

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	15	Mes:	09	Año:	2026
Aspecto Evaluable:	Gestión realizada sobre el proceso de Gestión Estratégica					
Líder de Proceso / jefe Dependencia:	Egdar Hernando Rincon Morales — Contralor (E)					
Objetivo de la Auditoría:	Verificar la gestión realizada sobre el proceso de Gestión Estratégica (Direccionamiento Estratégico) de la Contraloría Departamental del Atlántico, con el fin de determinar si los controles internos establecidos son adecuados para garantizar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos del proceso					
Alcance de la Auditoría:	Evaluación de la Gestión Estratégica correspondiente al segundo semestre de 2025 y primer semestre de 2026					
Criterios de la Auditoría:	Decreto 403 de 2020 Plan estratégico 2024-20205 / Plan estratégico 2026-2029 Decreto 403 de 2020 Políticas generales, Documentos estratégicos del proceso (Manuales, Códigos, Guías, Circulares, Planes, Programas, Lineamientos de control fiscal) Misión Visión Organigrama Caracterización Mapa de procesos Procedimientos Documentos SGC Informes Planes de acción por procesos 2024-2025 / 2026-2029 Indicadores de gestión PVCFT 2024-2025 / PVCFT 2026 Planes de mejoramiento (interno-externo) Seguimiento Resultados FURAG Mapa de riesgos institucional y por procesos 2024-2025 / 2026 Ley 1712 DE 2014 Resolución 1519 de 2020 Plan Estratégico de tecnología de la información Modelo de arquitectura empresarial Modelo de Gestión de Proyectos de Tecnología de la Información Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información					

Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre					
Día	22	Mes	08	Año	2026	Desde	22/08/2026	Hasta	15/09/2026	Día	15	Mes	09	Año	2026

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
GYSELL ESTHER SANZ	EMIRO RAFAEL GASTELBONDO GOMEZ

La Gerencia de Control Interno, en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Interna (PAAI) correspondiente a la vigencia 2026, ejecutó la Auditoría al Proceso de Gestión Estratégica de la Contraloría Departamental del Atlántico, con el propósito de evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno y todo lo competente al nivel estratégico de la entidad, correspondiente al segundo semestre de 2025 y primer semestre de 2026.

Se aplicaron procedimientos de auditoría orientados a evaluar los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), integrados en la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), así como la revisión de los indicadores, procedimientos, seguimientos y planes realizados desde el proceso de gestión estratégica direccionado a la oficina de planeación.

Como resultado de las pruebas aplicadas, en el desarrollo de la auditoría al proceso de gestión estratégica se establecieron unas observaciones y unas recomendaciones formuladas en el presente informe que están orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al mejoramiento continuo del proceso.

15	4	8
Conformidades identificadas	Observaciones administrativas	Recomendaciones formuladas

Como resultado de las pruebas aplicadas sobre los cinco componentes evaluados (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Actividades de Monitoreo), se identificaron 15 aspectos conformes con la normatividad vigente y 4 observaciones que requieren atención, orientadas principalmente a debilidades en la actualización, publicación y seguimiento de planes institucionales, en la organización documental de procedimientos y en el soporte de la información reportada al FURAG.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

La estructura del informe contendrá los componentes evaluados de acuerdo con la séptima dimensión de control interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. La cual se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y su propósito apunta a Garantizar el mejoramiento continuo, la gestión de riesgos y el cumplimiento de las metas institucionales en las entidades públicas.

NO.	COMPONENTE MECI/DIMENSIÓN ASOCIADA DE MIPG	DIMENSIÓN ASOCIADA DE MIPG	LO QUE SE EVALÚA
1	Ambiente de Control:	Direccionamiento Estratégico. Talento Humano	Planes Políticas Procedimientos Estructura del proceso (responsable, perfil, equipo de trabajo) Integridad Valores
2	Evaluación del Riesgo:	Direccionamiento Estratégico. Gestión con valores para el resultado	Riesgos del proceso
3	Actividades de Control:	Gestión con valores para el resultado	Procedimientos Sistemas de información
4	Información y Comunicación	Direccionamiento Estratégico.	Gestión Documental Transparencia y Acceso a la Información Políticas, directrices y mecanismos de identificación, aseguramiento, consecución, captura y procesamiento de información.
5	Actividades de Monitoreo	Direccionamiento Estratégico Gestión con valores para resultados. Evaluación de resultados. Gestión del conocimiento.	Planes de mejoramiento



CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL
DEL ATLÁNTICO

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS/ RESULTADOS DE LA AUDITORÍA / RECOMENDACIONES

1. Ambiente de Control:

No.	Criterio	Análisis de auditoría	Conformidad	Observación
	Norma ISO 9001/2015. Liderazgo	Estructura organizacional de la Gestión Estratégica definida y con responsabilidades asignadas conforme a la entidad.	X	
	Norma ISO 9001/2015. Personas	Roles y responsabilidades del personal del proceso claramente definidos; equipo profesional competente y capacitado, liderado por el Contralor (E).	X	
	7.2 Competencia			
	Roles y responsabilidades del personal			
	Norma ISO 9001/2015. Toma de Conciencia	Alto compromiso y sentido de pertenencia de los servidores con los objetivos de gestión y calidad del proceso.	X	
	Manual de Procesos y Procedimientos	Procedimientos del proceso estratégico documentados dentro del Sistema de Gestión de Calidad.	X	
	Planes Institucionales	Planes institucionales publicados oportunamente: Plan Estratégico 2026-2029, PAA 2026, PTEP 2026, PIC 2026, PINAR 2026-2029, PETI 2026-2029.- Plan Estratégico Institucional 2026-2029; se encuentra publicado.	X	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Planes Institucionales de Plan Tratamiento de Riesgo de la Información	Plan de Tratamiento de Riesgo de la Información sin actualizar - Situación: Solo está publicada la resolución del plan correspondiente a 2024, sin actualización periódica al inicio de cada vigencia conforme al Decreto 612 de 2018. - Causa: Debilidades en la planeación, aprobación, publicación y seguimiento del plan; no hay responsabilidad formalmente asignada. - Efecto/Riesgo: Riesgo de afectar la transparencia institucional y de debilitar la identificación, valoración y control de riesgos de seguridad de la información. (i) (iii)	X
--	--	---

2. Evaluación del Riesgo:

No.	Criterio	Análisis de auditoría	Conformidad	Observación
	Norma ISO 9001/2015 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades Mapa de Riesgo (Identificación, Análisis)	El proceso cuenta con Mapa de Riesgos con controles, acciones de tratamiento, responsables y mecanismos de seguimiento definidos.	X	
	Riesgos Asociados	Se observa cumplimiento en la gestión del riesgo del proceso; no se registraron observaciones en este componente. (ii)	X	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

3. Actividades de Control:

No.	Criterio	Análisis de auditoría	Conformidad	Observación
	FURAG - Mecanismos de control y validación de la información	Información del FURAG sin soportes documentales suficientes (iv) - Situación: Parte de la información suministrada por las dependencias para el FURAG no contaba con soportes suficientes para su validación, requiriendo aclaraciones adicionales. - Causa: Debilidades en los controles de revisión y validación previa de la información reportada por las dependencias. - Efecto/Riesgo: Puede generar reprocesos, demoras en la consolidación y dificultad para verificar oportunamente los datos reportados.		X
	Procedimientos de los procesos – Actualización y aplicación de controles	Falta calidad de la información con relación a las carpetas consolidadas en el SGC (v) - Situación: Se evidencian carpetas que no agrupan los procedimientos propios del proceso en el SGC 2026; se hallan incluso documentos que no pertenecen a los procesos. - Causa: Debilidades en la organización, actualización y disposición documental dentro del Sistema de Gestión de Calidad. - Efecto/Riesgo: Dificulta la consulta uniforme, actualización y seguimiento de los documentos que orientan la ejecución del proceso.		X
	Indicadores de Gestión	Los indicadores de gestión están estandarizados y cuentan con soportes que permiten verificar su medición. (vi)	X	



CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL
DEL ATLÁNTICO

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

4. Información y Comunicación:

No	Criterio	Análisis de auditoría	Conformidad	Observación
	Información para la toma de decisiones	La entidad cuenta con información de gestión (informes, indicadores, planes) disponible para la toma de decisiones.	X	
	Comunicación interna	Existen canales y mecanismos definidos para la comunicación interna de directrices institucionales.	X	
	Información publicada en la página web	La información institucional publicada en la página web cumple con los requerimientos de transparencia y acceso. (vii)	X	
	Gestión documental de la información	La gestión documental del proceso está organizada y permite su consulta para el seguimiento institucional. (viii)	X	
	Comunicación externa	Los mecanismos de comunicación externa hacia grupos de valor son adecuados a las necesidades institucionales.	X	



CONTRALORÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

5. Seguimiento y Monitoreo:

No	Criterio	Análisis de auditoría	Conformidad	Observación
	Seguimiento al Plan de Tratamiento de Riesgo de la Información	Sin seguimiento periódico al Plan de Tratamiento de Riesgo de la Información. - Situación: No se evidenciaron soportes de seguimiento periódico durante la vigencia auditada: sin registro de monitoreo, responsables, fechas ni verificación de efectividad de controles. - Causa: Ausencia de asignación formal de responsabilidades para el seguimiento del plan y de un mecanismo periódico de control. - Efecto/Riesgo: Puede debilitar la identificación, tratamiento y control oportuno de riesgos de seguridad de la información.		X
	Seguimiento A Los Riesgos Del Proceso	El Mapa de Riesgos del proceso cuenta con acciones de seguimiento identificadas y controles definidos.	X	
	Seguimiento a planes de mejoramiento	El hallazgo de la Auditoría General de la República (AGR) fue monitoreado, subsanado y reportado oportunamente en la plataforma SIREL.	X	

INFORME PRELIMINAR/FINAL DE AUDITORIA INTERNA

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Como resultado de las pruebas aplicadas sobre los cinco componentes evaluados (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Actividades de Monitoreo), se identificaron 15 aspectos conformes con la normatividad vigente y 4 observaciones que requieren atención, orientadas principalmente a debilidades en la actualización, publicación y seguimiento de planes institucionales, en la organización documental de procedimientos y en el soporte de la información reportada al FURAG.

1. Tablero de Resultados por Componente

Componente MECI	Dimensión MIPG asociada	Conformidades	Observaciones
Ambiente de Control	Direccionamiento Estratégico / Talento Humano	5	1
Evaluación del Riesgo	Direccionamiento Estratégico / Gestión con Valores para el Resultado	2	0
Actividades de Control	Gestión con Valores para el Resultado	1	2
Información y Comunicación	Direccionamiento Estratégico	5	0
Actividades de Monitoreo	Direccionamiento Estratégico / Gestión con Valores / Evaluación de Resultados / Gestión del Conocimiento	2	1
TOTAL		15	4

RECOMENDACIONES:

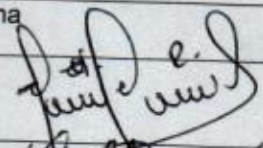
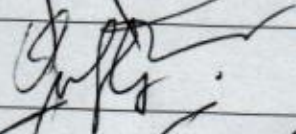
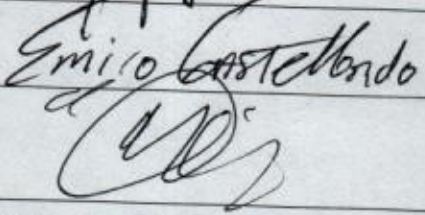
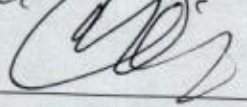
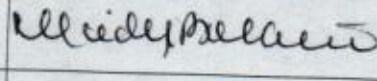
- Hacer seguimiento y control documentado a los planes institucionales. (i)
- Fortalecer y actualizar la matriz de riesgos del proceso incorporando riesgos de direccionamiento estratégico, planeación, MIPG/FURAG y continuidad del conocimiento. (ii)
- Designar formalmente al responsable del seguimiento periódico al Plan de Tratamiento de Riesgo de la Información. (iii)
- Fortalecer la revisión de soportes documentales de la información remitida para el FURAG. (iv)
- Revisar y actualizar periódicamente los procedimientos y formatos institucionales. (v)
- Revisar y actualizar periódicamente los indicadores de gestión del proceso. (vi)
- Fortalecer la socialización oportuna de cambios y nuevos procedimientos institucionales. (vii)

INFORME PRELIMINAR/FINAL DE AUDITORIA INTERNA

- Fortalecer la coordinación institucional para el diligenciamiento oportuno del ITA. (viii)

El equipo auditor concluye que la gestión del proceso de Gestión Estratégica presenta un nivel de control adecuado, con 15 conformidades frente a la normatividad aplicable. Las 4 observaciones identificadas — relacionadas principalmente con actualización y seguimiento documental — las cuales al momento de tener la mesa de trabajo en conjunto fueron aceptadas, dicho esto, el proceso estratégico debe presentar un plan de mejoramiento, según formato 7. Plan de Mejoramiento - Acción Correctiva CMEG -F07, el cual se encuentra en el SGC 2026, carpeta de Evaluación a la Gestión, formatos. El proceso cuenta con 10 días hábiles para presentarlo ante la Gerencia de Control Interno.

Para constancia se firma en Barranquilla, a los 15 días del mes de septiembre del año 2026.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Responsabilidad (cargo)	Firma
Edgar Hernando Rincón Morales	Contralor (E)	
Gysell Esther Sanz González	Jefe Oficina de Control Interno	
Emiro Rafael Gastelbondo Gómez	Auditor Líder	
Miguel Alexander Angulo Barraza	Profesional Especializado	
Heidy Alexandra Bolaño Higgins	Profesional Especializado	
Jeison José Toloza Arroyo	Profesional Universitario	