Superintendencia de
Servicios Públicos Domiciliarios

INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN
20261400190703

Bogotá D.C., 23/10/2026 11:43:53

PARA Doctor JOSÉ IGNACIO GARCÍA PUCHE
Superintendente de Servicios Públicos Domiciliarios

Doctor JAIME ALBERTO GUERRA PÁEZ
Jefe Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión (e)

DE JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO Informe Auditoría de Gestión proceso Riesgos y Metodologías

---

Respetados doctores:

La Oficina de Control Interno, OCI, de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, SSPD, en cumplimiento al Plan Anual de Auditoría 2026 y con el fin de realizar la evaluación independiente del desempeño de los procesos y la eficacia y efectividad de los controles, realizó la Auditoría Interna de Gestión al proceso estratégico SIGME de Riesgos y Metodologías con énfasis en el procedimiento de Perfilamiento de prestadores y su documentación asociada.

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.

Como resultado de la auditoría se generaron diez (10) observaciones respecto de las cuales las unidades auditadas deberán formular las acciones correctivas, preventivas, de mejora y de corrección, de conformidad con el procedimiento MI-P-001 de SIGME.

La Oficina de Control Interno continuará con su labor de seguimiento y asesoría permanentes, 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
Este documento está suscrito con firma mecánica autorizada mediante Resolución No. 20201000057315 de 09 de diciembre del 2020

Anexo. Informe ejecutivo auditoría
Proyectaron: Germán Darío Guerrero – Profesional especializado OCI
Camilo Andrés Ochoa- Profesional especializado OCI
Andrés Mauricio Cruz- Contratista OCI
c.c. Diana Katherine Forero Muñoz –Jefe OAPII

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

1. DATOS GENERALES

Proceso o Actividad Auditada:	RIESGOS Y METODOLOGÍAS - PROCEDIMIENTO PARA EL PERFILAMIENTO DE PRESTADORES
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	JAIME ALBERTO GUERRA PÁEZ
Objetivo General de la Auditoría:	Evaluar con un enfoque basado en riesgos, la gestión adelantada por la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión, O ARES en desarrollo de las funciones de la Supervisión basada en riesgos, SBR, con énfasis en la ejecución del procedimiento de perfilamiento de prestadores del SIGME.
Objetivos Específicos de la Auditoría:	1. Verificar la implementación institucional de las metodologías y lineamientos emitidos para el ejercicio de la supervisión basada en riesgos 2. Evaluar la trazabilidad de las operaciones y evidencias de los productos asociados al procedimiento de perfilamiento de prestadores con especial énfasis en las operaciones de extracción, depuración, validación de la información y de indicadores y los riesgos identificados en el proceso o vulnerabilidades potenciales que puedan afectar el desempeño y objetivo del proceso. 3. Verificar la gestión del proceso de Riesgos y Metodologías y la OARES mediante la revisión del Referente Estratégico, los planes de acción y la documentación SIGME de riesgos e indicadores. 4. Verificar el cumplimiento de las funciones establecidas en el artículo 12 del Decreto1369 de 2020 relacionadas con la Supervisión Basada en Riesgos
Alcance de la Auditoría:	La auditoría abarca la gestión adelantada en el segundo semestre de 2025 y hasta julio de 2026 en la adopción institucional de la Supervisión Basada en Riesgos. así como de la OARES y áreas misionales para realizar el perfilamiento de prestadores para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control.
Tipo de Auditoría:	Mixta (Remota, presencial)
Tipo de Informe:	Final

Auditor Líder	Equipo Auditor
Germán Darío Guerrero Gelpud	Andrés Mauricio Cruz Camilo Andrés Ochoa

Reunión de Apertura						Reunión de Cierre					
Día	18	**Mes**	08	**Año**	2026	**Día**	23	**Mes**	10	**Año**	2026

SIGLAS

OCI: Oficina de Control Interno
OAPII: Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional
OARES: Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión
SIGME: Sistema Integrado de Gestión y Mejora
SBR: Supervisión Basada en Riesgos

MECI: Modelo Estándar de Control Interno
SSPD: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
SDAAA: Superintendencia Delegada para Acueducto, Alcantarillado y Aseo
SDEGC: Superintendencia Delegada para Energía y Gas Combustible
SUI: Sistema Único de Información
SIGME: Sistema Integrado de Gestión y Mejora
DTGAA: Dirección Técnica de Acueducto y Alcantarillado
DTGA: Dirección Técnica de Gestión de Aseo
DTGGC: Dirección Técnica de Gestión de Gas Combustible
DTGE: Dirección Técnica de Gestión de Energía
CRA: Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico
CREG: Comisión de Regulación de Energía y Gas Combustible
CIGD: Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Contenido

1. DATOS GENERALES 2
2. METODOLOGÍA 7
3. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA 7
3.1 Generalidades 7
3.2 Ambiente de control 7
3.3 Evaluación del riesgo 8
3.3.1 Vigencia 2025 8
3.3.2 Vigencia 2026 11
3.4 Actividades de control 13
3.4.1 Revisión documental 13
3.4.2 revisión operaciones procedimiento perfilamiento de prestadores 17
3.4.3. Enfoque tecnológico de gestión de información perfilamiento 19
3.4.4 Prueba de auditoría 24
3.5 Información y comunicación 25
3.6 Actividades de monitoreo 25
3.6.1 Planes de acción 2025 y 2026 25
3.6.2 Indicadores 26
3.6.3 Revisión conclusiones y recomendaciones de la OCI 2023-2024 27
4. CONCLUSIONES 29
5. RECOMENDACIONES E INVITACIÓN A LA MEJORA 30

2. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno, OCI, ejecutó la auditoría mediante el uso de diversas herramientas metodológicas para sus pruebas de auditoría, entre las cuales estuvieron: entrevistas, mesas de trabajo, requerimientos de información vía correo electrónico, la observación, así como la verificación de la documentación asociada del proceso auditado y de las plataformas institucionales. Lo anterior, con para constatar adecuada trazabilidad y conformidad con los objetivos descritos en el plan de auditoría.

Para el desarrollo del ejercicio auditor, el enfoque metodológico de este informe se basó en los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno, MECI, a saber: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Actividades de Monitoreo.

3. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

3.1 Generalidades

La Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión, OARES, es una dependencia de la SSPD, creada a partir del Decreto 1369 de 2020, la cual lidera el proceso de orden estratégico denominado Riesgos y Metodologías, que se encarga de la implementación de un nuevo esquema de supervisión en la entidad, denominado Supervisión Basada en Riesgos, SBR, establecido por dicha norma.

3.2 Ambiente de control

Bajo este componente se engloban las condiciones mínimas con las que la entidad y Alta Dirección emiten lineamientos para la implementación y buen ejercicio del control interno. Al respecto, se observaron directrices descritas y en funcionamiento, mediante la adopción e implementación de Códigos (Ética e integridad y Buen Gobierno), Planes y Programas (Plan Estratégico, Programa Transparencia y Ética Pública, Planes de Adquisiciones, Talento Humano, Bienestar, Plan de acción institucional, entre otros) y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como instancia máxima en asuntos relacionados el control interno.

Como elemento fundamental para el adecuado ejercicio del control interno, se constató que la dependencia se encuentra claramente identificada en la estructura organizacional como un área de orden estratégico, adscrita al despacho de la SSPD. En este sentido el proceso a su cargo (Riesgos y Metodologías) como corresponde está debidamente registrado en SIGME. La Dirección de OARES está conformado por once servidores públicos, cuya vinculación laboral es, diez funcionarios en carrera administrativa y una funcionaria en provisionalidad.

Considerando el volumen de actividades pendientes en materia de SBR detalladas a lo largo de este informe, y que el personal de la OARES atiende simultáneamente requerimientos de otros procesos institucionales, se considera oportuno evaluar el fortalecimiento de la capacidad operativa y el talento humano de esta dependencia.

Funciones artículo 12 del Decreto 1369 de 2020

De acuerdo con la revisión del Decreto normativo, las siguientes funciones guardan relación directa con el modelo de SBR:

1. Proponer al Superintendente los lineamientos estratégicos respecto de información; gobierno de los datos; estándares prudenciales y de gestión de riesgos; y prácticas de supervisión.
2. Elaborar los lineamientos estratégicos respecto de estándares y mejores prácticas en materia de supervisión basada en riesgos, de conformidad con la normativa vigente.
3. Diseñar y promover la implementación de políticas, mecanismos y metodologías para la supervisión basada en riesgos de los prestadores de servicios públicos domiciliarios.
6. Definir y actualizar la estructura y características del marco metodológico para el ejercicio de la supervisión basada en riesgos.

Aun cuando los lineamientos estratégicos y el marco metodológico de la SBR (funciones 1, 2 y 6 del Decreto) constan en el SIGME —con las salvedades señaladas en el numeral 3.4.1—, existe un rezago crítico en la función 3 referente al diseño, promoción e implementación de dichas metodologías.
Actualmente, las áreas misionales carecen de una herramienta o mecanismo eficaz para operar bajo este modelo, lo que impide un monitoreo exhaustivo de los riesgos de los prestadores vigilados. Se resalta que el perfilamiento integral de los prestadores es un elemento estructurante para consolidar la SBR, compromiso que continúa pendiente seis años después de la promulgación del decreto.

3.3 Evaluación del riesgo

En el marco de la auditoría se realizó la revisión de los controles asociados al Mapa de Riesgos Institucional del proceso de Riesgos y Metodologías correspondientes a las vigencias 2025 y 2026, con el propósito de evaluar su diseño y funcionamiento, así como determinar su eficacia frente a la mitigación de los riesgos identificados. Para ello, se verificó la estructura de los controles definidos y la información disponible como soporte de su ejecución, considerando la aplicación de los atributos establecidos en la metodología para la administración del riesgo.

