

MEMORANDO
20251400212783

GD-F-010 V.20

Página 1 de 21

Bogotá D.C., 30/12/2025 14:48:43

PARA **Dr. ELMER FELIPE DURÁN CARRÓN**
Superintendente de Servicios Públicos Domiciliarios
Dra. MELISSA ALMARIO PATARROYO
Superintendente Delegada Acueducto, Alcantarillado y Aseo
Dr. OMAR CAMILO LÓPEZ LÓPEZ
Superintendente Delegado Energía & Gas Combustible
Dr. IVÁN DARÍO ROMERO VEGA
Superintendente Delegado Protección al Usuario y la Gestión en Territorio
Dra. GIOHANA CATARINE GONZALEZ TURIZO
Dirección de Intervenidas y en Liquidación (E)
Dra. ANDREA PAOLA PRIETO MOSQUERA
Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional
Secretaría General (E)
Dra. DEIZITH YADIRA DÍAZ BOHÓRQUEZ
Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
Dra. OLGA LUCÍA MORENO GONZÁLEZ
Oficina Asesora Jurídica
Dra. LUZ ÁNGELA ACUÑA RAMÍREZ
Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión
Dr. FABIO ANDRÉS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
Oficina Asesora de comunicaciones
Dr. FREDY ALEXANDER REVELO BARRAGAN
Oficina Control Disciplinario Interno

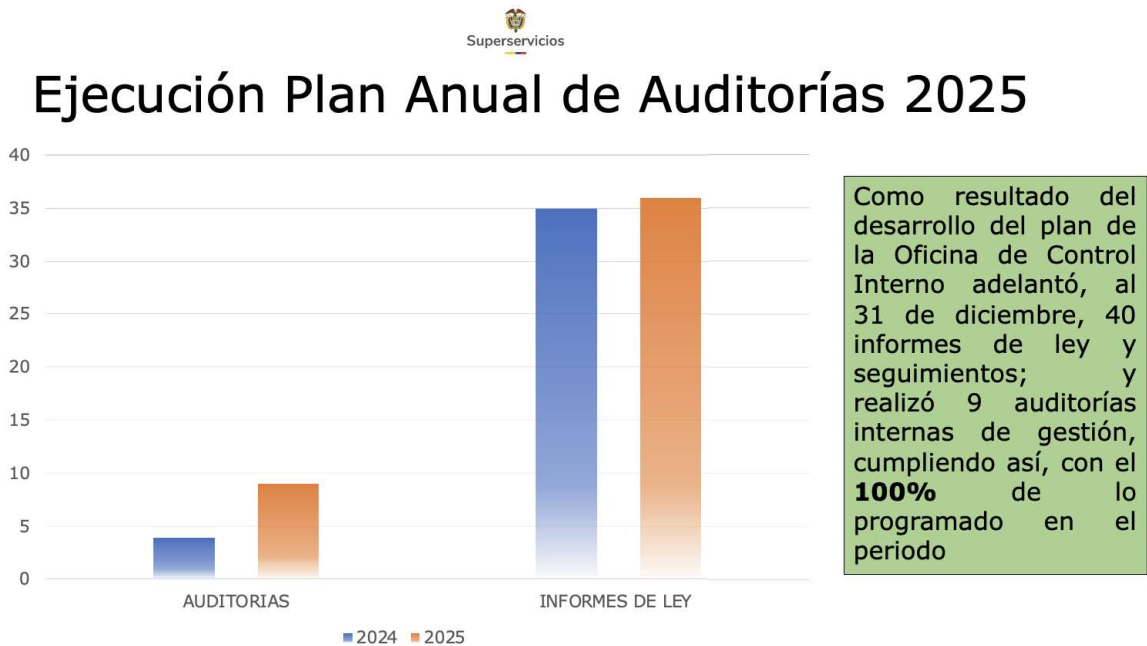
DE JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: Informe consolidado resultados Plan Anual de Auditorías OCI 2025

Estimados doctores:

Como es de su conocimiento, al inicio de la vigencia 2025, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), aprobó el Plan Anual de Auditorías a ser ejecutado en la vigencia 2025, de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (Superservicios), en la sesión N°2 realizada los días 6 y 7 de marzo de 2025. Como resultado del desarrollo del plan la Oficina de Control Interno (OCI), adelantó 9 auditorías internas de gestión y 40 informes de ley al mes de diciembre y seguimientos de acuerdo con lo programado y según se muestra la siguiente gráfica:

Gráfica 1 – Ejecución Plan Anual de Auditoría 2025



A continuación, se presenta los aspectos más relevantes de la ejecución del Plan Anual de Auditoría 2025, por parte de la OCI y su Plan de Acción 2025.

1. AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN

En desarrollo del Plan Anual de Auditorías 2025, se realizaron las siguientes auditorías internas de gestión, basadas en riesgos que se relacionan a continuación, teniendo en cuenta sus principales resultados a nivel de observaciones y aspectos de potencial mejora.

Tablas 1 a 9 – Resultados Auditorías Internas de Gestión

Informe Auditoría de Gestión- Proceso Gestión Documental Radicado 20251400083623	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• Articulación Normativa y Estratégica. La Superservicios ha consolidado un marco normativo actualizado y coherente con la legislación archivística nacional, integrando el Plan de Conservación Documental dentro del Sistema Integrado de Conservación (SIC) y articulándolo con el PGD, el PINAR y el MIPG. Esta estructura institucional sólida respalda el avance en programas preventivos y de preservación. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la ejecución operativa, especialmente en limpieza, preservación digital y articulación interinstitucional, cuya optimización es clave para fortalecer una gestión documental moderna y sostenible. • Conservación Preventiva y Seguimiento Ambiental. Aunque el Instructivo de Monitoreo está en el PGD, se identificaron deficiencias operativas en la ejecución del programa de limpieza por parte del proveedor. • Preservación Digital a Largo Plazo (PPDLP) El PPDLP define sus objetivos, pero necesita fortalecimiento técnico en diagnóstico, objetivos medibles, indicadores y articulación con riesgo/seguridad. • Cultura Archivística Institucional Una estrategia formativa activa conecta sensibilización y capacitación, fortaleciendo la cultura institucional y el cumplimiento de principios de conservación. • Cumplimiento Progresivo y Mejora Continua. El sistema de gestión documental exhibe cumplimiento progresivo y mejora continua, fortaleciendo la cultura archivística mediante planificación y controles técnicos. Sin embargo, se requiere seguimiento en áreas críticas (documentos electrónicos, disposición final) y mayor formación técnica en preservación digital y condiciones ambientales	• Limpieza y Personal: Se identificó debilidad en la limpieza de la bodega 1 y cafetería, y ausencia de personal designado para estas funciones. • Registro de Ingreso y Egreso: No se realizó el registro completo de ingreso (bitácora, ID, motivo) ni de salida (hora, revisión de morrales) del equipo auditor a las instalaciones. • Plan de Preservación Digital (PPDLP): El PPDLP versión 3.0 (diciembre de 2021) omitió la documentación de la fase de diagnóstico, el cual se realizó tardíamente en julio de 2023. • Cumplimiento de Estándares en SGDEA Cronos: La totalidad de los 14 archivos PDF muestreados del SGDEA Cronos el 3 de junio de 2025 no cumplía con el estándar PDF/A-1Formular e implementar la Política Institucional de Gestión Documental, con aprobación del Comité de Archivo o Comité Institucional de Gestión y Desempeño. • Implementar la función archivística conforme a criterios técnicos y jurídicos establecidos en el Acuerdo 001 de 2024. • Planear y controlar los recursos físicos, tecnológicos, financieros y humanos dedicados a la gestión documental. • Integrar los sistemas de información al ciclo documental completo: conformación, organización, conservación, preservación y acceso. La OCI recomienda: Articulación Técnica y Organizacional • Establecer planes de trabajo conjuntos y coordinados entre el Grupo de Gestión Documental y (OTIC), con el fin de fortalecer la articulación técnica y organizacional. Implementar la norma ISO Programa de Saneamiento Ambiental. • Fortalecer el programa de limpieza preventiva para evitar daños físicos a los documentos y minimizar futuras intervenciones restaurativas. Plan de Preservación Digital a Largo Plazo • Incorporar un diagnóstico técnico e institucional (análisis de riesgos, inventario documental y nivel de madurez). Documentación y Normativa Interna Ajustar instructivos, formatos y demás documentos para alinearlos al Acuerdo 001 de 2024 del AGN.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

