



INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN 20261400117633

Bogotá D.C., 08/07/2026 13:40:01

PARA FABIO ANDRÉS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

DEIZITH YADIRA DÍAZ BOHÓRQUEZ
Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

DE JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO Informe Auditoría de Gestión — Proceso de Comunicaciones

Estimados:

La Oficina de Control Interno, OCI, de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, SSPD, en cumplimiento al Plan Anual de Auditoría vigencia 2026 y con el fin de evaluar la eficacia, eficiencia y cumplimiento normativo del Proceso de Comunicaciones, ha verificado la adecuada planeación, ejecución y control de las actividades de divulgación institucional, así como la gestión de riesgos asociados a la imagen y reputación de la Superservicios.

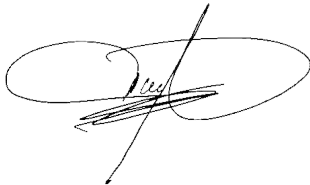
El resultado de la evaluación se evidencia en el presente informe de auditoría, el cual se remite para su conocimiento con el objetivo de fortalecer la gestión institucional y el proceso de toma de decisiones en la entidad con la adopción de las medidas a que haya lugar.

Vale la pena mencionar que el 3 de julio de 2026, tras concluir la sesión de aclaración del informe preliminar y al no existir comentarios adicionales, esta Oficina de Control Interno solicitó el cierre de la auditoría, a lo cual la parte auditada otorgó su aprobación.

Como resultado de la auditoría se generaron cinco (05) observaciones respecto de las cuales deberán formularse las acciones correctivas, preventivas y/o correcciones, de acuerdo con el Procedimiento MI-P-001 del Sistema Integrado de Gestión y Mejora, SIGME, por parte de las unidades auditadas y la Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional, OAPII.

La OCI continuará con su labor de seguimiento y asesoría permanente, propendiendo por el mejoramiento continuo en los procesos o unidades auditables de la entidad, en aras de consolidar una gestión institucional exitosa.

Cordialmente,



JUAN JOSÉ PEDRAZA VARGAS
Jefe Oficina de Control Interno

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

Anexo: Informe de final de auditoría.

Proyectó: Andrés Mauricio Cruz Vargas – Contratista OCI
Viviana Lugo Rodríguez – Profesional especializado
María del Pilar Oliveros – Profesional especializado
Andrea Castro Torres – Contratista OCI

Revisó: Juan José Pedraza Vargas – Jefe OCI
Aprobó: Juan José Pedraza Vargas – Jefe OCI

Tabla de Contenido

1. DATOS GENERALES	4
2. CONTINGENCIAS	4
3. METODOLOGÍA	5
4. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA	5
4.1. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE COMUNICACIÓN	5
4.2. GESTIÓN DE DIVULGACIÓN INSTITUCIONAL	7
4.3. PRODUCCIÓN DE PIEZAS DE COMUNICACIÓN	11
4.4. MANEJO DE CRISIS Y MONITOREO DE REDES SOCIALES	15
4.5. ADMINISTRACIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN	17
4.6. GESTIÓN DE RIESGOS	19
5. CONCLUSIONES	21
6. RECOMENDACIONES E INVITACIÓN A LA MEJORA	21

1. DATOS GENERALES

Proceso o Actividad Auditada:	Proceso de Comunicaciones — Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC)
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Fabio Andrés Rodríguez Rodríguez — Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
Objetivo General de la Auditoría:	Evaluar la eficacia, eficiencia y cumplimiento normativo del Proceso de Comunicaciones, verificando la adecuada planeación, ejecución y control de las actividades de divulgación institucional, así como la gestión de riesgos asociados a la imagen y reputación de la Superservicios.
Objetivos Específicos de la Auditoría:	1. Evaluar la implementación del Plan Estratégico de Comunicación 2025-2026 y su alineación con el MIPG, asegurando que las acciones de divulgación institucional contribuyan al posicionamiento de la entidad. 2. Revisar la aplicación de los manuales institucionales: - Manual de Identidad Visual (CO-M-002) - Manual de Divulgación Institucional (CO-M-003) - Manual de Manejo de Crisis de Imagen (CO-M-004) 3. Determinar la eficacia de los canales de comunicación internos y externos. 4. Identificar riesgos de imagen, reputación y seguridad de la información asociados al proceso. 5. Emitir recomendaciones para el fortalecimiento del control interno y la mejora continua.
Alcance de la Auditoría:	La auditoría abarca la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Comunicaciones en la entidad: - Actividades de planeación, ejecución y seguimiento del Proceso de Comunicaciones. - Canales de comunicación institucional (portal web, SUI, redes sociales, boletines, carteleros digitales, comunicados de prensa). - Procedimientos de divulgación (CO-P-005). - Estrategias de manejo de crisis de imagen. - Cumplimiento de la Ley 2345 de 2023 (Chao Marcas) y Resolución MinTIC 1519 de 2020 (accesibilidad web).
Tipo de Auditoría:	Mixta (Presencia y remota)
Tipo de Informe:	Informe Final

Auditor Líder	Equipo Auditor
Andrés Mauricio Cruz Vargas	María del Pilar Oliveros A. Viviana Lugo Rodríguez Andrea Castro Torres

Reunión de Apertura						Reunión de Cierre					
Día	17	Mes	03	Año	2026	Día	03	Mes	07	Año	2026

2. CONTINGENCIAS

En el marco de la auditoría de gestión al proceso de Comunicaciones, la Oficina de Control Interno (OCI) formalizó el requerimiento inicial de información el 27 de marzo de 2026, en estricto cumplimiento del Plan Individual de Auditoría registrado en el sistema SIGME. No obstante, el desarrollo de la fase de ejecución se vio severamente afectado por la reiterada dilación en la entrega de soportes por parte del área auditada.

Esta situación se materializó a través de sucesivas solicitudes de ampliación de plazos: una primera prórroga otorgada para los días 8 y 16 de abril (sustentada en el periodo de Semana Santa), y un segundo requerimiento para los días 22 y 30 de abril. Ante este escenario, y con el fin de salvaguardar la trazabilidad del proceso, la jefatura de la OCI fijó como límite perentorio el 28 de abril.

A pesar de las flexibilizaciones concedidas por esta Oficina para garantizar la calidad del ejercicio, el área auditada incurrió en una entrega extemporánea de las evidencias. Esta conducta materializó el riesgo de planificación denominado "Incumplimiento en la entrega oportuna de la información por parte de los auditados", provocando una alteración directa y negativa en el cronograma de auditoría. Como consecuencia, se retrasaron los tiempos institucionales para la consolidación, revisión y entrega del informe final, impactando la oportunidad de la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.

3. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno solicitó a la Oficina de Comunicaciones la información relacionada con personal, monitoreo de medios y redes sociales, gestión de crisis de imagen, vocería institucional, comunicación interna y productos del plan de acción.

Para la obtención de evidencia suficiente y pertinente, se aplicaron procedimientos de auditoría consistentes en entrevistas, mesas de trabajo con responsables de procesos, pruebas de recorrido y revisión documental. Asimismo, se contrastó la información suministrada por el área auditada con registros en sistemas institucionales, plataformas externas y comunicaciones internas, con el fin de verificar su trazabilidad, consistencia y alineación con los objetivos de la auditoría.

4. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

4.1. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE COMUNICACIÓN

4.1.1. Estrategias de comunicación por grupos de interés

El objetivo de esta revisión fue verificar la existencia de estrategias diferenciadas por grupos de interés, evaluando si la entidad cuenta con lineamientos y diagnósticos que permitan segmentar las comunicaciones institucionales de acuerdo con las necesidades específicas de cada grupo de valor.

Se revisaron documentos internos y la estrategia de comunicación institucional vigente. Como resultado, esta Oficina evidenció que las comunicaciones emplean un lenguaje claro y adaptan su enfoque según el canal o público objetivo. No obstante, la gestión se mantiene de manera general bajo las categorías de comunicación interna y externa, sin estrategias diferenciadas o segmentadas formalmente por grupos de interés.