3.3.1 Vigencia 2025

Durante la evaluación del Mapa de Riesgos del proceso correspondiente a la vigencia 2025, se identificaron deficiencias en la ejecución y actualización de los controles asociados al riesgo de perfilamiento, que derivaron en la calificación de no efectividad de los nueve (9) controles evaluados.

Tabla 1. Controles mapa de riesgos institucional Proceso Riesgos y Metodologías 2025

Tipo	Control	Efectividad
⚠ Riesgo operativo	Causa 1 y 2: El jefe de la a OARES en el Memorando de solicitud a las delegadas, establece los criterios de calidad esperados y la fecha de envío de las bases de datos, con el fin de realizar el perfilamiento de riesgos de los prestadores que tienen información relevante en los diferentes sistemas de información, en caso de que se omita esta información se remitirá correo electrónico dando alcance al memorando donde se especifique dicha información.	Se constató el envío del memorando a las direcciones técnicas de Acueducto y Alcantarillado, Aseo, Energía y Gas. **Control efectivo.**
⚠ Riesgo operativo	Causa 1 y 2: El profesional encargado de realizar el perfilamiento de riesgo, realiza mesa de trabajo con las Superintendencias Delegadas que no aporten las bases de datos o que remitan la información sin los criterios de calidad mínimos establecidos, con el fin de recalcar la importancia del cumplimiento de los requisitos y tiempos para el perfilamiento, en caso de que no sea posible realizar la mesa de trabajo se remitirá esta información vía correo electrónico.	El control no se ejecutó durante el periodo evaluado, debido a que la actividad de recopilación de información prevista en su diseño resulta obsoleta, dado que dicha información puede consultarse actualmente a través de la plataforma del Sistema Único de Información (SUI). **Control no efectivo.**
⚠ Riesgo operativo	Causa uno (operación 2) Los profesionales encargados del perfilamiento de la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión (OARES) validan que la base de datos de los prestadores, contenga como mínimo las columnas ID del prestador y nombre del prestador, en caso de que la lista remitida no cumpla con este requisito se reporta mediante correo electrónico la inconsistencia a los correspondientes directores técnicos, EVIDENCIA correo electrónico.	La evidencia aportada no permite identificar la validación realizada para verificar que la información recopilada cumpla con criterios unificados y estandarizados. En consecuencia, no fue posible constatar la aplicación de mecanismos de revisión que garanticen la consistencia y homogeneidad de la información, conforme a lo establecido en el control. **Control no efectivo**
⚠ Riesgo operativo	Causa dos: (operación dos) Los profesionales de la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategia de Supervisión - OARES definen la hoja de vida de metadatos de los registros con los datos necesarios para crear perfilamiento, EVIDENCIA Hoja de vida del metadato.	De acuerdo con la evidencia aportada, se identificó que el control se aplica únicamente a la Dirección Técnica de Acueducto y Alcantarillado y a la Dirección Técnica de Gas, lo que limita su cobertura e impide verificar su ejecución en las demás direcciones involucradas. Esta situación no permite establecer que el control se aplique de manera integral en las dependencias correspondientes, de acuerdo con el alcance previsto para la gestión del riesgo. **Control no efectivo**
⚠ Riesgo operativo	Causa tres: (Operación Dos) Los profesionales encargados del perfilamiento de la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión (OARES) validan la consistencia de los datos de registros de las bases de datos de los prestadores aportados por parte de las Superintendencias Delegadas y la fuente de datos reportada por el prestador, EVIDENCIA acta de asistencia de las mesas trabajo con las Delegadas o correo electrónico.	El control no se ejecutó durante el periodo evaluado, debido a que la actividad de recopilación de información prevista en su diseño resulta obsoleta, dado que dicha información puede consultarse actualmente a través de la plataforma del Sistema Único de Información (SUI). **Control no es efectivo.**
🛡	La Jefe de la OARES, cada vez que se revisen los datos requeridos para realizar el perfilamiento, informará a los jefes y profesionales responsables de la SDAAA y SDEGC el reporte de las inconsistencias	El control no se ejecutó durante el periodo evaluado, debido a que la actividad de recopilación de información prevista en su diseño resulta obsoleta, dado que dicha

Tipo	Control	Efectividad
Riesgo de corrupción	por medio de un informe vía Correo electrónico y que reposará en el repositorio de la OARES .	información puede consultarse actualmente a través de la plataforma del Sistema Único de Información (SUI). **Control no es efectivo.**
Riesgo de corrupción	Documento con los resultados del ejercicio de perfilamiento socializado en mesas de trabajo o correo electrónico a los Jefes y profesionales DAAA y DEGC anual a las delegadas y las direcciones técnicas.	Se evidenció que el memorando mediante el cual se comunica la información no fue remitido a las Direcciones de Energía y de Gas, lo que limita la cobertura de la actividad y no permite verificar que los resultados hayan sido comunicados a la totalidad de las dependencias involucradas. **Control no es efectivo.**
Riesgo de corrupción	Causa 1 y 2: Durante el mes siguiente a la mesa de trabajo y una vez obtenida los indicadores clave, ,el profesional aplica la metodología definida por la OARES y obtiene un puntaje de perfilamiento de riesgo. A partir de esto, se definen y registran los prestadores en un documento que tengan puntaje de perfilamiento de riesgo.	La evidencia registrada en SIGME se encuentra incompleta respecto de las Direcciones de Energía, Acueducto y Alcantarillado, y Aseo. Esta situación limita la trazabilidad y verificación de la ejecución del control a partir de los soportes registrados en el sistema de información dispuesto para el monitoreo de los riesgos institucionales. **Control no es efectivo.**
Riesgo de corrupción	Causa 3: El líder del proceso Riesgos y Metodologías mínimo una vez al año, realiza reunión de trabajo con el fin de conocer si las personas encargadas de correr el perfilamiento de riesgos presenta un posible conflicto de interés, con el fin de prevenir posibles actos de corrupción, en caso de que no se pueda llevar a cabo la reunión de trabajo el funcionario o contratista aportará el la declaración juramentada a conflicto de intereses	Se cuenta con el acta que evidencia la realización de la reunión; no obstante, esta no permite establecer el resultado de la verificación sobre la existencia de conflictos de interés ni las actuaciones adoptadas frente a una eventual identificación de estos. **Control no es efectivo.**

Fuente: Módulo riesgos SIGME 2025

Con base en los atributos de control establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, se observó lo siguiente:

De acuerdo con la tabla anterior, los controles 2, 5 y 6 perdieron operatividad debido a que la información de los prestadores puede consultarse actualmente a través del Sistema Único de Información (SUI), razón por la cual no se ejecutaron durante el periodo evaluado.

Desde la perspectiva de la gestión de riesgos, cuando un procedimiento operativo experimenta un cambio radical (por ejemplo, la transición de un esquema manual mediante memorandos a la consulta en la plataforma SUI), los controles asociados pierden su idoneidad y dejan de reflejar la realidad del proceso. Esta situación evidencia que tanto el líder del proceso como la segunda línea de defensa omitieron la actualización en el diseño del control, lo que permite inferir una debilidad en la revisión y el seguimiento periódico del mapa de riesgos.
Por su parte, los controles 3, 4, 7 y 8 presentaron deficiencias relacionadas con su alcance, cobertura y disponibilidad de soportes documentales, que limitaron la verificación de su ejecución y de las actividades previstas en su diseño. Esto refleja una inconsistencia previa en la formulación del atributo del control. Si el control está diseñado para aplicarse a la totalidad de las delegadas/direcciones, la omisión de un área constituye una falla en el cumplimiento de los criterios de ejecución del diseño preestablecido.

Finalmente, respecto del control 9, si bien se aportó el acta de reunión relacionada con la prevención de conflictos de intereses, su contenido no permitió verificar la revisión efectiva del personal, la identificación de posibles conflictos de intereses ni las actuaciones definidas frente a estos.
Al respecto, la Guía en su versión 6 indica que la evidencia no es solo la prueba de la realización de la actividad (acta de asistencia), sino la constatación de la efectividad de la verificación (registro del resultado de la declaración o seguimiento a posibles conflictos).