2

Informe Auditoría de Gestión- Proceso Adquisición de Bienes y Servicios Radicado 20251400096903	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• La modificación excesiva del Programa Anual de Adquisiciones (PAA) puede conllevar a una baja ejecución presupuestal y al eventual incumplimiento de las metas de los proyectos y planes institucionales. • La SSPD demuestra una alta alineación, alcanzando un nivel del 92% en la elaboración de sus estudios de sector, respecto a las directrices de Colombia Compra Eficiente. • Existe una restricción de acceso a la información contractual de la SSPD, dado que algunos contratos no son consultables en plataformas oficiales (SECOP II, PACO), afectando la transparencia institucional y el control social. • Se hallaron inconsistencias documentales en el proceso contractual que generan dudas sobre la adecuación técnica de la contratación, la secuencia lógica/cronológica de la ejecución y la supervisión. • Se evidenció falta de autocontrol por parte de los gestores al omitir la aprobación de una póliza y por la duplicidad de certificados de ejecución final con información diversa. • Se presenta un rezago en la realización de actividades poscontractuales, como la liquidación de contratos, el cierre de expedientes contractuales y la conformación completa de expedientes en CRONOS. • El tratamiento de riesgos de corrupción y soborno mediante ACPM no ha derivado en el fortalecimiento o creación de nuevos controles, comprometiendo la eficacia del sistema de administración de riesgos. • Causas recurrentes de hallazgos de la CGR no se incorporaron como riesgos en el Proceso de Adquisición, lo cual representa una debilidad en el enfoque preventivo y limita la mejora continua. • Se evidencian los esfuerzos de la SSPD para alinear los documentos y el desarrollo de las actividades de gestión contractual a los lineamientos de gobierno emitidos por Colombia Compra Eficiente y el DAFP.	• Acceso a Documentación: Siete (7) contratos de la muestra no fueron accesibles en plataformas públicas (SECOP II, Datos Abiertos, PACO), contraviniendo normas de transparencia. • Contrato 096/2024 - Justificación: El Contrato 096 de 2024 presentó justificaciones contradictorias en los estudios previos sobre la necesidad de personal. • Contrato 383/2024 - Matriz de Riesgos: El Anexo 02 (Matriz de Riesgos) del Contrato 383 de 2024 no está disponible para consulta pública en las plataformas correspondientes. • Contrato 247/2024 - Inconsistencia de Fechas: El Contrato 247 de 2024 usó como soporte un acta de entrega de febrero, aunque el contrato inició oficialmente en abril de 2024. • Contrato 228/2024 - Póliza: En el Contrato 228 de 2024, una modificación implicó reducción y prórroga sin que la Entidad aprobara la póliza actualizada del contratista. • Contrato 375/2024 - Cesión: La cesión contractual del Contrato 375 de 2024 generó inconsistencias documentales al presentar dos certificados finales con valores variables. • Cierre Formal Pendiente: Ocho contratos de 2024 (096, 116, 128, 157, 178, 228, 354, 458) no han sido cerrados formalmente a pesar de cumplir los requisitos. • Expedientes Incompletos en CRONOS: Los expedientes contractuales de los Contratos 197, 203, 340 y 439 de 2024 están incompletos en el sistema CRONOS. La OCI recomienda: • Elaborar un plan de trabajo para implementar la Política de Compras y Contratación Pública y alinear el Proceso de Adquisición a directrices de Colombia Compra Eficiente. • Incluir en el Manual de Supervisión la obligación de que todo supervisor realice el curso virtual "Supervisores de Contratos" y remita la certificación. • Implementar acciones correctivas para garantizar la publicación oportuna e íntegra de los documentos contractuales y cumplir con el Principio de Transparencia. • Verificar las causas de la discrepancia (706 vs. 797 contratos) entre fuentes de información para depurar datos inconsistentes y garantizar la integridad en los reportes.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

3

Informe Auditoría de Gestión- Política de Racionalización de Trámites Radicado 20251400087313	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• Cumplimiento y Mejora Continua: La entidad está cumpliendo los objetivos específicos de la política de racionalización de trámites inscritos en el sistema SUI, sin embargo, se debe continuar con el ciclo continuo de mejora en este aspecto. • Revisión Prioritaria de Procesos: Es prioritario que el Comité Institucional de Gestión y Desempeño realice una revisión periódica y documentada sobre la racionalización, digitalización, automatización, interoperabilidad y compilación de trámites inscritos y potenciales. • Accesibilidad Web Incumplida: La entidad no ha cumplido con los criterios de accesibilidad web del MinTIC vigentes desde 2022 para personas con discapacidad sensorial o intelectual respecto a la plataforma Teresuelvo. • Modalidades de Resolución de Trámites: Trámites para prestadores (Inscripción Rups, cancelación Rups, contribución especial, etc.) se resuelven actualmente en línea, mientras que la Presentación de reclamos se atiende presencialmente en los PAS o mediante la plataforma Teresuelvo en línea. • Interoperabilidad Manual del SUI: No existen mecanismos implementados para la interoperabilidad, lo que obliga a intercambiar manualmente información con entidades como la DIAN y Cámaras de Comercio para alimentar el SUI. El SUI, por otro lado, sí permite que entidades sectoriales (CRA, CREG, DANE) y la Dirección Financiera interna consulten los datos para fines regulatorios, estadísticos y de liquidación de contribuciones. • Se evidencian beneficios significativos como resultado de las acciones de racionalización implementadas en la entidad por los directos responsables del trámite y en los diferentes aplicativos en un trabajo coordinado con la OTIC en: RUPS (Actualización aplicativo), TERESUELVO (aumento en casi 10% el uso de la plataforma), CONTRIBUCIONES (dos cambios importantes que redujeron los tiempos y los costos operativos de la gestión de esta actividad.), AMPLIACIÓN PAS.	• En el inventario de trámites del SUI; la SSPD tiene actualmente 6 trámites en estado inscrito; omitiendo la obligación de inclusión de OPAS y consultas de acceso a la información pública. • La entidad no ha cumplido con los criterios de accesibilidad web establecidos por el MinTIC vigentes desde 2022 para personas con discapacidad sensorial o intelectual para la plataforma Teresuelvo. • En atención al ciclo de mejora continua previsto en el MIPG para la implementación de las políticas, es preciso que las actividades, desarrollos y mejoras que se efectúen a los diversos trámites, se plasmen en las ACPM correspondientes en el SIGME. • Siempre que se realicen reuniones con la dependencia que lidera la racionalización de trámites en la entidad (OAPII), es pertinente que estas se efectúen dentro del marco del Comité de Gestión de Desempeño, en consideración que existe un equipo de trabajo para la Política de racionalización de trámites. • Documentar el proceso de priorización de trámites a racionalizar en cada vigencia. • Gestionar la información de manera oportuna en el SUI y en la vigencia correspondiente • Consolidar la información sobre el número de solicitudes recibidas y atendidas para cada uno de los trámites de forma anual. • Revisar y aplicar Guía Lineamientos y orientaciones para la disposición de consultas de acceso a información pública DAFF • Formular un grupo de indicadores en los trámites que no lo poseen, permitiendo conocer el estado real de la ejecución de las actividades, el logro de los objetivos, de los resultados y sus efectos en la ciudadanía, como lo es el caso del Costo Promedio Administrativo de Liquidación y Cobro por Contribuyente (CPALC) que permitió establecer un umbral eficiente para determinar cuándo la liquidación de la contribución resulta antieconómica. • Ampliar los canales de intercambio de información e interoperabilidad del RUPS con otros grupos de interés, tal como se viene realizando con los demás módulos del SUI. • Mejorar las acciones para que todos los trámites de la entidad, cumplan con todos los estándares definidos en el anexo 1 de la Resolución 1519 de 2020.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

4

Informe Auditoría de Gestión- Procedimiento Seguimiento y Monitoreo a Empresas de Servicios Públicos (E.S.P.) en Toma de Posesión 20251400127553	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• Cumplimiento del Objetivo de Auditoría: El ejercicio de auditoría verificó la gestión de la DEIL, la trazabilidad de sus operaciones y el estado de los procesos de intervención y liquidación, logrando así cumplir con el objetivo general y los específicos definidos en el plan individual de auditoría. • Acatamiento General y Falencias Observadas: La DEIL acató, de manera general, los lineamientos establecidos en el procedimiento auditado, la Circular 034 y el Decreto 1369 de 2020. Sin embargo, la OCI evidenció diversas falencias relevantes en el desarrollo de actividades que afectan la trazabilidad y el control de la gestión. • Inconsistencias Operacionales Específicas: Se observaron cronogramas anuales sin designación oportuna de responsables y cuadros de control sin informes de seguimiento de prestadores o períodos. Adicionalmente, informes y actas de seguimiento contenían inconsistencias que no fueron objetadas por la DEIL. • Necesidad de Análisis de la Circular 034: Se requiere analizar el contenido de la Circular 034, dado que soporta buena parte de la gestión del procedimiento analizado. Dicho análisis es crucial porque la Circular cita normas derogadas, lo cual podría afectar su aplicabilidad. • Deficiencias en Líneas de Defensa y Control: Se evidenciaron falencias en la 1ª y 2ª línea de defensa en la formulación y seguimiento de planes de acción y riesgos de la DEIL. Esto incluye problemas con la inclusión de productos/actividades en SISGESTION y la formulación de indicadores de gestión en SIGME. • Plan de Mejora en Curso: Es de resaltar que la DEIL se encuentra adelantando un plan de mejora para subsanar debilidades que ha diagnosticado internamente. Este plan, junto con las acciones de la auditoría, facilitará el cierre de brechas de planeación, gestión y control evidenciadas	• El cronograma anual de reuniones de seguimiento y monitoreo elaborado por la DEIL, para 2024 y 2025, no incluyó la designación de responsables para cada proceso de intervención, lo que limitó la verificación de potenciales conflictos de interés. • La OCI identificó que en el cuadro de control de los informes de los agentes o liquidadores de los prestadores intervenidos no se incluyeron algunos de los relacionados con las empresas: COSERVICIOS, ELECTRICARIBE, EMDUPAR y EMPREVEL. • Se observó que para los prestadores AIR-E, ESSMAR y ELECTROLIMA analizados por la OCI, los informes no contienen todos los ítems solicitados por Circular 034 y que las actas de reuniones de seguimiento del 28/03/25 (ESSMAR) y 31/03/25 (AIR-E), presentan diversas inconsistencias en información financiera, comercial y técnica, que no fueron objetados por la DEIL ni en las reuniones de seguimiento ni mediante los requerimientos pertinentes a los prestadores. • La Actividad 86221 del plan de acción 2024 de la DEIL no cuenta con los soportes disponibles en link publicado en SISGESTION, en desatención de los lineamientos establecidos en la Política de Gestión de datos e información y el instructivo de Seguimiento a la planeación institucional. • Mediante informes de seguimiento a la gestión de riesgo de la OCI con Radicados 20241400190573 y 20251400070783, la OCI ha alertado con observaciones frente a la gestión de riesgos y controles que no fueron gestionadas mediante la ACPM correspondiente. • Para la vigencia 2025 no se formularon en SIGME indicadores asociados a la gestión de los prestadores intervenidos incumpliendo los lineamientos de seguimiento, medición y análisis previstos en la normatividad pública y de los sistemas de gestión. • Teniendo en cuenta que el Proceso de Medidas para el Control establece la determinación de esquemas de solución empresarial a los intervenidos, sería pertinente analizar su documentación en SIGME mediante la expedición de lineamientos a nivel de procedimiento o instructivo. • Diseñar mecanismos de control de 1ª y 2ª línea de defensa para que se atienda la normatividad pública y de sistemas de gestión y se genere valor a la toma de decisiones y corrección de desviaciones como producto del cierre adecuado del ciclo PHVA de mejora continua.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