Asimismo, no se logró evidenciar un diagnóstico estructurado de necesidades de información ni lineamientos documentados que permitan definir estrategias específicas de comunicación para los distintos grupos de interés. Esta situación refleja una oportunidad de mejora en la planeación estratégica, dado que la ausencia de segmentación limita la capacidad de la entidad para atender de manera focalizada las expectativas de sus audiencias y gestionar de forma más eficaz los riesgos asociados a la imagen y reputación institucional.

4.1.2. Cumplimiento de la Directiva Presidencial 006 de 2024

Se verificó el cumplimiento del numeral 2.1 de la Directiva Presidencial 06 de 2024, que establece la obligación de remitir el Plan de Comunicaciones de la entidad a través de la plataforma SAMI (Sistema de Administración de Mensajes Institucionales) antes del 29 de febrero de cada vigencia, para conocimiento y aprobación de la Secretaría para las Comunicaciones y Prensa de la Presidencia de la República.

Durante la auditoría, no se evidenció el registro de envío del Plan de Comunicaciones de la vigencia 2025 ni de la vigencia 2026 a través de la plataforma SAMI en los plazos establecidos por la norma vigente. Esta situación constituye incumplimiento de la obligación establecida en la directiva que derogó y sustituyó la Directiva 03 de 2023.

4.1.3. Medición y reporte de avances del Plan Estratégico de Comunicaciones

En el marco de la auditoría al Proceso de Comunicaciones, se realizó entrevista con funcionarios delegados de la Oficina Asesora de Comunicaciones y se revisó la documentación orientada a validar la medición y el reporte de avances del Plan Estratégico de Comunicaciones. El objetivo de esta actividad fue verificar la oportunidad y el seguimiento al cumplimiento del plan, asegurando que los resultados se registren y divulguen conforme a los lineamientos institucionales.

Para ello, se contrastaron los lineamientos establecidos en el Plan Estratégico de Comunicaciones con el Manual de Divulgación Institucional, los cuales disponen que el seguimiento y la medición de resultados deben realizarse mediante un tablero de control con periodicidad semestral.

Sin embargo, durante la auditoría se evidenció que el último reporte publicado corresponde únicamente al primer semestre de 2023, lo que refleja una omisión en la actualización y publicación de los avances posteriores, afectando la trazabilidad y el cumplimiento de los lineamientos establecidos.

De acuerdo con los numerales anteriores, esta Oficina de Control Interno formula la siguiente observación:

Observación No. 1 - Gestión Estratégica y Cumplimiento Normativo Presidencial

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
1	Se detectó un incumplimiento sistémico en la planeación y reporte estratégico: ausencia de estrategias diferenciadas por grupos de interés (numeral 4.1.1), omisión del envío del Plan Estratégico de Comunicaciones 2025 y 2026 en la plataforma SAMI (numeral 4.1.2), y retraso de cinco periodos semestrales consecutivos en el tablero de control de SIGME (numeral 4.1.3).	Directiva Presidencial 06 de 2024: • Numeral 2: Lineamientos para la definición de la estrategia institucional de comunicaciones, objetivos y contenidos de las entidades - Las entidades deben definir su estrategia de comunicaciones bajo la coordinación de la Secretaría para las Comunicaciones y Prensa, incluyendo objetivos y contenidos diferenciados. • Numeral 2.1: Presentación del plan de comunicaciones - antes del 29 de febrero de cada vigencia, las entidades deben remitir su plan de comunicaciones a través	Inexistencia de alertas de control interno, falta de un diagnóstico formal de necesidades de información y ausencia de un responsable asignado para supervisar el ciclo ante la Presidencia	Riesgo de inadecuada gestión de expectativas ciudadanas y de prestadores. Potencial afectación a los indicadores de rendición de cuentas diferenciada exigida a entidades de vigilancia nacional. Debilidades en el seguimiento al cumplimiento de obligaciones derivadas de directivas presidenciales. Incumplimiento de lineamientos internos y de las obligaciones

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
		de la plataforma SAMI, diligenciando todas las variables del formato adjunto a la directiva. • Numeral 3: Remisión a DNP de los informes trimestrales de ejecución del plan en las fechas establecidas para su consolidación. Manual de Divulgación Institucional (CO-M-003): dispone publicación de resultados en módulo SIGME dentro de los dos meses siguientes al cierre de cada semestre.		de seguimiento establecidas en la Directiva Presidencial 06 de 2024. Riesgo de traslado del particular a la OCI por parte de la Secretaría para las Comunicaciones y Prensa, conforme al numeral 3 de la directiva.

De conformidad con lo anterior, esta Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones:

- Elaborar un diagnóstico formal de necesidades de información por grupos de interés y diseñar estrategias segmentadas de comunicación, documentadas y alineadas con el Plan Estratégico de Comunicaciones y con los lineamientos de la Directiva Presidencial 06 de 2024.
- Designar un responsable del ciclo de cumplimiento de la Directiva Presidencial 06 de 2024, establecer un calendario de obligaciones que incluya la presentación del plan antes del 29 de febrero, la gestión de campañas y piezas a través de SAMI, y la presentación de los informes trimestrales en las fechas establecidas. Adicionalmente, se recomienda verificar la habilitación del acceso de la entidad a la plataforma SAMI y gestionar de inmediato la presentación de los planes atrasados.
- Activar el tablero de control semestral existente, designar un responsable con funciones explícitas de carga y actualización de reportes en SIGME, y recuperar los períodos atrasados. Adicionalmente, se recomienda articular este seguimiento interno con la obligación de informes trimestrales al DNP para que se consolide el informe del sector ante la Secretaría para las Comunicaciones y Prensa, conforme al numeral 3 de la Directiva 06 de 2024.

4.2. GESTIÓN DE DIVULGACIÓN INSTITUCIONAL

4.2.1. Controles para la autorización de publicaciones en canales institucionales

Con el propósito de evaluar la trazabilidad y seguridad en la gestión de comunicaciones, se verificaron los controles orientados a identificar al personal autorizado para solicitar publicaciones en los diferentes canales institucionales. La revisión incluyó entrevista con la Oficina Asesora de Comunicaciones y análisis de la información suministrada por el área auditada.

Se evidenció que la Oficina Asesora de Comunicaciones implementó acciones orientadas a la actualización de la lista de enlaces institucionales, incluyendo la solicitud de validación de la información a los jefes y

directores de las dependencias durante el mes de enero. Sin embargo, debido al bajo nivel de respuesta por parte de las dependencias, el proceso no pudo concluirse, por lo que se observó que la entidad no dispone de un listado de enlaces institucionales debidamente actualizados.

Esta situación refleja una debilidad en la formalización de los mecanismos de control y en la trazabilidad de las solicitudes de publicación.

4.2.2. Gestión del portal web institucional

Durante la prueba de recorrido con la asistencia de los funcionarios de la Oficina Asesora de Comunicaciones se verificó la gestión del portal web institucional, con el objetivo de evaluar la actualización y seguimiento de la información publicada en sus módulos. La dependencia informó que es responsable de la administración del portal y que dispone de un cuadro consolidado que relaciona los temas publicados y las dependencias responsables de su contenido, el cual se presenta en el Comité de Gestión Institucional para que cada área gestione las actualizaciones correspondientes.

Sin embargo, esta Oficina evidenció una situación que afecta la eficacia del proceso, dado que no se obtuvo evidencia que permitiera verificar la presentación y seguimiento de esta información en dicho comité, ni se identificaron mecanismos periódicos de control que aseguren la actualización oportuna por parte de las dependencias responsables.

Como resultado, se constató la permanencia de algunos contenidos desactualizados en el portal institucional, entre ellos:

- El enlace del mapa del sitio web, sin acceso al contenido.
- El directorio de contratistas, con última actualización del 12 de diciembre de 2024.
- La estrategia para la gestión de conflicto de intereses, correspondiente a la vigencia 2022
- El módulo de evaluación del desempeño, con información hasta el primer semestre de 2025.
- El Esquema de Publicación, con fecha de actualización del 30 de junio de 2024.

4.2.3.Verificación de controles en la divulgación de contenidos digitales

Mediante la revisión documental y la verificación de trazabilidad de una muestra aleatoria de cincuenta (50) registros correspondientes a las vigencias 2025 y enero - febrero 2026, se evaluó la efectividad de los controles operativos y el cumplimiento de lineamientos internos en la gestión de divulgación en los canales virtuales.