3.3.2 Vigencia 2026

Se revisó la verificación del mapa de riesgos vigencia 2026 del proceso de Riesgos y Metodología. La matriz fue reestructurada y pasó de nueve (9) a cinco (5) controles:

Tabla 2. Controles mapa de riesgos institucional Proceso Riesgos y Metodologías 2026

Tipo	Control	Diseño
⚠ Riesgo operativo	El profesional de OARES que realiza el perfilamiento revisa, verifica y valida la aplicación de los lineamientos de la metodología de evaluación de atributos de calidad de datos	No se encuentra claramente definido cómo se ejecuta el control, lo que dificulta comprender las actividades desarrolladas para prevenir o mitigar el riesgo. Adicionalmente, no se especifica con claridad la evidencia documental que debe generarse como resultado de su ejecución, lo que limita la verificación de su aplicación y la evaluación de su eficacia.
Riesgo de integridad	Los profesionales de la OARES en conjunto con profesionales de las direcciones técnicas de la SDAAA y SDEGC revisan los criterios e indicadores para evaluar los prestadores de servicios públicos, asegurando la pluralidad de la definición de: variables, periodicidad, reglas de cálculo y parámetros de interpretación. - Control Preventivo	
Riesgo de integridad	Los profesionales de la OARES y de las direcciones técnicas de la SDAAA y SDEGC, previo a participar en la definición de criterios revisan si tienen conflicto de interés, en caso de tenerlo lo manifiestan para que sea asignado otro profesional. -Control Preventivo	
Riesgo de integridad	El jefe de OARES verifica que el profesional que realiza el cálculo de perfilamiento es diferente al que participa en la definición de los criterios para evaluar a los prestadores de servicios públicos. - Control Preventivo	
Riesgo de integridad	Un profesional de la OARES diferente al que participa en la definición de criterios, valida resultado de indicadores de perfilamiento mediante selección aleatoria una muestra con el fin de verificar la transparencia del ejercicio - Control Detectivo	

Fuente: Módulo riesgos SIGME 2026

Frente al marco de la Guía DAFP Versión 7, se observó que:

La Guía para la Gestión Integral del Riesgo (Versión 7 - DAFP) establece que la formulación del control debe precisar sus atributos esenciales de calidad: ¿Quién ejecuta la acción?, ¿Qué actividad concreta realiza?, ¿Sobre qué insumo o mediante qué mecanismo?, ¿Con qué frecuencia? y ¿Qué evidencia formal se genera? Al no especificar detalladamente el mecanismo de ejecución (cómo) ni la evidencia documental resultante, el diseño del control presenta

limitaciones en su trazabilidad, lo que dificulta la realización de pruebas de recorrido y la verificación objetiva de su aplicación.

En cuanto a la evaluación de efectividad de los controles, esta no pudo constatar debido a la ausencia de evidencias documentales que acrediten su ejecución. Desde la técnica de gestión de riesgos, cuando la aplicabilidad o ejecución de un control se encuentra condicionada a un insumo o recurso no garantizado, dicha dependencia debe ser tipificada dentro de los factores de riesgo operativo o de recursos. Esto evita que el diseño e implementación del control queden supeditados a variables externas fuera del alcance del procedimiento, asegurando la continuidad del esquema de control.

Observación 1. Deficiencias en el diseño, actualización y ejecución de los controles del Mapa de Riesgos.

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
1	Los controles de los Mapas de Riesgos para las vigencias 2025 y 2026 presentan deficiencias en su diseño y funcionamiento. En la vigencia 2025, los controles fallaron en su operatividad al resultar obsoletos frente a los sistemas de información y presentar limitaciones de cobertura. Para la vigencia 2026, persisten fallas de diseño por la ausencia de evidencias de verificación definidas.	Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, del DAFP: lineamientos para el diseño, ejecución, documentación y evaluación de los controles.	Deficiencias técnicas en la formulación de controles: Falta de apropiación de la Guía para la Administración del Riesgo (Versión 7 - DAFP), que se refleja en la omisión de atributos de calidad del control, como el método de ejecución, la frecuencia y la evidencia documental. Falta de articulación entre la gestión operativa y la actualización de riesgos: Ausencia de revisiones periódicas de la matriz de riesgos frente a cambios operativos, lo que ocasionó la obsolescencia e inoperancia de algunos controles.	Riesgo Operativo: Exposición continuada a la materialización de eventos no mitigados debido a deficiencias en el diseño (2026) y en la efectividad operativa (2025) de los controles, generando inoperancia en el mapa de riesgos.

Por lo anterior, se recomienda revisar y actualizar la documentación asociada a los controles del mapa de riesgos de gestión y corrupción, con el fin de asegurar que las actividades de control se encuentren debidamente referenciadas en los documentos correspondientes.

3.4 Actividades de control

3.4.1 Revisión documental

En el marco del seguimiento y evaluación a la madurez metodológica del proceso de Riesgos y Metodologías, se adelantó la revisión técnica y documental de los instrumentos vigentes en el Sistema Integrado de Gestión Misional y Estratégico (SIGME) asociados a la Supervisión Basada en Riesgos (SBR) —comprendiendo el Manual de Marco Metodológico, la Definición del Marco Metodológico y el Instructivo metodológico correspondiente.

Manual del marco metodológico para la supervisión basada en riesgos RM-M-001, Versión 03

Este documento establece los lineamientos para estandarizar la gestión del riesgo de los prestadores de servicios públicos domiciliarios conforme a la norma ISO 31000:2018, orientando la priorización de los recursos de supervisión institucional hacia aquellos agentes que presentan mayores niveles de exposición al riesgo.
Asimismo, expone los beneficios estratégicos de la Supervisión Basada en Riesgos (SBR) e ilustra, mediante un esquema conceptual, cómo este enfoque integra y potencia la Supervisión Basada en Cumplimiento, tradicionalmente aplicada en las labores de inspección y vigilancia de la Entidad.

No obstante, en la revisión del aplicativo SIGME se identificó una inconsistencia en el control documental: mientras el archivo PDF publicado corresponde al código RM-M-001 V.03, en el historial de versiones obsoletas del sistema registra la codificación RM-M-002 V.01. Esta discrepancia afecta la trazabilidad, la coherencia del control de documentos y el rigor técnico del repositorio institucional.

Definición del marco metodológico para la supervisión basada en riesgos RM-M-001, Versión 02

Presenta una serie de definiciones y conceptos que deben ser revisados, pues guardan diferencias conceptuales con las contenidas en el Manual de Marco Metodológico, por lo que deben ser unificadas en torno al estándar internacional, para así evitar potenciales confusiones en su aplicación. Se adoptan unos principios rectores para direccionar la SBR. Se propone un esquema de metodología SBR para la entidad (figura 1), adoptado en 2018, que incluye parámetros que no hacen parte del enfoque estándar de norma, citando la guía de gestión de riesgo, monitoreo Obligaciones Energía Firme y resoluciones de auditoría externa.

En el capítulo de Metodología de SBR se utilizan conceptos de riesgo residual, de manera inadecuada (centrada sólo en la probabilidad) a diferencia del concepto incluido en el capítulo de definiciones. Los demás ítems del capítulo de la Metodología SBR se centran en los aspectos contables y financieros, omitiendo los múltiples factores de riesgo de los prestadores de servicios públicos domiciliarios. Por otro lado, se establecen lineamientos del proceso de supervisión, que no guardan trazabilidad con la caracterización y documentación asociada del proceso de Vigilancia e Inspección, mencionando conceptos ajenos a las actividades misionales de la entidad definidas en SIGME, tales como: micro planificación, informes de supervisión.
Para la implementación y adopción de la SBR se encontró un ítem de gestión del cambio, que invita hacia futuro articular la entidad con los prestadores, las comisiones de regulación y demás grupos de interés, aplicando procesos y procedimientos estandarizados. A su vez, los lineamientos definidos para la SBR establecen cinco etapas desde la identificación del riesgo hasta las medidas del ente supervisor.

En la identificación se establecen nueve categorías de riesgos, que de manera general, se observan que atienden los tópicos más relevantes de los prestadores. Se incluyen en las actividades significativas, diez potenciales parámetros cuantitativos y cualitativos para ser considerados.

Para la evaluación de los riesgos inherentes se propone una matriz que califica de nivel bajo a alto, que utiliza indicadores cuantitativos y cualitativos, que no hacen parte del documento de marco metodológico.

A su vez, la calidad de las funciones de control se evalúa de nivel débil a fuerte considerando diversos aspectos a ser evaluados: calidad del gestor, controles de gestión, planes de contingencia, cultura de cumplimiento, efectividad de gestión operativa, idoneidad de los sistemas de gestión de riesgo y de la revisión independiente.

Con base en la evaluación de los controles existentes y el riesgo inherente, se obtiene una matriz que arroja el resultado del riesgo neto del prestador (bajo a alto). Posteriormente, se calcularía el riesgo global, con énfasis en la solidez financiera del prestador, dejando sin valoración los parámetros definidos anteriormente con las nueve categorías de potenciales riesgos. Por su parte, la etapa definida como respuesta del supervisor, hace referencia a las medidas que toma la entidad luego de la evaluación realizada para programar las acciones y optimizar los recursos del ejercicio misional.

Finalmente, se observa una figura de Alarmas y dependencias de la SSPD, que no se explica en el documento y que no guarda alineación con los demás aspectos que se definen en el documento.

Instructivo Metodología para la supervisión basada en riesgos RM-I-001 Versión 1

La definición de SBR, debe ser uniforme con lo establecido en el manual de marco metodológico. Se indica en el instructivo que la metodología SBR debe ser conocida por prestadores, suscriptores y usuarios y no se aprecia que se haya socializado en momento alguno la nueva metodología de supervisión.

Los conceptos incluidos en el numeral 1.2 es preciso unificar las definiciones en todos los documentos institucionales. A manera de ejemplo, se habla de riesgo residual (neto), concepto que debería ser único frente a los de riesgo global y riesgo compuesto incluido en el manual del marco metodológico. Situación similar se observa en el criterio de mitigantes o controles.

El numeral 1.3.1 presenta las cadenas de valor de cada servicio público domiciliario. Se observa que las cadenas no están completas. En acueducto falta el almacenamiento; en alcantarillado, la disposición final. Es viable también, analizar la inclusión de la gestión que realizan los operadores y gestores del mercado del sector energético (XM en energía y Bolsa Mercantil en gas natural), con el fin de considerar los factores de riesgo asociados a nivel de actividad o segmentación.

En el numeral 1.3.3 se aprecia que en la tabla 2. Se asignan los códigos de las 4 actividades de energía eléctrica, asignación que se omite para las actividades de los demás servicios vigilados. A su vez, la tabla 6, incluye una actividad 0 para el servicio de acueducto, que no se encuentra codificada en las tablas precedentes.

