MEMORANDO

PARA: JOSÉ ALEXANDER PEREZ RAMOS
Director Administrativo y Financiero
Jefe de Oficina Asesora de Planeación (E)

RAUL JAVIER MANRIQUE VACCA
Subsecretario de Gestión Institucional

ANDREA DEL PILAR CHAVES
Oficina Asesora de Planeación

DE: GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: Remisión Informe Final de Auditoría Interna – Proceso Gestión Administrativa

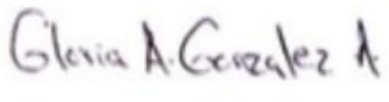
Reciban un cordial saludo,

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría del año 2026, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), y del Plan de Trabajo aprobado para la auditoría al proceso de Gestión Administrativa, nos permitimos remitir el Informe Final de Auditoría correspondiente al ejercicio realizado por la Oficina de Control Interno.

Confiamos en que los hallazgos, observaciones y recomendaciones contenidos en el presente informe sean de utilidad para fortalecer la gestión del proceso evaluado, y quedamos atentos a la elaboración del respectivo Plan de Mejoramiento, conforme a los términos establecidos en el procedimiento institucional vigente.

Extendemos un sincero agradecimiento por la valiosa colaboración, apertura y disposición brindada por todo el equipo durante el desarrollo de esta auditoría, lo cual contribuyó significativamente al desarrollo del ejercicio.

Atentamente,



GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Anexos: Informe Final de Auditoría

Elaboró:				
ADRIANA MILENA RAYO CABRERA	CPS:	FUNCIONARIO	FECHA EJECUCIÓN:	26/06/2026
Revisó:				
GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	CPS:	FUNCIONARIO	FECHA EJECUCIÓN:	26/06/2026
Aprobó:				
GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	CPS:	FUNCIONARIO	FECHA EJECUCIÓN:	26/06/2026

TABLA DE CONTENIDO

1. PROCESO OBJETO DE AUDITORÍA. 2
2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA INTERNA. 2
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. 2
4. TIPO DE INFORME. 2
5. EQUIPO AUDITOR. 2
6. CRITERIOS DE AUDITORÍA. 2
7. RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO AUDITADO. 3
8. ÚLTIMO SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO: 3
9. METODOLOGÍA. 5
10. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: 5
11. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA. 7
11.1. FORTALEZAS. 7
11.2. HALLAZGOS DE AUDITORÍA – NO CONFORMIDADES. 8
11.2.1. PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes 8
11.2.2. PA07-PR04 - Toma Física de Inventarios 16
11.2.3. PA07-PR03 Mantenimiento del Parque Automotor – Efectividad de Plan de mejoramiento 20
11.2.4. PA07-PR07-Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales 22
11.2.5. PA07-PR08 - Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos 24
11.2.6. PA07-PR10 - Gestión integral de residuos sólidos 26
11.2.7. PA07-PR11- Elaboración del Plan Institucional de Gestión Ambiental 27
11.3. **HALLAZGOS DE AUDITORÍA – OBSERVACIONES.** 29
11.3.1. PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes 29
11.3.2. PA07-PR04 - Toma Física de Inventarios 30
11.3.3. PA07-PR07-Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales 31
11.3.4. PA07-PR08 - Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos 31
12. RESUMEN DE HALLAZGOS. 32
13. RECOMENDACIONES. 33
14. CONCLUSIONES 34

1. PROCESO OBJETO DE AUDITORÍA.

Proceso Gestión Administrativa.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA INTERNA.

Evaluar la implementación y efectividad del Sistema de Control Interno en el proceso de Gestión Administrativa de la Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), mediante una revisión sistemática, objetiva e independiente, en el marco de las normas y lineamientos aplicables.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

Verificar de manera integral la caracterización del proceso, sus procedimientos, lineamientos, políticas, gestión, riesgos y controles, así como su articulación con las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y su contribución al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de marzo de 2026.

A continuación, se relacionan los procedimientos incluidos en el alcance de la auditoría:

- PA07-PR01 - Ingresos, egresos y traslados de bienes
- PA07-PR02 - Egreso o retiro definitivo de bienes por baja, pérdida o hurto
- PA07-PR04 - Toma Física o Inventario
- PA07-PR07 - Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales
- PA07-PR08 - Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos
- PA07-PR10 - Gestión integral de residuos sólido
- PA07-PR11 - Elaboración del Plan Institucional de Gestión Ambiental, seguimiento y rendición de informes

Limitaciones al Alcance: No se presentaron limitaciones al alcance.

4. TIPO DE INFORME.

Preliminar ☐

Final ☒

5. EQUIPO AUDITOR.

Líder de la Auditoría:	Adriana Milena Rayo Cabrera, Contratista.
Auditor (es):	Ana Yesmit Alfonso Fajardo, Contratista.
	Camilo Andrés Rodríguez León, Contratista.
Emisor del Informe:	Gloria Aide Gonzalez Almario, Jefe Oficina de Control Interno.

6. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

Normativo:

- Constitución Política de Colombia Art. 209
- Ley 1150 del 16 de julio de 2007
- Constitución Política de Colombia Art. 209

- Ley 1150 del 16 de julio de 2007
- Ley 1474 del 12 de julio de 2011
- Ley 1882 del 15 de enero de 2018
- Decreto Nacional 019 del 10 de enero de 2012
- Decreto Nacional 1082 del 26 de mayo de 2015
- Decreto Nacional 1081 del 26 de Mayo de 2015
- Decreto Distrital 109 del 16 de marzo de 2009
- Decreto Nacional 612 del 4 de abril de 2018
- Decreto Distrital 815 del 28 de diciembre 2017
- Decreto Distrital 062 de 9 de febrero de 2024
- Resolución Distrital No. 001 del 30 de septiembre de 2019
- Resolución SDA 8015 del 12 de noviembre de 2009
- Resolución SDA 6201 del 23 de agosto de 2010
- Resolución SDA 2746 del 15 de diciembre de 2020
- Resolución SDA 01017 del 15 de junio de 2023
- Resolución SDA 3179 de 28 de diciembre de 2023
- Demás normatividad aplicable a los procedimientos definidos en el alcance.

7. RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO AUDITADO.

Tabla 1. Riesgos – Proceso: Gestión Administrativa

Código del Riesgo	Descripción del Riesgo
GAd. 2019-1	Perdida o daño de bienes
GAd. 2019-19	Posibilidad de afectación reputacional por el derrame de residuos con características de peligrosidad debido al inadecuado embalaje, desconocimiento o inaplicabilidad de los lineamientos establecidos por el proceso para su movilización entre sedes.
GAd. 2019-20	Posibilidad de afectación económica debido a cambios de un bien o alguno de sus componentes, partes, seriales etc, en la rotación del mismo entre servidores públicos por la finalización de los contratos y la gestión del paz y salvo por parte de quien tiene asignado el bien.
GAd. 2019-21	Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes públicos por la pérdida, extravío, hurto, robo o declaratoria de bienes faltantes pertenecientes a la Entidad debido a la inadecuada custodia de los bienes a cargo del almacén.

Fuente: Elaboración Propia. Información tomada de Isolución

8. ÚLTIMO SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO:

La última auditoría realizada al proceso de “Gestión Administrativa” se efectuó durante la vigencia 2023. Como resultado de dicha evaluación, se emitió el informe definitivo comunicado mediante memorando Forest No. 2023IE221717 del 22 de septiembre de 2023.

A continuación, se presenta el resumen de los hallazgos y acciones de mejoramiento formuladas en el marco de la mencionada auditoría:

- **Seis (6) fortalezas:** relacionadas con la implementación de controles para la asignación y entrega de bienes, registros en los comprobantes de salida de bienes, así como mejoras en los procesos de toma física de inventarios, aprobación de resoluciones de baja de bienes y control operativo del parque automotor y administración del servicio de transporte.

  Así mismo, se identificó el fortalecimiento de herramientas y mecanismos de control para la trazabilidad de la información de inventarios, la consolidación y actualización de matrices ambientales y de requisitos legales aplicables, así como la ejecución de actividades orientadas al seguimiento y control de los aspectos ambientales institucionales en el marco del PIGA.

- **Cuatro (4) No conformidades:**
  - **Debilidades en la aplicación de controles para la administración de bienes en la SDA:** Se identificaron debilidades relacionadas al control de los bienes tales como: bienes sin placa de inventario, desactualización de la información de los bienes por dependencias a cargo, bienes pendientes de trámite de baja, afectación del control físico de estos, ausencia de evidencia de solicitud de acompañamiento para ingreso de los bienes y bienes con permanencia mayor a la permitida en la bodega del almacén.

  - **Ausencia en la toma de decisiones frente a bienes no verificados en la toma física:** No se evidenció toma de decisiones frente al reporte en los informes de toma física de inventarios de bienes que quedaron pendientes por verificar durante los años el ejercicio de tomas físicas de los años 2021 y 2022.

  - **Debilidades en el manejo, custodia y actualización de documentación reglamentaria en la hoja de vida del vehículo:** Se identificó ausencia de evidencia de las inspecciones ambientales anuales a los vehículos de la SDA y pólizas de seguro todo riesgo en la Hoja de Vida del Vehículo, así como el seguro obligatorio SOAT vencido para uno de los vehículos evaluados.

  - **Incumplimiento de comunicación externa de la matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales y requisitos legales de la vigencia 2022 (Con beneficio de Auditoría):** Se observó incumplimiento en la comunicación externa en el aplicativo Isolucion (Módulo de Sistema de Gestión Ambiental) de la información sobre los aspectos ambientales significativos identificados en la matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales y requisitos legales de la vigencia 2022.

    Para este último hallazgo, se hizo necesario informar a la Subsecretaria General, dado que, se identificó dentro de las causas asociadas a la generación de esta situación, la intervención de esta dependencia en el análisis y solución de la problemática expuesta, toda vez, que son ellos los encargados de la administración del aplicativo Isolucion y adicionalmente como responsables del Sistema Integrado de Gestión para este caso en lo relacionado al Sistema de Gestión Ambiental.

- **Dos (2) Observaciones (aspectos a recomendar no relacionados con hallazgos):** relacionados con:
    - Ausencia de firmas en formatos de traslado de bienes
    - Desviaciones no documentadas en el aseguramiento de los bienes.
- **Cuatro (4) Acciones cerradas:** al iniciar la auditoría, identificamos que las acciones 1136, 1137, 1138 y 1139 en el aplicativo Isolución con estado cerrado relacionadas con los planes de mejoramiento definidos por el proceso auditado.

9. METODOLOGÍA.

La Auditoría Interna al proceso de Gestión Administrativa se desarrolló de conformidad con el Plan de Trabajo de Auditoría, el cual fue presentado y socializado durante la reunión de apertura realizada el 27 de abril de 2026, según consta en el Acta de Reunión y Lista de Asistencia No. 021, formalizada mediante correo electrónico.

Posteriormente, el 22 de mayo de 2026, el plan de trabajo fue ajustado previa revisión y aprobación del líder del proceso, modificación que fue informada mediante correo electrónico. El ajuste consistió en reprogramar las actividades previstas una semana hacia adelante, con el propósito de garantizar el análisis y revisión de la información remitida por las dependencias, así como el desarrollo integral y adecuado de las pruebas de auditoría definidas en el alcance del ejercicio auditor.

En cumplimiento de la metodología de auditoría establecida, mediante radicado No. 2026IE123090 del 11 de junio de 2026 la Oficina de Control Interno remitió el Informe Preliminar de Auditoría a las dependencias auditadas para su revisión y presentación de observaciones, comentarios o aclaraciones frente a los resultados obtenidos.

Posteriormente, mediante radicado No. 2026IE13015 del 22 de junio de 2026, el proceso auditado remitió su respuesta al informe preliminar, la cual fue analizada por el equipo auditor y considerada en la elaboración del presente informe final. Como resultado de dicho análisis, para cada uno de los hallazgos incluidos en este informe se incorporó el correspondiente Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado, así como la conclusión emitida por la Oficina de Control Interno respecto de los argumentos y soportes aportados, garantizando el debido proceso, la objetividad y la valoración integral de la información suministrada durante el ejercicio auditor.

10. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA:

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo y alcance definidos para la presente auditoría, la Oficina de Control Interno desarrolló pruebas de cumplimiento, pruebas sustantivas, análisis documentales, entrevistas, pruebas de recorrido y validaciones selectivas sobre los procedimientos incluidos en el alcance del proceso Gestión Administrativa.

Para el desarrollo de la auditoría se solicitó, recopiló y analizó información suministrada por las dependencias responsables, incluyendo procedimientos, registros, bases de datos, actas, informes, reportes, matrices, soportes documentales y evidencia relacionada con la ejecución de las actividades objeto de evaluación.

Las principales actividades desarrolladas fueron las siguientes:

- **PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes**

  - Prueba de recorrido del procedimiento realizada el 06 de mayo de 2026 con los responsables del proceso.
  - Verificación de la documentación soporte asociada a ingresos y egresos de bienes.
  - Revisión de una muestra de 69 egresos de bienes por valor de $1.389.035.120, correspondiente al 80% del total de los movimientos de egreso efectuados durante el período evaluado.
  - Validación de formatos, memorandos, comprobantes de ingreso y egreso, registros del aplicativo de inventarios y demás soportes asociados.
  - Revisión del 100% del inventario de bienes por responsable con corte al 31 de diciembre de 2025, correspondiente a 9.397 bienes por valor de $52.974.019.252.
  - Cruce de información entre la base de inventarios, la planta de personal y la base de contratistas de la entidad con corte al 31 de diciembre de 2025.