La actividad se ejecutó bajo los parámetros del formato CO-F-009 Control de divulgación en medios de comunicación digitales, con el objetivo de constatar la trazabilidad de los correos autorizados, el esquema de publicación web, el flujo formal de aprobaciones por los líderes de cada dependencia y el cumplimiento del término de ocho (8) horas hábiles para la divulgación de contenidos, conforme al procedimiento de Divulgación Institucional P-005.

La muestra fue distribuida en los canales Portal Web (15), Medios Internos (14), Redes Sociales (12), SUI (6), Comunicados de Prensa (1) y Otro (2), sobre los cuales se presenta la siguiente tabla:

Tabla 1 - Controles de divulgación de contenidos

Canal de comunicación	Estatus Revisión					TOTAL
	Cumple	Sin aprobaciones	Sin evidencia	Sin traza completa	Superan el tiempo	
Comunicados de prensa	1					1
Medios Internos	5		5	4		14

Canal de comunicación	Estatus Revisión					TOTAL
	Cumple	Sin aprobaciones	Sin evidencia	Sin traza completa	Superan el tiempo	
Otro	2					2
Redes Sociales	6	2	3	1		12
SUI	3	1	2			6
Web	8	3		1	3	15
TOTAL	25	6	10	6	3	50
	50%	12%	20%	12%	6%	100%

Fuente: Elaboración OCI según evidencias obtenidas

De acuerdo con la tabla, se identifica que, de los cincuenta (50) registros revisados, veinticinco (25) cumplen con la totalidad de los requisitos establecidos: solicitud por canales autorizados, trazabilidad de aprobación, confirmación de publicación y cumplimiento de tiempos. Este cumplimiento refleja un nivel aceptable de aplicación de los controles establecidos, correspondiente al 50% de la muestra.

De otro lado, la revisión efectuada evidenció una situación que afecta la eficacia del proceso, dado que en los veinticinco (25) registros restantes (equivalentes al 50% de la muestra) se identificaron inconsistencias en la trazabilidad y en la evidencia documental, distribuidas de la siguiente manera:

- **Ausencia de evidencia:** Diez (10) registros, equivalentes al 20% de la muestra, no cuentan con soporte documental de la divulgación. Esta situación afecta a los canales: Medios Internos (5), Redes Sociales (3) y SUI (2).
- **Ausencia de aprobación formal:** Seis (6) registros, equivalentes al 12% de la muestra, no evidencian la aprobación previa de piezas gráficas, banners, comunicados o contenidos. Los canales afectados son: Web (3), Redes Sociales (2) y SUI (1).
- **Trazabilidad incompleta:** En seis (6) registros, equivalentes al 12% de la muestra, el correo electrónico no contiene la traza documental completa desde la solicitud hasta la publicación final con los actores autorizados. Esta situación afecta a los canales: Medios Internos (4), Web (1) y Redes Sociales (1).
- **Incumplimiento de tiempos:** Tres (3) registros, equivalentes al 6% de la muestra, correspondientes al canal Web, superaron el límite máximo establecido de ocho (8) horas hábiles para la divulgación, efectuándose entre 3 y 10 días hábiles posteriores al recibo de la solicitud.

Como resultado de lo anterior, se constató que las inconsistencias detectadas impactan directamente la confiabilidad y trazabilidad del proceso de divulgación digital, generando riesgos de incumplimiento normativo, pérdida de transparencia y afectación de la percepción institucional frente a los grupos de interés.

De acuerdo con los numerales anteriores, esta Oficina de Control Interno formula la siguiente observación:

Observación No. 2 - Debilidades en Controles Operativos de Divulgación y Accesibilidad Web

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
2	El proceso operativo de publicaciones digitales no garantiza su validez ni oportunidad (numeral 4.2.1 y 4.2.3); el 50% de la muestra de solicitudes revisada presentó desviaciones (falta de soportes, piezas sin aprobación y demoras de hasta 10 días) (numeral 4.2.3); de igual forma, persisten múltiples módulos críticos desactualizados en el portal institucional (directorío, conflicto de intereses, evaluación del desempeño y enlaces rotos) (numeral 4.2.2).	Manual de Divulgación Institucional (CO-M-003), literal h: establece que las solicitudes de publicación en el portal web deben ser enviadas por los directivos de cada dependencia, coordinadores de grupo y/o personas autorizadas. Resolución MinTIC 1519 de 2020 (accesibilidad y actualización web) Procedimiento de Divulgación P-005, actividad 2: Tiempo de divulgación máximo de 8 horas y actividad 4 - Revisar y aprobar los contenidos y piezas a comunicar	Falta de seguimiento a los enlaces por dependencias, baja respuesta interna en las convocatorias de actualización y fallas de la OAC en el control operativo del portal web	Riesgo de publicaciones realizadas por personal no autorizado, afectando la trazabilidad del proceso y la validez de la información institucional. Potencial incumplimiento de los flujos de aprobación establecidos en la Directiva Presidencial 06 de 2024 para la gestión de campañas y piezas de comunicación. Desinformación a usuarios internos y externos. Potencial afectación de los resultados en evaluaciones de transparencia (FURAG, índice ITA). Riesgo reputacional para la entidad.

De conformidad con lo anterior, esta Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones:

- Establecer un mecanismo formal de reporte obligatorio de enlaces por dependencia, con plazo definido y respaldo mediante acto administrativo o circular interna, y designar un responsable del mantenimiento y custodia de la lista actualizada.
- Implementar controles periódicos de actualización de los contenidos del portal web institucional y evidenciar su seguimiento en el Comité de Gestión Institucional, asegurando la vigencia de la información publicada y fortaleciendo la confiabilidad y transparencia en la gestión institucional.
- Establecer un mecanismo que permita medir y gestionar el ciclo de evaluación periódica sobre las estrategias de comunicación ejecutadas, evaluando el nivel de apropiación del Plan Estratégico de Comunicaciones. Lo anterior, con el fin de generar insumos oportunos para la toma de decisiones, la mejora continua del proceso y la optimización de la contribución del proceso de comunicaciones a la estrategia de la entidad.
- Formalizar y estandarizar la matriz de planeación anual de comunicaciones como un instrumento de seguimiento, control y mitigación de riesgos operativos para las comunicaciones programadas y a demanda. Este mecanismo debe definir de manera explícita los responsables de su ejecución, la periodicidad de su actualización y su disposición en los repositorios institucionales autorizados para garantizar su trazabilidad.

4.3. PRODUCCIÓN DE PIEZAS DE COMUNICACIÓN

4.3.1. Aplicación del Manual de Identidad Visual

Durante la auditoría se evidenció que el Manual de Identidad Visual (CO-M-002) cuenta con soportes de su socialización inicial, registrados entre las páginas 35 y 37 del documento, lo que demuestra la implementación de acciones orientadas a divulgar las directrices institucionales para el adecuado uso de la identidad visual al interior de la entidad.

Con el fin de verificar el nivel de apropiación y aplicación de dichas directrices por parte de los servidores y colaboradores, esta Oficina realizó la revisión documental correspondiente y aplicó una encuesta institucional, como mecanismo para evaluar la efectividad de las acciones de socialización adelantadas y el grado de conocimiento sobre los lineamientos establecidos en el Manual de Identidad Visual.

- **Firma de Correo electrónico:** Durante la revisión realizada por esta Oficina de los correos institucionales se verificó el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el apartado “Formato firma digital” del Manual de Identidad Visual (CO-M-002). Este análisis permitió identificar inconsistencias en el uso de las firmas, tales como la ausencia del logo institucional, la utilización de formatos diferentes al establecido y la falta de firma en algunos casos.

Se evidenció, que el logo utilizado en las firmas no corresponde al definido en el manual, y que existe una discrepancia normativa respecto al tipo de letra: mientras el Manual de Identidad establece el uso de la fuente Verdana para mailings y documentos Office, el Instructivo CO-I-001 V3 sobre documentos en lenguaje claro y accesibilidad web indica la fuente Arial 12. Esta falta de uniformidad genera confusión en la aplicación de los lineamientos y afecta la coherencia de la imagen institucional.