El numeral 1.4.1 define que son las direcciones técnicas y la OARES quienes determinan las ocho categorías de riesgos. Una vez más se observa que no se cuenta con participación de las territoriales. En el numeral 1.4.2 se incluye un ejemplo de codificación de riesgos, que muy incipiente que no aclara para los prestadores y supervisores de manera inequívoca cómo se hace la codificación del riesgo, macroproceso, proceso, actividad, segmento y servicio.

1.5.1.1. para estimar la probabilidad de ocurrencia se menciona una selección de expertos, pero no se define cómo se realiza su selección, ni que parámetros o requisitos son necesarios o cómo se realiza la validación con datos históricos o mediciones reales. Situación similar se aprecia para la estimación del impacto descrita en el numeral 1.5.1.2.

Para la calificación de los riesgos definida en el 1.5.2. se enuncia que se utilizan los métodos del numeral 2.3.1 del instructivo (numeral inexistente en el documento). La figura asociada muestra un mapa de calor, en el cual no se explica el significado de cada color, ni se define la relevancia como resultado del cruce matricial.

En el numeral 1.6 se define la “priorización de procesos”, mientras su contenido trata de priorización de riesgos en función de su importancia (término no definido en ninguna parte del documento) e impacto. Por su parte el numeral 1.6.1 determina la identificación de procesos clave realizada por las áreas de supervisión de la SSPD, sin detallar cómo se realiza esta labor.

En el numeral 1.6.2 se establece que los supervisores de la SSPD asignan la calificación de relevancia acorde con la importancia de los procesos y los factores de riesgos, sin tener en cuenta el mapa de calor previamente construido.

El riesgo inherente del numeral 1.6.3 se obtiene de unas operaciones de sumas y multiplicaciones que no se observan explicadas con el detalle necesario que facilite su debida aplicación por los usuarios del instructivo y refiere a un numeral 2.3.2 inexistente en el documento.

1.6.5 la determinación del riesgo residual establece que son los auditores externos de los prestadores (AEGR) quienes luego de su evaluación, determinan los valores (entre 0 y 100) de los factores mitigantes de cada proceso para la obtención del riesgo residual. Después se “normalizan” eso valores entre 0 y 1.

En el numeral 1.6.6 se muestra el mapa de calor de riesgo residual de los prestadores con el cual se utiliza como criterio de priorización para el ejercicio misional.

En el numeral 1.7 se indican las actividades de SBR. Para los KRI se describe que son las áreas supervisores con la OARES quienes determinan para cada proceso clave los KRI con la hoja de vida respectiva. En ella se definen unos campos y parámetros (nivel de medición, nivel de intervención, nivel de jerarquía y nivel de calidad) que no son explicados en el documento.

En el numeral 1.8 se trata la Gobernanza de la SBR, donde existe un Comité de Supervisión y uno de Supervisión con unos roles definidos e integrantes. Se definen unos equipos de supervisión conformados por profesionales de las direcciones técnicas, omitiendo a las direcciones territoriales o equipo adscritos a los Despachos de los Delegados sectoriales.

En síntesis, de la revisión documental de manuales e instructivos se coligen notables debilidades en la unificación conceptual de la SBR, que afectan la coherencia e integridad del modelo. Es así, como se evidenciaron inconsistencias no unificadas entre los documentos frente al estándar internacional ISO 31000:2018 que la entidad adoptó como referente (riesgo residual, riesgo neto, riesgo global y riesgo compuesto se usan de manera indistinta y, con definiciones que no generan seguridad en su adopción conceptual). En segundo lugar, se encontró una contradicción metodológica, toda vez que, si bien se definen nueve categorías de riesgo relevantes en los prestadores, el cálculo final del riesgo global se centra en la solidez y solvencia financiera, restando relevancia a las demás categorías identificadas. En tercer lugar, se observan vacíos

técnicos relevantes, tales como: remisiones a numerales inexistentes dentro de los propios documentos, ausencia de criterios para la selección y validación de expertos en la estimación de probabilidad e impacto, codificación incompleta de actividades y cadenas de valor por servicio, y mapas de calor sin explicación de su escala o interpretación, que no brindan seguridad para la aplicabilidad práctica de la SBR. Adicionalmente, se menciona una labor de evaluación de factores mitigantes de los auditores externos que no se observó en ejecución. Finalmente, se identificó la ausencia de gobernanza y articulación institucional, debidas a la exclusión de las direcciones territoriales tanto en la determinación de las categorías de riesgo como en la conformación de los equipos de supervisión y la falta de evidencia de socialización de la metodología SBR con prestadores, suscriptores y usuarios, pese a que el propio instructivo establece dicha obligación. En consecuencia, la OCI plantea la siguiente observación:

Observación 2. Inconsistencias conceptuales y metodológicas documentación SBR

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
2	En la revisión de la documentación asociada a la SBR (manuales e instructivos) del proceso de Riesgos y Metodologías de SIGME se encontraron Inconsistencias conceptuales y metodológicas para la Supervisión Basada en Riesgos que comprometen su aplicabilidad e integridad técnica e incumplimiento de los criterios establecidos para el nuevo modelo de supervisión previsto en el Decreto 1369 de 2020	Procedimiento Administración y Control de la Documentación SIGME MI-P-002 v.4, operaciones 4, 5, 6 y 7. Manual del marco metodológico para la Supervisión basada en riesgos RM-M-001, V 03. Definición del marco metodológico para la Supervisión basada en riesgos RM-M-001, V. 02 Instructivo Metodología para la Supervisión basada en riesgos RM-I-001 Versión 1 Artículo 12, numeral 3 del Decreto 1369 de 2020	Actualización documental del proceso sin armonización conceptual que brinde trazabilidad y coherencia terminológica. Ausencia de validación técnica integral permanente para la adopción del modelo Falta de articulación estratégica y misional Carencia de prueba de aplicabilidad piloto de la metodología.	Posibilidad de aplicación inconsistente o discrecional de la SBR por parte de las áreas misionales. Posibilidad de comprometer la capacidad institucional para anticipar y priorizar oportunamente riesgos operativos.

Por lo anterior, la OCI reitera la recomendación emitida en 2024, para que se realice una alineación integral de la documentación del proceso cobijando en su estructuración e implementación a todos las áreas y procesos misionales.

3.4.2 revisión operaciones procedimiento perfilamiento de prestadores

Con base en el requerimiento de información de la OCI y la respuesta emitida por la OARES, de la revisión de las operaciones del procedimiento se encontró lo siguiente:

Solicitud de información para el perfilamiento

En cumplimiento de esta operación se encontró soportada en la emisión del requerimiento de OARES a la solicitud realizada a las cuatro direcciones técnicas sectoriales mediante memorando 20251500119183 del 17/09/25 para el diligenciamiento en el formato RM-F-003 de los

prestadores con información completa en el SUI. Al respecto, se observó que, con excepción de la dirección de energía, las dependencias atendieron el requerimiento, remitiendo la información solicitada.

Para el caso de los prestadores de acueducto y alcantarillado, la DTGAA remitió memorando 20254200131163 del 03/10/25 con el listado de prestadores. Por su parte, la DTGA atendió el requerimiento con memorando 20254360130483 el 02/10/25 y la DTGGC con el radicado 20252320134223 del 07/10/25.

El ejercicio de perfilamiento de la SBR parte de una identificación de prestadores con información integral en el SUI, por lo que se hace muy notoria la poca disponibilidad de información de los servicios de energía eléctrica, donde no hubo respuesta de la dirección técnica, y de aseo, con sólo 28 prestadores con información entregada para perfilamiento, cuando según los registros de la entidad había 295 prestadores a 2024.

Al concentrarse predominantemente en variables de carácter contable y financiero, el modelo actual presenta una oportunidad de ampliación para incorporar de manera integral las variables técnicas y operativas asociadas a los demás procesos misionales de la Entidad.

Validación de la información

En relación con este ítem, de la información suministrada por la OARES se encontraron las evidencias de los listados de prestadores a priorizar de los servicios de acueducto y alcantarillado, aseo y gas combustible, los cuales difieren en el número de registros de los listados remitidos en el formato RM-F-003, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 3. Diferencias prestadores para perfilamiento



Fuente: Información suministrada por OARES perfilamiento 2025

Tal como se aprecia, de la información entregada por las direcciones técnicas, se encontró una gran cantidad de registros duplicados que debieron ser filtrados por OARES con información validada para definir los prestadores a priorizar. Teniendo en cuenta la duplicidad, en desarrollo del ejercicio auditor, se eliminó para conteo los registros duplicados, y las diferencias entre la información entregada por las áreas y los prestadores finalmente priorizados sigue siendo notable para todas las direcciones técnicas.

Socialización resultados perfilamiento

Como evidencia de la socialización realizada sobre el resultado del perfilamiento realizado por la OARES, se remitieron los memorandos 20251500176083 y 20251500176133 del 11/11/2025 a las DTAA y DTGGC, respectivamente, con la información del perfilamiento realizado. En la información suministrada por OARES a esta auditoría, se observó el archivo del perfilamiento realizado a 766 prestadores de aseo, el cual no se encontró socializado a la dirección técnica correspondiente en desatención a los establecido en el procedimiento auditado.

Adicionalmente, de acuerdo con la evidencia aportada a esta auditoría, no se encontró en el periodo auditado, un ejercicio de perfilamiento realizado en 2026 con base en información 2025, lo que implicaría una clara carencia de oportunidad para las actividades que adelanten las áreas misionales hacia 2027.