- **PA07-PR04 – Toma Física de Inventarios**

  - Prueba de recorrido del procedimiento realizada el 06 de mayo de 2026.
  - Verificación del informe final de toma física de inventarios de la vigencia 2025 y sus soportes.
  - Revisión de las actas del Comité de Inventarios.
  - Validación de la gestión efectuada frente a bienes pendientes de verificación física.
  - Verificación de la designación de funcionarios o contratistas responsables del acompañamiento al proceso de toma física por parte de las dependencias.

- **PA07-PR03 – Mantenimiento del Parque Automotor – Validación sobre la Efectividad de Plan de mejoramiento**

  - Reunión de entendimiento con los responsables del procedimiento realizada el 12 de mayo de 2026.
  - Revisión de la documentación asociada a la hoja de vida de los vehículos.
  - Verificación de pólizas, SOAT, revisiones técnico-mecánicas, mantenimientos preventivos y correctivos.
  - Validación de la efectividad de las acciones formuladas en el plan de mejoramiento derivado de la auditoría anterior.
  - Revisión de la situación contractual relacionada con el mantenimiento del parque automotor.

- **PA07-PR07 – Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales**

  - Prueba de recorrido del procedimiento realizada el 8 de mayo de 2026.
  - Verificación del proceso de actualización y consolidación de la matriz institucional de aspectos e impactos ambientales.
  - Revisión de los soportes remitidos por las dependencias.
  - Validación de los controles definidos en el procedimiento y de los mecanismos de seguimiento implementados por el Profesionales encargados del PIGA.

- **PA07-PR08 – Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos**

  - Prueba de recorrido del procedimiento realizada el 8 de mayo de 2026.

- Verificación del proceso de actualización, consolidación y validación de la matriz de requisitos legales aplicables y otros requisitos.
- Revisión de los soportes remitidos por las dependencias.
- Validación de los controles establecidos para la actualización normativa y el seguimiento de requisitos legales ambientales.

- **PA07-PR10 – Gestión integral de residuos sólidos**
  - Prueba de recorrido del procedimiento realizada el 8 de mayo de 2026.
  - Verificación de la gestión integral de residuos sólidos generados por la entidad.
  - Revisión de los reportes efectuados ante la autoridad ambiental competente.
  - Validación del cumplimiento de las fechas y condiciones establecidas para el reporte de información en la plataforma STORM.

- **PA07-PR11 – Elaboración del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)**
  - Prueba de recorrido del procedimiento realizada el 8 de mayo de 2026.
  - Verificación del seguimiento efectuado a los programas y metas del PIGA.
  - Revisión de los informes de seguimiento y reportes realizados durante el período evaluado.
  - Validación de la presentación de resultados ante las instancias de seguimiento y toma de decisiones de la entidad.
  - Verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el procedimiento para la rendición de informes y seguimiento de la gestión ambiental institucional.

Como resultado de las pruebas realizadas, se identificaron fortalezas, oportunidades de mejora y hallazgos relacionados con la efectividad de los controles implementados, el cumplimiento de los procedimientos, la oportunidad de los reportes, la gestión documental, la trazabilidad de la información y la ejecución de las actividades definidas para el proceso de Gestión Administrativa. Los resultados se presentan en el siguiente numeral.

11. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

11.1. FORTALEZAS.

Fortaleza No. 1. Efectividad en Plan de mejoramiento - Acción 1139

Como resultado de las acciones implementadas por el proceso responsable para atender el Hallazgo No. 4 de la auditoría realizada en la vigencia 2023, relacionado con el incumplimiento en la comunicación externa de la Matriz de Identificación de Aspectos e Impactos Ambientales y de la Matriz de Requisitos Legales, durante la presente auditoría se verificó la publicación oportuna de la información requerida en la página web de la SDA y el cumplimiento de las actividades definidas en el plan de mejoramiento.

Lo anterior permitió evidenciar la efectividad de la acción de mejoramiento No. 1139, al corregir la situación que dio origen al hallazgo y fortalecer el cumplimiento de las obligaciones de divulgación y reporte de la información ambiental institucional.

Fortaleza No. 2. Implementación de herramientas tecnológicas (app) para la toma física de inventarios

Se destaca la implementación y uso de la app "Sheet" que soporta el proceso de toma física de inventarios, facilitando la trazabilidad, seguimiento y consolidación de la información verificada. Así mismo, esta app

permite a las dependencias consultar en tiempo real el avance, estado y resultados del inventario asignado, fortaleciendo la gestión, control y oportunidad en la atención de novedades identificadas durante el proceso.

Fortaleza No. 3. Estandarización de formatos para egreso de bienes

Se evidenció la utilización de formatos estandarizados para los procesos de egreso de bienes, los cuales permiten identificar de manera clara y organizada los elementos requeridos por las dependencias. Esta práctica facilita posteriormente el registro y actualización de la información en el aplicativo de administración de inventarios, fortaleciendo la trazabilidad y control de los bienes institucionales.

Fortaleza No. 4. Articulación institucional para la consolidación de matrices ambientales

Se evidenció articulación entre la Subsecretaria de Gestión Institucional - SGI y las diferentes dependencias de la entidad para la actualización y consolidación de las matrices de identificación de aspectos e impactos ambientales y de requisitos legales aplicables, permitiendo integrar la información institucional requerida para la elaboración y reporte de los instrumentos ambientales asociados al PIGA.

Fortaleza No. 5. Compromiso del área responsable frente a la actualización y depuración documental del parque automotor

Durante el desarrollo de la auditoría se observó disposición del proceso auditado para adelantar actividades de actualización, regularización y depuración de información asociada al parque automotor, especialmente frente a documentos reglamentarios y soportes requeridos para la operación de los vehículos institucionales.

11.2. HALLAZGOS DE AUDITORÍA – NO CONFORMIDADES.

Como resultado de la ejecución de las pruebas de auditoría desarrolladas, se identificaron los siguientes hallazgos – No conformidades, que requieren generar acciones de mejora a través de la suscripción de un plan de mejoramiento, las cuales serán presentadas por los procedimientos evaluados en la Gestión Administrativa, de acuerdo con el alcance definido:

11.2.1. PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes

Hallazgo No. 1. Inefectividad en la Acción Correctiva No. 1136 del Plan de Mejoramiento
Como resultado de la auditoría realizada durante el año 2023, puntualmente sobre el hallazgo "Debilidades en la aplicación de controles para la administración de bienes en la SDA", la dependencia responsable formulo la acción correctiva No. 1136, así: "Ajustar, actualizar y socializar el procedimiento PA07-PR01 Ingresos, egresos y traslados de bienes", el cual fue cerrado el 12 de julio de 2024 y que buscaba mitigar los aspectos evidenciados por el equipo auditor en cuanto a:

I. Observaciones a los controles aplicados relacionados con:
   a. Bienes sin placa de inventario
   b. Bienes que no pertenecen a la dependencia
   c. Bienes pendientes de trámite de egreso por baja
   d. Afectación al control físico de los bienes a cargo de la dependencia
   e. Diferencias en la ubicación reportada de los bienes
   f. Ausencia de evidencia de solicitud de acompañamiento para ingreso de bienes

II. Permanencia de bienes en bodega superior a los días permitidos

III. Inconsistencias en fechas de ingreso

En la evaluación de efectividad realizada por la Oficina de Control Interno se evidenció que las acciones implementadas estuvieron orientadas principalmente a la actualización y formalización de aspectos documentales del procedimiento; sin embargo, no lograron fortalecer de manera efectiva los controles operativos asociados a la administración de bienes, persistiendo situaciones relacionadas con documentación incompleta, inconsistencias en registros de inventario, debilidades en la trazabilidad de los movimientos y oportunidades de mejora en la actualización de la información registrada en los sistemas institucionales.

Durante la presente auditoría se identificaron las siguientes situaciones:

- **Oportunidades en el cumplimiento de controles documentales en egresos de bienes**

Con el propósito de verificar la documentación que respalda los egresos de bienes que se realizaron durante el periodo auditado, se seleccionó una muestra de 69 egresos por valor de $1.389.035.120 que corresponde al 80% del total de los egresos.
Como resultado de la revisión, se identificaron las siguientes novedades:
a) Ausencia del Anexo 2 – Formato PA07-PR01-F2 Solicitud de elementos de consumo en 12 egresos que corresponden a $215.436.542.
b) Diferencias entre las cantidades registradas frente a los egresos emitidos en 5 egresos que representan el 7% de la cantidad de documentos revisados.
c) Ausencia de memorandos soporte en cincuenta y un (51) egresos que representan el 74% de la cantidad de documentos revisados.
d) Ausencia de firma del área de almacén en veintisiete (27) casos que representan el 45% de la cantidad de documentos revisados.

Adicionalmente, se realizó solicitud de aclaración, corrección y subsanación de las inconsistencias identificadas a el proceso auditado y en la respuesta evidenciamos que para el punto b) fueron remitidos a la Oficina de Control Interno los soportes con modificaciones posteriores en formatos y para el punto d) fueron remitidos a la Oficina de Control Interno los formatos con las firmas agregadas de manera extemporánea.

Esta situación genera incumplimiento de las actividades 14 y 32 del procedimiento PA07-PR01 - Ingresos, egresos y traslados de bienes, relacionadas con la solicitud, recepción, revisión y validación de los soportes requeridos para el ingreso, egreso y entrega de elementos de consumo, las cuales establecen la obligación de verificar que los formatos y documentos soporte se encuentren debidamente diligenciados y formalizados antes de continuar con el trámite correspondiente.

- **Debilidades en la actualización y depuración del inventario de bienes por responsable**

En el marco de la auditoría al procedimiento PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes, se revisó el 100% del inventario de bienes por responsable con corte al 31 de diciembre de 2025 que comprendía 9.397 bienes por $52.974.019.252, efectuando cruces de información entre la base de datos de inventario, la planta de personal y la base de contratistas vigentes para el mismo periodo.

Como resultado de la validación efectuada, se identificaron las siguientes situaciones:

a) 1.336 registros de placas de inventario que corresponden a $8.772.969.568, es decir el 17%, estaban asignadas a responsables clasificados en el aplicativo como “Tercero”, los cuales contaban con vínculo contractual finalizado al 31 de diciembre de 2025. De estos registros, al momento de la auditoría, 1.299 bienes por $8.747.527.826 continuaban con inventario asignado.
b) 634 de los 1.336 registros por $683.567.717 correspondían a funcionarios; sin embargo, en el aplicativo de inventarios se encuentran registrados con tipo de responsable “Tercero” (tipología usada para contratistas o personal que no tiene la calidad de colaborador de la entidad).

Al analizar la respuesta de la dependencia de Almacén, se identificó que 1.114 bienes que representan $8.120.288.872, es decir el 63% fue subsanado con posterioridad a la fecha del alcance de esta auditoría, es decir entre abril y mayo de 2026. Adicionalmente, nos fue informado que esta situación se presentó porque en el mes de diciembre se dejó de solicitar el paz y salvo a contratistas. Sin embargo, esta actividad a la fecha de la auditoría aún se encontraba documentada en el procedimiento en la actividad No. 26. "Entregar Comprobante de traslado de bienes devolutivos".

Adicionalmente se identificó:
c) 902 registros de placas por valor de $1.971.780.885 asignadas a responsables (personas naturales) clasificados como “Tercero” que no fueron identificados en la base de planta de personal ni en la base de contratistas. Según la respuesta de la dependencia de Almacén nos fue informado que el 96% de estos bienes están bajo la responsabilidad de los contratos: 20242712 con Gestión Rural y Urbana S.A.S y SDA-20242545 con objeto de servicios de vigilancia.

d) Dos (2) funcionarios presentaban inventario asignado por valor de $39.083.107 pese a que su desvinculación correspondía a la vigencia 2025

e) Dos (2) responsables con inventario asignado no fueron ubicados en la base de datos de planta de personal por valor de $21.376.964

Estos dos últimos (d y e), fueron subsanados entre febrero y marzo de 2026 según lo indicado y soportado por el proceso auditado.

Por lo anterior, las situaciones evidenciadas reflejan incumplimiento del procedimiento en las actividades relacionadas con el traslado de bienes entre servidores Públicos (actividades de la 23 a la 26), debido a las novedades identificadas en la actualización, depuración y control de la información registrada en el sistema de administración de inventarios, así como en la oportunidad con la que se realizan las actualizaciones de asignación de responsables en el aplicativo institucional, generando riesgos sobre la confiabilidad de la información, la adecuada trazabilidad de los bienes y el control de las responsabilidades asociadas a los elementos asignados por la entidad.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 1, considerando que los argumentos recibidos ratifican el hallazgo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

a. El procedimiento PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes, versión 7 con modificación del 19 de junio de 2024 según radicado 2024IE108077fue el procedimiento que se tuvo en cuenta para la auditoría el cual se encontraba vigente en Isolución.

b. La Oficina de Control Interno evidenció que los criterios expuestos por el proceso en su respuesta, relacionados con la asignación de inventarios a funcionarios de planta o delegados, no se encontraban formalmente documentados durante el período auditado. Adicionalmente, según lo informado por el proceso auditado, dichos lineamientos se encuentran en proceso de actualización; sin embargo, al cierre del ejercicio auditor no se evidenció su formalización en Isolución. Por lo anterior, no fue posible validar que estos criterios constituyeran controles formalmente establecidos y vigentes durante el alcance de la auditoría.

c. En el procedimiento sujeto a nuestra revisión, el Anexo 2 Formato PA07-PR01-F2 no se encuentra documentado como se informa en la respuesta "el formato en mención no constituye un documento de control de inventarios permanente debido a la naturaleza de los bienes afectados (bienes de consumo).". A continuación, transcribimos lo que establece el procedimiento donde adicionalmente se indica que este formato requiere aprobación:

"SOLICITUD DE ELEMENTOS DE CONSUMO

31. Solicitar Elementos de Consumo

Solicitar elementos de consumo diligenciando el Anexo 2 formato PA07-PR01-F2 Solicitud de elementos de consumo, cuando requiera elementos del listado definido por la entidad.