- **Revisión de presentaciones institucionales (power point):** Al revisar las presentaciones institucionales se constató que algunos lineamientos del Instructivo para la Elaboración de Documentos en Lenguaje Claro y con Accesibilidad no están siendo aplicados de manera uniforme. Se observaron variaciones en el tamaño de fuente, alineación del texto y uso de elementos gráficos, así como inconsistencias en la tipografía empleada.

El análisis permitió identificar que, mientras el instructivo establece criterios generales, la plantilla CO-F-006 y el archivo “Recomendaciones Comunicaciones” refieren el uso de la fuente Verdana, en concordancia con el Manual de Identidad Visual. Esta situación ha derivado en la utilización de tipografías diversas (Arial, Verdana, Roboto) y en la aplicación incorrecta del logotipo institucional en algunas presentaciones, lo que afecta la uniformidad y la coherencia de la comunicación visual.

A continuación, se hace referencia de algunas presentaciones con inconsistencias:

Tabla 2 - Muestra detectada presentaciones

DEPENDENCIA	FECHA SOCIALIZACIÓN	TEMA	OBSERVACIONES OCI
Talento Humano	26/01/2026	Presentaciones Inducción	Logo de Superservicios utilizado corresponde a uso incorrecto según CO-M-002 V3.1.
Talento Humano	02/02/2026	Capacitación Evaluación del Desempeño Laboral - de prueba	Uso mixto de fuentes Arial y Verdana en la misma presentación.
Gestión Documental	09/02/2026	Cronos Básico	Tabla de contenido y páginas 7, 8 y 12 en Arial; resto en Verdana. Texto justificado en lugar de alineado a la izquierda.

DEPENDENCIA	FECHA SOCIALIZACIÓN	TEMA	OBSERVACIONES OCI
Gestión Documental	11/02/2026	Cronos Intermedio	Fuente Arial; texto justificado en lugar de alineado a la izquierda según lineamientos.
OAPII	17/02/2026	Presentación Riesgos 2026	Uso de Verdana, Arial y Roboto en diferentes diapositivas de la misma presentación.

Fuente: Elaboración OCI según evidencias obtenidas

- **Comunicados sección Sala de Prensa/Noticias página web institucional:** La revisión documental evidenció que seis (6) comunicados publicados en la sección Sala de Prensa/Noticias del portal institucional no cumplen plenamente con la estructura definida en el formato CO-F-007 V13. Se identificaron omisiones recurrentes como la ausencia del número de comunicado antes del título, la falta de fecha en la posición establecida, la no inclusión de iniciales del responsable, la omisión de la palabra “FIN” y la ausencia del texto final con los datos de contacto institucional.

La verificación realizada mostró que estas inconsistencias generan falta de trazabilidad y afectan la estandarización de los comunicados oficiales, lo que puede impactar la transparencia y la percepción ciudadana frente a la entidad.

Tabla 3 - Comunicados sección Sala de Prensa/Noticias página web institucional

No. Comunicado	FECHA	LINK	OBSERVACIONES OCI
8	06/03/2025	https://www.superservicios.gov.co/Sala-de-prensa/noticias/superservicios-nombro-diana-bustamante-como-nueva-agente-interventora-para-air-e	Antes del título debe aparecer el número de comunicado, la fecha no aparece después del título de acuerdo al formato, no aparece ni las iniciales de quien lo elaboró ni la Palabra FIN, tampoco aparece el texto final: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios Dirección: Carrera 18 No. 84-35, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+571) 601 691 3005 Línea Gratuita: (+57) 01 8000 910305
21	05/06/2025	https://www.superservicios.gov.co/Sala-de-prensa/noticias/superservicios-anuncia-proyectos-e-inversiones-para-mejorar-la-prestacion-de-los-servicios-de-acueducto-y-alcantarillado-en-santa-marta	
38	11/06/2025	https://www.superservicios.gov.co/Sala-de-prensa/noticias/un-ano-de-la-intervencion-de-air-e-la-superservicios-ha-garantizado-la-prestacion-del-servicio-de-energia-los-14-millones-de-usuarios	
52	26/11/2025	https://www.superservicios.gov.co/Sala-de-prensa/noticias/superservicios-realiza-evaluaciones-integrales-empresas-del-sector-electrico	

No. Comunicado	FECHA	LINK	OBSERVACIONES OCI
1	09/01/2026	https://www.superservicios.gov.co/Sala-de-prensa/noticias/superservicios-realiza-visita-tecnica-y-de-seguimiento-emdupar	
13	24/02/2026	https://www.superservicios.gov.co/Sala-de-prensa/noticias/superservicios-requiere-generadores-hidroelectricos-para-supervisar-su-gestion	

Fuente: Elaboración OCI según evidencias obtenidas

- **Encuesta aplicada:** Como resultado de la encuesta realizada por esta Oficina a un total de 83 encuestados (funcionarios y contratistas de la entidad), se resaltan los siguientes aspectos:

Tabla 4 - Muestra encuesta

Los resultados de la encuesta evidencian que el 95 % de los encuestados considera que los productos comunicacionales cumplen con los estándares de calidad esperados. No obstante, esta percepción contrasta con el hecho de que el 76 % manifestó no conocer o no haber recibido la socialización del Manual de Identidad Visual, documento que establece los lineamientos institucionales para el diseño y elaboración de las piezas de comunicación.

Esta situación evidencia una inconsistencia entre la percepción de calidad de los productos y el conocimiento de los criterios técnicos que orientan su elaboración. En consecuencia, se identifica una oportunidad de fortalecimiento en la socialización y apropiación del Manual de Identidad Visual, con el fin de promover la aplicación homogénea de los lineamientos institucionales, asegurar la estandarización de los productos comunicacionales y reducir el riesgo de inconsistencias en la identidad visual y en la imagen institucional.

De acuerdo con los numerales anteriores, esta Oficina de Control Interno formula la siguiente observación:

Observación No. 3 - Debilidades en el control y gobernanza de la Imagen e Identidad Visual Institucional

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
3	Se evidenciaron debilidades en la aplicación uniforme de los lineamientos del Manual de Identidad Visual CO-M-002 V3.1 y en su articulación con otros documentos institucionales: (a) firmas de correo electrónico sin logo	Directiva Presidencial 06 de 2024, numeral 1: las entidades deben adoptar y aplicar el Manual de Identidad Visual adjunto a la directiva	Debilidades en los mecanismos de seguimiento y supervisión al cumplimiento de los lineamientos de identidad institucional	Incumplimiento de los lineamientos institucionales de identidad visual y comunicación, generando inconsistencias en la imagen institucional y

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
	institucional o con formato incorrecto; (b) contradicción entre CO-M-002 (fuente Verdana) e Instructivo CO-I-001 V3 (fuente Arial 12), generando uso de tipografías diversas en presentaciones (Arial, Verdana, Roboto); (c) seis comunicados en la Sala de Prensa sin cumplir la estructura de CO-F-007 V13; (d) el 24% de los encuestados no recibió socialización del manual.	Manual de Identidad Visual CO-M-002 V3.1 de Superservicios: uso correcto de símbolos institucionales bajo supervisión de la OAC. Instructivo CO-I-001 V3 sobre lenguaje claro y accesibilidad web. Formato CO-F-007 V13: estructura de comunicados institucionales.	Insuficiente socialización y apropiación de los lineamientos por parte de los servidores y colaboradores de la Entidad Falta de armonización entre documentos institucionales que regulan aspectos relacionados con la identidad visual	en las comunicaciones oficiales, con potencial afectación de la reputación, credibilidad, reconocimiento y confianza de los grupos de valor y demás partes interesadas.

De conformidad con lo anterior, esta Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones:

- Unificar criterios entre los documentos normativos, actualizar las directrices de firma digital, garantizar la socialización y realizar seguimiento de manera que se asegure la aplicación uniforme de la identidad visual en las comunicaciones electrónicas.
- Consolidar un instructivo único para presentaciones institucionales, armonizando los criterios de tipografía, alineación y uso de logo, y asegurando su difusión entre las dependencias. Con ello se mitigan riesgos de interpretación y se fortalecerá la aplicación uniforme de la identidad visual.
- Revisar la pertinencia de actualización del formato CO-F-007 V13 o reforzar la aplicación del mismo formato CO-F-007 V13 en todos los comunicados institucionales, asegurando que se incluyan los elementos obligatorios y que se conserve evidencia documental de su cumplimiento. Esto permitirá garantizar la uniformidad, la trazabilidad y la confiabilidad de la información divulgada en la Sala de Prensa.