Teniendo en cuenta, que se evidenció un perfilamiento parcial de prestadores y de socialización de los resultados de perfilamiento, se genera la siguiente observación:

Observación 3. Incumplimiento procedimiento perfilamiento de prestadores

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
3	El ejercicio de perfilamiento de prestadores de 2025 se realizó de manera parcial, toda vez que abarca sólo indicadores financieros, sin incorporar las demás categorías de riesgo que la entidad definió como relevantes para la SBR y no involucra a todas las dependencias misionales de la entidad, ni en su construcción como en su socialización de resultados de perfilamiento, en desatención de los lineamientos establecidos en el procedimiento SIGME.	Procedimiento Perfilamiento de prestadores RM-P-001 versión 4 (operaciones 2, 3 4 y 5)	Ausencia de puntos de control procedimental e instancias de participación obligatoria de las direcciones técnicas sectoriales y territoriales en la construcción del perfilamiento de riesgo. Adopción de un modelo de cálculo de riesgo basado en lo financiero que no ha sido actualizado ni complementado con las demás categorías de riesgo ya identificadas por la SSPD en su marco de SBR.	Limitaciones en la capacidad institucional de identificar y priorizar anticipadamente las múltiples vulnerabilidades de los prestadores. Debilidad en la apropiación integral institucional del modelo de supervisión.

En consecuencia, se hace pertinente a criterio de la OCI, revisar el procedimiento conjuntamente con las áreas misionales y segunda línea de defensa para construir el alcance adecuado y responsables de cada operación, ampliar el alcance del modelo de perfilamiento de riesgo de los prestadores, incorporando todas las categorías de riesgo ya identificadas en el Marco Metodológico de SBR, realizando un ejercicio de perfilamiento oportuno, y socializando técnicamente a las áreas misionales y grupos de interés los resultados del ejercicio.

Formación y capacitación sobre SBR y administración de riesgos

Frente a la formación relacionada con la Supervisión Basada en riesgos, la OARES remitió las cartas de compromiso de asistencia a la capacitación suscritas por siete funcionarios, quienes adelantan a partir de julio de 2026 un curso de SBR aplicada a empresas de servicios públicos domiciliarios.

En complemento a la información remitida sobre la capacitación en riesgos y SBR, la OARES, reportó capacitaciones efectuadas a cinco funcionarios en temas relacionados con analítica de datos (SQL, ETL en Oracle, Python e Infraestructura de datos); sin embargo, se incluyeron capacitaciones de funcionarios no asociadas con los aspectos requeridos, como las relacionadas con el aplicativo EDL de la Comisión Nacional del Servicio Civil, curso de inducción y curso de inglés.

No obstante las evidencias aportadas, estas no brindan total seguridad de que el personal de la OARES se encuentre plenamente capacitado para el desarrollo de implementación de la SBR en la entidad. Luego de seis años de entrada en vigencia del Decreto 1369 de 2020, la gestión del conocimiento de la SBR debería tener una madurez tal, que la OARES liderara con su personal, la implementación de los lineamientos del proceso de Riesgos y Metodologías y las capacitaciones debieron cobijar desde el primer momento al personal misional encargado de realizar las funciones de supervisión bajo el nuevo modelo.

3.4.3. Enfoque tecnológico de gestión de información perfilamiento

En consideración a que el plan de auditoría previó un énfasis auditor tecnológico en las actividades de consulta, extracción, validación, depuración de información y cálculo de indicadores, a continuación se aprecia el análisis realizado.

Consulta y extracción de información desde el SUI

La presente actividad comprende la consulta y extracción, desde el Sistema Único de Información (SUI), de la información financiera certificada de los prestadores de servicios públicos domiciliarios que sirve de insumo al ejercicio de perfilamiento. Dado que cada servicio cuenta con su propio script de programación, desarrollado de manera independiente, la verificación se practicó por separado para cada uno de los dos scripts disponibles.

Como resultado de lo anterior, de esta actividad es la conformación de un universo depurado y verificable de prestadores activos por servicio, como insumo confiable para el cálculo posterior de los indicadores de perfilamiento. La evidencia indirecta disponible, en ambos servicios, consistente con el logro de ese resultado: el memorando de resultados del servicio de Gas Natural y GLP reporta un universo acotado de 627 prestadores, cifra compatible con un filtrado efectivo, mientras que en el servicio de Aseo el script reduce 29.387 registros brutos a 754 prestadores consolidados, lo que evidencia la aplicación de alguna lógica de consolidación y depuración. Sin embargo, la ausencia de documentación formal sobre el criterio de exclusión aplicado en cada caso impide a este equipo auditor confirmar, que la totalidad de prestadores inactivos fue efectivamente excluida.

Al no contarse con la formalización documental de los criterios, reglas de negocio y parámetros de exclusión aplicados en dichos procedimientos, se limitó la trazabilidad requerida para comprobar de forma objetiva la efectiva depuración de los prestadores inactivos, razón por la cual la OCI emite la siguiente observación:

Observación 4. Ausencia de control de versiones y de trazabilidad sobre los scripts de extracción

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
4	Ninguno de los dos scripts (Gas Natural y GLP, y Aseo) genera una bitácora o registro independiente de las ejecuciones realizadas; el control se limita, en ambos casos, a incorporar la fecha de ejecución en el nombre de los archivos de salida. Esta misma ausencia de un mecanismo formal de trazabilidad y control de versiones se extiende al origen del script: en la mesa técnica del 29/09/2026, el equipo de la OARES no pudo explicar el funcionamiento del script originalmente remitido al equipo auditor (servicio de Gas Natural y GLP), ni acreditar evidencia de su remisión formal.	Operación 3 de RM-P-001 (Bitácora de extracción y control de versiones); Generalidades de RM-P-001 (trazabilidad y soportes verificables de las actividades. Manual DE-M-004, Política de Desarrollo Seguro, numeral 5.20, literal e — "La OTIC debe restringir el acceso a los repositorios de códigos fuentes de las aplicaciones y debe controlar las versiones de los sistemas de información… para asegurar buenas prácticas en la administración de los cambios propuestos y aprobados." Numeral 5.20, literal o — "Los contratos establecidos para el desarrollo de software por parte de contratistas… deben especificar los acuerdos sobre propiedad, entrega y custodia del código fuente y sus respectivas versiones…" Modelo GIC-M-007, numeral 13 (Criterios mínimos aplicables a productos derivados del SUI) — "…control de versiones; criterios de mantenimiento, actualización, corrección, suspensión o retiro." Numeral 10 (Trazabilidad metodológica) — "…responsable funcional y responsable técnico o metodológico	El control de versiones se delegó íntegramente al nombre de los archivos de salida, sin un producto documental independiente, en los dos scripts evaluados; adicionalmente, no existe un mecanismo formal de custodia, asignación de responsables ni transferencia documental de los scripts de programación utilizados en el proceso.	No existe trazabilidad formal de quién ejecutó cada extracción, bajo qué parámetros y con qué resultado, para ninguno de los dos servicios evaluados; existe además incertidumbre razonable sobre si los scripts analizados corresponden al proceso vigente y sobre quién es, dentro de la OARES, el responsable de su mantenimiento y actualización.

Finalmente, frente a las observaciones indicadas la OCI, recomienda a la OARES implementar, para los cinco servicios, un registro de ejecuciones (bitácora) independiente del nombre de los archivos de salida y a su vez, establecer un mecanismo formal de custodia, asignación de responsables y control de versiones de los scripts utilizados en el proceso.

Validación y depuración de los datos extraídos

Esta actividad comprende la validación de la calidad de los datos extraídos del SUI y su depuración previa al cálculo de los indicadores financieros de perfilamiento. La evidencia técnica detallada sobre esta actividad se obtuvo del script del servicio de Aseo, en el cual se encuentran implementadas las rutinas de validación descritas por la OARES; no se cuenta con evidencia equivalente de detalle para el servicio de Gas Natural y GLP.

Como resultado de esta actividad, es la identificación confiable de los registros con información incompleta o en conflicto, de manera que no se incorporen al cálculo de indicadores sin el tratamiento adecuado. La evidencia obtenida en la mesa técnica del 02/10/2026 indica que el script de Aseo sí ejecuta esta función: clasifica expresamente 202 de 754 prestadores (26,8%) como "SIN CÁLCULO" por ausencia de variables base, y aísla 82 registros con 41 claves en conflicto, atribuibles a un concepto XBRL específico ("beneficios para empleados") que, según la explicación de la OARES, no incide en el resultado final de los indicadores. Esta evidencia sugiere

que el mecanismo de validación opera de manera funcional, al menos para los dos tipos de inconsistencia identificados.