NOTA: Supervisor o Interventor del Contrato, Director, Subdirector, Jefe de Oficina, Responsable del proceso deberá aprobar la solicitud".

32. Recepcionar y revisar la solicitud de elementos de consumo

Recepcionar y revisar que el Anexo 2 formato PA07-PR01-F2 Solicitud de elementos de consumo, **se encuentre debidamente diligenciado."** El subrayado y negrilla es nuestro.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno no encontró evidencia documental dentro del procedimiento vigente para que el formato PA07-PR01-F2 se denominara hoja de trabajo susceptible a cambios o exceptuar su utilización para los casos observados durante la auditoría.

d. En cuanto a los memorandos, en la respuesta recibida nos informan que "La aplicación del formato de solicitud y del memorando responde a una regla de exclusión mutua basada en la custodia del bien"; sin embargo, no se evidenció documentada esta regla en el procedimiento auditado. A continuación, citamos lo que establece el procedimiento:

"(…) 14. Solicitar Ingreso y Egreso a Almacén

Solicitar mediante comunicación oficial interna, el ingreso o egreso de bienes a la Dirección de Gestión Corporativa indicando el servidor público que recibirá los bienes ingresados adjuntado la siguiente documentación (…)."

"Recibir los memorandos de solicitud de ingreso de bienes y direccionar

Recibir la solicitud de ingreso con adjuntos y remitir al área de almacén, quien verifica la documentación y procede al ingreso de los bienes." El subrayado es nuestro.

Al revisar el procedimiento, se evidenció que la actividad contempla la recepción de memorandos como parte del trámite establecido; sin embargo, no se identificó disposición alguna que establezca la exclusión o sustitución entre el memorando y el formato PA07-PR01-F2, tal como fue indicado por el proceso auditado en su respuesta.

Por lo anterior, la situación observada corresponde a una práctica operativa aplicada por la dependencia de Almacén, pero no a una directriz formalmente establecida dentro del procedimiento vigente durante el período auditado.

e. En la respuesta recibida, el proceso auditado reconoce que veintisiete (27) documentos soporte de egreso de bienes no contaban con la firma correspondiente al momento de la ejecución de la operación, aceptando que dicha formalización se realizó de manera extemporánea con posterioridad a la observación efectuada por la Oficina de Control Interno.

   Lo anterior evidencia debilidades en la aplicación de los controles establecidos para el proceso, toda vez que la suscripción de los documentos soporte debía garantizarse en el momento del despacho de los bienes, conforme a las actividades y controles definidos en el procedimiento vigente.

   Si bien la dependencia adelantó las acciones necesarias para completar las firmas faltantes, dichas actuaciones corresponden a una subsanación posterior derivada de las observaciones realizadas durante la auditoría y no desvirtúan la situación identificada en la muestra evaluada.

f. La Oficina de Control Interno analizó los argumentos presentados por el proceso auditado respecto de las debilidades identificadas en la actualización y depuración del inventario por responsable, evidenciando que gran parte de las acciones de regularización fueron adelantadas durante la vigencia 2026. En este sentido, en el informe preliminar se reconoció que el 63% de los casos observados fueron subsanados entre los meses de abril y mayo de 2026, período posterior al alcance definido para la auditoría.

   De igual forma, en el informe preliminar se consideró las aclaraciones relacionadas con los bienes asociados a los contratos No. 20242712 suscrito con Gestión Rural y Urbana S.A.S. y No. SDA-20242545 correspondiente al servicio de vigilancia, así como las situaciones asociadas a funcionarios desvinculados y responsables no identificados en la planta de personal, las cuales fueron reportadas por la dependencia como subsanadas durante los meses de febrero y marzo de 2026.

   No obstante, las acciones de regularización adelantadas con posterioridad al período evaluado evidencian gestión correctiva frente a las situaciones identificadas, pero no desvirtúan la situación observada durante el alcance de la auditoría, la cual se fundamentó en la información registrada en el aplicativo institucional con corte al 31 de diciembre de 2025 y al 31 de marzo de 2026.

   Adicionalmente, la respuesta del proceso auditado reconoce la existencia de debilidades en la actualización y depuración del inventario de bienes, así como incumplimientos en las actividades relacionadas con el traslado de bienes entre servidores públicos, así: “Si bien se presentaron debilidades en la actualización y depuración del inventario de bienes e incumplimiento del procedimiento en las actividades relacionadas con el traslado de bienes entre servidores Públicos, debido a las novedades identificadas en la actualización, depuración y control de la información registrada en el sistema de administración de inventarios, así como en la oportunidad con la que se realizan las actualizaciones de asignación de responsables en el aplicativo institucional, generando riesgos sobre la confiabilidad de la información, la adecuada trazabilidad de los bienes y el control de las responsabilidades asociadas a los elementos asignados por la entidad.

No ha sido por no gestión o control por parte del equipo de almacén si no por situaciones tales como: sobrecarga operativa, altos volúmenes de traslados de personal y elementos que superan la capacidad operativa del área encargada para mantener el registro en tiempo real y falta de cultura de autocontrol, incumplimiento de los servidores públicos frente a la entrega formal y notificación de los bienes a su cargo durante cambios de dependencia o retiros."

En consecuencia, los argumentos expuestos por el proceso auditado permiten explicar las causas que dieron origen a las situaciones observadas y evidencian acciones orientadas a su corrección; sin embargo, también ratifican la existencia de las debilidades identificadas por la Oficina de Control Interno durante el desarrollo de la auditoría, particularmente en lo relacionado con la oportunidad de actualización de la información, la depuración de inventarios y la trazabilidad de los bienes asignados.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos permiten explicar las causas que originaron las situaciones observadas y evidencian acciones de regularización implementadas en su gran mayoría con posterioridad al período auditado; sin embargo, no desvirtúan las situaciones identificadas durante la ejecución de la auditoría ni la persistencia de situaciones asociadas al hallazgo reportado en la vigencia 2023.

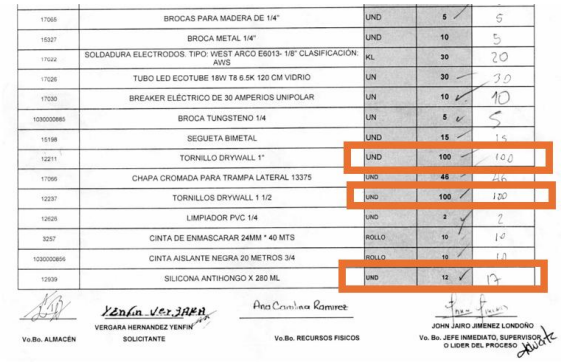
En consecuencia, la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 1, toda vez que la evidencia obtenida durante la auditoría permite concluir que la Acción Correctiva No. 1136 no fue efectiva para prevenir la recurrencia de las situaciones que dieron origen al hallazgo inicial, particularmente en lo relacionado con la aplicación de controles documentales, la actualización de inventarios por responsable y la oportunidad en la depuración de la información registrada en el sistema institucional.

Hallazgo No. 2. Modificación de cantidades despachadas por Almacén en formato de egresos de bienes de la SDA.

En la verificación efectuada al procedimiento PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes, específicamente sobre los soportes asociados al proceso de egreso de bienes y al Formato PA07-PR01-F2, se identificó que, una vez solicitadas las observaciones y justificaciones a la dependencia de Almacén correspondientes a 4 egresos que presentaban diferencias en las cantidades registradas, fueron remitidos a la Oficina de Control Interno los mismos formatos con modificaciones posteriores respecto de la información inicialmente suministrada, repisando, tachando y a la vez modificando las cantidades inicialmente reportadas, ajustando la información para que cruzará con la información del egreso generado en el aplicativo; afectando la integridad, trazabilidad y confiabilidad de los registros asociados al proceso de egreso de bienes, como se observa a continuación:

Imagén 1. Modificaciones en las cantidades reportadas en los formatos

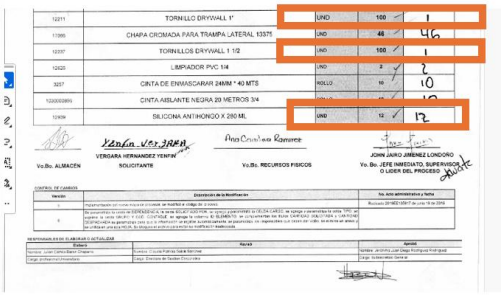
Egreso No. 31 Enviado Inicialmente



17065	BROCAS PARA MADERA DE 1/4"	UND	5	5
15327	BROCA METAL 1/4"	UND	10	5
17022	SOLDADURA ELECTRODOS. TIPO: WEST ARCO E6013- 1/8" CLASIFICACION AWS	KL	30	20
17026	TUBO LED ECOTUBE 18W T8 6.5K 120 CM VIDRIO	UN	30	30
17030	BREAKER ELÉCTRICO DE 30 AMPERIOS UNIPOLAR	UN	10	10
1030000865	BROCA TUNGSTENO 1/4	UN	5	5
15198	SEGUETA BIMETAL	UND	15	15
12211	TORNILLO DRYWALL 1"	UND	100	100
17095	CHAPA CROMADA PARA TRAMPA LATERAL 13375	UND	46	46
12237	TORNILLOS DRYWALL 1 1/2	UND	100	100
12625	LIMPIADOR PVC 1/4	UND	2	2
3257	CINTA DE ENMASCARAR 24MM * 40 MTS	ROLLO	10	10
1030000856	CINTA AISLANTE NEGRA 20 METROS 3/4	ROLLO	10	10
12939	SILICONA ANTIHONGO X 280 ML	UND	12	12

Vo.Bo. ALMACÉN — VERGARA HERNANDEZ YENFIN, SOLICITANTE — Vo.Bo. RECURSOS FISICOS — JOHN JAIRO JIMENEZ LONDOÑO, Vo. Bo. JEFE INMEDIATO, SUPERVISOR O LIDER DEL PROCESO

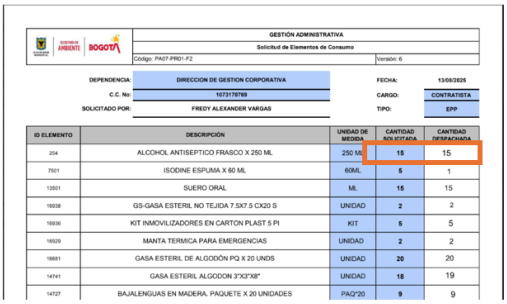
Egreso No. 31 Enviado con Ajuste



12211	TORNILLO DRYWALL 1"	UND	100	1
17095	CHAPA CROMADA PARA TRAMPA LATERAL 13375	UND	46	46
12237	TORNILLOS DRYWALL 1 1/2	UND	100	1
12625	LIMPIADOR PVC 1/4	UND	2	2
3257	CINTA DE ENMASCARAR 24MM * 40 MTS	ROLLO	10	10
1030000865	CINTA AISLANTE NEGRA 20 METROS 3/4	ROLLO	10	10
12939	SILICONA ANTIHONGO X 280 ML	UND	12	12

Vo.Bo. ALMACÉN — VERGARA HERNANDEZ YENFIN, SOLICITANTE — Vo.Bo. RECURSOS FISICOS — JOHN JAIRO JIMENEZ LONDOÑO, Vo. Bo. JEFE INMEDIATO, SUPERVISOR O LIDER DEL PROCESO

Egreso No. 232 enviado inicialmente

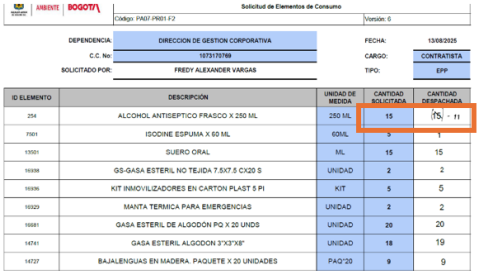


GESTIÓN ADMINISTRATIVA — Solicitud de Elementos de Consumo — Código: PA07-PR01-F2 — Versión: 6

DEPENDENCIA: DIRECCION DE GESTION CORPORATIVA — FECHA: 13/08/2025
C.C. No: 1073170769 — CARGO: CONTRATISTA
SOLICITADO POR: FREDY ALEXANDER VARGAS — TIPO: EPP

ID ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
254	ALCOHOL ANTISEPTICO FRASCO X 250 ML	250 ML	15	15
7501	ISODINE ESPUMA X 60 ML	60ML	5	1
13501	SUERO ORAL	ML	15	15
16938	GS-GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5X7.5 CX20 S	UNIDAD	2	2
16936	KIT INMOVILIZADORES EN CARTON PLAST 5 PI	KIT	5	5
16929	MANTA TERMICA PARA EMERGENCIAS	UNIDAD	2	2
16681	GASA ESTERIL DE ALGODÓN PQ X 20 UNDS	UNIDAD	20	20
14741	GASA ESTERIL ALGODON 3"X3"X8"	UNIDAD	18	19
14727	BAJALENGUAS EN MADERA. PAQUETE X 20 UNIDADES	PAQ*20	9	9