4.4. MANEJO DE CRISIS Y MONITOREO DE REDES SOCIALES

4.4.1. Manejo de Crisis de Imagen

En el marco de la mesa técnica realizada con la Oficina Asesora de Comunicaciones, se evaluó la gestión de crisis conforme al Manual CO-M-004 V5, el cual constituye el mecanismo preventivo y reactivo para salvaguardar la reputación de la Superintendencia ante situaciones de alto impacto. Este marco normativo prescribe la conformación de un "Equipo de Crisis" y la definición de una estrategia comunicativa formal, categorizada en niveles (leve, moderada y grave), para garantizar una respuesta coherente y estructurada.

No obstante, en el ejercicio de las pruebas de recorrido y la entrevista realizada el 21 de mayo de 2026, se ha identificado una brecha operativa entre el diseño del manual y su implementación real. Actualmente, la atención de eventos extraordinarios presenta una alta dependencia de la gestión discrecional de la jefatura, observándose que la activación de protocolos de crisis no sigue necesariamente el esquema de comité de crisis previsto, sino que se diluye en el flujo operativo diario. Si bien el monitoreo de medios ha evolucionado hacia informes más técnicos, persiste una subjetividad en la determinación de qué constituye una crisis y en

la priorización de las acciones de respuesta, lo cual resta sistematicidad a la protección del activo reputacional de la entidad.

Para fortalecer este proceso, resulta imperativo que la entidad transite de un modelo de gestión reactiva basada en criterios individuales, hacia uno fundamentado en los lineamientos técnicos del manual. Esto requiere, prioritariamente, la formalización de los criterios de activación del comité de crisis, la estandarización de las líneas discursivas para las categorías de crisis y la integración efectiva de los grupos de reacción inmediata con la oficina de comunicaciones. La madurez del proceso dependerá de que la "estrategia de crisis" no sea un documento de consulta, sino un protocolo ejecutable que asegure respuestas institucionales unificadas, técnicas y oportunas, mitigando así la exposición al riesgo reputacional.

4.4.2. Monitoreo preventivo y gestión reactiva en redes sociales

Con el objetivo de evaluar la oportunidad y efectividad en la atención de los mensajes recibidos a través de las redes sociales institucionales, se realizó entrevista a los funcionarios de la Oficina Asesora de Comunicaciones, una revisión de la información suministrada y prueba de recorrido. Se indicó que la entidad dispone de un banco de respuestas genéricas para orientar las interacciones en redes sociales. Asimismo, que cuando las solicitudes corresponden a asuntos de competencia de la entidad, estas se direccionan hacia los canales oficiales de atención. Sin embargo, se evidenció que la entidad no da respuesta directa a los mensajes recibidos en redes sociales, no genera trazabilidad de la atención ni registro formal de las solicitudes.

Adicionalmente, el 9 de junio se realizó reunión con la Delegada de Protección al Usuario, quien informó que no están recibiendo, a través del correo electrónico sspd@superservicios.gov.co, los requerimientos ciudadanos identificados en redes sociales.

Asimismo se realizó la revisión de una muestra a criterio del auditor de comentarios en redes sociales, de las cuales se observaron comentarios críticos sobre la integridad y misionalidad de la entidad (ej. cuestionamientos sobre transparencia (regulatoria) o quejas operativas críticas (ej. usuarios sin servicio por más de tres meses) son desestimados o redireccionados de forma automatizada, omitiendo el análisis del riesgo reputacional y la intervención directa de las delegaturas responsables, contraviniendo el mandato de "Monitoreo preventivo" y "Gestión reactiva".

Lo anterior, va en contravía según lo estipulado en el numeral "Monitoreo preventivo" (pág. 11) obliga a la entidad a realizar un sondeo y escucha permanente de redes sociales para identificar focos emergentes de descontento. Asimismo, el numeral "Gestión reactiva - Crisis Leve" (pág. 12) exige una intervención directa ante señales de inconformidad.

De acuerdo con los numerales anteriores, esta Oficina de Control Interno formula la siguiente observación:

Observación No. 4 - Gestión de Crisis y Atención Ciudadana Desarticulada en Redes

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
4	Se evidenció una alta dependencia discrecional de la jefatura para atender crisis institucionales sin activar de forma oficial el "Equipo de Crisis" multidisciplinario (numeral 4.4.1). En paralelo, las interacciones críticas de los ciudadanos en redes sociales (quejas por falta de servicio o corrupción) no	Plan Estratégico de Directiva Presidencial 06 de 2024, numeral 3: los ministerios y entidades deben remitir informes trimestrales de ejecución del plan en las fechas establecidas. Plan Estratégico de Comunicaciones de la	Cultura organizacional centralizada y falta de formalización de flujos de decisión colegiados. Alta dependencia de la disponibilidad jerárquica directa. Ausencia de lineamientos y	Vulnerabilidad operativa: Ante la ausencia del jefe, el sistema de activación de crisis pierde efectividad, dejando a la entidad sin capacidad de respuesta técnica coordinada.

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
	reciben intervención directa, se desestiman o se delegan a respuestas automatizadas sin generar traza ni articularse con la Delegada de Protección al Usuario (numeral 4.4.2).	entidad, numeral 5.7 (tablero de seguimiento): establece control semestral. Manual de Manejo de Crisis CO-M-004 V5, página 10 (Equipo de Crisis): establece la conformación de un grupo multidisciplinario para analizar causas y definir estrategias ante situaciones de crisis. Procedimiento de Divulgación Institucional CO-P-005, actividad 7: gestión de redes sociales y respuestas. Manual de Divulgación Institucional (CO-M-003), redes sociales, literal b, lineamientos generales para respuestas. Manual de Servicio al Ciudadano MI-F-007 V.3, apartado Redes Sociales, numeral 5.1.3. Manual de Manejo de Crisis CO-M-004 V5, página 11 (Monitoreo preventivo) y página 12 (Gestión reactiva — Crisis Leve): exige intervención directa de las dependencias ante señales de inconformidad.	controles que definan el tratamiento, seguimiento y respuesta de los mensajes recibidos por medio de las redes sociales institucionales, así como la articulación entre los responsables de la gestión de redes y las dependencias competentes para atender los requerimientos ciudadanos. Ausencia de un protocolo de "Triage para redes sociales" o clasificación técnica de mensajes en redes sociales. Enfoque predominante en la respuesta automatizada frente a la estratégica.	Incumplimiento de los lineamientos institucionales para la gestión de las redes sociales, que afecta la oportunidad en la atención de las solicitudes ciudadanas y limita la capacidad de la Entidad para detectar de manera temprana comentarios o situaciones que puedan evolucionar en una crisis reputacional

De conformidad con lo anterior, esta Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones:

- Aplicar los protocolos formales de respuesta definidos en el Manual de Servicio al Ciudadano MI-F-007 V.3, para los mensajes recibidos en redes sociales institucionales y articular su gestión con las dependencias competentes, garantizando atención oportuna, trazabilidad y coherencia con los canales oficiales de la entidad
- Formalizar un "Protocolo de Triage para Redes Sociales" que vincule la Tabla 1 del Manual de manejo de crisis CO-M-004 con la gestión diaria de comentarios. Este protocolo deberá asegurar que toda señal de inconformidad que cuestione la integridad misional o evidencien fallas operativas reiteradas, sea escalada formalmente a las delegaturas competentes, abandonando el modelo de respuesta automatizada por uno de intervención institucional.