No obstante, la diferencia aritmética entre los 754 prestadores consolidados y los 712 que resultan de sumar los grupos “con información completa” (510) y “sin información” (202) —42 prestadores sin clasificar en la explicación disponible— introduce una incertidumbre no resuelta sobre la cobertura total del diagnóstico. En consecuencia, el resultado esperado de la actividad se considera parcialmente verificado: funcional para los casos identificados, pero sin cobertura demostrada sobre la totalidad del universo de prestadores, por lo que la OCI genera esta observación:

Observación 5. Proceso de validación y depuración de datos

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
5	No se evidencia un documento formal, independiente del código, que registre las reglas de validación aplicadas y el tratamiento de inconsistencias. El script de Aseo sí marca registros en conflicto (82 registros, 41 claves) y exporta un archivo de diagnóstico; según explicó la OARES en mesa técnica, estos se originan en el concepto XBRL “beneficios para empleados” y no alteran el resultado final.	Operación 3 de RM-P-001 (dataset de extracción) y Operación 4 de RM-P-001 (registro de reglas de validación y de inconsistencias, base depurada). Modelo GIC-M-007, numeral 10 (Trazabilidad metodológica) — “…criterios de selección de datos; transformaciones realizadas; reglas de cálculo; reglas de agregación o desagregación; supuestos metodológicos…”. Numeral 13 (Criterios mínimos aplicables a productos derivados del SUI) — “…metodología de cálculo, transformación o procesamiento; … supuestos; limitaciones…”.	Las reglas de validación se documentan únicamente como comentarios en el código fuente, sin consolidarse en un documento de validación independiente.	La verificación de las reglas depende de la lectura directa del código por el equipo auditor, y el equipo auditor no puede verificar de forma independiente, con datos reales, el resultado del cálculo de indicadores ni la depuración aplicada.

Sobre la observación anterior la OCI recomienda formalizar, extensivamente a los cinco servicios, un registro documental de las reglas de validación aplicadas y del tratamiento dado a las inconsistencias detectadas, independiente de los comentarios del código fuente. Adicional, se recomienda que la OARES incorpore, como parte de los productos documentales ordinarios de esta actividad, el detalle por prestador de los casos marcados como “SIN CÁLCULO” y los archivos de datos generados en cada etapa, de manera que queden disponibles para consulta y control en futuros ejercicios de seguimiento.

Cálculo de indicadores y documentación de resultados del perfilamiento

Frente a esta actividad, el resultado esperado es la generación de 16 indicadores financieros que permitan categorizar objetivamente el riesgo de cada prestador para las Direcciones Técnicas usuarias. Respecto del indicador de prueba ácida (PrA), la fórmula efectivamente programada (activo corriente disponible - cuentas por cobrar comerciales corrientes / entre pasivo corriente) difiere técnicamente de la prueba ácida convencional, que excluye el inventario del activo corriente por ser su componente menos líquido. Al remover en su lugar las cuentas por cobrar (un activo generalmente más líquido que el inventario) y mantener este último dentro del numerador, la fórmula programada tiende a sobrestimar la liquidez de los prestadores con

inventarios significativos y a subestimarla en los que dependen en mayor medida de cartera por cobrar; no se trata, por tanto, únicamente de una inexactitud en la explicación suministrada por la OARES, sino de un riesgo técnico con efecto directo sobre la confiabilidad de este indicador específico. En consecuencia, el resultado esperado se considera alcanzable en su mayor parte, con la salvedad expresa del indicador PrA, cuya fiabilidad se encuentra comprometida y amerita corrección de su uso en decisiones de supervisión, razones por las cuales se genera esta observación

Observación 6. Inconsistencia entre la fórmula programada del indicador PrA y la explicación institucional suministrada

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
6	La fórmula del indicador PrA/prueba ácida, replicada en ambos scripts, no excluye los inventarios del activo corriente. En mesa técnica del 02/10/2026, ante esta observación, la OARES explicó que “no existe una variable específica de inventario en la base de datos XBRL” y que la fórmula se ajusta a “activo corriente entre pasivo corriente (o activo corriente menos efectivo)”. Esta explicación no corresponde ni a la fórmula efectivamente programada ni a su propia premisa: el mismo script identifica, mediante búsqueda de texto, conceptos XBRL de inventario (Bloque 9).	Buena práctica financiera para el cálculo de la prueba ácida; Operación 2 de RM-P-001 (Acta GD-F-064). Modelo GIC-M-007, sección “Indicadores, agregaciones y comparaciones” — “Los indicadores, índices, agregaciones o comparaciones territoriales derivados del SUI deberán contar con definición, fórmula, unidad de medida, nivel base de cálculo, regla de agregación, población de referencia, tratamiento de faltantes, criterios de normalización cuando aplique y responsable de validación metodológica.”	Ausencia de una definición técnica formal del indicador y de un mecanismo de verificación previo.	Interpretación errónea de lo que mide el indicador; adicionalmente, la inexactitud verificada entre la explicación suministrada y el código afecta la fiabilidad de las explicaciones técnicas de la OARES.

Se recomienda a la OARES, documentar formalmente la fórmula oficial del indicador PrA, de manera que sea consistente entre lo explicado institucionalmente y lo efectivamente programado, y establecer un mecanismo interno de revisión técnica previo a suministrar explicaciones sobre la metodología de cálculo. Adicional, recomienda actualizar la caracterización del proceso (RM-PR-001) para que sea consistente con el desarrollo metodológico efectivamente implementado, o documentar el desarrollo pendiente de los mapas de calor y el instrumento de medición del estado de madurez.

Revisión de scripts

Después de la revisión de los dos scripts suministrados por la parte auditada, la Oficina de Control Interno, constató que la lógica de extracción, validación y cálculo del proceso de perfilamiento se implementó como archivos de script ejecutados localmente, sin migrar hacia un repositorio de código con control de versiones ni hacia el motor de base de datos, pese a tratarse de un proceso recurrente y crítico para la función misional de la OARES.

La continuidad de los scripts actuales, presenta varias desventajas relacionadas entre sí: el archivo es modificable por cualquier persona con acceso a él sin que quede registro de quién, cuándo ni por qué, más allá de la fecha de modificación del archivo; el único mecanismo verificado se limita al nombre del archivo de salida y no al código fuente mismo; no se evidenció comité de

control de cambios ni ambiente de pruebas separado del de producción, como exige DE-M-004 5.20.c, d y q; el resultado puede variar según la versión de R y las librerías instaladas en el equipo del analista; y, como consecuencia de lo anterior, al no restringirse el acceso al archivo de código, una alteración accidental o deliberada en la lógica del script (por ejemplo, en la fórmula del indicador PrA) podría no ser detectada antes de su ejecución. Por consiguiente, se genera la siguiente observación:

Observación 7. Restricción de acceso archivos y repositorios

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Riesgos (Efectos o impactos)
7	Los dos scripts de programación evaluados (Gas Natural, GLP, y Aseo) son archivos de código R almacenados y ejecutados como archivos de texto plano fuera de un repositorio de código con control de versiones. No se evidenció que su acceso esté restringido mediante permisos diferenciados, que su modificación quede sujeta a aprobación previa, ni que exista un registro —más allá del nombre del archivo de salida de quién modificó el script, cuándo y con qué propósito.	Manual DE-M-004, Política de Desarrollo Seguro, numeral 5.20, literal e — "La OTIC debe restringir el acceso a los repositorios de códigos fuentes de las aplicaciones y debe controlar las versiones de los sistemas de información… para asegurar buenas prácticas en la administración de los cambios propuestos y aprobados." Numeral 5.20, literal k — "Los desarrollos nuevos o sistemas de información adquiridos deben contar con pistas de auditoría que permitan como mínimo revisar los accesos (login) exitosos y fallidos, así como las creaciones y modificaciones de usuarios y permisos." Numeral 5.20, literal q — "Los cambios de software se realizarán siempre en el ambiente de pruebas dispuesto por la Entidad. Una vez superada la etapa de pruebas… se documenta y coordina el paso a producción, previa presentación y aprobación por parte del comité de control de cambios." Procedimiento GIC-P-006, definición de "Script" — "Código o conjunto de instrucciones diseñado para automatizar tareas como la extracción de datos o la generación de reportes."	La lógica de extracción, validación y cálculo del proceso de perfilamiento se implementó como archivos de script ejecutados localmente, sin migrar hacia un repositorio de código con control de versiones ni hacia el motor de base de datos, pese a tratarse de un proceso recurrente y crítico para la función misional de la OARES.	Compromiso de la integridad y trazabilidad del proceso de perfilamiento; imposibilidad de detectar de forma oportuna una alteración accidental o deliberada en la lógica de cálculo (por ejemplo, en la fórmula del indicador PrA, observación 3.1). Migrar la lógica hacia un procedimiento almacenado en el motor de base de datos aportaría control de acceso granular, control de versiones real (sentencias DDL versionadas), pista de auditoría nativa, ejecución independiente del entorno local de cada analista y aprobación formal de cambios antes de producción; continuar con los scripts actuales implica que cualquier persona con acceso al archivo puede alterar su lógica sin registro de autoría, sin control de versiones del código fuente y sin aprobación formal de cambios.

3.4.4 Prueba de auditoría

El 29 de septiembre la OCI adelantó prueba de auditoría presencial en la OARES, espacio donde se formularon preguntas para aclarar o ampliar información obtenida en desarrollo de la auditoría, encontrando lo siguiente:

- No se reportaron inconsistencias de la información entregada para el perfilamiento por las direcciones técnicas en el formato 003 por los cambios coyunturales en la entidad.
- No se realizó el perfilamiento de riesgos sino hasta octubre 2025 debido a la vinculación de funcionarios nuevos en OARES.
- Las diferencias entre la información entregada y el perfilamiento, corresponde a que la OARES realizó el perfilamiento con la información consultada directamente por esa dependencia en el SUI.
- Los comités de supervisión y auditoría mencionados en el Instructivo de metodología no se encuentran reglamentados en la entidad.
- Los indicadores regulatorios de la CRA y la CREG se revisan parcialmente, pues no necesariamente indican un nivel de riesgo per se de los prestadores
- La información reportada por los auditores externos y OCI de los prestadores no se está utilizando para el perfilamiento de riesgos, pues su información de riesgos es deficiente.
- No se han realizado propuestas regulatorias relacionadas con la SBR, factores de riesgos y perfilamiento de prestadores.