Egreso No. 232 enviado posteriormente con ajuste

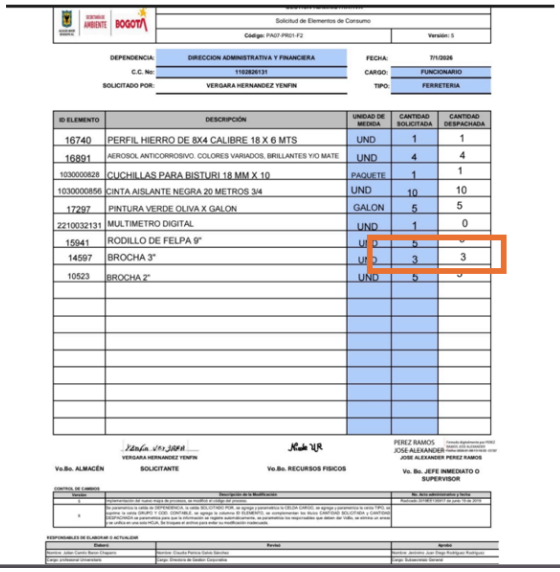


Solicitud de Elementos de Consumo — Código: PA07-PR01-F2 — Versión: 6

DEPENDENCIA: DIRECCION DE GESTION CORPORATIVA — FECHA: 13/08/2025
C.C. No: 1073170769 — CARGO: CONTRATISTA
SOLICITADO POR: FREDY ALEXANDER VARGAS — TIPO: EPP

ID ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
254	ALCOHOL ANTISEPTICO FRASCO X 250 ML	250 ML	15	15 - 11
7501	ISODINE ESPUMA X 60 ML	60ML	5	1
13501	SUERO ORAL	ML	15	15
16938	GS-GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5X7.5 CX20 S	UNIDAD	2	2
16936	KIT INMOVILIZADORES EN CARTON PLAST 5 PI	KIT	5	5
16929	MANTA TERMICA PARA EMERGENCIAS	UNIDAD	2	2
16681	GASA ESTERIL DE ALGODON PQ X 20 UNDS	UNIDAD	20	20
14741	GASA ESTERIL ALGODON 3"X3"X8"	UNIDAD	18	19
14727	BAJALENGUAS EN MADERA. PAQUETE X 20 UNIDADES	PAQ*20	9	9

Egreso No. 13 enviado inicialmente



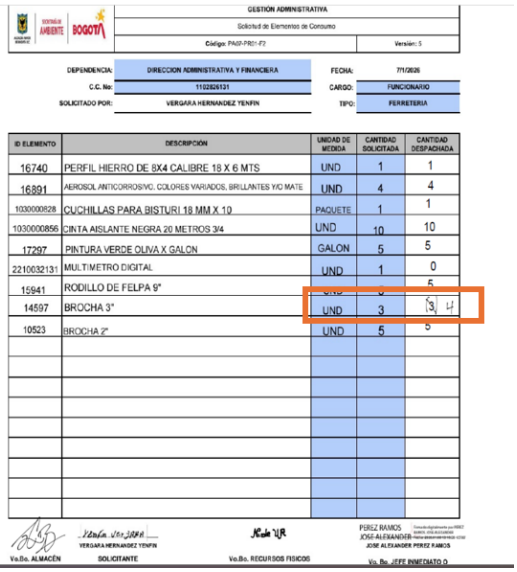
Solicitud de Elementos de Consumo — Código: PA07-PR01-F2 — Versión: 5

DEPENDENCIA: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA — FECHA: 7/1/2026
C.C. No: 1102826131 — CARGO: FUNCIONARIO
SOLICITADO POR: VERGARA HERNANDEZ YENFIN — TIPO: FERRETERIA

ID ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
16740	PERFIL HIERRO DE 8X4 CALIBRE 18 X 6 MTS	UND	1	1
16891	AEROSOL ANTICORROSIVO. COLORES VARIADOS, BRILLANTES Y/O MATE	UND	4	4
1030000828	CUCHILLAS PARA BISTURI 18 MM X 10	PAQUETE	1	1
1030000856	CINTA AISLANTE NEGRA 20 METROS 3/4	UND	10	10
17297	PINTURA VERDE OLIVA X GALON	GALON	5	5
2210032131	MULTIMETRO DIGITAL	UND	1	0
15941	RODILLO DE FELPA 9"	UND	5	5
14597	BROCHA 3"	UND	3	3
10523	BROCHA 2"	UND	5	5

Vo.Bo. ALMACÉN — VERGARA HERNANDEZ YENFIN, SOLICITANTE — Vo.Bo. RECURSOS FISICOS — PEREZ RAMOS JOSE ALEXANDER, Vo. Bo. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR

Egreso No. 13 enviado posteriormente con ajuste



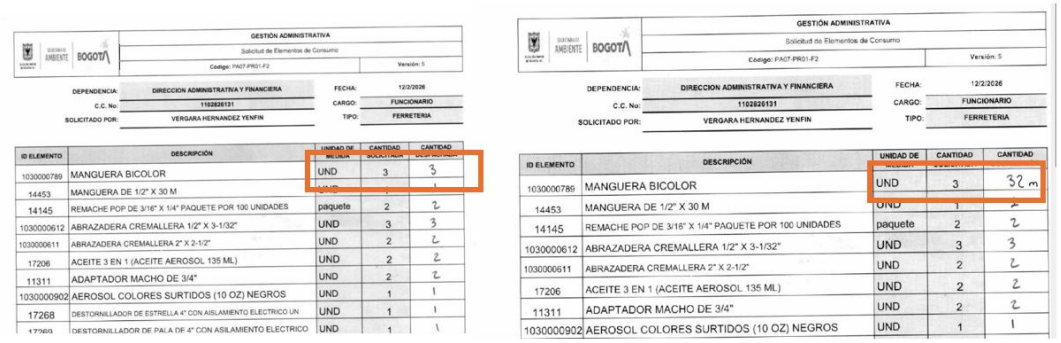
GESTIÓN ADMINISTRATIVA — Solicitud de Elementos de Consumo — Código: PA07-PR01-F2 — Versión: 5

DEPENDENCIA: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA — FECHA: 7/1/2026
C.C. No: 1102826131 — CARGO: FUNCIONARIO
SOLICITADO POR: VERGARA HERNANDEZ YENFIN — TIPO: FERRETERIA

ID ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
16740	PERFIL HIERRO DE 8X4 CALIBRE 18 X 6 MTS	UND	1	1
16891	AEROSOL ANTICORROSIVO. COLORES VARIADOS, BRILLANTES Y/O MATE	UND	4	4
1030000828	CUCHILLAS PARA BISTURI 18 MM X 10	PAQUETE	1	1
1030000856	CINTA AISLANTE NEGRA 20 METROS 3/4	UND	10	10
17297	PINTURA VERDE OLIVA X GALON	GALON	5	5
2210032131	MULTIMETRO DIGITAL	UND	1	0
15941	RODILLO DE FELPA 9"	UND	5	5
14597	BROCHA 3"	UND	3	3 - 4
10523	BROCHA 2"	UND	5	5

Vo.Bo. ALMACÉN — VERGARA HERNANDEZ YENFIN, SOLICITANTE — Vo.Bo. RECURSOS FISICOS — PEREZ RAMOS JOSE ALEXANDER, JOSE ALEXANDER PEREZ RAMOS — Vo. Bo. JEFE INMEDIATO O

Egreso No. 36 enviado inicialmente **Egreso No. 36 enviado posteriormente con ajuste**



GESTION ADMINISTRATIVA
Solicitud de Elementos de Consumo
Código: PA07-PR01-F2 Versión: 5

DEPENDENCIA: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
C.C. No: 1102826131
SOLICITADO POR: VERGARA HERNANDEZ YENFIN
FECHA: 12/2/2026
CARGO: FUNCIONARIO
TIPO: FERRETERIA

ID ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1030000789	MANGUERA BICOLOR	UND	3	3
14453	MANGUERA DE 1/2" X 30 M	UND	1	1
14145	REMACHE POP DE 3/16" X 1/4" PAQUETE POR 100 UNIDADES	paquete	2	2
1030000612	ABRAZADERA CREMALLERA 1/2" X 3-1/32"	UND	3	3
1030000611	ABRAZADERA CREMALLERA 2" X 2-1/2"	UND	2	2
17206	ACEITE 3 EN 1 (ACEITE AEROSOL 135 ML)	UND	2	2
11311	ADAPTADOR MACHO DE 3/4"	UND	2	2
1030000902	AEROSOL COLORES SURTIDOS (10 OZ) NEGROS	UND	1	1
17268	DESTORNILLADOR DE ESTRELLA 4" CON AISLAMIENTO ELECTRICO UN	UND	1	1
17269	DESTORNILLADOR DE PALA DE 4" CON ASILAMIENTO ELECTRICO	UND	1	1

GESTIÓN ADMINISTRATIVA
Solicitud de Elementos de Consumo
Código: PA07-PR01-F2 Versión: 5

DEPENDENCIA: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
C.C. No: 1102826131
SOLICITADO POR: VERGARA HERNANDEZ YENFIN
FECHA: 12/2/2026
CARGO: FUNCIONARIO
TIPO: FERRETERIA

ID ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1030000789	MANGUERA BICOLOR	UND	3	32 m
14453	MANGUERA DE 1/2" X 30 M	UND	1	2
14145	REMACHE POP DE 3/16" X 1/4" PAQUETE POR 100 UNIDADES	paquete	2	2
1030000612	ABRAZADERA CREMALLERA 1/2" X 3-1/32"	UND	3	3
1030000611	ABRAZADERA CREMALLERA 2" X 2-1/2"	UND	2	2
17206	ACEITE 3 EN 1 (ACEITE AEROSOL 135 ML)	UND	2	2
11311	ADAPTADOR MACHO DE 3/4"	UND	2	2
1030000902	AEROSOL COLORES SURTIDOS (10 OZ) NEGROS	UND	1	1

Fuente: Imágenes tomadas de los formatos suministrados por la dependencia de Almacén (Anexo 2 del Procedimiento)

Esta práctica se aparta de los criterios normativos que rigen la gestión documental en la administración pública y de los principios constitucionales de moralidad y transparencia que deben orientar el ejercicio de la función administrativa, conforme lo dispone el artículo 209 de la Constitución Política; vulnerando igualmente lo previsto en el artículo 2°, literal b), de la Ley 87 de 1993, que establece como objetivo fundamental del control interno el asegurar la oportunidad, confiabilidad e integridad de la información y de sus registros, mandato que resulta directamente desconocido cuando los documentos soporte de las operaciones de inventario son objeto de modificaciones no autorizadas con posterioridad a su diligenciamiento original, alterando la correspondencia que debe existir entre el registro físico y la operación efectivamente realizada, comprometiendo la trazabilidad documental del proceso de egreso de bienes, afectando la veracidad de la información institucional y debilitando los mecanismos de control establecidos para la custodia y conservación de los soportes del procedimiento PA07-PR01, en contravía igualmente de las disposiciones que regulan la gestión de archivística estatal, contenidas en la Ley 594 de 2000 en materia de integridad y autenticidad de los documentos públicos.

En consecuencia, la situación identificada no permite a la Oficina de Control Interno obtener certeza razonable respecto a que las cantidades efectivamente entregadas correspondan a las registradas en la documentación y soportes suministrados durante el ejercicio auditor, generando la posibilidad de materialización del riesgo reputacional.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 2, evidenciando que la respuesta suministrada no modifica la situación identificada durante el ejercicio auditor.

En primer lugar, el proceso auditado reconoce expresamente que la práctica de realizar enmiendas, repisados o tachaduras sobre los formatos físicos se aparta de los estándares de gestión documental pública y de las disposiciones establecidas en la Ley 594 de 2000, situación que coincide con lo observado por la Oficina de Control Interno durante la revisión de los soportes asociados al proceso de egreso de bienes.

Adicionalmente, la dependencia indica que el formato PA07-PR01-F2 era utilizado internamente como una hoja de trabajo o alistamiento preliminar y que, como consecuencia de variaciones operativas durante el proceso de despacho, se realizaron ajustes posteriores sobre los documentos inicialmente diligenciados. Sin embargo, la Oficina de Control Interno evidenció que dichos formatos corresponden a registros documentales del procedimiento y fueron suministrados como soporte de las operaciones evaluadas durante la auditoría.

De igual forma, la respuesta señala que, una vez comunicadas las observaciones por parte del equipo auditor, el personal operativo procedió a modificar los documentos originales para ajustarlos a la información registrada en el sistema, reconociendo expresamente que se incurrió en el error de modificar el documento original en lugar de generar un nuevo registro. Esta situación corresponde precisamente a la situación identificada en el hallazgo y confirma que los documentos inicialmente aportados fueron objeto de modificaciones posteriores a su elaboración.

Si bien el proceso auditado manifiesta que dichas actuaciones obedecieron a una dinámica operativa y no a una intención de alterar la realidad de las operaciones, la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno no estuvo orientada a determinar la existencia de una conducta dolosa o de una afectación patrimonial, sino a verificar la integridad, autenticidad, trazabilidad y confiabilidad de los documentos que respaldan las operaciones del proceso.

Por otra parte, la Oficina de Control Interno reconoce las acciones correctivas propuestas por el proceso auditado, orientadas a prohibir la realización de enmiendas, fortalecer los controles operativos y capacitar al personal en materia de gestión documental. No obstante, dichas acciones corresponden a medidas implementadas con posterioridad a la identificación de la situación observada y no desvirtúan la situación evidenciada durante el período evaluado. Las acciones a implementar por parte del proceso auditado informadas en su respuesta, podrán ser parte de las acciones a garantizar en el plan de mejoramiento del proceso.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos permiten explicar las circunstancias que dieron origen a la situación observada y evidencian la adopción de acciones orientadas a prevenir su recurrencia. Sin embargo, la propia respuesta confirma que los documentos soporte del proceso, formato PA07-PR01-F2, fueron objeto de modificaciones posteriores a su diligenciamiento inicial, práctica que el proceso auditado reconoce como contraria a los lineamientos de gestión documental aplicables.