4.5. ADMINISTRACIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN

4.5.1. Página Web Institucional

Durante el ejercicio de las pruebas de recorrido del 21 de mayo de 2026 con el administrador del portal web institucional, esta Oficina con el fin de validar la administración de los canales de comunicación alineados con el cumplimiento de las políticas de gestión de usuarios, constató un total de 35 usuarios activos con diferentes discrepancias, las cuales se resumen a continuación:

Tabla 5 - Usuarios Página Web Institucional

ESTADO DEL USUARIO	ROL PRINCIPAL	CANTIDAD USUARIOS	OBSERVACIÓN OCI
Activo	Administrador	14	Varios con más de 3 años de vinculación. Algunos sin vínculo contractual activo con la entidad.
Activo	Usuario demo / prueba	6	Cuentas de prueba con accesos esporádicos y se encuentran en ambientes productivos
Activo	Usuario estándar	12	Varias cuentas con accesos recientes y otras con más de 1 año de acceso.
Activo	Mixto (admin/usuario)	4	Cuentas sin acceso en meses; permanecen en la base sin depuración.

Fuente: Elaboración OCI según evidencias obtenidas

De acuerdo con lo anterior, esta Oficina de Control Interno formula la siguiente observación:

Observación No. 5 - Deficiencias en el control, custodia y gestión de los activos de información del proceso (OTIC)

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
5	Se evidenció la falta de depuración y control en el acceso al portal institucional. Durante las pruebas de recorrido, se identificaron 35 usuarios activos con discrepancias: 14 administradores (algunos sin vinculación actual o inactivos por >3 años), 6 cuentas de "demo/prueba" operando en el ambiente productivo, 12 usuarios estándar (algunos inactivos)	Manual de Políticas SIGME (Código DE-M-004, Versión 10): • Numeral 5.13 (d y e): La OTIC debe realizar la inactivación de cuentas según las novedades administrativas y verificar que las cuentas de personas desvinculadas sean desactivadas. • Numeral 5.13 (j): Obligación de realizar mantenimiento y depuración de cuentas con inactividad superior a	• Debilidad en los procesos de comunicación entre las áreas de gestión humana/contratación y la OTIC para el reporte oportuno de retiros. • Ausencia de revisiones periódicas programadas (auditorías de cuentas) sobre los perfiles activos en el portal. • Gestión de la configuración del portal sin un protocolo estandarizado de limpieza de cuentas (depuración).	• Seguridad: Aumento de la superficie de ataque; las cuentas inactivas son blancos prioritarios para el secuestro de credenciales. • Integridad: Riesgo de alteraciones no autorizadas en el portal institucional por parte de terceros con accesos vigentes pero desvinculados. • Cumplimiento: Incumplimiento de las políticas de seguridad y privacidad de la información, exponiendo a la entidad a sanciones por gestión deficiente de accesos.

ID	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
	por >1 año) y 4 usuarios mixtos sin acceso en meses.	3 meses.		

De conformidad con lo anterior, esta Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones:

- La Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC) no delegue la seguridad exclusivamente en la gestión centralizada del Directorio Activo (AD). Por el contrario, esta debe implementar un mecanismo de seguridad en capas (Defense in Depth), el cual consiste en:
 - a) Desactivación Doble Capa: Toda cuenta debe ser desactivada simultáneamente en el Directorio Activo y en el Portal de Administración Web del portal institucional.
 - b) La desactivación en el portal web debe funcionar como una capa de seguridad adicional que blinde el sistema ante eventuales errores de sincronización, fallos en el Directorio Activo o escaladas de privilegios no autorizadas.
 - c) Se debe ejecutar una revisión técnica y manual del 100% de los usuarios activos en el portal web conforme la periodicidad definida, cruzando esta base con la nominal y el reporte de contratistas vigentes, procediendo con la eliminación inmediata de toda cuenta de prueba o demo que se encuentre en ambiente productivo.

4.5.2. Administración y gestión de redes sociales

Durante las pruebas de recorrido realizadas, esta Oficina verificó la administración de las cuentas institucionales en redes sociales, con el propósito de evaluar la efectividad de los controles de seguridad implementados y constatar la adecuada gestión de estos canales de comunicación oficial. El análisis permitió identificar que las cuentas utilizadas para la difusión de información institucional cuentan con un mecanismo de respaldo consistente en una cuenta secundaria, destinada a atender eventualidades, cuyo acceso está restringido exclusivamente a los equipos de la entidad. Esta práctica refuerza los esquemas de seguridad y disminuye la exposición a riesgos externos, contribuyendo a la continuidad operativa y a la confianza en la administración de los recursos digitales.

La revisión efectuada evidenció que en la gestión de redes sociales se emplea la herramienta de pago “Metricool”, financiada directamente por el Community Manager para el desarrollo de sus funciones. Si bien esta práctica contribuye a optimizar la administración y el seguimiento de las cuentas institucionales, refleja una dependencia de recursos externos no contemplados en el presupuesto oficial, lo que puede generar riesgos asociados a la sostenibilidad del servicio, la continuidad operativa y la transparencia en la gestión de medios digitales.

En seguimiento a esta situación, se escaló a la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (OTIC) para verificar si existía conocimiento, autorización o aprobación de seguridad en el uso de la herramienta. En respuesta, el área indicó: *“Desde OTIC manejamos los controles de licencias y seguridad, restringiendo aquellos sitios web que comprometen la integridad o seguridad de los datos institucionales. Si la herramienta en cuestión no se encuentra bloqueada, es posible que no represente una amenaza directa a estos aspectos, sin embargo, es necesario mantener una cultura de autocontrol y prevención.”*

Debido a que diariamente surgen nuevos aplicativos y sitios web, la recomendación es que siempre se solicite un visto bueno o consulta preliminar ante la OTIC mediante un Caso en la mesa de servicio (Aranda) antes de adoptar nuevas herramientas. Esto nos permite validar previamente si cumplen con los requisitos de seguridad y licenciamiento, evitando riesgos innecesarios para la entidad.”

4.6. GESTIÓN DE RIESGOS

La auditoría empleó las siguientes técnicas: (1) Verificación documental: análisis del mapa de riesgos del Proceso de Comunicaciones y procedimientos CO-P-005 y CO-PR-001, corte 26 de marzo de 2026. (2) Contratación normativa: confrontación de cada atributo de los tres riesgos y sus controles con la Guía DAFP v7-2025 (tablas 4, 5, 6 y 7; numerales 3.1, 3.3, 3.4, 3.9, 3.10, 3.11, 6.2.2; figura 21). (3) Análisis cuantitativo: recalculation de eficiencia de controles y riesgo residual bajo escenarios corregidos. (4) Rastreo: verificación de coherencia entre frecuencia declarada y descripción operativa de los controles. (5) Entrevista remota con el responsable del proceso.

La evaluación cubrió los cuatro pasos metodológicos de la Guía DAFP v7-2025 para cada uno de los tres riesgos, generando las siguientes recomendaciones que se consolidan a continuación:

Tabla 6 - Identificación, evaluación y seguimiento de los riesgos de la comunicación institucional

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
R1-R2-R3 CRÍTIC A	Los tres riesgos incluyen causas en la descripción del evento. R1: «a causa de debilidades en los filtros de verificación»; R2: «por debilidades en la planificación, coordinación y control»; R3: «por debilidades en los procesos de validación, revisión y control de calidad».	Guía DAFP v7-2025, numeral 3.4: la descripción del riesgo debe expresar únicamente el evento no deseado y su consecuencia probable. Las causas se registran en campo separado.	Ausencia de acompañamiento técnico durante la elaboración del mapa. Falta de diferenciación entre los atributos del riesgo al momento de su construcción.	Pérdida de trazabilidad entre evento, causa y control. Dificulta el diseño de controles orientados a las causas reales y la formulación de planes de mejora pertinentes.
R1-R3 CRÍTIC A	El impacto inherente de R1 y R3 se califica en nivel LEVE (1), siendo la SSPD una entidad de vigilancia nacional cuyos comunicados llegan a millones de usuarios, empresas prestadoras y medios de comunicación en todo el país. La subvaloración es de cuatro niveles.	Guía DAFP v7-2025, Tabla 5: nivel CATASTRÓFICO cuando la afectación reputacional tiene efecto publicitario sostenido de alcance nacional. Decreto 1499/2017 — MIPG: el mapa debe reflejar valoraciones técnicamente fundamentadas en el contexto real de la entidad.	La calificación del impacto no incorporó el análisis del contexto institucional ni el alcance nacional de las comunicaciones de la SSPD como superintendencia regulatoria.	Riesgo residual artificialmente bajo. Corregido el impacto a CATASTRÓFICO, la zona residual de R1 y R3 asciende de BAJA a ALTA, haciendo técnicamente inadmisibles la opción de tratamiento ACEPTAR registrada en el mapa.
R3-C3 CRÍTIC A	El Control 3 de R3 (monitoreo sistemático de medios y gestión de contenidos negativos) está tipificado como PREVENTIVO cuando su naturaleza es DETECTIVA: actúa después de la divulgación, no antes. Genera sobrevaluación de 10 puntos porcentuales en eficiencia (25% registrado vs. 15% real).	Guía DAFP v7-2025, Tabla 6 y numeral 3.10: los controles preventivos (25%) actúan antes del evento; los detectivos (15%) actúan después. La figura 20 ilustra la cadena de valor del proceso como referente de tipificación.	El atributo «tipo» no fue verificado contra la cadena de valor del proceso. El control fue clasificado según su propósito declarado sin analizar el momento de actuación respecto al evento.	Zona residual de R3 registrada como BAJA cuando la zona corregida es ALTA (con impacto CATASTRÓFICO y eficiencia ajustada a 15%). La opción de tratamiento ACEPTAR pierde sustento técnico.
R1-C2 ALTA	El Control 2 de R1 (monitoreo continuo de medios masivos y gestión de respuesta) está	Guía DAFP v7-2025, Tabla 6: la implementación automática (25%) exige	El atributo de implementación fue diligenciado sin verificar si la	Cálculo incorrecto del riesgo residual de R1. Probabilidad residual sobrevaluada en