La prueba realizada, tuvo además como finalidad, sustentar los hallazgos de auditoría preliminares detectados por la OCI, que se encuentran descritos en las observaciones 1 y 2 de este informe. Adicionalmente, se indagó a las direcciones técnicas cuyos prestadores habían sido perfilados, si la información proveniente de la OARES, había sido utilizada como insumo para su gestión de vigilancia e inspección, encontrando que, al ser enfocada en indicadores financieros, la consideran incipiente ante los múltiples factores de riesgo de sus vigilados. También incluyó auditoria sobre sobre el script originalmente suministrado; en dicha sesión el equipo de la OARES no explicó de manera clara su funcionamiento ni acreditó evidencia de su remisión formal, lo que obligó a programar una segunda mesa técnica, realizada el 2 de octubre de 2026, en la que se suministró y explicó un script distinto (“Perfilamiento_ASEO_desde_Oracle.R”).

3.5 Información y comunicación

Este componente indica la manera adecuada y oportuna del flujo y comunicación de la información. Como se relaciona en los apartes de verificación de operaciones procedimentales del numeral 3.4.2. el flujo de información no ha sido efectivo en la realización de las actividades de solicitud de información de perfilamiento y su entrega, validación de la misma, socialización de resultados y capacitación oportuna, falencias que soportan las observaciones antes mencionadas.

3.6 Actividades de monitoreo

Este acápite involucra la valoración de la efectividad del control interno, la gestión adelantada por los procesos y cumplimiento de los objetivos. En tal sentido, se incluye para este informe, la revisión de los planes de acción, indicadores SIGME y la adopción de recomendaciones frente a la SBR en vigencias anteriores.

3.6.1 Planes de acción 2025 y 2026

Se verificó el plan de acción operativo y los proyectos de inversión asociados a la Oficina de Administración de Riesgo y Estrategia de Supervisión para las vigencias 2025 y 2026, con el fin

de evaluar la eficacia en el cumplimiento de los entregables y productos, así como su efectividad en la generación de valor público.

De la verificación documental realizada en la plataforma SISGESTIÓN, se evidenció que algunos de los entregables registrados presentan información incompleta, debido a que los documentos aportados se encuentran en formato editable con comentarios pendientes de resolver y apartados con títulos sin desarrollar. Esta situación limita la verificación de la integralidad y finalización de los productos reportados, así como la confirmación de que estos cumplen con las condiciones previstas para los entregables de los planes de acción.

Tabla 4. Entregables Oficina Administración de Riesgos y Estrategia de Supervisión

Vigencia	Número de entregable	Producto	Entregable
2025	 87194	Metodología para la supervisión basada en riesgos articulado con el IVC	Establecer la identificación, definición y categorización de los riesgos en un servicio público priorizado como parte integral de la Metodología para la Supervisión Basada en Riesgos, en coordinación con las dependencias que realizan el IVC
2025	 87195	Metodología para la supervisión basada en riesgos articulado con el IVC	Validar con la dependencia del servicio público priorizado, la categorización de los riesgos y los indicadores claves de riesgo (KRI's) propuestos en el marco de la Metodología para la Supervisión Basada en Riesgos.

Fuente: Planes de acción 2025-2026 OARES Sisgestión

De acuerdo con lo anterior, la presencia de entregables con información incompleta limita la trazabilidad y verificación de los resultados alcanzados frente a las metas establecidas. Al respecto, el Instructivo Código SM-I-002 Versión 7 de Seguimiento a la Planeación Institucional (el cual fue eliminado de SIGME para dar paso al Manual DE-M-009) establece que se debe dar cumplimiento a los objetivos estratégicos, indicadores meta, productos y actividades. Asimismo, señala que el cumplimiento del producto corresponde al resultado esperado en la vigencia, alcanzado mediante la ejecución de los entregables y el uso de los recursos disponibles. En este sentido, los soportes deben permitir evidenciar los resultados obtenidos y verificar el cumplimiento de los compromisos previstos en los planes de acción.

En consecuencia, la presentación de documentos en formatos editables con comentarios pendientes de resolver y apartados con títulos sin desarrollar limita la verificación de la integralidad y finalización de los productos reportados, así como la confirmación de su correspondencia con los resultados esperados para la vigencia. Esta situación afecta la suficiencia de los soportes documentales y dificulta la evaluación de los resultados de la gestión de la dependencia.

Observación 8. Debilidades en la documentación y soportes de los entregables de los planes de acción.

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
8	Se constató que los soportes correspondientes a los entregables 87194 y 87195 de la vigencia 2025, y 87421 de la vigencia 2026, presentan información incompleta, debido a que fueron aportados en formatos editables (Word) con comentarios pendientes de resolver y apartados con títulos sin desarrollar. Esta situación limita la verificación de la integralidad y finalización de los productos reportados, así como la validación de los resultados obtenidos frente a los compromisos establecidos en los planes de acción de las vigencias correspondientes.	Instructivo Código SM-I-002 Versión 7 de Seguimiento a la Planeación Institucional	Debilidades en la revisión de los entregables: Falta de revisión para identificar comentarios pendientes y apartados sin desarrollar. Insuficiencia de controles para el cierre de productos: Falta de criterios de validación que aseguren la entrega de soportes completos antes de reportar el cumplimiento de las metas.	Riesgo operativo – Limitaciones en el aprovechamiento de los productos: Posibilidad de uso limitado de los productos operativos debido a la entrega de documentos incompletos. Riesgo operativo – Decisiones basadas en información incompleta: Posibilidad de tomar decisiones con información insuficiente debido a la falta de verificación de los productos reportados.

Es por tanto recomendable que las evidencias aportadas como resultados de ejecución de los planes de acción, guarden plena consistencia, integralidad y trazabilidad y que la IA sea utilizada como insumo para el análisis pertinente que hace la dependencia en desarrollo de sus productos.

3.6.2 Indicadores

Durante la evaluación de los indicadores de gestión del proceso de Riesgos y Metodologías, se evidenció que durante la vigencia 2025 no se registraron reportes de medición, pese a que estos se encontraban formalmente aprobados e incluidos en la batería oficial del Sistema Integrado de Gestión y Mejora (SIGME).

Tabla 5. Indicadores Proceso Riesgos y Metodologías 2025

Vigencia	Producto	Reporte
2025	Prestadores con perfilamiento de riesgo	**No reportado**

Fuente: Módulo indicadores de SIGME 2025

Esta situación afecta la trazabilidad del desempeño del proceso y limita la disponibilidad de información objetiva para evaluar el cumplimiento de sus objetivos, identificar desviaciones y orientar la toma de decisiones y las acciones de mejora. De acuerdo con el Instructivo para el Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación en el SIGME, los indicadores permiten realizar seguimiento al desempeño institucional; por tanto, la ausencia de mediciones y de una línea base histórica formalmente documentada dificulta analizar la evolución de las variables, identificar tendencias y alertas oportunamente, comparar resultados entre periodos y adoptar acciones correctivas o de mejora.

Observación 9. Falta de medición y reporte de los indicadores de gestión del proceso de Riesgos y Metodologías

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
9	Durante la vigencia 2025, no se evidenció el reporte de medición del indicador de gestión del proceso de Riesgos y Metodologías, pese a que se encontraba formalmente aprobado e incluido en la batería oficial del Sistema Integrado de Gestión y Mejora (SIGME). Esta situación limita la trazabilidad del seguimiento al desempeño y al cumplimiento de los objetivos del proceso, así como la identificación oportuna de desviaciones y la generación de alertas que contribuyan a la toma de decisiones y al establecimiento de acciones de mejora.	Instructivo para el Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación del SIGME SM-I-001 V. 4.0: numerales 3 y 3.1.3	Falta de apropiación de los indicadores de gestión: desconocimiento o falta de claridad por parte de los responsables del proceso de Riesgos y Metodologías respecto de la vigencia, periodicidad y responsabilidades asociadas a la medición y reporte de los indicadores aprobados en el SIGME. Debilidad en los controles de seguimiento: ausencia o insuficiencia de mecanismos de autocontrol y verificación periódica que permitan identificar oportunamente la falta de medición y reporte de los indicadores del proceso.	Riesgo operativo por detección tardía de desviaciones: Posibilidad de que no se identifiquen oportunamente desviaciones o debilidades en la gestión de riesgos y las metodologías institucionales, debido a la ausencia de medición de los indicadores del proceso. Riesgo operativo por limitaciones en la toma de decisiones: Posibilidad de tomar decisiones sin información suficiente y trazable sobre el desempeño del proceso, debido a la ausencia de mediciones correspondientes a la vigencia 2025, lo que limita el análisis de tendencias y la comparación de resultados entre periodos.

Por tanto, es recomendable fortalecer el seguimiento a los indicadores del proceso, asegurando el reporte periódico de las mediciones por parte de la primera línea de defensa y el monitoreo por parte de la segunda línea, con el fin de contar con información actualizada sobre el desempeño del proceso, identificar desviaciones y facilitar la toma de decisiones.

3.6.3 Revisión conclusiones y recomendaciones de la OCI 2023-2024

En ejercicio de la auditoría de gestión realizada por la OCI en la vigencia 2023, con radicado 20231400164273 y el seguimiento de la OCI a la implementación de la SBR efectuado en 2024, radicado 2024140012638, se encontraron diversas falencias en la implementación de la SBR que luego de revisar la documentación y evidencias aportadas a esta auditoría, aún se mantienen, pese a que han transcurrido más de dos años en haber sido identificadas por la OCI, entre las cuales sobresalen las siguientes:

El perfilamiento de prestadores basado en riesgos no abarca la totalidad de riesgos asociados a la prestación de servicios públicos domiciliarios. Falencia que se mantiene actualmente, toda vez que el perfilamiento se sigue realizando con base en información e indicadores financieros de los prestadores, omitiendo todas las vulnerabilidades administrativas, técnicas y comerciales que pueden incidir en la prestación del servicio.