En consecuencia, los argumentos presentados no desvirtúan la situación identificada durante la auditoría relacionada con la modificación de registros documentales asociados al proceso de egreso de bienes, razón por la cual se mantiene el Hallazgo No. 2 en el informe final de auditoría.

Adicionalmente, teniendo en cuenta que durante el ejercicio auditor se evidenció la modificación posterior de documentos que hacen parte de los soportes del proceso y que el proceso auditado reconoce expresamente dicha actuación, la Oficina de Control Interno dará traslado de los hechos y de los soportes correspondientes a la Oficina de Control Disciplinario Interno, para que, en el marco de sus competencias, evalúe la procedencia de las actuaciones a que haya lugar. Lo anterior, considerando que la Oficina de Control Interno no tiene competencia para determinar la existencia de posibles faltas disciplinarias ni para evaluar conductas de los servidores públicos involucrados.

11.2.2. PA07-PR04 - Toma Física de Inventarios

Hallazgo No. 3. Inefectividad en Acción Correctiva No. 1137 del Plan de Mejoramiento - Ausencia en la toma de decisiones frente a bienes no verificados en la toma física.

Como resultado de la auditoría realizada durante la vigencia 2023, específicamente frente al hallazgo "Ausencia en la toma de decisiones frente a bienes no verificados en la toma física", la dependencia responsable formuló la acción correctiva No. 1137, estableciendo: "Ajustar el acto administrativo del Comité de Inventarios con el fin de definir periodicidad para el Comité de Inventarios", acción que fue cerrada el 20 de febrero de 2025.

La acción correctiva formulada tenía como propósito fortalecer la toma de decisiones del Comité de Inventarios frente a los bienes pendientes de verificación identificados durante las tomas físicas, así como garantizar la periodicidad de las sesiones para efectuar seguimiento y definir las acciones correspondientes.

En el marco de la presente auditoría se concluye que la acción correctiva No. 1137 no fue efectiva, teniendo en cuenta que persistieron situaciones relacionadas con el hallazgo de la auditoría realizada en el año 2023, correspondiente al seguimiento y toma de decisiones frente a bienes pendientes de verificación y en el funcionamiento del Comité de Inventarios, evidenciándose lo siguiente:

- **Incumplimiento en la periodicidad de sesiones del Comité de Inventarios**

El artículo tercero de la Resolución 02252 del 30 de diciembre de 2024 de la SDA establece que el Comité de Inventarios debe reunirse de manera ordinaria por lo menos dos (2) veces al año, una por semestre, y de manera extraordinaria cuando las circunstancias lo ameriten o por solicitud de cualquiera de sus miembros.

En desarrollo de la auditoría, se realizó la verificación de las actas del Comité de Inventarios correspondientes a la vigencia 2025, evidenciándose que dicha instancia sesionó únicamente en una oportunidad, el 02 de julio de 2025, sin que posteriormente se realizaran nuevas sesiones.

De acuerdo con lo informado por el proceso auditado, esta situación obedece a que, como resultado del rediseño de la entidad, los cargos definidos en el acto administrativo de conformación del Comité se encuentran desactualizados.

Lo anterior genera incumplimiento en la ejecución de las sesiones del Comité de Inventarios en cuanto a la periodicidad establecida para su funcionamiento, generando debilidades en la continuidad de la instancia encargada del análisis, seguimiento y toma de decisiones relacionadas con la gestión de inventarios de la entidad.

- **Bienes sin verificación en toma física identificados desde vigencias anteriores**

En la revisión efectuada al informe final de la toma física de inventarios correspondiente a la vigencia 2025, se evidenció que persisten ochenta (80) bienes que continúan pendientes de verificación física, los cuales se encuentran registrados en el aplicativo de administración de inventarios, por un valor histórico de $398.212.579, así:

Imagen 2. Responsables de bienes pendientes de verificación vigencias anteriores

Tabla 9. Responsables de bienes pendientes de verificación vigencias anteriores

RESPONSABLE	TIPO	CANDIDAD BIENES PENDIENTE VIGENCIAS ANTERIORES 2024	VALOR HISTORICO TOTAL	DEPENDENDENCIA
CINDY CRISTINA LEGUIZAMO PARDO	FUNCIONARIO	5	$4.118.691,00	SSFFS
YEYME SALAMANCA TIGUAQUE	FUNCIONARIO	5	$2.437.603,00	DGC
MONTENEGRO HERNADEZ CARLOS MAURICIO	TERCERO	1	$1.596.195,00	DPSIA
ALEJANDRO JIMENEZ NEIRA	FUNCIONARIO	1	$499.900,00	SCASP
ESPITIA VILLARRAGA EDGAR ANDRES	TERCERO	13	$7.893.183,90	SER
MARIA DEL CARMEN MORA SOLER	FUNCIONARIO	54	$380.972.166,00	SRHS
PEDRERO GUZMAN LUIS ALEJANDRO	TERCERO	1	$694.840,00	SRHS

Fuente: Informe Final Toma Física de Inventarios Vigencia 2025

Según lo informado por la dependencia de Almacén, durante la vigencia del 2026 se han adelantado gestiones frente a los siguientes casos:

- Cindy Cristina Leguizamo - Subdirección de Silvicultura Flora y Fauna Silvestre. Se reportó a Control Disciplinario Interno el 29 de enero de 2025 con radicado 2025IE22950.
- Maria del Carmen Mora Soler - Subdirección Del Recurso Hídrico y Del Suelo. Se reportó a Control Disciplinario Interno el 29 de enero de 2025 con radicado 2025IE22953.
- Carlos Mauricio Montenegro Hernández - Dirección de Planeación. Se reportó a Control Disciplinario Interno el 29 de enero de 2025 con radicado 2025IE22960.
- Yeyme Salamanca Tiguaque – Dirección de Gestión Corporativa. Se reportó a Control Disciplinario Interno el 29 de enero de 2025 con radicado 2025IE22974.
- Alejandro Jiménez Neira: radico el denuncio - Subdirección de Ecosistemas ahora Subdirección de Biodiversidad.
- Luis Alejandro Pedrero Guzman: tiene denuncia fiscal y se encuentra pendiente la validación de su estado actualizado - Subdirección de Recurso Hídrico y del Suelo

Sin embargo, al cierre de la auditoría, persisten bienes sin ubicación física que están pendientes de presentar al Comité como lo establece el procedimiento en la actividad No. 14. "Presentación de informe definitivo del proceso de Inventario Físico"

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 3, concluyendo que estos evidencian las gestiones adelantadas para la atención de los bienes pendientes de verificación física; sin embargo, no desvirtúan la situación identificada durante el ejercicio auditor ni permiten concluir la efectividad de la Acción Correctiva No. 1137.

Si bien el proceso auditado informa que “la DGC procedió a actualizar el acto administrativo en cuanto a su periodicidad”, durante el período objeto de auditoría se evidenció que el Comité de Inventarios no sesionó con la periodicidad establecida en el acto administrativo vigente para el periodo evaluado. En consecuencia, la actualización normativa realizada no desvirtúa el incumplimiento identificado durante el alcance de la auditoría.

Adicionalmente, la auditoría evidenció oportunidades de mejora en el seguimiento efectuado por el Comité de Inventarios frente a los bienes pendientes de verificación física. Al respecto, el proceso auditado informó que desde enero de 2025 fueron remitidos diversos casos a la Oficina de Control Disciplinario Interno y que se han adelantado actuaciones administrativas, jurídicas y de seguimiento para determinar la situación de los bienes observados.

No obstante, la respuesta del proceso auditado señala que para que el Comité de Inventarios pueda deliberar y autorizar el descargue contable, castigo o baja definitiva de los bienes, resulta necesario contar con los pronunciamientos o avances de los procesos disciplinarios y fiscales actualmente en curso. Lo anterior confirma que, al cierre de la auditoría, no se habían adoptado decisiones definitivas respecto de los bienes pendientes de verificación física y que la situación que dio origen a la acción correctiva continúa vigente.

Así mismo, se evidenció que los ochenta (80) bienes pendientes de verificación física, por valor histórico de $398.212.579, permanecían registrados en el aplicativo institucional y pendientes de seguimiento por parte del Comité de inventarios desde la última sesión efectuada en julio de 2025.

Por lo anterior, los argumentos y soportes aportados evidencian las gestiones adelantadas por el proceso auditado para atender las situaciones identificadas; sin embargo, también confirman que al cierre de la auditoría persistían bienes pendientes de verificación física y que no se dio cumplimiento a la periodicidad establecida para las sesiones del Comité de Inventarios durante el período evaluado. En consecuencia, no es posible concluir que la Acción Correctiva No. 1137 haya sido efectiva para prevenir la recurrencia de las situaciones que dieron origen al hallazgo identificado en la auditoría anterior.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos evidencian las gestiones administrativas, operativas y jurídicas adelantadas para la atención de los bienes pendientes de verificación física, así como las acciones implementadas para actualizar la regulación interna relacionada con el funcionamiento del Comité de Inventarios.

No obstante, dichas actuaciones no desvirtúan las situaciones identificadas durante el ejercicio auditor, toda vez que se evidenció el incumplimiento de la periodicidad establecida para las sesiones del Comité de Inventarios durante el período evaluado y la persistencia de bienes pendientes de verificación física y de decisión definitiva por parte de dicha instancia.

En consecuencia, si bien el proceso auditado ha adelantado acciones orientadas a la gestión y seguimiento de los casos observados, la evidencia obtenida no permite concluir la efectividad de la Acción Correctiva No. 1137, dado que las situaciones que dieron origen al hallazgo identificado en la auditoría anterior continuaban presentándose al cierre del ejercicio auditor.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 3 en el informe final de auditoría.

Hallazgo No. 4. Debilidad en la designación formal de responsables para la toma física de inventarios

Se evidenció que únicamente cuatro (4) dependencias de la entidad remitieron comunicación formal mediante la cual designaron al funcionario o contratista encargado de acompañar el proceso de toma física, quedando pendientes las demás dependencias. Esta situación genera incumplimiento de la actividad No. 5 “Designación de funcionario o contratista por dependencia para acompañamiento del proceso”, establecida en el procedimiento PA07-PR04 – Toma Física de Inventario.

Lo anterior evidencia debilidades en la formalización y trazabilidad de las designaciones requeridas para el desarrollo del proceso, lo que puede generar dificultades en la coordinación, acompañamiento y atención de novedades durante la ejecución de la toma física institucional.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 4, concluyendo que estos aportan contexto sobre la forma en que se desarrolló la toma física de inventarios; sin embargo, no modifican la situación identificada durante el ejercicio auditor.

El proceso auditado informó en su respuesta que realizó la gestión previa mediante el envío de comunicaciones a todas las áreas de la entidad solicitando formalmente la designación de los delegados que acompañarían el proceso de toma física de inventarios. Así mismo, señala que la totalidad de las dependencias participaron en el desarrollo de la actividad y que cada una asignó un delegado para garantizar la ejecución del cronograma establecido.

La Oficina de Control Interno reconoce las acciones adelantadas por la dependencia de Almacén para coordinar el proceso de toma física de inventarios y la participación de los delegados designados por las diferentes dependencias. No obstante, la situación observada en la auditoría no estuvo relacionada con la ejecución de la toma física y tampoco con la participación de los delegados, sino con el cumplimiento de la actividad establecida en el procedimiento, la cual contempla la designación formal de un funcionario o contratista por parte de cada dependencia para acompañar el proceso.

En este sentido, la propia respuesta del proceso auditado reconoce que no todas las áreas oficializaron la designación de sus delegados mediante los canales formales de la entidad, situación que coincide con lo evidenciado durante la auditoría, en la cual se observó que únicamente cuatro (4) dependencias remitieron la comunicación formal requerida para la designación de los responsables.

Si bien la trazabilidad de la ejecución de la toma física se encuentra soportada mediante actas, formatos de inventario y firmas de conformidad de los delegados participantes, dichos documentos evidencian la participación en la actividad, pero no sustituyen el requisito de designación formal establecido en el procedimiento vigente.

Por lo anterior, los argumentos aportados permiten evidenciar que la toma física de inventarios fue ejecutada y contó con la participación de las dependencias involucradas; sin embargo, también confirman que el control relacionado con la designación formal de los responsables no fue aplicado de manera consistente en la totalidad de las dependencias.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos evidencian las gestiones realizadas para coordinar y ejecutar la toma física de inventarios, así como la participación de delegados de las diferentes dependencias durante el desarrollo de la actividad.

No obstante, la respuesta del proceso auditado no desvirtúa la situación identificada durante la auditoría, toda vez que se reconoce que no todas las dependencias formalizaron la designación de sus delegados mediante los canales institucionales establecidos, generando un incumplimiento en la actividad definida en el procedimiento para la designación formal de responsables que acompañan el proceso de toma física de inventarios.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 4 en el informe final de auditoría, considerando que la situación observada corresponde al incumplimiento del procedimiento, independientemente de que la actividad operativa se hubiera ejecutado y documentado.