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
	marcado como de implementación AUTOMÁTICA cuando es ejecutado manualmente por periodistas de la OAC. Genera sobrevaluación de 10 puntos en eficiencia (40% registrado vs. 30% real).	ejecución por sistemas sin intervención humana; la manual (15%) implica actuación de personas. El criterio es la naturaleza de la ejecución, no el medio de registro.	ejecución real del control requiere intervención humana. Posible confusión entre el medio de registro digital y la ejecución manual.	aproximadamente 3 puntos porcentuales respecto al valor real con implementación manual.
R1-R2-R3 MEDIA	En los cinco controles de los tres riesgos, la evidencia se clasifica como «registro manual» cuando los medios descritos son correos electrónicos, registros de portal web, boletines digitales y piezas comunicativas digitales, todos de naturaleza electrónica.	Guía DAFP v7-2025, Tabla 7: los correos electrónicos, plataformas digitales y registros de sistemas de información son evidencia electrónica, no manual.	El atributo de evidencia se diligenció de forma uniforme («registro manual») sin analizar la naturaleza real de cada medio descrito en los controles.	Subestimación de la calidad de la evidencia disponible y posible desalineación con los criterios de trazabilidad frente a revisores externos o auditorías de segundo nivel.
R2-R3 ALTA	La frecuencia de la actividad declarada en R2 y R3 (24–500 veces/año) es inconsistente con la descripción de los controles que operan «de manera permanente» (frecuencia diaria), lo que podría ubicar la probabilidad en nivel ALTO (>500 veces/año) conforme a la Tabla 4.	Guía DAFP v7-2025, Tabla 4: la probabilidad inherente es el número real de veces que se ejecuta la actividad generadora del riesgo en el año. Debe haber coherencia entre la frecuencia declarada y la naturaleza operativa real.	La frecuencia no fue validada con la primera línea de defensa. La declaración de controles que operan permanentemente no fue contrastada con la frecuencia del riesgo en el mapa.	Si la probabilidad asciende a ALTA, la zona residual de R2 pasa de BAJA a MODERADA y la de R3 podría alcanzar ALTA/EXTREMA bajo escenario de impacto CATASTRÓFICO, haciendo insostenible la opción ACEPTAR.
R1-R2-R3 ALTA	Ninguno de los controles de los tres riesgos actúa sobre el eje de impacto. La totalidad del portafolio de controles es preventiva o detectiva. No existe ningún control correctivo estructurado (protocolo de crisis, plan de contingencia reputacional) que reduzca el impacto residual una vez materializado el riesgo.	Guía DAFP v7-2025, numeral 3.11 y Figura 21: solo los controles correctivos reducen el impacto residual. Sin controles correctivos, el impacto residual es igual al inherente, independientemente de los controles preventivos y detectivos existentes.	El diseño de controles se orientó exclusivamente a la prevención y detección. No se evaluó la necesidad de mecanismos de respuesta ante la materialización del riesgo.	Ante una materialización, la entidad no cuenta con un mecanismo estructurado para gestionar el daño reputacional. El impacto residual permanece igual al inherente en los tres riesgos.

5. CONCLUSIONES

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

- La auditoría evidenció debilidades en la segmentación de estrategias de comunicación, el cumplimiento de directrices presidenciales, el seguimiento al Plan Estratégico de Comunicaciones, la gestión de redes sociales, la actualización del portal institucional y las desviaciones en el cumplimiento del procedimiento de divulgación en Medios de Comunicación Digitales (Vigencias 2025 - 2026). Estas situaciones generan riesgos reputacionales, de transparencia y de efectividad en la gestión del proceso de comunicaciones.

- La Oficina de Control Interno recomienda fortalecer los mecanismos de planeación, seguimiento y control, alineando las estrategias de comunicación con los objetivos institucionales y garantizando la trazabilidad de las acciones.
- La auditoría evidenció que la Entidad cuenta con lineamientos y herramientas para la gestión de las comunicaciones y la identidad institucional; sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la armonización documental, la divulgación, la supervisión y el seguimiento a su aplicación.
- Se observaron debilidades en la implementación uniforme de los lineamientos de identidad institucional y en la gestión de algunas interacciones ciudadanas a través de redes sociales, aspectos que podrían generar riesgos reputacionales y afectar la percepción de la Entidad por parte de los grupos de valor.
- Aunque los indicadores del proceso de comunicaciones presentaron niveles de cumplimiento satisfactorios durante la vigencia evaluada, no se evidenciaron mecanismos de medición orientados a evaluar el cumplimiento de los lineamientos de identidad institucional ni la efectividad de las actividades de supervisión asignadas a la Oficina Asesora de Comunicaciones.
- Se considera pertinente fortalecer los mecanismos de control, seguimiento y mejora continua del proceso, con el fin de garantizar la aplicación consistente de la identidad institucional, la adecuada atención de las interacciones ciudadanas y la mitigación de riesgos asociados a la imagen y reputación de la Entidad.
- La evaluación integral de los riesgos R1, R2 y R3 del Proceso de Comunicaciones de la SSPD evidenció la existencia de fallas metodológicas de carácter sistemático que comprometen la confiabilidad del mapa de riesgos como instrumento de gestión. De las siete observaciones formuladas, tres son de criticidad CRÍTICA y afectan transversalmente los tres riesgos: (i) mezcla de evento y causas en la descripción (OB-01), (ii) subvaloración de cuatro niveles en el impacto inherente de R1 y R3 (OB-02), y (iii) tipificación incorrecta del Control 3 de R3 (OB-03).
- La consecuencia más grave es que el riesgo residual de R3, y potencialmente de R1, está artificialmente bajo: corregidos el impacto y la tipología del control, la zona residual de R3 asciende de BAJA a ALTA, tornando técnicamente inadmisibles las opciones de tratamiento ACEPTAR. Adicionalmente, la ausencia total de controles correctivos (OB-07) implica que, ante la materialización de cualquiera de los tres riesgos, la entidad no cuenta con un mecanismo estructurado de respuesta que reduzca el daño reputacional. La OCI concluye que el mapa de riesgos del Proceso de Comunicaciones requiere actualización integral en el próximo ciclo SIGRIP, con acompañamiento metodológico de la segunda línea de defensa.
- La auditoría evidenció debilidades en la segmentación de estrategias de comunicación, el cumplimiento de directrices presidenciales, el seguimiento al Plan Estratégico de Comunicaciones, la gestión de redes sociales, la actualización del portal institucional y las desviaciones en el cumplimiento del procedimiento de divulgación en Medios de Comunicación Digitales (Vigencias 2025 - 2026). Estas situaciones generan riesgos reputacionales, de transparencia y de efectividad en la gestión del proceso de comunicaciones.
- La Oficina de Control Interno recomienda fortalecer los mecanismos de planeación, seguimiento y control, alineando las estrategias de comunicación con los objetivos institucionales y garantizando la trazabilidad de las acciones.
- La auditoría evidenció que la Entidad cuenta con lineamientos y herramientas para la gestión de las comunicaciones y la identidad institucional; sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la armonización documental, la divulgación, la supervisión y el seguimiento a su aplicación.
- Se observaron debilidades en la implementación uniforme de los lineamientos de identidad institucional y en la gestión de algunas interacciones ciudadanas a través de redes sociales, aspectos que podrían generar riesgos reputacionales y afectar la percepción de la Entidad por parte de los grupos de valor.
- Aunque los indicadores del proceso de comunicaciones presentaron niveles de cumplimiento satisfactorios durante la vigencia evaluada, no se evidenciaron mecanismos de medición orientados a evaluar el cumplimiento de los lineamientos de identidad institucional ni la efectividad de las actividades de supervisión asignadas a la Oficina Asesora de Comunicaciones.