5

Informe Auditoría de Gestión- al Proceso de Medidas para el Control – Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio a cargo de la Dirección de Investigaciones de AAA. 20251400128363	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• Controles y Cumplimiento Sancionatorio: En la auditoría se evidenció que el Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, cuenta con controles que permiten cumplir su objetivo principal. En efecto, hecho el análisis estadístico y muestral de la información remitida por la SDAAA y la DIAAA, solo se detectaron 3 actuaciones en las que se materializan los riesgos de caducidad de la facultad sancionatoria, la pérdida de competencia para resolver recursos y la ocurrencia de silencio administrativo positivo, lo que representa una pequeña proporción de los casos analizados. • Disponibilidad de Información y Aclaraciones: La información del procedimiento auditado se encuentra disponible y accesible, a pesar de que la información inicial remitida contenía inconsistencias que fueron aclaradas posteriormente y atribuidas a errores de transcripción por el gran volumen de datos. • Diferencias de Criterio en Caducidad: Se presentan diferencias de criterio en el cálculo del término de caducidad (artículo 52 del CPACA), y el estudio de esta figura no se documenta en los expedientes como instrumento principal de control. • Declaración de Conflictos de Interés: Las declaraciones de conflictos de interés de abogados sustanciadores y revisores no se evidencian en los expedientes físicos o electrónicos, pero la SDAAA – DIAAA sí dispone de dichos documentos en una carpeta Google Drive para su verificación. • Deficiencias en Gestión Documental Física: La gestión documental de los expedientes físicos no cumple con la normativa (Acuerdo 001 de 2024 e Instructivo GD-I-003), en aspectos como hojas de control, el cierre de expediente y el uso de testigos documentales para los CDs. • Debilidad en la Gestión de Riesgos: La gestión de riesgos presenta debilidad en la identificación de riesgos fiscales y en la valoración de riesgos de gestión y corrupción, junto con la falta de claridad en las evidencias de los controles de seguimiento del estado de las investigaciones	• La gestión documental de los expedientes físicos no cumple con lo establecido en el Acuerdo 001 de 2024 y en el Instructivo de Organización Documental (GD-I-003), en lo referente a: (i) hojas de control, (ii) cierre de expediente, (iii) testigos documentales para los CD que obran como parte de los expedientes. (i) Completitud (Expediente físico 2022440380300168E) • Se observó que en los expedientes 2023440380300001E y 2023440380300017E, se archivaron las diligencias por ocurrencia de la caducidad de la facultad sancionatoria, la cual acaeció con anterioridad a la fecha de expedición de los pliegos de cargos, según se indica en los respectivos actos de archivo. • Se produce la pérdida de competencia para resolver el recurso contra el acto que pone fin a la actuación, opera el silencio administrativo positivo y se archivan las diligencias correspondientes en el Expediente 2021440350600154E • Incluir la recepción de las solicitudes de investigación como primera actividad del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio, antes de su distribución y análisis. • Unificar el nombre de la salida del Proceso de Vigilancia e Inspección – Estudio y Determinación de Medidas de Control (VI-P-012 v4) – “Solicitud de Apertura de Actuación Administrativa de Carácter Sancionatorio” (GD-F-010), con el de entrada al Proceso de Medidas para el Control (CT-PR-001) – Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (CT-P-005) – “Solicitud de Investigación” / “Solicitud de Evaluación de Méritos” (GD-F-010). • Suscribir un acuerdo de nivel de servicios entre las dependencias ejecutoras de los Procesos de Vigilancia e Inspección y Medidas para el Control, definiendo los criterios y tiempos que debe tardar la remisión de la solicitud de investigación, a partir de la ocurrencia de los hechos, acciones u omisiones que pueden dar lugar a la actuación administrativa de carácter sancionatorio. • Realizar mesas de trabajo entre la DIAAA, DTGAA, DTGA y/o la SDPUGT, antes de remitir las solicitudes de investigación, para verificar que la información esté completa y bien fundamentada, evitando devoluciones y retrasos que dilatan el desarrollo de las actuaciones.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

6

Informe Auditoría de Gestión- al Proceso de Medidas para el Control – Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio a cargo de la Dirección de Investigaciones de Energía y Gas Combustible. 20251400129043	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• El Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (CT-P-005) no cuenta con límites de tiempo para la ejecución de actividades como: el análisis de procedencia de la posible apertura de un procedimiento, y la fase de averiguaciones preliminares, lo que como se evidenció redunda en tiempos de inactividad procesal que impactan negativamente en el ejercicio de la facultad sancionatoria de la SSPD. • Se observan debilidades en el diligenciamiento y suscripción de los formatos de declaración de conflictos de interés, ya sea porque no cuentan con el nombre de quien suscribe o no fueron suscritos. • En cuatro (4) de los siete (7) procesos revisados en la mesa de trabajo del 15/09/2025, se evidenció que el acto administrativo que pone fin al procedimiento administrativo sancionatorio, así como su notificación se realizaron en la fecha límite de su caducidad. • En la información suministrada a la OCI se presentaron errores en la fecha de caducidad reportada. • La DIEGC no cuenta con la trazabilidad adecuada para establecer de manera expedita y sin lugar a ambigüedades, la fecha de caducidad, ya sea dentro del acto administrativo o en la documentación interna de desarrollo del proceso, lo que podría inducir al error al momento de hacer el seguimiento y monitoreo del avance en la etapa procesal de cada expediente. • Se observaron debilidades considerables en la gestión documental de los expedientes físicos finalizados, incluyendo hojas de control y testigos documentales, lo cual pone en riesgo el cumplimiento del debido proceso y vulnera potencialmente los derechos de las partes. • Los registros con los que cuenta la DIEGC para el monitoreo del avance de los procesos no dan cuenta del seguimiento particular al estado de las investigaciones ni el avance de las etapas de los procesos.	• No se evidenció la suscripción de los conflictos de interés para los colaboradores de la muestra. Adicionalmente, los formatos de interés suscritos, durante la vigencia 2024, por los colaboradores se observó que figuran con la firma del (la) declarante, pero sin nombres de quienes suscriben. • Se observó que en el proceso 2022240350600002E existe una diferencia superior a tres (3) años entre la fecha de ocurrencia del hecho, conducta u omisión y la fecha de expedición y notificación del acto administrativo sancionatorio. • La gestión documental de los expedientes físicos no cumple con lo establecido en el Acuerdo 001 de 2024 y en el Instructivo de Organización Documental (GD-I-003), en lo referente a: (i) hojas de control, (ii) cierre de expediente, (iii) testigos documentales para los CD que obran como parte de los expedientes. • Los procesos: 2023240380300027E; 2022240350600007E; 2023240380300020E; 2024240380300008E; 2022240350600012E; 2021240350600020E; 2021240350600014E, y 2022240350600002E no cuentan con actas que den cuenta del seguimiento al estado de las investigaciones ni del avance de sus etapas procesales. • Establecer como actividad inicial del Procedimiento Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio (Código CT-P-005) la recepción de solicitudes con el propósito de evitar que se presenten situaciones que puedan afectar el cumplimiento del objetivo del procedimiento, su adecuada trazabilidad y la calidad del producto final del mismo. • Establecer Límites Críticos de Control para el desarrollo de las actividades del procedimiento relacionadas con el análisis de procedencia de la posible apertura de un procedimiento, y la fase de averiguaciones preliminares. • Establecer Acuerdos de Nivel de Servicio con las Direcciones Técnicas de Energía, Gas Combustible, así como con la SDPUGT, que contengan de manera explícita y sin lugar a ambigüedades los requisitos que deben contener las solicitudes de investigación, los tiempos para ejecución de las diferentes actividades, así como el personal disponible en las dependencias intervinientes para atender el proceso. • Actualizar la TRD en el sentido de incluir como soporte de los Procesos de Investigación el expediente electrónico.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informe de Auditoría Interna de Gestión al Procedimiento Sancionatorio en SAP - Radicado 20251400202373	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• Articulación Normativa y Estratégica. La Superservicios ha consolidado un marco normativo actualizado y coherente con la legislación archivística nacional, integrando el Plan de Conservación Documental dentro del Sistema Integrado de Conservación (SIC) y articulándolo con el PGD, el PINAR y el MIPG. Esta estructura institucional sólida respalda el avance en programas preventivos y de preservación. No obstante, La interacción actual de los procesos de Protección al Usuario (Procedimiento Sancionatorio en Silencio Administrativo Positivo) y Medidas para el Control (Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio) con el Proceso de Financiera (Procedimiento Gestión de Cobro) no refleja la realidad del flujo de información entre los procesos. • Preservación Digital a Largo Plazo (PPDLP) La interacción actual de los procesos de Protección al Usuario (Procedimiento Sancionatorio en Silencio Administrativo Positivo) y Medidas para el Control (Desarrollo de Actuaciones Administrativas de Carácter Sancionatorio) con el Proceso de Financiera (Procedimiento Gestión de Cobro) no refleja la realidad del flujo de información entre los procesos. • Cumplimiento Progresivo y Mejora Continua. El sistema de gestión documental exhibe cumplimiento progresivo y mejora continua, fortaleciendo la cultura archivística mediante planificación y controles técnicos. Se evidencia problemas reiterados como notificaciones indebidas, recursos sin resolver dentro del término legal, inconsistencias en los valores registrados y ausencia de constancias de firmeza. Estas fallas comprometen la legalidad del proceso sancionatorio y la validez de los títulos ejecutivos, afectando la capacidad de cobro de la entidad. • Los sistemas Cronos, Sancionados y Cuentas por Cobrar operan de manera desarticulada, lo cual causa fallas en la transmisión de información, duplicidades, errores en los registros y pérdida de eficiencia operativa. Se identificó una diferencia sustancial entre las multas registradas en el aplicativo Sancionados y las contabilizadas en los estados financieros, generando una subestimación de las cuentas que vulnera el principio de presentación fiel del Régimen de Contabilidad Pública.	• Dado que existen dos procedimientos paralelos con actividades duplicadas, se recomienda establecer un único procedimiento institucional que integre a las tres delegadas, bajo un enfoque de gestión por procesos, garantizando coherencia jurídica y operativa. • La entidad debe priorizar un proyecto técnico que conecte Cronos, Sancionados y Cuentas por Cobrar mediante APIs, servicios web u otros mecanismos que permitan intercambio automático de información, eliminando digitación manual, errores y reprocesos. • Se recomienda conciliar y depurar la totalidad de sanciones en firme, garantizar su reconocimiento contable oportuno en SIIF Nación y ajustar los estados financieros para evitar riesgos fiscales, disciplinarios y patrimoniales derivados de la omisión o registro incorrecto de activos. • La carga operativa supera la capacidad instalada del grupo SAP y del equipo encargado del registro en el aplicativo Sancionados. Es indispensable ampliar el recurso humano, mejorar la capacitación funcional y establecer controles de doble verificación para garantizar la calidad del proceso. Gestionar los riesgos asociados a la Gestión de Cobro de la SSPD de conformidad con lo establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, proferida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). • Actualizar el flujo de información y comunicación entre los mencionados procesos y establecer los puntos de control pertinente, a fin de ayudar al cumplimiento de la planeación, ejecución y control financiero de la SSPD y evitar la materialización de riesgos de tipo fiscal. Frente al rezago la OCI recomienda plan choque de descongestión: • Elaboración de una base de datos que contenga todo el proceso administrativo adelantado por la dependencia, a través de la cual se pueda verificar toda la trazabilidad, incluyendo los actos de comunicación y notificación, finalizando con la expedición del acto de firmeza. • Crear un grupo de trabajo interdisciplinar, que sea el encargado de verificar el estado de las actuaciones administrativas.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SIGGESTION

