

## ACTA DE REUNIÓN No. 4

### 1. INFORMACIÓN DE LA REUNIÓN:

Fecha:	17/10/2025	Ciudad:	Popayán	Hora de Inicio:	09:00 a.m.
Tema de la Reunión:	Seguimiento matriz de riesgos segundo cuatrimestre de 2025.				
Objetivo:	Revisar el avance y grado de cumplimiento de las actividades ejecutadas para la implementación de los controles definidos en la Matriz de Riesgos Institucional, con el propósito de minimizar la materialización de los riesgos identificados, así como efectuar el seguimiento y la evaluación correspondientes al segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.				

### 2. ASISTENTES/CONVOCADOS:

	Nombres y Apellidos	Cargo
1	GERARDO CRUZ JIMENEZ	Gerente (E)
2	JAIRO ERNESTO DUQUE ROSERO	Jefe Control Interno

### 3. INVITADOS:

	Nombres y Apellidos	Representa
1	Jose Alejandro Martínez Realpe	Gestión Planeación
2	Ximena Amparo Erazo Gómez	Gestión Financiera
3	Gloria Patricia Bolaños Mosquera	Gestión de Operaciones
4	Diana Urbano	Gestión Administrativa
5	Diana Alejandra Fuli	Gestión de Comunicaciones
6	David Montes	Gestión de Infraestructura
7	Luis Felipe Cortázar Díaz	Gestión Ambiental
8	Manuel Parra Tovar	Gestión Jurídica
9	Wilman Ledezma Navia	Control Interno

### 4. ORDEN DEL DÍA:

1	Inicia el comité con el saludo por parte del Gerente (E) Gerardo Cruz Jiménez.
2	Resultados del seguimiento y evaluación del cumplimiento de los controles definidos en la Matriz de Riesgos Institucional – Segundo Cuatrimestre de 2025. informe

CONTROL INTERNO	Código: F-09-CI-12
ACTA COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO	Versión: 1
	Fecha: 06/12/2021

particularmente las relacionadas con la gestión de copias de seguridad permitieron la recuperación de la información afectada, mitigando el impacto y evitando una pérdida mayor de datos institucionales. Por lo tanto, partiendo de la materialización del riesgo no es posible otorgar una calificación que supere el 0%.

Un segundo control que se refiere a mitigar el riesgo “Posibilidad de legajar la información sin el respectivo orden cronológico, por no seguir el orden de las listas de chequeo, debido a la no verificación de documentos y capacitación del personal encargado”. Para este riesgo se encontró que la información revisada no evidencia la implementación efectiva del control establecido para mitigar su materialización. Lo anterior, debido a que los documentos aportados carecen del diligenciamiento de la información requerida en los formatos correspondientes que reposan en las carpetas contractuales asociadas a los periodos objeto de verificación. En consecuencia, no es posible reconocer una calificación positiva para el presente seguimiento.

- Otro control que presenta ineficiencia en su implementación corresponde al proceso Socio Predial el cual se formulo para mitigar la materialización del siguiente riesgo “Invasión de predios por parte de terceros que afectan la implementación del SETP y ejecución de obras”, encontrando que, el documento cargado no permite evidenciar la implementación del control definido, toda vez que en el documento se menciona la existencia de un predio de propiedad de la entidad en el cual ciudadanos depositan todo tipo de residuos sólidos, en tal sentido no se muestran las acciones tomadas desde la entidad en las que se articule con otras entidades para atacar la problemática encontrada.
- En gestión de infraestructura el control definido para mitigar la materialización del riesgo “No se cuente con la licencia de construcción para iniciar el proceso licitatorio”, se encontró que, si bien los documentos cargados evidencian de manera clara la implementación de los controles definidos para mitigar la materialización del riesgo, se observa que estos se encuentran fechados en el mes de septiembre, es decir, por fuera del periodo objeto de seguimiento. Esto permite inferir que durante el segundo cuatrimestre los controles no fueron efectivamente implementados, razón por la cual, desde la Oficina de Control Interno, no se considera procedente otorgar una calificación superior al 0% en el presente seguimiento. En ese sentido, se recomienda al proceso responsable garantizar la implementación oportuna y continua de los controles dentro de los periodos de seguimiento establecidos, de manera que las evidencias cargadas correspondan al ciclo de evaluación respectivo. Asimismo, se sugiere establecer un mecanismo de verificación interna o cronograma de control que permita evidenciar la trazabilidad temporal de las acciones y evitar registros extemporáneos que afecten la evaluación del cumplimiento.
- De otro lado en el proceso Gestión de Comunicaciones dos controles direccionados a mitigar la materialización del riesgo “Puede suceder que no se establezcan e