- Se considera pertinente fortalecer los mecanismos de control, seguimiento y mejora continua del proceso, con el fin de garantizar la aplicación consistente de la identidad institucional, la adecuada atención de las interacciones ciudadanas y la mitigación de riesgos asociados a la imagen y reputación de la Entidad.
- La evaluación integral de los riesgos R1, R2 y R3 del Proceso de Comunicaciones de la SSPD evidenció la existencia de fallas metodológicas de carácter sistemático que comprometen la confiabilidad del mapa de riesgos como instrumento de gestión. De las siete observaciones formuladas, tres son de criticidad CRÍTICA y afectan transversalmente los tres riesgos: (i) mezcla de evento y causas en la descripción (OB-01), (ii) subvaloración de cuatro niveles en el impacto inherente de R1 y R3 (OB-02), y (iii) tipificación incorrecta del Control 3 de R3 (OB-03).

La consecuencia más grave es que el riesgo residual de R3, y potencialmente de R1, está artificialmente bajo: corregidos el impacto y la tipología del control, la zona residual de R3 asciende de BAJA a ALTA, tornando técnicamente inadmisibles la opción de tratamiento ACEPTAR. Adicionalmente, la ausencia total de controles correctivos (OB-07) implica que, ante la materialización de cualquiera de los tres riesgos, la entidad no cuenta con un mecanismo estructurado de respuesta que reduzca el daño reputacional. La OCI concluye que el mapa de riesgos del Proceso de Comunicaciones requiere actualización integral en el próximo ciclo SIGRIP, con acompañamiento metodológico de la segunda línea de defensa.

6. RECOMENDACIONES E INVITACIÓN A LA MEJORA

- La Oficina de Control Interno recomienda establecer un mecanismo que permita medir y gestionar el ciclo de evaluación periódica sobre las estrategias de comunicación ejecutadas, evaluando el nivel de apropiación del Plan Estratégico de Comunicaciones. Lo anterior, con el fin de generar insumos oportunos para la toma de decisiones, la mejora continua del proceso y la optimización de la contribución del proceso de comunicaciones a la estrategia de la entidad.
- La Oficina de Control Interno recomienda formalizar y estandarizar la matriz de planeación anual de comunicaciones como un instrumento de seguimiento, control y mitigación de riesgos operativos para las comunicaciones programadas y a demanda. Este mecanismo debe definir de manera explícita los responsables de su ejecución, la periodicidad de su actualización y su disposición en los repositorios institucionales autorizados para garantizar su trazabilidad.
- La Oficina de Control Interno recomienda a la Oficina Asesora de Comunicaciones que, en articulación con la SPDPUGT, evalúe la suficiencia y pertenencia de los elementos de imagen institucional suministrados a las Direcciones Territoriales, considerando las necesidades operativas y de visibilidad identificadas en cada región, con el propósito de que los territoriales cuenten con el material suficiente para garantizar un uso homogéneo de la identidad institucional en los diferentes espacios de interacción con la ciudadanía y los grupos de valor.
- evaluar alternativas que contribuyan a fortalecer la capacidad operativa de la Oficina Asesora de Comunicaciones para el acompañamiento a las Direcciones Territoriales, tales como la vinculación de pasantes o practicantes de programas académicos relacionados con Comunicación Social, Comunicación Organizacional o áreas afines. Lo anterior, con el propósito de apoyar la cobertura y divulgación de las actividades desarrolladas en territorio, especialmente aquellas relacionadas con jornadas de control social, espacios de participación ciudadana, interacción con vocales de control y prestadores de servicios públicos, contribuyendo al fortalecimiento de la presencia institucional y al posicionamiento de la imagen de la Entidad en las regiones.
- La Oficina de Control Interno recomienda a la Oficina Asesora de Comunicaciones evaluar la inclusión de indicadores y mecanismos de seguimiento dentro del proceso de comunicaciones que permitan medir y monitorear el cumplimiento de los lineamientos de imagen institucional por parte de las dependencias de la entidad, en concordancia con su función de supervisión establecida en el Manual de Identidad Institucional. Lo anterior contribuirá a generar información objetiva para la toma de decisiones, identificar oportunidades de mejora, implementar acciones preventivas y correctivas cuando corresponda, y fortalecer la aplicación uniforme de la identidad visual institucional en los diferentes canales y productos de comunicación de la entidad.

- Reformular la descripción de los tres riesgos (R1, R2 y R3) de manera que el campo de descripción exprese únicamente el evento no deseado y su consecuencia potencial, trasladando los elementos causales actualmente incluidos al campo de causas correspondiente, conforme al numeral 3.4 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 de 2025 (DAFP).
- Revisar y ajustar la calificación del impacto inherente de los riesgos R1 y R3 a la luz del alcance nacional de las comunicaciones de la SSPD y de los criterios establecidos en la Tabla 5 de la Guía DAFP v7-2025, documentando técnicamente la justificación de la calificación adoptada en la política de gestión de riesgos de la entidad.
- Corregir la tipología del Control 3 del riesgo R3, reclasificándolo de Preventivo a Detectivo, y ajustar el peso de eficiencia de 25% a 15%, recalculando la zona de riesgo residual con los valores corregidos, de conformidad con la Tabla 6 y el numeral 3.10 de la Guía DAFP v7-2025.
- Corregir el atributo de implementación del Control 2 del riesgo R1, reclasificándolo de Automático a Manual, y ajustar el peso de eficiencia de 40% a 30%, actualizando el cálculo del riesgo residual correspondiente, conforme a la Tabla 6 de la Guía DAFP v7-2025.
- Corregir el atributo de evidencia de los cinco controles declarados en los tres riesgos, reclasificándolos de registro manual a registro electrónico, en tanto los medios descritos —correos electrónicos, registros de portal web, boletines y piezas comunicativas digitales— corresponden a esa naturaleza según la Tabla 7 de la Guía DAFP v7-2025.
- Verificar con el equipo operativo de la OAC la frecuencia real de la actividad de monitoreo de medios y ajustar la calificación de probabilidad inherente de los riesgos R2 y R3 garantizando coherencia entre la frecuencia declarada en el mapa y la operación efectiva de los controles, conforme a la Tabla 4 de la Guía DAFP v7-2025.
- Revisar la descripción del evento del riesgo R1 Integridad para que corresponda con la definición de riesgo de corrupción por fraude establecida en el numeral 6.2.2 de la Guía DAFP v7-2025, diferenciándolo con precisión de un riesgo operativo de gestión, de conformidad con lo previsto en la Ley 1474 de 2011.
- Diseñar e incorporar al menos un control correctivo por cada uno de los tres riesgos, orientado a reducir el impacto una vez materializado el evento, considerando para R1 y R3 la estructuración de un protocolo formal de manejo de crisis reputacional, conforme al numeral 3.11 y la Figura 21 de la Guía DAFP v7-2025.
- A la segunda línea de defensa — Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional: La Oficina de Control Interno invita a la OAPI a brindar acompañamiento metodológico a la Oficina Asesora de Comunicaciones durante el proceso de actualización del mapa de riesgos, con especial énfasis en la correcta aplicación de los atributos del riesgo (descripción, causas, probabilidad e impacto) y en la tipificación, implementación y evidencia de los controles, conforme a la Guía DAFP v7-2025.

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