En concepto de la OCI, la SBR es el marco estratégico bajo el cual se deben alinear todos los procesos misionales, por lo que se hace necesario que esta cobije igualmente, a los procesos de Protección al Usuario y Fortalecimiento de Control Social en cabeza de la SDPUGT y sus Direcciones Territoriales. Documentación vigente en el periodo auditado, como

el Instructivo de metodología SBR (en los acápites de definición de categorías de riesgos y ciclo de gobernanza), sigue omitiendo la participación en la SBR de todas las áreas misionales y sus procesos asociados, pues enfoca su ejercicio en el trabajo de las direcciones técnicas de la Delegadas sectoriales.

Se recomendó que la SBR fuera adoptada mediante una estrategia de Planificación y Gestión del Cambio, basada en los criterios que al respecto refieren las normas y decretos reglamentarios de los sistemas de gestión del SIGME y en las actividades y el objetivo del procedimiento de Gestión del Cambios. El cambio de modelo de supervisión afecta notablemente la misionalidad de la entidad y debió ser objeto de estricto análisis y documentación bajo los lineamientos de cada una de las operaciones del procedimiento institucional y no solo para realizar la caracterización del proceso, por lo que ante esta última recomendación no acogida por OARES, ya que no se activó de manera efectiva el procedimiento institucional establecido, se formula la siguiente observación:

Observación 10. No implementación procedimiento Gestión de cambios

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios	Posibles causas identificadas por la OCI	Posibles Riesgos (Efectos o impactos)
10	La transición hacia un modelo SBR afecta de manera sustancial la misionalidad de la SSPD y los sistemas de gestión implementados y no fue objeto de la aplicación integral del procedimiento institucional de Gestión de Cambios, toda vez que la OARES activó dicho procedimiento únicamente para efectos de la construcción de la caracterización del proceso, sin extender su aplicación a las demás operaciones que el propio procedimiento establece: identificación, aprobación del CIGD, registro en SIGME, revisión, evaluación, comunicación, implementación y seguimiento del cambio, situación que ya había sido puesta de presente a la OARES en 2024, sin que la recomendación correspondiente haya sido acogida.	Procedimiento SIGME Gestión de cambios MI-P-003 versión 4.0	Interpretación, desconocimiento o aplicación restrictiva del procedimiento de Gestión de Cambios que limitó la comprensión de la relevancia del cambio. Ausencia de puntos de control que monitoreen la trazabilidad entre la magnitud e impacto del cambio sobre la misionalidad de la Entidad Falta de análisis y/o seguimiento a las recomendaciones previas de la OCI.	Riesgo de que la implementación del modelo de SBR se realice sin la planificación, coordinación, comunicación, ejecución y seguimiento adecuados. No efectividad del ejercicio de seguimiento y mejora continua previsto en el SIGME como producto de los pronunciamientos de la Oficina de Control Interno.

Al respecto sería recomendable, que la SBR sea analizada desde la perspectiva estratégica que su implementación implica, en el marco de los comités institucionales, existentes y pendientes de constitución (como los relacionados en el instructivo) con la asignación de actividades concretas, responsabilidades y labores de monitoreo y seguimiento, que aseguren la viabilidad y continuidad del modelo, con base en los lineamientos del procedimiento omitido.

4. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el ejercicio de auditoría de la OCI al procedimiento de perfilamiento y la gestión adelantada por la OARES, se concluye que:

- Se cumplió con los objetivos de auditoría frente a la revisión de la aplicación de la SBR, procedimiento de perfilamiento, planes de acción, indicadores, riesgos y funciones de la OARES y no se materializó riesgo alguno para su desarrollo de los identificados en el plan.
- Si bien la OARES se encuentra plenamente identificada como un área de orden estratégico y que procura el cumplimiento integral de las funciones del Decreto 1369 de 2020 que le han sido asignadas en materia de SBR, los cambios permanentes de administración y de personal, sumado a una planta de personal reducida, afectaron claramente su gestión en el periodo, en especial para el cumplimiento de las funciones de diseño, promoción e implementación de la metodología.
- Se evidenció una adecuada valoración y tratamiento de los riesgos institucionales del proceso de Riesgos y Metodologías, dado que se mantienen en zona baja. No obstante, se identificaron debilidades en el diseño de los controles, debido a la falta de claridad sobre su ejecución y las evidencias requeridas, así como en su funcionamiento, por falta de ejecución y cobertura. Estas situaciones afectan la efectividad de los controles y su contribución al tratamiento de los riesgos identificados.
- La implementación del modelo de SBR en la SSPD podría verse comprometida, dadas las diversas inconsistencias conceptuales y metodológicas encontradas en manuales e instructivos de SIGME.
- Las operaciones del procedimiento auditado de perfilamiento de riesgos no se han adelantado de manera integral, conforme a lo descrito en el SIGME. El perfilamiento de riesgos de los prestadores se ha realizado con énfasis en indicadores financieros, sin abarcar todas las categorías de riesgo que han sido identificadas y excluyendo a áreas y procesos misionales, fundamentales para su adecuada implementación y que son insumo esencial para el ejercicio de las funciones de supervisión asignadas a la SSPD.
- En el periodo analizado no se evidenció que se haya realizado el perfilamiento de prestadores en 2026 (con información de 2025), restando oportunidad para la priorización de actividades misionales de las áreas misionales.
- El perfilamiento de prestadores se encuentra en ejecución y del cual se obtienen resultados periódicos para, al menos, dos de los cinco servicios públicos domiciliarios bajo supervisión de la Entidad. No obstante, el ejercicio presenta debilidades recurrentes de estandarización, trazabilidad y documentación: la definición del universo de prestadores activos, el diagnóstico de completitud de la información financiera, la definición formal de los indicadores y la generación de los productos documentales previstos en RM-P-001 no se encuentran acreditados de manera uniforme para los ejercicios evidenciados.
- Se evidenció un reporte oportuno de los entregables asociados a la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategia de Supervisión. No obstante, se identificaron debilidades en la completitud de los productos finales y sus respectivos soportes, lo que impide constatar integralmente la obtención de los resultados esperados frente a los entregables reportados.
- Se evidenció falta de medición en el proceso de Riesgos y Metodologías que permita evaluar el avance de sus actividades, lo que limita el seguimiento a su desempeño, la identificación de desviaciones y la disponibilidad de información objetiva para orientar la toma de decisiones y las acciones de mejora.
- En revisión de las recomendaciones realizadas por la OCI en ejercicios anteriores, se encontró que no han sido atendidas en su totalidad. Es así, como, ante un cambio sustancial en la

misionalidad de la entidad como el de la implementación de la SBR, debió activarse de manera integral y oportuna el procedimiento de Gestión de Cambios previsto en el SIGME.

5. RECOMENDACIONES E INVITACIÓN A LA MEJORA

Como quiera que el ejercicio auditor de la OCI conlleva no sólo la identificación de incumplimientos o debilidades en áreas o procesos, sino que promueve la adopción de acciones como resultado de su labor, se recomienda lo siguiente:

- Analizar el fortalecimiento de la planta de personal de la OARES, en consideración a que el desarrollo de sus funciones e implementación de la SBR implica una gestión permanente, articulada, oportuna e integral de la estrategia y lo misional.
- Revisar y actualizar la documentación asociada a los controles del mapa de riesgos de gestión y corrupción, con el fin de asegurar que las actividades de control se encuentren debidamente referenciadas en los documentos correspondientes.
- Alinear armónicamente la documentación del proceso (manuales e instructivos) cobijando en su estructuración, implementación y capacitación a todos las áreas y procesos misionales, con el fin de que la metodología SBR sea un referente válido para el ejercicio de la vigilancia, inspección y control.
- Rediseñar de manera articulada con las áreas misionales el procedimiento de perfilamiento, incluyendo todos los factores de riesgo previstos por el Marco Metodológico de SBR, con el fin de obtener un perfilamiento efectivo y oportuno socializado hacia todos los grupos de interés.
- Analizar la documentación en el SIGME de las metodologías generales que se diseñen en el desarrollo de los entregables de SISGESTIÓN con el fin de salvaguardar el capital intelectual institucional ante eventuales fugas de conocimiento.
- Revisar y fortalecer el uso de herramientas de inteligencia artificial en la elaboración de los informes en los entregables del plan de acción, procurando que reflejen el conocimiento técnico del área y el análisis profesional esperado.
- Incorporar en la formulación de los objetivos del plan estratégico para el cuatrienio 2027-2030 acciones orientadas al fortalecimiento y la madurez del modelo de supervisión basada en riesgos.
- Se recomienda actualizar la hoja de vida del indicador Índice de ejecución y trazabilidad del perfilamiento de prestadores, reemplazando el término “Índice” por “Porcentaje” en su nombre, así como ajustar el objetivo del proceso.
- Analizar desde la perspectiva estratégica la implementación de la SBR, en el marco de los comités institucionales, existentes y pendientes de constitución (como los relacionados en el instructivo), con el fin de asegurar la viabilidad y continuidad del modelo con base en los lineamientos del procedimiento de Gestión de Cambios de SIGME, definiendo la asignación de actividades concretas, responsabilidades, así como las labores de monitoreo y seguimientos correspondientes.

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