de cobro

- **Avance 2025:** solamente se enviaron oficios de recordatorio de los saldos adeudados mas no se adelantaron procesos de cobros coativos

**Observación 7 de 11**

- **Tìtulo:** Desconocimiento en la aplicación del decreto 612 de 2018 modificatorio del decreto 1083 del 2015

  No se evidencia euniones por parte del comité institucional de gestion y desempeño de la entidad para la planificacion y aprobacion del plan anual de adquicisiones.

- **Dependencia Responsable:** Secretaria general

- **Situaciòn Identificada:** falta de conocimientos de parte de los diferentes lideres en su elaboracion y aprobacon

- **Avance 2025:** solamente se aprobo teneiedo en cuenta el presupuesto general de la entidad.

**Observación 8 de 11**

- **Tìtulo**:Debilidad el la actualizacion de las actividades del archivo respecto actualización y Sistematización de las TDR (Tablas de Retención Documental) y al PGD (Programa de Gestión Documental) de la entidad.

- **Dependencia Responsable:** Secretaria Genaral-Archivo

- **Situaciòn Identificada:** la falta de capacitacion al responsable del archivo para realizar las actiividades de actualización y Sistematización de las TDR (Tablas de Retención Documental) y al PGD (Programa de Gestión Documental) de la entidad.

- **Avance:** sistematizacion de la documentacion.

**Observación 9 de 11**

- **Tìtulo**: Debilidad en la socializacion en la utilizacion de la bandeja de entrada para la radicacion de los PQRSD de la entidad.

- **Dependencia Responsable:** Secretaria Genaral-Recepcion
- **Situaciòn Identificada:** la poca utlizacion de la bandeja de entrada de los PQRSD de la entidad y el procedimiento para sus redistribucion en cada unas de las dependencias para su contestacion y respuesta de los PQRSD a los usuarios de la informacion.

- **Avance 2025:** la administracion en conjunto con la Secretaria Genaral y Juridica y el acompañamiento de la oficina de control interno y/o quen haga sus veces, durante la vigencia 2025 identificaron los riesgos del proceso colocaron los controles pertinentes para mitigar el riesgo con adquisicion de una herramienta tecnologica que permita hacer su radicacion, entrga oportuna y seguimiento adecuado.

**Observación 10 de 11**

- **Tìtulo**:Debilidad en la actualizacion de los procesos contables y presupuetales, su marco legal y aplicativo contable.

- **Dependencia Responsable:** Secretaria Genaral-Contabilidad y Presupuesto

- **Situaciòn Identificada:** en cuanto a su marco legal la entidad no cuenta con un manual de politcas contables acorde a los estandares internacionales de informacion financieras para el sector publico, el aplicativo contable y presupuestal es muy deficiente para las operaciones que realiza la entidad y la generacion de los informes de ley que se deben entregar periodicamente a los organismos de vigilancia y control del estado, y la falta de reuniones por parte del comité de saneamiento contable para la toma de decisiones en esta materia.

- **Avance:** adquicision de un aplicativo Administrativo, Contable y presupuestal el cual se encuenta en una etapa de adquicision y parametrizacion**.**

**Observación 11 de 11**

- **Tìtulo:** Desconocimiento en la aplicación del decreto 533 de 08 de octubre de 2015 expedido por la CGN

  Deficiencia en la elaboracion de estados financieros para mostrar su razonabilidad y que sirva para la toma de deciciones

- **Dependencia Responsable:** Secretaria general-Contabilidad y Presupuesto

- **Situaciòn Identificada:** Displicencia y/o desconocimiento del funcionario responsable en la medicion, reconocimiento y revelacion de hechos economico de la entidad.

- **Avance 2025:** Elaboracion de estados financieros se mantine al observase que muy a pesar que se cunenta con el manual de politicas contables bajo NIIFSP, para sus calculos no se realizaron los procesos que permitan reconocerlos adecuadamente en ellos.

## 8. CONCLUSIONES

Agradecemos a los colaboradores de la Subdireccion de Planeaciòn, Desarrollo Territorial y Medio Ambiente (SPDTMA) y a los funcionarios de los diferentes controles de: Sudireccion de Transorte, Secretaria Genaral y Grupos de Oficina Asesora Jurìdica, Grupo de Gestiòn del Talento Humano, y Grupo de Gestiòn Documental, por la atención prestada a la auditoría, la diligencia en el suministro de los documentos soporte 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

## 9. RECOMENDACIONES

En el marco del mejoramiento continuo y con miras a apoyar el fortalecimiento del procedimiento para la Gestión del Riesgo en el AMV, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Fortalecer los mecanísmos de control implementados para verificar que la información incluida en el Mapa de Riesgos del AMV, el procedimiento “Gestión del Riesgo en el AMV” y la “Guía para la Administración del Riesgo (ES-GU-001)”, no se encuentren debidamente elaborada en el mapa de riesgo vigencia 2025

- Implementar mecanísmos de evaluaciòn para que identifiquen debilidades en los estaándares de control definidos por la SPDTMA para la gestiòn de los riesgos en el AMV.

- Capacitaciones al personal de recepcion , archivo y una adecuada socializacion de los procesos y procedimientos que estipola la entidad respecto ale PQRSD y Archivo General del Area Metropolitana de Valledupar

- Implementacion en los estados financieros del Manual de Politicas Contables con estanderes Internacionales de Informacion Financiera para el sector publico en su medicion y reconocimiento.

- Avanzar en el desarrollo y actualizacion de los procesos en el softwere contable de la entidad para que de esta manera se puedan simplificar los tramites contables, presupuestales, tesoreria, talento humano de demas dependencias que requieran de la sistematizacion de sus procesos.

Atentamnte

**JAVIER ENRIQUE PINO RODRIGUEZ**

Asesor de Control Interno

**Area Metropolitana de Valledupar**