Carrera 5 No 2-11 – Centro - Popayán

Teléfono: 8205898

[www.movilidadfutura.gov.co](http://www.movilidadfutura.gov.co) – [servicioalciudadano@movilidadfutura.gov.co](mailto:servicioalciudadano@movilidadfutura.gov.co)

Nit:900323358-2

CONTROL INTERNO	Código: F-09-CI-12
ACTA COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO	Versión: 1
	Fecha: 06/12/2021

implementen estrategias de comunicación interna y externa frente al diseño, gestión, ejecución y evaluación de las diversas acciones comunicativas de la sociedad Movilidad Futura SAS basado tanto en las necesidades de la ciudadanía y partes interesadas, como en los lineamientos institucionales y de alcaldía de Popayán”, para los cuales desde el proceso No se cargaron los documentos mediante los cuales se evidencie la implementación del control durante el periodo objeto de seguimiento y evaluación.

Finalmente, para el control definido para el riesgo “Vulnerabilidad en el dominio de las redes sociales (Facebook- Instagram)”, desde el proceso No se cargaron los documentos mediante los cuales se evidencie la implementación del control durante el periodo objeto de seguimiento y evaluación.

Adicionalmente, se evidenció que **4 controles (7%)** presentan ineficiencia en su implementación, de estos, 3 corresponden al proceso de Gestión administrativa que alcanzaron una calificación entre el 35% y el 50%. En el que alcanzo el 35% se encontró que, si bien la información registrada permite evidenciar que desde el proceso se han implementado los controles planteados inicialmente, lo cual ha contribuido a mitigar parcialmente la materialización del riesgo identificado, desde la Oficina de Control Interno se considera que dichos controles no son suficientes ni eficaces para mitigar de manera integral el riesgo denominado: “Falta de seguridad, mala ubicación y disposición del archivo histórico de la entidad.” Es importante señalar que la seguridad, en este contexto, debe entenderse como la implementación de condiciones físicas, ambientales y tecnológicas adecuadas para la preservación del archivo histórico, lo cual implica garantizar la integridad del material documental, independientemente del soporte en que se encuentre registrado. En este sentido, se considera que las causas del riesgo deberían contemplar, entre otras, las siguientes condiciones:

- Espacios inadecuados para el depósito y almacenamiento documental.
- Deficiencias en el mantenimiento de la infraestructura física.
- Falta de mobiliario técnico acorde con el volumen y características de la documentación.
- Por lo tanto, los controles deberían orientarse a: Realizar revisiones periódicas de las instalaciones físicas del archivo, incluyendo sistemas de almacenamiento, con el fin de detectar condiciones como humedad, hongos, grietas, fisuras o inclinaciones en pisos, muros, techos y puertas. Verificar el funcionamiento de los componentes tecnológicos y de seguridad, tales como cámaras de vigilancia, controles de acceso, aires acondicionados, sistemas de iluminación (estado de encendido, intensidad o intermitencia), y alarmas contra incendios. Garantizar la adecuada dotación de mobiliario especializado, que asegure la conservación de los documentos en condiciones óptimas.

CONTROL INTERNO	Código: F-09-CI-12
	Versión: 1
	Fecha: 06/12/2021
ACTA COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO	

En ese orden de ideas, se recomienda reestructurar los elementos asociados al riesgo identificado, ajustando las causas y controles con un enfoque integral de conservación, seguridad documental y sostenibilidad operativa del archivo histórico institucional.