Informe Auditoría de Gestión Procedimiento Gestión de Proyectos de Inversión Radicado 20251400208123	
CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• Articulación Normativa y Estratégica. La Superservicios ha consolidado un marco normativo actualizado y coherente con la legislación archivística nacional, integrando el Plan de Conservación Documental dentro del Sistema Integrado de Conservación (SIC) y articulándolo con el PGD, el PINAR y el MIPG. Esta estructura institucional sólida respalda el avance en programas preventivos y de preservación. El desarrollo de la auditoría evidenció de manera general que las dependencias y procesos involucrados ejecutaron los proyectos de inversión en arreglo a los lineamientos normativos e institucionales, con algunas debilidades evidenciadas a lo largo del informe en relación con la pertinencia de los registros de la gestión adelantada. • Cultura Archivística Institucional Se observó que para las operaciones 12 y 13 del procedimiento auditadas se presentó en diversos casos, ausencia de los registros entregables exigidos, tales como: informes de riesgos, informes ejecutivos, seguimiento en el formato DE-F-016, seguimientos mensuales de los directores de proyecto, comunicaciones de la OAPII a los gerentes de proyecto o las mesas de trabajo cuatrimestrales para revisar los avances físicos y financieros. • Cumplimiento Progresivo y Mejora Continua. En relación con la gestión de riesgos, se evidenciaron falencias en la identificación de las vulnerabilidades que se pueden materializar en todas las etapas de un proyecto, así como en la atención integral de los lineamientos de Función Pública y los establecidos en el SIGME para el diseño y descripción de riesgos y controles. Se encontraron falencias en algunos registros de las plataformas SIGGESTION y SECOP en atención a los contratos analizados, sus productos y actividades, relacionadas con la ejecución de los proyectos de inversión auditados, en desatención a los lineamientos relacionados con la supervisión contractual.	• En relación con los indicadores de gestión reportados, que en algunos casos solo refieren a la ejecución presupuestal proveniente del SIIF, sin mayor análisis descriptivo, es preciso que se revalúe su diseño, pertinencia y seguimiento para que ellos generen el valor institucional esperado. • Frente al rezago evidenciado por la OCI y la Contraloría, se reiteran las recomendaciones del informe de ejecución presupuestal vigencia 2024 – corte 31 diciembre de 2024, radicado 20251400021833, con el fin de fortalecer los controles que ataquen la causa raíz de los hallazgos del ente de control en materia de las pérdidas de apropiación, constitución y ejecución de reservas presupuestales. • Se recomienda a la Alta Dirección cumplir la planeación establecida, con el fin de alcanzar un nivel de ejecución acorde con la línea de tiempo de los proyectos y con el total de los recursos asignados y programados en la vigencia, con el fin de dar cumplimiento a los principios presupuestales contenidos en el Decreto 111 de 1996. • Disponer de reportes que generen la trazabilidad al Plan Anual de Adquisiciones en las plataformas institucionales SGI Contratos y SIGGESTION y que la información respectiva sea registrada de manera integral en las aplicaciones. • En consideración al volumen de contratos que deben ser revisados en el contenido de los informes de actividades y los múltiples soportes de ejecución, es recomendable reforzar el grupo de servidores y cumplir los tiempos asignados a las labores de la supervisión, para que se garantice de manera integral el ciclo contractual de los proyectos. • Fortalecer la supervisión contractual mediante listas de verificación uniformes, evidencia técnica obligatoria, control de versiones y verificación cruzada entre plan de acción, contrato y PIIP. • En vista de las debilidades en entregables que adolecen algunas actividades del procedimiento, es necesario enfatizar en la rigurosidad de los registros de las operaciones definidas en el procedimiento, partiendo del análisis de la pertinencia de cada operación descrita y la efectividad del (los) entregable(s) incluidos como registro de su desarrollo. • contractual con • gobernanza del MRAE 3.0.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SIGGESTION

9

**Informe Auditoría de Gestión Procedimiento Gestión de la Información e
Inteligencia de Negocio - TI-P-003
Radicado 20251400207773**

CONCLUSIONES	OBSERVACIONES / INVITACIÓN A LA MEJORA
• Cumplimiento Progresivo y Mejora Continua. El sistema de gestión documental exhibe cumplimiento progresivo y mejora continua, fortaleciendo la cultura archivística mediante planificación y controles técnicos. Sin embargo, se requiere seguimiento en áreas críticas (documentos electrónicos, disposición final) y mayor formación técnica en preservación digital y condiciones ambientales. La herramienta de publicación de datos en el sistema O3 cumple con la funcionalidad de presentar bases de datos e información de interés a los usuarios de la SSPD, sin embargo, se evidencia que algunos usuarios han hecho uso de la misma sin aplicar nombres adecuados a las vistas y reglas, los cuales no se han depurado. Se sabe que esto no afecta la estructura y contenido de las bases de datos, pero puede inducir al error al hacer la consulta de estas vistas y se satura el sistema por la presentación inadecuada de los nombres de estas. • Se presentan debilidades en la aplicación de la gestión del riesgo, gestión de la información y ambientes de prueba y producción o despliegue dentro del Procedimiento de Gestión de la Información e Inteligencia de Negocio (TI-P-003). Estas falencias afectan la integridad del proceso, la protección de los activos de información y la adecuada administración de los recursos institucionales. • El procedimiento auditado no tiene identificados y gestionados riesgos específicos de acuerdo con sus vulnerabilidades, así como puntos de control que permitan su manejo. • La OTIC no cuenta con controles que le permitan realizar un monitoreo al uso adecuado de los desarrollos y consultas creadas a través del sistema O3.	• Hacer una mayor divulgación del procedimiento para cumplir el objetivo y promover la pluralidad de usuarios funcionales de las distintas dependencias de la SSPD, no solo los misionales, haciendo publicaciones por los medios de comunicación institucionales, protectores de pantalla, comunicados en el Boletín Infórmate y comunicaciones internas. • Establecer los acuerdos de nivel de servicio (ANS), según la metodología de gestión de proyectos adoptada por la OTIC. • Usar una metodología de gestión de proyectos de tecnología en la gestión de soluciones a las necesidades de inteligencia de negocios o desarrollo de aplicaciones, en la cual sean claros los entregables, calidad y tiempo (SCRUM), pues no hay certeza de cuánto se van a tardar o los recursos que se van a usar, y una metodología delimitaría esto. • Configurar la plataforma O3 para exigir la autenticación (registro de usuario y contraseña) a cualquier usuario, interno o externo, que desee crear, guardar o modificar vistas y reglas, con el fin de mitigar el riesgo de saturación del sistema y la creación indiscriminada de vistas por mecanismos automatizados (RPA) o usuarios no autorizados. • Implementar un proceso de mantenimiento programado (ej: trimestral) liderado por la OTIC, cuyo objetivo sea revisar y depurar aquellas vistas y reglas que contengan datos de prueba o información particular (no de interés general), que no hayan sido utilizadas en un período de tiempo definido. Esta medida contribuirá directamente a la fiabilidad de la información publicada y a la seguridad de la plataforma, respondiendo a la preocupación sobre la calidad y el posible riesgo reputacional. • Evaluar el servicio de inteligencia de negocio y desarrollo por fuera del Aplicativo ARANDA, pues obedece a otras necesidades y sus resultados no reflejan la satisfacción del producto entregado en desarrollo del procedimiento (se califica mucho antes de iniciar con la gestión de la solución), con una encuesta de satisfacción que se envía al usuario radicador de la necesidad en el aplicativo ARANDA y el que a la postre puede que no sea quien reciba el desarrollo o la solución a satisfacción.