11.2.3. PA07-PR03 Mantenimiento del Parque Automotor – Efectividad de Plan de mejoramiento

Hallazgo No. 5. Inefectividad en Acción 1138 del plan de mejoramiento - Debilidades en la gestión documental y trazabilidad de la hoja de vida de los vehículos

Teniendo en cuenta las acciones formuladas en el plan de mejoramiento relacionadas con el procedimiento PA07-PR03 – Mantenimiento del Parque Automotor, se realizó el análisis y verificación de la efectividad de la acción correctiva No. 1138, asociada al hallazgo “Debilidades en el manejo, custodia y actualización de documentación reglamentaria en la hoja de vida del vehículo” que tenía asociados los siguientes planes de mejoramiento: “1. Establecer un expediente o carpeta digital en un Drive con el cual los usuarios de la información del vehículo puedan consultar y actualizar oportunamente los documentos reglamentarios de cada vehículo de la entidad.” y “2. Sensibilizar a los conductores del procedimiento PA07-PR03 Mantenimiento del Parque Automotor, en relación con temas reglamentarios y vencimientos de la documentación para su renovación”.

Como resultado, se evidenció que la acción correctiva implementada no fue efectiva, debido a que persisten debilidades relacionadas con la gestión documental y trazabilidad de la hoja de vida de los vehículos del parque automotor institucional. A continuación, detallamos los aspectos observados durante la auditoría:

a) La entidad no cuenta con una única carpeta física o digital que consolide integralmente la información asociada a cada vehículo como lo establece el procedimiento en la actividad 11 "Archivar los Documentos y Hojas de Control en la Carpeta del Vehículo" , dificultando la consulta y seguimiento del historial de mantenimientos preventivos y correctivos, cambios de aceite, cambio de llantas, pólizas, SOAT, revisión técnico-mecánica y demás documentos asociados a la operación del parque automotor.

b) Los siguientes vehículos no cuentan con revisión técnico-mecánica y de emisiones contaminantes vigente:
Placa: OJX 983 vencida desde el 23/09/2024 (fuera de servicio)
Placa: OBG 414 vencida desde el 27/12/2023 (fuera de servicio)
Placa: OBH 692 vencida desde el 05/02/2026

c) Se identificó que desde febrero de 2026 la entidad no cuenta con contrato vigente para la ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos del parque automotor.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se evidencia que persisten las causas que originaron el hallazgo inicial, manteniéndose riesgos relacionados con la pérdida de trazabilidad documental, debilidades en la gestión preventiva del mantenimiento vehicular, posibles incumplimientos normativos y afectaciones en la operación y disponibilidad del parque automotor institucional**.**

Adicionalmente, esta situación podría afectar la disponibilidad de vehículos para la prestación de los servicios institucionales y generar mayores costos de mantenimiento derivados de una gestión predominantemente reactiva.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 5, concluyendo que estos permiten identificar las causas y circunstancias que dieron origen a las situaciones observadas; sin embargo, no modifican la situación identificada durante el ejercicio auditor ni permiten concluir la efectividad de la Acción Correctiva No. 1138.

Respecto a la gestión documental y trazabilidad de la hoja de vida de los vehículos, el proceso auditado en la respuesta reconoce que la entidad no cuenta con un sistema automatizado centralizado para la administración de la información asociada al parque automotor y que la documentación ha sido administrada

mediante carpetas individuales, situación que ha dificultado la consolidación integral de la información y el seguimiento oportuno al historial de cada vehículo.

Si bien el proceso auditado informa en la respuesta que se encuentra adelantando actividades para la unificación de la información, dicha gestión corresponde a una acción de mejora posterior que evidencia la necesidad de fortalecer los controles establecidos en el procedimiento. Así mismo, la respuesta confirma que al momento de la auditoría la información se encontraba distribuida en diferentes repositorios documentales, situación que coincide con lo evidenciado durante las pruebas realizadas.

De igual forma, el proceso auditado confirma en la respuesta que desde febrero de 2026 la entidad no contaba con un contrato vigente para la ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos del parque automotor, indicando que el proceso contractual se encontraba en trámite y que se presentaron dificultades asociadas a la consecución de cotizaciones, estructuración del estudio de mercado y restricciones presupuestales. Sin perjuicio de las gestiones adelantadas, esta situación coincide con lo evidenciado por la Oficina de Control Interno durante el desarrollo de la auditoría.

Por lo anterior, los argumentos aportados permiten evidenciar las gestiones realizadas por el proceso auditado para atender las situaciones identificadas; sin embargo, también confirman la persistencia de debilidades en la gestión documental y trazabilidad de la hoja de vida de los vehículos, así como la ausencia de condiciones que permitan concluir la efectividad de la Acción Correctiva No. 1138.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos evidencian las acciones adelantadas para fortalecer la gestión documental del parque automotor y gestionar la contratación requerida para la ejecución de los mantenimientos preventivos y correctivos de los vehículos institucionales.

No obstante, la evidencia obtenida durante la auditoría y la información suministrada por el proceso auditado permiten establecer que al cierre del ejercicio auditor persistían debilidades en la consolidación y trazabilidad de la información asociada a la hoja de vida de los vehículos y los mantenimientos preventivos y correctivos de los vehículos por la ausencia de un contrato vigente para su ejecución.

En consecuencia, no es posible concluir que la Acción Correctiva No. 1138 haya sido efectiva para mitigar las causas que dieron origen al hallazgo identificado en la auditoría anterior, razón por la cual la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 5 en el informe final de auditoría.

11.2.4. PA07-PR07-Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales

Hallazgo No. 6. Incumplimiento en el envío de información relacionada con la actualización de la Matriz de Identificación de aspectos e impactos ambientales por parte de las dependencias de la SDA.

En la revisión efectuada al proceso de actualización de la Matriz de Identificación de aspectos e impactos ambientales, se evidenció que tres (3) dependencias (Dirección Administrativa y Financiera antes Subdirección Financiera, Oficina Asesora de Comunicaciones y Oficina de Control Disciplinario Interno) no remitieron comunicación informando la actualización o no de la matriz dentro del plazo establecido por el área responsable.
Al respecto, en el memorando de solicitud de actualización remitido por el área encargada se indicó lo siguiente:

“De acuerdo a lo conversado en la reunión de la mañana de hoy, remito para su actualización la MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, así como la MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN REQUISITOS LEGALES y OTROS REQUISITOS aplicables a la SDA. La fecha establecida para recibir la información de las áreas es el 11 de abril de 2025 con las indicaciones establecidas, enviarla por favor por correo electrónico y comunicación oficial interna, de no recibir comunicación alguna en plazo establecido se dará por entendido que están de acuerdo con lo consignado en estas matrices.” (Subrayado fuera de texto).

Sin embargo, el procedimiento establece expresamente en la actividad 3 lo siguiente para todas las dependencias:

"**Remitir la Matriz de Identificación de Aspectos e Impactos Ambientales a la DGC**
Remitir a la Dirección de Gestión Corporativa la matriz de aspectos e impactos ambientales debidamente verificada y diligenciada.
Nota: Los responsables de diligenciar y verificar el correcto diligenciamiento de la matriz son los enlaces del SIG de cada proceso."

En consecuencia, se observó que, al no existir comunicación formal por parte de algunas dependencias, el área responsable asumió conformidad tácita sobre la información contenida en la matriz.

Esta situación puede generar el riesgo de que la Matriz de Identificación de aspectos e impactos ambientales contenga información desactualizada, incompleta o no validada formalmente por las dependencias responsables, afectando la confiabilidad del reporte efectuado y el adecuado seguimiento al cumplimiento de requisitos legales ambientales aplicables a la entidad.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 6, concluyendo que estos permiten ampliar el contexto bajo el cual se desarrolló la actualización de la Matriz de Identificación y Valoración de Aspectos e Impactos Ambientales; sin embargo, no modifican la situación identificada durante el ejercicio auditor.

El proceso auditado informa en la respuesta que en la comunicación mediante la cual se solicitó la actualización de la matriz, se estableció que, en caso de no recibir respuesta dentro del plazo definido, se entendería la conformidad de las dependencias con la información contenida en la matriz. Así mismo, manifiesta que las dependencias con incidencia directa en la actualización de la matriz remitieron oportunamente la información requerida, permitiendo mantener vigente y actualizada la información consolidada.

La Oficina de Control Interno reconoce que la metodología aplicada permitió adelantar el proceso de actualización de la matriz y que no se evidenciaron situaciones que afectaran la vigencia de la información consolidada. No obstante, el hallazgo no se fundamenta en la calidad o actualización de la matriz, sino en el cumplimiento de las actividades definidas en el procedimiento vigente para la validación y remisión formal de la información por parte de las dependencias involucradas.

Durante la auditoría se evidenció que tres (3) dependencias no remitieron comunicación formal informando la actualización o no de la matriz dentro del plazo establecido. A su vez, el procedimiento dispone expresamente que las dependencias deben remitir la matriz debidamente verificada y diligenciada al área responsable, asignando a los enlaces del SIG la responsabilidad de su validación y revisión.

En este sentido, la conformidad tácita asumida ante la ausencia de respuesta, si bien corresponde a una práctica aplicada por la dependencia para facilitar la actualización de la matriz, no se encuentra contemplada en el procedimiento vigente revisado durante la auditoría. Por lo tanto, la situación observada corresponde a una diferencia entre la metodología aplicada y el control formalmente establecido.

Adicionalmente, la propia respuesta reconoce la necesidad de armonizar el procedimiento con la metodología utilizada para la actualización de las matrices, con el fin de garantizar concordancia entre lo documentado y la forma en que se ejecuta el proceso. Este reconocimiento evidencia una oportunidad de fortalecimiento en la documentación y aplicación de los controles definidos para la actualización de la matriz.

Por lo anterior, los argumentos aportados permiten evidenciar que la matriz se encuentra vigente y que el proceso de actualización fue ejecutado; sin embargo, también confirman que el mecanismo utilizado para validar la conformidad de algunas dependencias no se ajustó plenamente a lo establecido en el procedimiento vigente.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos evidencian que la Matriz de Identificación y Valoración de Aspectos e Impactos Ambientales fue actualizada y que no se identificaron afectaciones sobre la vigencia.

No obstante, la evidencia obtenida durante la auditoría permitió identificar que no todas las dependencias remitieron la información requerida mediante los mecanismos formales establecidos en el procedimiento vigente, situación que generó que el área responsable asumiera la conformidad de algunas dependencias sin contar con la validación formal prevista en dicho procedimiento.

En consecuencia, si bien no se evidenciaron impactos sobre la actualización de la matriz, se mantiene la situación relacionada con el incumplimiento del control definido para la remisión y validación formal de la información por parte de las dependencias involucradas. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 6 en el informe final de auditoría.

11.2.5. PA07-PR08 - Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos

Hallazgo No. 7. Incumplimiento en el envío de información relacionada con la actualización de la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos por parte de las dependencias de la SDA.

En la revisión efectuada al proceso de actualización de la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos, se evidenció que tres (3) dependencias (Dirección Administrativa y Financiera antes Subdirección Financiera, Oficina Asesora de Comunicaciones y Oficina de Control Disciplinario Interno) no remitieron comunicación informando la actualización o no de la matriz dentro del plazo establecido por el área responsable.

Al respecto, en el memorando de solicitud de actualización remitido por el área encargada se indicó lo siguiente:

"De acuerdo a lo conversado en la reunión de la mañana de hoy, remito para su actualización la MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, así como la MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN REQUISITOS LEGALES y OTROS REQUISITOS aplicables a la SDA. La fecha establecida para recibir la información de las áreas es el 11 de abril de 2025 con las indicaciones establecidas, enviarla por favor por correo electrónico y comunicación oficial interna, de no recibir

comunicación alguna en plazo establecido se dará por entendido que están de acuerdo con lo consignado en estas matrices." (Subrayado fuera de texto).

Sin embargo, el procedimiento establece expresamente en la actividad 4 para todas las dependencias lo siguiente: **"Enviar la Matriz de identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos.**
Enviar a la Dirección de Gestión Corporativa – DGC la Matriz de identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos."

En consecuencia, se observó que, al no existir comunicación formal por parte de algunas dependencias, el área responsable asumió conformidad tácita sobre la información contenida en la matriz.

Esta situación puede generar el riesgo de que la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos contenga información desactualizada, incompleta o no validada formalmente por las dependencias responsables, afectando la confiabilidad del reporte efectuado y el adecuado seguimiento al cumplimiento de requisitos legales ambientales aplicables a la entidad.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 7, concluyendo que estos permiten ampliar el contexto bajo el cual se desarrolló la actualización de la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos; sin embargo, no modifican la situación identificada durante el ejercicio auditor.

El proceso auditado informa en la respuesta que en la comunicación mediante la cual se solicitó la actualización de la matriz, se estableció que, en caso de no recibir respuesta dentro del plazo definido, se entendería la conformidad de las dependencias con la información contenida en la matriz. Así mismo, manifiesta que las dependencias con incidencia directa en la actualización de la matriz remitieron oportunamente la información requerida, permitiendo mantener vigente y actualizada la información consolidada.

La Oficina de Control Interno reconoce que la metodología aplicada permitió adelantar el proceso de actualización de la matriz y que no se evidenciaron situaciones que afectaran la vigencia de la información consolidada. No obstante, el hallazgo no se fundamenta en la calidad o actualización de la matriz, sino en el cumplimiento de las actividades definidas en el procedimiento vigente para la validación y remisión formal de la información por parte de las dependencias involucradas.

Durante la auditoría se evidenció que tres (3) dependencias no remitieron comunicación formal informando la actualización o no de la matriz dentro del plazo establecido. A su vez, el procedimiento dispone expresamente que las dependencias deben remitir la matriz debidamente verificada y diligenciada al área responsable, asignando a los enlaces del SIG la responsabilidad de su validación y revisión.