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

2. INFORMES DE LEY Y SEGUIMIENTOS MÁS RELEVANTES

A diciembre de 2025, los siguientes fueron los aspectos sobresalientes de los informes de ley y seguimiento más relevantes elaborados por la Oficina de Control Interno en esta vigencia.

Tabla 10 – Informes y Seguidimientos Destacados

Informe seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con la CGR con corte a 30 de junio 2025 Radicado 20251400097183	A 30 de junio de 2025 - De acuerdo con el seguimiento efectuado al avance del Plan de Mejoramiento con corte al 30 de junio de 2025, se verificaron las acciones implementadas frente a los 42 hallazgos formulados por la Contraloría General de la República. Como resultado de este ejercicio, la Oficina de Control Interno procedió con el cierre eficaz de 19 hallazgos, lo que equivale a un avance del 45% en la ejecución del Plan. Dichos cierres fueron debidamente registrados en el aplicativo SIRECI, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el ente de control fiscal. - Se considera necesario que los responsables de las acciones de mejora reformulen las actividades actualmente planteadas, conforme a lo dispuesto en la Operación 6 del Procedimiento "Acciones correctivas, preventivas, de mejora y correcciones" (código MI-P-001, versión 3). Esta reformulación deberá estar orientada a atender de manera efectiva la causa raíz del hallazgo, permitiendo así su posterior cierre técnico conforme a los lineamientos institucionales y a los criterios definidos por la CGR. - Tener en cuenta las alertas formuladas por la Oficina de Control Interno, cuya aplicación queda sujeta al análisis y criterio de los líderes de proceso y de la administración. - Cumplir con el cargue oportuno de los soportes requeridos, dentro de los plazos establecidos para cada actividad del plan.
---	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informe de Gestión de Riesgos – Primer cuatrimestre 2025 Radicado 20251400070783	Primer cuatrimestre 2025 Actualización de Riesgos: Se identificó que algunos riesgos de gestión no han sido actualizados, y otros están próximos a vencer. Los riesgos no actualizados y próximos a vencer en el proceso de "Normativa" son de severidad moderada y requieren atención prioritaria. Planes de Tratamiento: De los 143 riesgos identificados, 96 cumplen con criterios para tratamiento con acciones preventivas. Sin embargo, una muestra de 34 riesgos reveló que el 50% carecen de planes de tratamiento activos y actualizados. Muchos planes corresponden a vigencias pasadas (2022-2024), lo que indica falta de seguimiento en 2025. Revisión de la OCI: La OCI ha emitido recomendaciones en varios riesgos en la tabla 2, sobre los planes de tratamiento, señalando deficiencias y ofreciendo recomendaciones específicas. Riesgos de Gestión vs. Corrupción: La mayoría de los riesgos identificados son de corrupción, seguidos por los de gestión y, en menor medida, los de seguridad de la información. - Se continúa con hallazgos y recomendaciones del informe de diciembre de 2024. La segunda línea de defensa debe garantizar el cumplimiento de la política de riesgos y su instructivo, durante la actualización de los mapas de riesgos. Revisión y Actualización de Riesgos: Realizar una revisión exhaustiva y actualización inmediata de todos los riesgos identificados, priorizando aquellos que no han sido actualizados y los que están próximos a vencer, especialmente en el proceso de "Normativa". Actualización de Planes de Tratamiento: Actualizar y activar los planes de tratamiento para los riesgos identificados, asegurando que sean relevantes y aplicables para la vigencia 2025. Prestar atención a las recomendaciones específicas de la OCI. Alerta Temprana - Se identifica una alerta temprana crítica en la gestión de riesgos para el año 2025. Un alarmante 50% de la muestra de 34 riesgos analizados carecen de planes de tratamiento activos o actualizados. Los planes existentes corresponden a vigencias pasadas (2022-2024), indicando una falta de seguimiento y adaptación a las condiciones actuales.
---	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informe Evaluación Sistema de Control Interno Contable vigencia 2024 Radicado 20251400026003	• Fortalecer el control de registros y documentos que se expidan, producto de las decisiones tomadas en las sesiones del Comité de Sostenibilidad Contable, para una oportuna depuración de las partidas presentadas y aprobadas a depurar. • Establecer acciones efectivas tendientes al cumplimiento de los lineamientos para legalización de viáticos y gastos de desplazamiento de los funcionarios y/o contratistas conforme lo establece el numeral 3.8 del instructivo Código GH-I-003 Versión 10 del 24/11/2023, Resolución SSPD No. 20245000063183 de 2024 y artículo 38 de la ley 1952. • Fortalecer los controles internos relacionados con la formulación e identificación de los riesgos relacionados en el Proceso de Gestión Financiera, asegurando que se apliquen las guías para la administración del riesgo y el diseño de controles efectivos y eficientes, conforme a lo establecido en la Metodología de Administración de Riesgos del DAFP. • Revisar con la asesoría de la Oficina de Planeación e Innovación Institucional y el liderazgo de la Dirección Financiera, los riesgos de índole contable, de acuerdo con las alertas preventivas 2024 dadas a conocer en los informes de la Oficina de Control Interno como: Informe de seguimiento a los Riesgos Institucionales 2024 de Corrupción, Gestión, Soborno y seguridad de la información, informes cuatrimestrales de Programa de Transparencia y Ética Institucional 2024 e Informes de auditoría de gestión Contribuciones. • Reformular en el SIGME las ACPM que fueron evaluadas como No Eficaces descritas en las debilidades de este informe y formular acciones efectivas y eficaces que eliminen la causa raíz de las observaciones de los informes de auditorías de la OCI y Hallazgos producto de la Auditoría de la CGR.
---	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informe de Seguimiento al cumplimiento de las medidas de austeridad y eficiencia en el gasto público –Primer y segundo trimestres 2025 – Radicados 20251400073823 20251400098583	I trimestre 2025 • La SSPD reafirma su compromiso con la implementación de medidas orientadas a la racionalización y austeridad del gasto a través de la suscripción e implementación del Plan de Austeridad vigencia 2025. • La Oficina de Control Interno alerta sobre algunos rubros que presentaron incrementos en el primer trimestre 2025 frente al mismo periodo del 2024, como se detalla en la tabla 6 de indicadores y metas y, recomienda dentro del marco definido, efectuar monitoreo a las estrategias administrativas que se establecieron en el plan de austeridad 2025 para contribuir a reducir el gasto público y otras medidas para controlar la deuda y las finanzas en cumplimiento de la política gubernamental. • recomienda a los responsables de cada área del gasto, aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora en aquellos rubros que describen alertas, con el fin de cumplir la meta de ahorro formulada al final de la vigencia, en caso de ser necesario. • Como alerta preventiva la Oficina de Control Interno recomienda revisar la tabla de indicadores y metas de ahorro del Plan de Austeridad 2025, dado que no se evidencia la inclusión del rubro correspondiente a bienes inmuebles. II trimestre 2025 • Se recomienda a los responsables de las áreas ejecutoras del gasto realizar un seguimiento permanente a las estrategias establecidas en el Plan de Austeridad 2025, especialmente frente a los rubros que evidenciaron incrementos durante el segundo trimestre del año, respecto al mismo periodo de 2024. • se insta a seguir aplicando acciones correctivas, preventivas y de mejora en aquellos componentes presupuestales que presentan alertas, con el propósito de garantizar el cumplimiento de la meta de ahorro definida para la vigencia y contribuir a la sostenibilidad fiscal, en concordancia con la política de control del gasto y manejo responsable de la deuda pública. • Como alerta preventiva la Oficina de Control Interno recomienda revisar la tabla de indicadores y metas de ahorro del Plan de Austeridad 2025, dado que no se evidencia la inclusión del rubro correspondiente a bienes inmuebles. • Es importante señalar que la veracidad y calidad de la información proporcionada son responsabilidad de las dependencias correspondientes, y que la implementación de las recomendaciones de la OCI está sujeta a la discrecionalidad de la administración
---	---

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informes seguimiento ejecución presupuestal – corte 31 de diciembre de 2024 y corte 30 de junio de 2025 Radicados 20251400021833 y 20251400098793	A diciembre 2024 • Para la vigencia 2024 la SSPD presenta, del total de la apropiación vigente (Recursos Propios), una ejecución acumulada a nivel de compromisos del 88% y una ejecución real acumulada del 87% frente a las obligaciones, con una ejecución del 89% para gastos de funcionamiento y 70% de ejecución en proyectos en Inversión. • La ejecución presupuestal de ingresos por concepto de recaudo Contribución Especial 2024 y vigencias anteriores - SSPD registra el 92,84%. • Los proyectos de inversión vigencia 2024, presentan una pérdida de apropiación del 28,81%, evidenciándose que 4 de los proyectos impactan considerablemente el porcentaje de ejecución del rubro de inversión. • Fortalecer los controles que ataquen la causa raíz de los Hallazgos descritos por la Contraloría General de la República en materia de las pérdidas de apropiación, constitución y ejecución de Reservas Presupuestales. • Efectuar control y seguimiento a las cuentas por pagar constituidas a 31 de diciembre del 2024 con las obligaciones correspondientes en los contratos y la entrega de bienes y servicios, entre los meses de enero a junio del 2025. Las reservas presupuestales solo podrán utilizarse para cancelar los compromisos que les dieron origen. A junio 2025 • Para el primer semestre vigencia 2025 la SSPD presenta del total de la apropiación vigente (Recursos Propios), una ejecución acumulada a nivel de compromisos del 31% y una ejecución real acumulada del 24% frente a las obligaciones, con una ejecución del 28% para gastos de funcionamiento y 1% de ejecución en proyectos en Inversión. • La ejecución presupuestal de ingresos por concepto de recaudo Contribución Especial 2025 y vigencias anteriores - SSPD registra el 66%. • Se concluye que la entidad presenta debilidades estructurales en la planificación y ejecución de los recursos de inversión, reflejadas en el alto porcentaje de pérdida de apropiación con corte al primer semestre de 2025. Esta situación compromete la eficiencia del gasto público y la consecución de los objetivos trazados en el Plan de Acción Institucional. Asimismo, la baja ejecución observada en varias unidades ejecutoras y la persistencia de reservas presupuestales representa un riesgo fiscal y operativo que debe ser gestionado oportunamente. • Fortalecer los procesos de programación, seguimiento y ejecución presupuestal, priorizando el cierre oportuno de las reservas no ejecutadas y estableciendo controles periódicos que permitan identificar y mitigar de manera preventiva los factores que limitan la utilización eficiente de los recursos públicos asignados. • Toma de decisiones estratégicas por parte de la Alta Dirección. Se recomienda a la Alta Dirección adoptar decisiones e impartir directrices orientadas a alcanzar niveles adecuados de ejecución presupuestal, de acuerdo con el cronograma establecido y el total de recursos programados para la vigencia. Esto con el propósito de dar cumplimiento a los principios presupuestales consagrados en el artículo 12 del Decreto 111 de 1996.
---	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Primer Semestre 2025 Radicado 20251400098803	• El Sistema de Control Interno de la Superservicios, es efectivo, integra todos los componentes del MECI y cuenta con la institucionalidad requerida para su adecuado funcionamiento, conformando una estructura robusta que respalda el logro de la misión y objetivos institucionales. • El Sistema de Control Interno de la SSPD, arroja una calificación de 99% del cumplimiento de los 17 lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para los 5 componentes del MECI (Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, Monitoreo.) • Tomar medidas oportunas para abordar de manera efectiva las causas que generan los hallazgos, No conformidades u observaciones en el proceso de aseguramiento de la Entidad. • Actuar en oportunidad frente a las alertas y recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno respecto de la gestión institucional en la cual pueda materializarse algún riesgo. • Fortalecer la comunicación vertical en el marco de la Estrategia de Comités Primarios de la SSPD, a fin de contribuir al conocimiento y comprensión del referente estratégico de la Entidad y los lineamientos dados por la Alta Dirección para la mejora de la gestión.
--	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informe de Evaluación de la Gestión por Dependencias de la SSPD vigencia 2024 Radicado 20251400025673	• Se evidencia coherencia e idoneidad de los soportes cargados en el Sistema para la formulación y seguimiento de la planeación institucional –SIGGESTION- con las actividades programadas en el plan de acción. • De las 23 dependencias analizadas, 21 (veintiuna) de ellas; equivalente al 91,3% tuvieron un cumplimiento en su plan de acción mayor al 90% • La Superintendencia delegada de Protección al Usuario y gestión en Territorio presentó el menor cumplimiento (70.21%) del plan de acción de la entidad, y de igual manera presentó la menor ejecución (70.15%) de la entidad del presupuesto de funcionamiento asignado. • Frente al presupuesto de inversión las dependencias que registraron menor porcentaje de ejecución son: Dirección Territorial Centro (63.38%), DT Occidente (60,72%), Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional (54,01%), DT Noroccidente (51,08%), Superintendencia delegada para la Protección al Usuario y la Gestión Territorial (35,38%) y Dirección Administrativa (4,39%). • Con relación a la formulación de planes, iniciativas, programas y demás de las Dependencias, es necesario que las acciones determinadas sean claras, cuantificables y que no den espacio a confusas interpretaciones; así como, efectuar monitoreo permanente a las actividades ejecutadas, con el fin de identificar oportunamente los cambios a realizar y lograr los objetivos propuestos. • Prever, en la elaboración de los planes de acción de las dependencias, las situaciones de riesgo cuya materialización puede impedir u obstaculizar su ejecución, definiendo alternativas de manejo que permitan solventar la situación o proceder al ajuste de dichos planes.
---	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SIGGESTION

Informe de seguimiento al reporte y Resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y Modelo Estándar de Control Interno - MECI a través del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG – 2024. Radicado 20251400110063	• En la vigencia 2024 la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios obtuvo una significativa puntuación de 90,5 en el índice de Desempeño Institucional, al presentar un incremento de 6,12 puntos en comparación con la vigencia 2023 y de 9,2 puntos en comparación con la vigencia 2022 • Las dimensiones de Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, mostraron un incremento en seis de las siete dimensiones en referencia al año 2023. • En los resultados por políticas se presentan buenas calificaciones ubicando 12 de las 19 políticas por encima de 90 puntos, 5 por encima de 80 puntos y 2 por debajo de los 80 puntos, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público (75,8) y Racionalización trámites (64,9). • La política con mayor incremento en el puntaje para la vigencia 2024 fue la política de Integridad con 34.5 puntos en referencia a la vigencia 2023 y de 44,8 en relación con la vigencia 2022 destacándose como la de mayor progreso. De igual forma las políticas de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción con un aumento de 12,3 y Gobierno Digital de 11,8 frente a la vigencia 2023. • Para destacar el resultado del índice de Control Interno (ICI) de la SSPD que fue de 95,9 puntos en el MECI de 2024, está 7,5 puntos por encima del promedio de las 233 entidades a nivel nacional que fue de 88,4 y 1,7 arriba del promedio del sector Administrativo de Planeación que fue de 94, puntos al cual pertenece la SSPD. • Los resultados de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI en la entidad presentan una buena calificación por encima de los valores medios de referencia y de los 90 puntos El componente C3: Actividades de control efectivas alcanza la implementación de 100 puntos manteniendo el puntaje de la vigencia 2023. • La evaluación independiente del Sistema de Control Interno para la SSPD que corresponde exclusivamente a la evaluación llevada a cabo por los jefes de Control Interno obtuvo una calificación de 96,1/100, siendo la más alta de las tres vigencias. • Aunque los resultados de las calificaciones de las dimensiones y políticas del MIPG son satisfactorias, las mayores brechas de implementación se presentan en las políticas de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público (75,8) y Racionalización trámites (64,9), para las cuales se recomienda la definición de mesas técnicas de implementación para el cierre de brechas y la articulación entre las políticas que impacten el relacionamiento con la ciudadanía y grupos de interés.
--	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SIGGESTION

Informe de seguimiento al Sistema Único de Gestión e Información de la Actividad Litigiosa del Estado “e-KOGUI” – Segundo Semestre de 2024 Radicado 20251400035963	• Se evidencia una gestión eficiente de la información litigiosa de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. • La Superintendencia de Servicios Públicos cumple con las obligaciones legales establecidas como el registro y actualización de la información litigiosa; además, fomenta la identificación de oportunidades de mejora y la implementación de acciones correctivas para fortalecer la gestión en los procesos judiciales. • La única fuente de información de la entidad para el presente informe es el Sistema Único de Gestión e Información e-KOGUI. • El presente informe se realizó mediante prueba aleatoria de auditoría por parte de la Oficina de Control Interno; la información se extrae del aplicativo e-KOGUI.
--	---

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SIGGESTION

Informe de Ley – Cumplimiento de las Funciones del Comité de Conciliación y Defensa Jurídica 20251400209853	• Durante la vigencia 2025, el Comité de Conciliación y Defensa Jurídica dio cumplimiento sustancial a las funciones previstas en el Decreto 1069 de 2015 y la Ley 678 de 2001, evidenciándose un análisis oportuno, motivado y documentado respecto de la procedencia de las acciones de repetición y de los llamamientos en garantía con fines de repetición, concluyendo de manera técnica la improcedencia de su ejercicio en los casos evaluados. • Se constató que la Entidad cuenta con políticas, directrices y procedimientos internos orientados a la prevención del daño antijurídico y a la defensa jurídica del Estado, los cuales fueron aplicados de manera consistente por el Comité, en concordancia con los lineamientos de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado – ANDJE. • Se identificó una debilidad en el cumplimiento del término interno para la publicación de los acuerdos conciliatorios celebrados ante los agentes del Ministerio Público, en la página web de la entidad. • Se recomienda Implementar acciones de mejora preventiva, tales como listas de chequeo, alertas automáticas o controles en los sistemas de información institucionales, que permitan asegurar la trazabilidad, oportunidad y transparencia en la gestión de los acuerdos conciliatorios, en coherencia con los principios de publicidad y las buenas prácticas promovidas por la ANDJE.
---	---