En este sentido, la conformidad tácita asumida ante la ausencia de respuesta, si bien corresponde a una práctica aplicada para facilitar la actualización de la matriz, no se encuentra contemplada en el procedimiento vigente revisado durante la auditoría. Por lo tanto, la situación observada corresponde a una diferencia entre la metodología aplicada y el control formalmente establecido.

Adicionalmente, la propia respuesta reconoce la necesidad de armonizar el procedimiento con la metodología utilizada para la actualización de las matrices, con el fin de garantizar concordancia entre lo

documentado y la forma en que se ejecuta el proceso. Este reconocimiento evidencia una oportunidad de fortalecimiento en la documentación y aplicación de los controles definidos para la actualización de la matriz.

Por lo anterior, los argumentos aportados permiten evidenciar que la matriz se encuentra vigente y que el proceso de actualización fue ejecutado; sin embargo, también confirman que el mecanismo utilizado para validar la conformidad de algunas dependencias no se ajustó plenamente a lo establecido en el procedimiento vigente.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos evidencian que la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos fue actualizada y que no se identificaron afectaciones sobre la vigencia.

No obstante, la evidencia obtenida durante la auditoría permitió identificar que no todas las dependencias remitieron la información requerida mediante los mecanismos formales establecidos en el procedimiento vigente, situación que generó que el área responsable asumiera la conformidad de algunas dependencias sin contar con la validación formal prevista en dicho procedimiento.

En consecuencia, si bien no se evidenciaron impactos sobre la actualización de la matriz, se mantiene la situación relacionada con el incumplimiento del control definido para la remisión y validación formal de la información por parte de las dependencias involucradas. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 7 en el informe final de auditoría.

11.2.6. PA07-PR10 - Gestión integral de residuos sólidos

Hallazgo No. 8. Reporte extemporáneo de información ambiental en la plataforma STORM

Al verificar la presentación del reporte anual de residuos en la plataforma STORM que según la Resolución No. 3179 de 2023 se debe presentar del primer al último día hábil de febrero, fecha que fue modificada por la Dirección de Gestión Ambiental a través de correo electrónico remitido el 06 de marzo de 2026 hasta el 08 de abril de 2026; evidenciamos que fue presentado 09/04/2026, es decir, un día después de la fecha de vencimiento.

Lo anterior evidencia incumplimiento de lo establecido en la actividad 15 “Reportar información a la autoridad o entidad competente” del procedimiento PA07-PR10 – Gestión integral de residuos sólidos, así como de los lineamientos definidos en la Resolución No. 3179 de 2023 – PIGA.

Esta situación evidencia debilidades en los mecanismos de seguimiento y control implementados para garantizar la oportunidad en la presentación de la información ambiental requerida por la autoridad competente, generando riesgos de incumplimiento normativo y afectando la oportunidad del reporte institucional.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 8, concluyendo que estos permiten contextualizar las circunstancias que dieron origen a la situación observada; sin embargo, no modifican el hecho identificado durante el ejercicio auditor.

El proceso auditado reconoce expresamente en la respuesta que el reporte anual de residuos en la plataforma STORM fue presentado con un (1) día de posterioridad frente a la fecha establecida por la autoridad ambiental, indicando que dicha situación no afectó la calidad, integridad o veracidad de la información reportada.

Así mismo, el proceso auditado informa que implementará acciones orientadas a fortalecer los mecanismos internos de seguimiento y control de cronogramas, mediante la definición de alertas preventivas y mecanismos de verificación previos a los vencimientos. La Oficina de Control Interno valora positivamente estas acciones, las cuales se encuentran orientadas a prevenir la recurrencia de situaciones similares; sin embargo, corresponden a medidas adoptadas con posterioridad a la situación observada.

Por lo anterior, los argumentos y soportes aportados evidencian que la situación correspondió a un evento puntual y que el proceso auditado ha identificado acciones para fortalecer los controles asociados al reporte; sin embargo, también confirman que la información fue presentada con posterioridad al plazo establecido por la autoridad ambiental.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que la información fue reportada en la plataforma STORM; no obstante, la evidencia obtenida durante la auditoría permitió verificar que el reporte anual de residuos fue presentado con un (1) día de posterioridad frente al plazo establecido por la autoridad ambiental competente, configurándose un incumplimiento en la oportunidad del reporte y en la aplicación de los controles previstos para garantizar su presentación dentro de los términos definidos.

Si bien la situación observada correspondió a un retraso de un (1) día y no generó afectaciones sobre la calidad de la información reportada, según lo informado por el área auditada, es importante considerar que la Secretaría Distrital de Ambiente, en su condición de autoridad ambiental del Distrito Capital y cabeza del sector ambiente, debe propender por el estricto cumplimiento de las obligaciones normativas y los plazos establecidos para la presentación de información ambiental, promoviendo con ello las mejores prácticas de gestión, control y cumplimiento institucional.

En consecuencia, se mantiene la situación identificada durante la auditoría relacionada con la presentación extemporánea de la información ambiental en la plataforma STORM. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 8 en el informe final de auditoría.

11.2.7. PA07-PR11- Elaboración del Plan Institucional de Gestión Ambiental

Hallazgo No. 9. Incumplimiento en la presentación de resultados del PIGA ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Durante la verificación realizada al seguimiento de la eficacia de las metas y objetivos del Plan de Acción del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA, no se evidenció la presentación de los resultados, logros y análisis de eficacia ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, conforme a lo establecido en la actividad número 14 "Realizar seguimiento a la eficacia de las metas y objetivos del Plan de Acción del Plan Institucional de Gestión Ambiental " definida en el procedimiento. Lo anterior limita la trazabilidad y socialización de los avances del PIGA ante la instancia correspondiente para la toma de decisiones y seguimiento institucional.

Adicionalmente, se identificó que en el periodo correspondiente al segundo semestre de 2025 se reportó un incumplimiento a uno de los planes de acción en la plataforma STORM (Programa: Comunicación,

formalización y sensibilización. Actividad: Realizar la adquisición de material institucional para la promoción de los programas del PIGA en la SDA). Situación que no fue informada con anterioridad al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Análisis de la Respuesta Presentada por el Proceso Auditado

La Oficina de Control Interno analizó los argumentos aportados por la Dirección Administrativa y Financiera a través de memorando interno 2026IE130015 con fecha del 22/06/2026 respecto del Hallazgo No. 9, concluyendo que estos evidencian acciones correctivas orientadas a atender la situación identificada; sin embargo, no modifican el hallazgo identificado durante el ejercicio auditor.

El proceso auditado en la respuesta reconoce la importancia de presentar los resultados del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA) ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño como mecanismo para fortalecer el seguimiento, la toma de decisiones y el control institucional sobre el cumplimiento de los objetivos ambientales de la entidad.

Así mismo, informa que el 17 de junio de 2026 fueron presentados ante dicha instancia los resultados correspondientes a la ejecución del PIGA de la vigencia 2025, situación que permitió subsanar la condición identificada por la Oficina de Control Interno y garantizar la socialización de los avances y resultados obtenidos.

La Oficina de Control Interno reconoce la gestión adelantada por el proceso auditado y valora positivamente la presentación realizada ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. No obstante, dicha actuación fue efectuada con posterioridad al período evaluado y a la comunicación de los resultados preliminares de auditoría, razón por la cual constituye una acción correctiva frente a la situación identificada y no modifica el resultado de la evaluación efectuada durante el alcance de la auditoría.

Adicionalmente, la respuesta presentada se refiere exclusivamente a la presentación de los resultados del PIGA ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; sin embargo, no aporta elementos adicionales respecto de la situación observada relacionada con el incumplimiento de una de las actividades reportadas en la plataforma STORM durante el segundo semestre de 2025, ni sobre la falta de reporte oportuno de dicha situación ante la instancia de seguimiento correspondiente.

Por lo anterior, los argumentos aportados permiten evidenciar que la situación fue atendida posteriormente por el proceso auditado.

Conclusión de la Oficina de Control Interno

Analizados los argumentos aportados por el proceso auditado, se concluye que estos evidencian la adopción de acciones correctivas para atender la situación identificada, materializadas en la presentación de los resultados del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA) ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 17 de junio de 2026.

No obstante, la evidencia obtenida durante la auditoría permitió establecer que, durante el período objeto de evaluación, no se había dado cumplimiento a la actividad establecida en el procedimiento relacionada con la presentación de los resultados del PIGA ante dicha instancia de dirección y seguimiento institucional.

En consecuencia, si bien el proceso auditado corrigió la situación identificada con posterioridad al ejercicio auditor, dicha actuación no modifica la situación observada durante el período evaluado. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene el Hallazgo No. 9 en el informe final de auditoría.

11.3. HALLAZGOS DE AUDITORÍA – OBSERVACIONES.

Como resultado de la ejecución de las pruebas de auditoría desarrolladas, se identificaron los siguientes hallazgos – Observaciones, que No requieren generar acciones de mejora a través de la suscripción de un plan de mejoramiento, sin embargo, si requieren atención del proceso, ya que si no se tratan oportunamente se materializan en no conformidades (incumplimientos), las cuales serán presentadas por los procedimientos evaluados en la Gestión Administrativa, de acuerdo con el alcance definido:

11.3.1. PA07-PR01 – Ingresos, egresos y traslados de bienes

- **Posible pérdida de bienes por inconsistencias en la documentación que soporta los egresos de bienes consumibles**

En la verificación de egresos de bienes consumibles se evidenciaron diferencias entre las cantidades suministradas informadas por la dependencia de Almacén (diligenciadas en los formatos y en los egresos del aplicativo) frente a las cantidades recibidas por las dependencias solicitantes.

Como resultado de la revisión realizada, se identificó lo siguiente:

Tabla 3. Diferencias en cantidades en soportes de egresos de bienes

Número Egreso	Descripción	Solicitud del área	Cantidades despachada en el formato PA07-PR01-F2	Cantidades relacionadas en egreso de Software
31	SILICONA ANTIHONGO X 280 ML	12	17	12
31	TORNILLO DRYWALL 1"	100	100	1
31	RODILLO PROFESIONA	5	2	2
31	TORNILLOS DRYWALL 1 1/2	100	100	1
31	LONA ESCOMBROS 50KG	50	50	34
232	ALCOHOL ANTISEPTICO FRASCO X 250 ML	15	15	11
13	BROCHA 3"	3	3	4
36	MANGUERA BICOLOR	3	3	32
38	AMBIENTADOR OFICINA LIQUIDO BACTERICIDA X 3,750 C,C,	12	12	12
174	JUEGO DE 10 REJILLAS DE MNO2 O49	0	0	1

Fuente: Elaboración propia con la información del formato PA07-PR01-F2 y el egreso del aplicativo

a) Cinco (5) elementos presentaban mayores cantidades en el formato de despacho frente a las cantidades registradas en el egreso generado por el software de inventarios correspondientes a los egresos No. 31 y 232.

b) Para el elemento "Silicona Antihongo x 280 ml" del egreso No. 31 se evidenció la entrega de una cantidad superior a la inicialmente solicitada por el área requirente.

c) Tes (3) elementos de los egresos No. 13, 36 y 174 que presentan mayor cantidad en el egreso frente a la solicitud realizada por el área y la cantidad despachada.

Frente a las diferencias identificadas, se solicitó a la dependencia de Almacén la correspondiente revisión, aclaración y justificación. En respuesta, fueron remitidos a la Oficina de Control Interno los mismos soportes

recibidos inicialmente con modificaciones (enmendaduras, sobrescritos o reemplazando algunas cantidades) coincidiendo con la información de los registros del egreso generado en el aplicativo (No. 31, 232,13 y 36).

Adicionalmente, nos fue informado que en el egreso No. 174 se presentó una inconsistencia en la asignación del identificador (ID) para dos productos distintos de la factura.

En consecuencia, la situación identificada afecta la confiabilidad de la información, respecto a las cantidades efectivamente entregadas con las registradas en la documentación y soportes suministrados durante la auditoría.

Por lo anterior, se identificaron debilidades en: mecanismos de control, validación y custodia documental asociados al proceso de egreso de bienes consumibles, generando riesgos en cuanto a la integridad, trazabilidad y confiabilidad de la información en los soportes de salida de elementos institucionales.

- **Oportunidad de fortalecimiento en la documentación de ingresos de bienes**

Durante la revisión efectuada, no se adjuntaron soportes documentales que permitieran verificar el cumplimiento del plazo de tres (3) días de anticipación definidos en el procedimiento para solicitar el acompañamiento del área de almacén, según la actividad 1. Solicitar acompañamiento del área de almacén para la recepción de los bienes, con 3 días de antelación a la fecha de entrega, adjuntando el anexo 5 formato PA07-PR01-F5 Remisión y Características Técnicas" del procedimiento.

Lo anterior evidencia una oportunidad de fortalecimiento en los mecanismos de documentación y trazabilidad del procedimiento, teniendo en cuenta que la conservación de evidencias permite validar el cumplimiento de las actividades establecidas, fortalecer la transparencia del proceso y facilitar su seguimiento posterior.

Se recomienda implementar mecanismos de registro y validación que permitan dejar evidencia de la solicitud de las dependencias al equipo de Almacén con anterioridad de 3 días, como lo establece el procedimiento en la actividad 1.

11.3.2. PA07-PR04 - Toma Física de Inventarios

- **Oportunidad en la presentación y seguimiento de los resultados de la toma física ante el Comité de Inventarios**

Se evidenció que el informe final de la toma física de inventarios de la vigencia 2025 junto con sus respectivos soportes, a la fecha de cierre de nuestra auditoría no ha sido presentado al Comité de Inventarios, según lo establecido en la actividad 14 del procedimiento PA07-PR04 – Toma Física de Inventario.