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

Informe gestión de riesgos 2025 20251400212153	• A nivel operativo y documental (SIGME), la gestión del riesgo a menudo se queda en la fase de formulación teórica, sin una implementación rigurosa de controles y seguimiento que mitiguen las vulnerabilidades reales en la ejecución presupuestal, la seguridad digital y los procesos administrativos misionales. • La respuesta de la Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional evidencia la aceptación de las observaciones formuladas por la Oficina de Control Interno y el compromiso institucional para corregir debilidades estructurales en la gestión de riesgos. Las acciones definidas se orientan a fortalecer la coherencia metodológica, mejorar la calidad de la formulación de riesgos y corregir fallas en el diseño y aprobación de planes de tratamiento, especialmente en materia de riesgos de gestión, daño fiscal y corrupción. • No obstante, la materialización de estas acciones se concentra mayoritariamente en plazos posteriores a la vigencia evaluada, lo que implica que los efectos reales sobre la madurez y efectividad de la gestión de riesgos deberán ser verificados en ejercicios de seguimiento posteriores. En este sentido, el cumplimiento oportuno y la efectiva implementación de las acciones correctivas y de corrección definidas serán determinantes para reducir la exposición al riesgo y fortalecer el rol preventivo del Sistema de Control Interno, así como para orientar la toma de decisiones del CICC con base en resultados verificables. • La materialización reiterada del riesgo asociado a la expedición extemporánea de actos administrativos evidencia una debilidad estructural en la gestión institucional que no ha sido corregida pese a los ajustes realizados en su formulación. Esta situación compromete de manera directa la garantía de los derechos de los usuarios, la confianza ciudadana y la eficacia del Sistema de Control Interno. • Dado su carácter estratégico, su recurrencia en el tiempo y su impacto misional y reputacional, este riesgo requiere la intervención inmediata del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), como instancia competente para definir soluciones estructurales y, de ser necesario, orientar decisiones de asignación de recursos que permitan eliminar las causas que originan su materialización. •
--	--

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

3. ALERTAS PREVENTIVAS

Adicionalmente a los ítems relacionados en el Plan Anual de Auditoría, la Oficina de Control Interno en desarrollo de su rol de enfoque a la prevención emite periódicamente alertas automatizadas y no automatizadas con las que se busca prevenir a la Alta Dirección y líderes de proceso sobre situaciones que generan potencial materialización de los riesgos institucionales y que impactan el cumplimiento de los objetivos trazados por la entidad, así como en el mejoramiento continuo en la Superservicios.

Para la formulación de alertas automatizadas, la OCI utiliza la herramienta de auditoría ACL Analytics (Audit Command Language) con la cual se realizan monitoreos automatizados a temas relevantes para la entidad en los que se generan grandes volúmenes de datos y que pueden ser analizados de manera integral sin acudir a las muestras tradicionales de auditoría.

En tal sentido, a diciembre de 2025 se emitieron 19 alertas, cuyo alcance, naturaleza y contenido se observa a continuación:

Tabla 11 – Alertas Preventivas

TEMA	RADICADO O CORREO	NATURALEZA	FECHA	AREA O PROCESO
Requerimiento AF-SSPD-09-2025CGR Auditoría	Correos electrónicos	No automatizada	07/08/2025 y 08/03/2025	Dependencias SSPD
Comunicaciones (2) de Observaciones 1 y 2 Auditoría financiera CGR.	Correos electrónicos	No automatizada	16/04/2025 y 21/04/2025	Secretaría General Dependencias SSPD
Alerta Preventiva proceso de Selección No. 2504 de 2023 – SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS	20251400070083	No automatizada	16/05/2025	Alta Dirección, Dirección Talento Humano
Inconsistencias Respuesta Requerimiento SSPD - 28-2025	Correo electrónico	No automatizada	08/05/2025	Dirección de Talento Humano
Observación No. 11 – Auditoría Financiera Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios- vigencia 2024.	Correos electrónicos	No automatizada	25/04/2025 y 02/05/2025	Secretaría General, Dirección Financiera
ALERTA PREVENTIVA Auditoría Financiera CGR Oficio SSPD-33-2025 solicitud información programas de gestión	Correos electrónicos	No automatizada	04/06/25	Dirección Técnica de Gestión de Energía
PROBLEMAS DE CARGUE INFORMACIÓN REQUERIMIENTO 32-2025 CGR	Correo electrónico	No automatizada	06/06/25	Dirección Técnica de Gestión de Energía
COMENTARIOS FORMULACIÓN ACPM AC-CT-013	Correo electrónico	No automatizada	26/06/25	Superintendencia Delegada para Energía y Gas
Alerta Preventiva Rendición de Cuentas Vigencia 2024	20251400085523	No automatizada	01/07/2025	Superintendente Delegado para la Protección al Usuario y la Gestión en Territorio
Informe seguimiento ACPM 2023-2024 Auditoría Internas, Informes de Ley y alertas preventivas	20251400099353	No automatizada	01/07/2025	Alta Dirección
Alerta preventiva proceso transferencia de conocimiento	20251400102683	No automatizada	08/08/2025	Dirección Talento Humano, OTIC
Alerta Preventiva Cumplimiento a lo establecido en la Agenda Regulatoria vigencia 2025.	20251400107873	No automatizada	22/08/2025	Alta Dirección
Alerta - Sesiones Comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional	20251400107593	No automatizada	22/08/2025	Secretaría General
Monitoreo Automático Preventivo RUPS - Reporte actualización RUPS corte julio 2025	20251400106993	Automatizada	20/08/2025	Superintendencia Delegada para Energía y Gas

Monitoreo Automático Preventivo RUPS - Reporte actualización RUPS corte agosto 2025	20251400107013	Automatizada	20/08/2025	Superintendencia Delegada para Acueducto, Alcantarillado y Aseo
ALERTA, Cambio líneas Telefónicas Institucionales	20251400114853	No automatizada	11/09/2025	Secretaría General, Oficina Asesora de Comunicaciones
Alerta Preventiva – Estado de atención a requerimientos de mesa de ayuda solicitadas por las Empresas Prestadoras de Servicios – Energía y Gas Combustible. Periodo de revisión 01 de julio 2024 a 31 de julio 2025.	20251400128743	Automatizada	30/09/2025	Superintendencia Delegada para Energía y Gas
Alerta Preventiva – Estado de atención a requerimientos de mesa de ayuda solicitadas por las Empresas Prestadoras de Servicios - Acueducto Alcantarillado y Aseo. Periodo de revisión de 01 julio de 2024 a 31 de julio 2025.	20251400128793	Automatizada	30/09/2025	Superintendencia Delegada para Acueducto, Alcantarillado y Aseo

Fuente: Elaboración propia con registros Plan de acción OCI SISGESTION

De igual manera la OCI continúa realizando el respectivo seguimiento a las alertas generadas en su rol de enfoque hacia la prevención, y desempeñando su rol de asesoramiento a las dependencias realizando talleres de riesgos e indicadores a nivel institucional con el propósito de fortalecer conocimientos y habilidades del personal. Dadas las actuales circunstancias presentadas por la transición del cambio de personal de la entidad.

La Oficina de Control Interno recuerda que de conformidad con el procedimiento MI-P-001 de acciones correctivas, preventivas, de mejora y correcciones de SIGME, frente a las observaciones de las auditorías de gestión e informes de ley y seguimientos, se deben formular acciones correctivas. Así mismo, en relación con las alertas emitidas en relación con el rol de enfoque a la prevención asignado a esta oficina, es recomendable que el líder de proceso realice el análisis y procedencia de las acciones de mejora con el acompañamiento de los profesionales de la OAPII, en los casos en que así lo ameriten.

4. PLAN DE MEJORAMIENTO Y FORMULACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

En el actual Plan de Mejoramiento suscrito entre la Contraloría General de la Nación y las Superservicios, se incluyen 47 hallazgos, distribuidos así:

Gráfica 2 – Hallazgos Plan de Mejoramiento



Ahora bien, a partir de los informes de auditoría antes comentados, los líderes de las unidades auditadas formularon las siguientes acciones correctivas:

5. ASESORAMIENTO Y FOMENTO DE CULTURA DE AUTOCONTROL

5.1 VISITA “SUPERVISIÓN, RIESGOS Y CONTROLES”

La Oficina de Control Interno (OCI) desarrolló la visita “Supervisión, Riesgos y Controles” a las direcciones territoriales ubicadas fuera de Bogotá D.C. (Noroccidente, Nororiente, Occidente, Oriente, Suroccidente y Suroriente), como parte de las actividades de asesoramiento previstas en Plan de Acción 2025 y en desarrollo de su Rol de Enfoque hacia la Prevención.

Estas visitas se originaron a partir de los resultados obtenidos por la Oficina de Control Internos, en las auditorías internas realizadas en los años 2023 y 2024, donde se evidenciaron brechas en el conocimiento institucional relacionadas con los roles de la Superservicios, la comprensión de la Supervisión Basada en Riesgos (SBR), la diferenciación entre riesgos institucionales y riesgos de la prestación del servicio, así como la ausencia de pensamiento sistémico en el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control.

También se identificó la falta de capacitación integral en las direcciones territoriales, situación que se acentuó con el ingreso de nuevo personal, como consecuencia del concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

La visita tuvo como propósito fortalecer la comprensión de los funcionarios sobre el rol trino de la Superservicios (ente generador de norma, ente técnico y ente de supervisión) y promover una visión global e integrada del quehacer institucional, impulsando la articulación entre dependencias y la apropiación de los fundamentos de la SBR y de la gestión del riesgo. Asimismo, buscó facilitar la distinción entre los riesgos propios de la Entidad y aquellos asociados a la prestación de los servicios públicos domiciliarios.

Las actividades desarrolladas incluyeron:

- Socialización sobre los roles institucionales de la Superservicios, destacando los retos asociados a la transición del modelo de Supervisión Basada en Cumplimiento hacia la Supervisión Basada en Riesgos, así como la importancia del pensamiento sistémico.
- Explicación de conceptos esenciales de la Teoría del Riesgo, abordando la naturaleza de los riesgos institucionales y los tipos de controles, mediante presentaciones, videos y espacios de preguntas para aclarar inquietudes.
- Taller práctico de controles, orientado a que los participantes identificaran controles bien formulados y aquellos con falencias, fortaleciendo sus capacidades analíticas frente a la gestión del riesgo.

Como resultado, las visitas permitieron consolidar conocimientos clave en torno a la gestión del riesgo, promover el pensamiento sistémico y reforzar la comprensión institucional de la SBR. Se concluyó que la metodología de trabajo utilizada —socialización y taller— facilitó la participación del equipo y generó aportes significativos para el fortalecimiento de los procesos de inspección, vigilancia y control.

5.2 VISITA “CULTURA DEL CONTROL SUPERSERVICIOS”

La visita “Cultura del Control Superservicios” a las direcciones territoriales ubicadas fuera de Bogotá D.C. (Noroccidente, Nororiente, Occidente, Oriente, Suroccidente y Suroriente), se realizó en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría 2025 y como parte de las actividades de fortalecimiento de la cultura del control institucional.

Esta iniciativa responde al mandato de la Oficina de Control Interno de fomentar el autocontrol y promover una gestión fundamentada en valores, transparencia y mejora continua en todas las dependencias de la Superservicios, en el marco del en el artículo 15, numeral 8 del Decreto 1369 de 2015, por “...el cual se modifica la estructura de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios”.

La actividad fue especialmente relevante debido al ingreso reciente de nuevos funcionarios en la Entidad, como consecuencia del concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del

Servicio Civil, quienes requerían conocer el Sistema de Control Interno, la Estructura de la Entidad y el rol de la OCI en la prevención y gestión del riesgo.

El propósito central de la visita fue fortalecer la cultura del autocontrol y consolidar una comprensión transversal del control como una práctica cotidiana, interiorizada y orientada a la prevención de riesgos, la transparencia y la eficiencia en el servicio público. Igualmente, se buscó sensibilizar a los servidores sobre su papel en el funcionamiento del Sistema de Control Interno (SCI) y en el mantenimiento de los principios de Autocontrol, Autogestión y Autorregulación, en el desempeño de sus empleos.

Las actividades desarrolladas incluyeron:

- Sensibilización sobre cultura del control, promoviendo la comprensión del control como proceso preventivo y continuo para el logro de objetivos institucionales.
- Presentación general del Control Interno, articulando la Séptima Dimensión del MIPG y los componentes del MECI, así como una inducción a la estructura orgánica, el SIGME y asuntos administrativos del servicio público.
- Sesión sobre entendimiento sistémico de la Superservicios, basada en la Teoría General de Sistemas, destacando la misión institucional, la cadena de valor de los servicios supervisados y la relación entre procesos misionales y de apoyo.
- Introducción al Sistema de Control Interno, mediante material audiovisual orientado a resaltar su obligatoriedad, beneficios y el rol fundamental del talento humano en su implementación.
- Talleres pedagógicos ("Quién Quiere Ser el Defensor No. 1" y "Fútbol y Líneas de Defensa"), diseñados para reforzar conocimientos sobre las líneas de defensa, la gestión del riesgo y la responsabilidad de cada servidor en la preservación del SCI.

Como resultado, la visita permitió:

- Fortalecer el conocimiento de los funcionarios sobre la OCI y su función preventiva.
- Impulsar la apropiación del autocontrol como práctica institucional.
- Aportar claridad sobre el modelo de operación de la Superservicios y su SCI.
- Reforzar el entendimiento y la aplicación del Modelo de Líneas de Defensa a través de metodologías lúdicas y participativas.

En conclusión, la visita contribuyó de manera significativa al fortalecimiento de la cultura del control en la Dirección Territorial Oriente, promoviendo la interiorización del autocontrol, el entendimiento del Sistema de Control Interno y la corresponsabilidad de todos los servidores en la gestión del riesgo y la mejora continua de la Entidad.

Registro fotográfico de las visitas realizadas



Fuente: Documentación OCI

5.3 PROBLEMÁTICAS DE LAS DIRECCIONES TERRITORIALES

En las visitas de "Supervisión, Riesgos y Controles" y "Cultura del Control Superservicios", realizadas por la OCI a las direcciones territoriales de la Entidad, la dependencia constató que las problemáticas detectadas en ejercicios de aseguramiento y asesoramiento anteriores, persisten en las áreas visitadas, agravando su situación para el cumplimiento de las funciones a su cargo. Dichas problemáticas son las siguientes:

- Falta de personal para realizar, de manera adecuada, las funciones a cargo de las direcciones territoriales.
- Visitas de las superintendencias delegadas sectoriales sin involucrar a las direcciones territoriales, lo que no les permite a los funcionarios responder sobre el estado de asuntos a cargo de la Superservicios, en los eventos de participación ciudadana, mesas de trabajo y diversos eventos desarrollados en los territorios a su cargo.
- Falta de apoyo técnico.
- Falta de capacitación en temas misionales.

Se destaca la decisión de la Directora Territorial Nororiente, Dra. Pachola Andrea Baro ~~Sfor~~, de incentivar la participación activa del equipo humano de la dependencia en todas las actividades de capacitación y/o transferencia de conocimiento que se realicen, incluida la visita de la OCI, bajando la meta diaria de trámites a atender con el objeto de contribuir a la disminución de la curva de aprendizaje de los funcionarios a su cargo y previendo la dispersión de la atención de los mismos, dadas las necesidades de cumplimiento de sus compromisos laborales.

También se destaca la importancia dada por la Directora Territorial Noroccidente, su enlace de calidad y el equipo humano de la dependencia, a los registros y documentación de las actividades a su cargo y en las que participan, lo cual no solo constituye una buena práctica, sino que además facilita el reporte de cumplimiento de los procesos a cargo de la dependencia y la evaluación del desempeño de los funcionarios.

Se destaca el compromiso de los directores territoriales y sus equipos de trabajo para cumplir con las funciones a su cargo, a pesar de las problemáticas recurrentes.

Finalmente y a partir de las visitas, la OCI recomienda a la Administración asegurar la autorización oportuna de las comisiones de servicios y los recursos necesarios, con el fin de evitar la acumulación de actividades en el último bimestre del año y optimizar la participación y aprovechamiento de estas iniciativas.

Además, es necesario revisar el protocolo de ingreso a la sede de la Dirección Territorial Suroccidente ya que resulta excesivo pues obliga a los funcionarios a bajar del tercer piso al primero para recibir a cada usuario que visite las dependencias hacia el lugar donde son atendidos, es necesario revisar este protocolo.

Las direcciones territoriales sugieren lo siguiente:

- Que se asignen usuarios de cronos a todos los funcionarios nuevos.
- Que se vuelva a la contratación a destajo para incentivar el aumento en la atención de trámites, devolviendo la contratación a las direcciones territoriales, lo cual fue probado en el pasado y permitió disminuir rezago.
- Que les asignen recursos para contratar más personal y poder cumplir sus funciones.
- Que la Oficina Asesora Jurídica los visite compartiendo los fallos adversos relacionados con los actos administrativos emitidos por las direcciones territoriales y la doctrina de la Superservicios sobre aspectos relevantes del régimen de los servicios públicos.
- Que se les brinde capacitación, presencial, de alta calidad en relación con el régimen de los servicios públicos.
- Que la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Gestión en Territorio los capacite sobre las funciones de inspección, vigilancia y control que les han sido asignadas normativamente, con la explicación del diligenciamiento de los formatos o documentos requeridos para el efecto.
- Que la Administración permita la reubicación de algunos funcionarios de las direcciones territoriales que desean volver a su lugar de origen, después de cumplido el período de prueba.

- Que se revisen los protocolos de ingreso a la Dirección Territorial Suroccidente, pues cada vez que un usuario llega a la Entidad, un funcionario debe bajar a la portería del Edificio a acompañar el ingreso del mismo, lo que genera retrasos en la atención de usuarios.
- Elaborar un estudio de cargas, aplicable de manera equitativa a todas las territoriales, para establecer las metas de proyectistas y revisores, roles requeridos en la gestión de trámites a cargo de las direcciones territoriales, en los que no solamente se tengan en cuenta variables como el nivel del empleo, complejidad, diferencia entre trámite de rezago y vigencia, tiempo de dedicación y ajuste cuando la tarea se combina con otras actividades requeridas por necesidades del servicio, etc.

5.4 JORNADA CULTURA DEL CONTROL SUPERSERVICIOS

En la sede CIVIS, y con la presencia de los funcionarios nuevos de las dependencias cuyas oficinas se encuentran en dicha sede, incluida la Dirección Territorial Centro, la OCI, realizó la "Jornada Cultura del Control Superservicios", la cual fue presencial y se llevó a cabo el 21 de octubre de 2025.

Esta jornada tuvo como finalidad realizar una sensibilización acerca de "El sistema de control interno y sus generalidades", en la cual se abordaron temas como su propósito, componentes, actores, beneficios, esquemas de líneas de defensa y, en especial, sobre la Cultura del Control en la Entidad.

Lo anterior, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 15, Numeral 8 del Decreto 1369 de 2020, por *"...el cual se modifica la estructura de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios"*, que incluye dentro de las funciones de la Oficina de Control interno la de fomentar *"...la cultura del autocontrol que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional"*.

Cordialmente,



JUAN JOSÉ PEDRAZA VARGAS
Jefe Oficina de Control Interno

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

Proyectó: Cesar Miguel Tobo Tobos – Contratista OCI
Revisó: Andrea Castro Torres – Profesional OCI
Aprobó: Juan José Pedraza Vargas – Jefe OCI