En este sentido, se recomienda gestionar la presentación del informe definitivo ante el Comité de Inventarios antes de finalizar el primer semestre de 2026 con el propósito de dar cumplimiento al procedimiento y tomar las decisiones correspondientes frente a las novedades identificadas.

- **Oportunidades identificadas en la documentación y trazabilidad del segundo conteo de inventarios**

En la revisión efectuada al informe final y al acta de cierre de la toma física de inventarios correspondiente a la vigencia 2025, se evidenció que no se incluyó información relacionada con los bienes que fueron objeto de segundo conteo durante el desarrollo de la toma física.

Por lo anterior, se recomienda incorporar en los futuros informes la gestión efectuada durante el segundo conteo, y sus resultados, con el fin de fortalecer la trazabilidad y análisis de la información reportada.

11.3.3. PA07-PR07-Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales

- **Oportunidad de fortalecimiento en el diseño y documentación del control de validación normativa**

En la actividad 5 del procedimiento PA07-PR07- Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales, establece como punto de control lo siguiente: "**Verificar y analizar la coherencia de la matriz** Verificar y analizar la coherencia de la matriz entre los aspectos e impactos Ambientales institucionales y solicita ajustes en caso de que haya lugar a ello."

Sin embargo, durante la prueba de recorrido realizada, el proceso auditado informó que dicha actividad se ejecuta sin dejar algún soporte o evidencia que permita verificar su realización.

Esta situación genera una oportunidad de fortalecimiento en el diseño y documentación del control establecido, debido a que la ausencia de soportes limita la trazabilidad y validación posterior de su ejecución, afectando la posibilidad de analizar y concluir sobre la efectividad del control.

- **Oportunidad de fortalecimiento en la actualización de la Matriz de Identificación de aspectos e impactos ambientales**

En la revisión efectuada al procedimiento PA07-PR07- Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales, se evidenció que el equipo de PIGA realiza la consolidación y unificación de las matrices remitidas por las dependencias incorporando las actualizaciones enviadas por cada una de las áreas.

Sin embargo, se observó que el proceso de actualización de la información por parte de las dependencias se efectuó durante los primeros meses de la vigencia 2025 (entre marzo y mayo), mientras que el reporte institucional se realiza en el mes de diciembre de la misma vigencia, conforme a la periodicidad establecida en la Resolución 3179 de 2023.

En este sentido, se identifica una oportunidad de fortalecimiento en los mecanismos de seguimiento y validación de la información consolidada previo a su reporte, con el fin de garantizar que la Matriz de Identificación de aspectos e impactos ambientales refleje información actualizada al momento de su presentación y permita asegurar la confiabilidad y pertinencia del reporte efectuado ante la autoridad competente.

11.3.4. PA07-PR08 - Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos

- **Oportunidad de fortalecimiento en el diseño y documentación del control de validación normativa**

La actividad 6 del procedimiento PA07-PR08 - Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos, establece como punto de control lo siguiente: "**Verificar la Información recibida frente al Normograma y a los Procedimientos**

Verificar que las normas consignadas en la Matriz de identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos estén contenidas en el normograma institucional y en consecuencia en los procedimientos.
En caso de encontrar inconsistencias como normas derogadas, faltantes, entre otros, realizar los ajustes pertinentes según corresponda e informar".

Sin embargo, durante la prueba de recorrido realizada, el proceso auditado informó que dicha actividad se ejecuta sin dejar algún soporte o evidencia que permita verificar su realización.

Esta situación genera una oportunidad de fortalecimiento en el diseño y documentación del control establecido, debido a que la ausencia de soportes limita la trazabilidad y validación posterior de su ejecución, afectando la posibilidad de analizar y concluir sobre la efectividad del control.

Así mismo, se recomienda evaluar la posibilidad de articular este ejercicio con el área Jurídica, con el fin de fortalecer la validación de vigencia y aplicabilidad de la normatividad incorporada en la matriz y el normograma institucional.

- **Oportunidad de fortalecimiento en la actualización de la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos**

En la revisión efectuada al procedimiento PA07-PR08 – Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos, se evidenció que el equipo de PIGA realiza la consolidación y unificación de las matrices remitidas por las dependencias incorporando las actualizaciones enviadas por cada una de las áreas.

No obstante, se observó que el proceso de actualización de la información por parte de las dependencias se efectuó durante los primeros meses de la vigencia 2025 (entre marzo y mayo), mientras que el reporte institucional se realiza en el mes de diciembre de la misma vigencia, conforme a la periodicidad establecida en la normatividad.

En este sentido, se identifica una oportunidad de fortalecimiento en los mecanismos de seguimiento y validación de la información consolidada previo a su reporte, con el fin de garantizar que la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos refleje información actualizada al momento de su presentación y permita asegurar la confiabilidad y pertinencia del reporte efectuado ante la autoridad competente.

12. RESUMEN DE HALLAZGOS.

Tabla 2. Resumen de Hallazgos

No.	Título del hallazgo	Repetitivo	Estado
1	Inefectividad en la Acción Correctiva No. 1136 del Plan de Mejoramiento	Si	Abierto
2	Modificación de cantidades despachadas por Almacén en formato de egresos de bienes de la SDA.	No	Abierto
3	Inefectividad en Acción Correctiva No. 1137 del Plan de Mejoramiento - Ausencia en la toma de decisiones frente a bienes no verificados en la toma física.	Si	Abierto
4	Debilidad en la designación formal de responsables para la toma física de inventarios.	No	Abierto

No.	Título del hallazgo	Repetitivo	Estado
5	Inefectividad en Acción 1138 del plan de mejoramiento - Debilidades en la gestión documental y trazabilidad de la hoja de vida de los vehículos.	Si	Abierto
6	Incumplimiento en el envío de información relacionada con la actualización de la Matriz de Identificación de aspectos e impactos ambientales por parte de las dependencias de la SDA.	No	Abierto
7	Incumplimiento en el envío de información relacionada con la actualización de la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Aplicables y Otros Requisitos por parte de las dependencias de la SDA.	No	Abierto
8	Reporte extemporáneo de información ambiental en la plataforma STORM	No	Abierto
9	Incumplimiento en la presentación de resultados del PIGA ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No	Abierto

Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

13. RECOMENDACIONES.

13.1. Analizar las causas que han generado la recurrencia de hallazgos identificados en auditorías anteriores y la inefectividad de las acciones de mejoramiento implementadas, con el fin de formular acciones orientadas al tratamiento de las causas raíz.

13.2. Fortalecer los mecanismos de supervisión y seguimiento sobre la gestión de inventarios de bienes devolutivos, priorizando la actualización oportuna de responsables en el sistema de administración y la definición de acciones y seguimiento frente a los bienes que no se han podido verificar físicamente.

13.3. Adelantar las gestiones necesarias para garantizar la normalización y funcionamiento permanente del Comité de Inventarios, así como la presentación oportuna de los resultados de la toma física y de los casos que requieran análisis y toma de decisiones por parte de dicha instancia.

13.4. Evaluar la pertinencia de implementar controles preventivos y detectivos que permitan asegurar la integridad, trazabilidad y confiabilidad de la información que soporta los procesos de ingreso, egreso, traslado y baja de bienes institucionales, incluyendo mecanismos que permitan identificar y controlar modificaciones posteriores a los documentos que respaldan las operaciones.

13.5. Fortalecer los mecanismos de archivo, custodia y organización documental asociados a la administración del parque automotor, con el propósito de consolidar la trazabilidad de la información histórica de cada vehículo y facilitar las actividades de seguimiento, control y toma de decisiones.

13.6. Implementar mecanismos de planeación que permitan garantizar de manera oportuna la contratación de los servicios requeridos para la operación y mantenimiento del parque automotor, minimizando riesgos de indisponibilidad de vehículos y afectaciones a la prestación de los servicios institucionales.

13.7. Evaluar la conveniencia de documentar y conservar evidencia de la ejecución de controles establecidos en los procedimientos ambientales, particularmente aquellos relacionados con validaciones, revisiones normativas y verificaciones de coherencia de la información, con el fin de fortalecer el diseño del control en cuanto a la trazabilidad y verificabilidad de las actividades realizadas.

13.8. Revisar y actualizar integralmente los procedimientos del proceso de Gestión Administrativa, con el fin de asegurar que las actividades, controles, responsables, registros y puntos de control definidos se encuentren alineados con la operación actual de la entidad, los cambios derivados del rediseño institucional, la normatividad vigente y las herramientas tecnológicas utilizadas. Así mismo, se recomienda evaluar la pertinencia de incorporar evidencias verificables para los controles críticos y eliminar actividades que actualmente no se ejecutan o que hayan sido sustituidas por nuevos mecanismos de operación.

13.9. Evaluar la conveniencia técnica y operativa de integrar los procedimientos PA07-PR07 – Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales y PA07-PR08 – Identificación de requisitos legales aplicables y otros requisitos, considerando que ambos procesos se ejecutan de manera articulada, involucran las mismas dependencias, comparten actividades de solicitud, consolidación, validación y reporte de información, y forman parte de los insumos requeridos para la gestión ambiental institucional. Lo anterior podría contribuir a simplificar la operación, optimizar recursos y reducir reprocesos.

14. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría al proceso de Gestión Administrativa, se concluye que la Secretaría Distrital de Ambiente cuenta con mecanismos, procedimientos y herramientas orientadas a la administración de bienes, gestión ambiental institucional, manejo del parque automotor y control de inventarios, evidenciándose fortalezas relacionadas con la implementación de herramientas tecnológicas para la toma física de inventarios, la estandarización de formatos, la articulación institucional para la gestión ambiental y el cierre efectivo de acciones de mejoramiento previamente formuladas.

Como resultado de esta evaluación, se identificaron oportunidades para el fortalecimiento en la efectividad de los controles, la gestión documental, la trazabilidad de la información y el seguimiento de actividades de los procedimientos evaluados, evidenciadas en nueve (9) hallazgos de auditoría, de los cuales tres (3) corresponden a acciones de planes de mejoramiento que, pese a haber sido cerradas, no lograron mitigar las causas que dieron origen a los hallazgos inicialmente identificados.

Particularmente, se evidencian oportunidades recurrentes en la administración y control de bienes institucionales, la actualización y depuración de inventarios, la toma de decisiones frente a bienes pendientes de verificación física, la gestión documental del parque automotor y el funcionamiento de instancias de seguimiento y control como el Comité de Inventarios. Estas situaciones podrían generar riesgos asociados a trazabilidad de los bienes, el cumplimiento normativo y la efectividad de los controles implementados por la entidad.

De igual forma, se identificaron aspectos susceptibles de mejora en los procedimientos asociados a la gestión ambiental institucional, particularmente en la formalización de las validaciones efectuadas, la oportunidad en la actualización y reporte de la información ambiental y la articulación con las dependencias responsables del suministro de información para la consolidación de matrices y reportes institucionales.

Resulta especialmente relevante para los responsables de los procesos auditados analizar las causas que han generado la inefectividad de las acciones de mejoramiento formuladas en auditorías anteriores, toda vez que la recurrencia de situaciones observadas evidencia que algunas medidas implementadas han estado orientadas al cumplimiento formal de las acciones definidas, sin lograr un tratamiento integral de las causas que originan las desviaciones identificadas.

En consecuencia, se recomienda fortalecer los mecanismos de supervisión, seguimiento y control implementados, con el fin de asegurar que las acciones de mejora generen resultados efectivos, contribuyan a la mitigación de riesgos institucionales y fortalezcan el Sistema de Control Interno de la entidad.

Finalmente, se destaca la disposición y colaboración brindada por las dependencias auditadas durante el desarrollo de la auditoría, así como las acciones adelantadas para subsanar algunas de las situaciones identificadas, lo cual constituye una base importante para la implementación de mejoras que permitan incrementar la eficiencia operativa, la confiabilidad de la información y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

NOTAS:

1. La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.
2. Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por los auditores a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.
   La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por el personal perteneciente al proceso o actividad auditada, a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno. Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
3. Es necesario precisar que las “Recomendaciones” propuestas en ningún caso son de obligatoria ejecución por parte de la Entidad. La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Secretaría Distrital de Ambiente, más se incentiva su consideración para emprender los planes necesarios a que haya lugar para lograr los objetivos propuestos.



_____

Bogotá, 26 de junio de 2026

GLORIA AIDE GONZÁLEZ ALMARIO

Jefe de Oficina de Control Interno

Elaboró: Adriana Milena Rayo - Profesional Contratista OCI – Líder Auditoría

Revisó: Gloria Aide González A – Jefe de Oficina de Control Interno

HISTORIAL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA**	**RAZÓN DEL CAMBIO**
1	20/05/2026	Se adapta como formato en versión 1 respecto a la transición documental para la apropiación del nuevo mapa de procesos institucional, teniendo en cuenta que la tipología documental de Modelo ya no es de uso de la entidad y en el marco de la actualización del procedimiento de auditorías internas basadas en riesgos cambia su codificación de PC01-PR04-M3 del antiguo proceso de control y mejora a EG-FO-009 dentro del proceso de Evaluación de la Gestión Institucional.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Angela Andrea Millan Grijalba **Cargo:** Contratista **Fecha:** 20/05/2026	**Nombre:** Cristian Dario Suárez Bohórquez **Cargo:** Contratista **Fecha:** 20/05/2026 **Nombre:** Claudia Milena Gordillo **Cargo:** Jefe Oficina Asesora de Planeación (E) **Fecha:** 20/05/2026	**Nombre:** Gloria Aidé González Almario **Cargo:** Jefe Oficina de Control Interno **Fecha:** 20/05/2026