Para los controles de este proceso que alcanzaron el 50%, se encontró que, de la información cargada se evidencio que, en primer lugar el Manual se encuentra desactualizado y el documento soporte no cuenta con la firmas correspondientes que avalen su aprobación y adopción, segundo se evidencia la gestión realizada desde el proceso direccionada a avanzar en el diligenciamiento del formato de inventario general así como de las etiquetas con el logo de la entidad con el cual ya cuentan algunos bienes muebles y equipos de la entidad. Para el otro control desde el proceso se omitió el cargue de los soportes correspondientes a las actas de inicio de los contratos celebrados durante el periodo, en consecuencia, desde la oficina de Control Interno se estima reconocer en el cumplimiento de los controles definidos para el presente seguimiento una calificación del 50%.

Un cuarto control que está bajo responsabilidad del proceso gestión de operaciones el cual alcanzo un 10% de calificación en la implementación dado que, el documento cargado informa la realización de mesas de trabajo en articulación con las Secretarías de Tránsito y Hacienda, orientadas al ajuste y consolidación de los diferentes soportes del FET. No obstante, en el mismo se menciona que dichas mesas y comunicaciones no cuentan con listados de asistencia. En consecuencia, no se dispone de soportes que evidencien su desarrollo, tales como actas, registros fotográficos o listados de asistencia.

Frente a lo anterior, cabe resaltar que, desde la Oficina de Control Interno, en el seguimiento anterior, ya se había formulado la recomendación de garantizar la trazabilidad de las reuniones y mesas de trabajo mediante la elaboración de actas y el registro formal de participantes.

Por otra parte, 1 control (2%) obtuvo una calificación del 60%, presentando deficiencias similares: en los documentos requeridos para soportar la implementación de los controles definidos para mitigar el riesgo se encontró que el Plan de Capacitación corresponde a la vigencia 2024, y este documento debe ser actualizado para cada vigencia por parte de Gestión Administrativa.

No obstante, se concluye que **49 controles (80%)** fueron implementados de manera eficiente y oportuna, encontrando los respectivos soportes que evidencian su ejecución durante el segundo cuatrimestre del año.

Todas las actividades ejecutadas cuentan con los respectivos soportes, los cuales se encuentran debidamente cargados en el drive institucional. Para efectos de control, dicho repositorio tiene acceso de edición tanto para el proceso de Planeación como para la Oficina

Carrera 5 No 2-11 – Centro - Popayán

Teléfono: 8205898

[www.movilidadfutura.gov.co](http://www.movilidadfutura.gov.co) – [servicioalciudadano@movilidadfutura.gov.co](mailto:servicioalciudadano@movilidadfutura.gov.co)

Nit:900323358-2

CONTROL INTERNO	Código: F-09-CI-12
ACTA COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO	Versión: 1
	Fecha: 06/12/2021

de Control Interno, lo que permite realizar el seguimiento y la calificación de la matriz de riesgos.

A continuación, se presenta el resumen de la calificación por proceso:

CONSOLIDADO SEGUNDO CUATRIMESTRE – MATRIZ DE RIESGOS 2025		
No	PROCESOS	RESUMEN
1	CONTROL INTERNO	100%
2	PLANEACIÓN	100%
3	GESTIÓN AMBIENTAL	100%
4	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	86%
5	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	100%
6	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	50%
7	GESTIÓN DE OPERACIONES	93%
8	GESTIÓN FINANCIERA	100%
9	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	65%
10	GESTIÓN SOCIO - PREDIAL	67%
Total		84%

### Recomendaciones

1. Garantizar la oportunidad y eficacia de los controles, asegurando su implementación dentro del periodo evaluado y el cargue oportuno de los soportes correspondientes.
2. Revisar y ajustar los riesgos y controles ineficaces, especialmente los asociados a la gestión documental, tecnológica y de infraestructura, con un enfoque preventivo e integral.
3. Formalizar y fortalecer la trazabilidad de la evidencia, mediante actas, registros y demás documentos que respalden la ejecución real de los controles.
4. Actualizar los instrumentos de gestión (manuales, planes, formatos) e incorporar las validaciones y aprobaciones correspondientes.
5. Fortalecer la articulación entre procesos para garantizar coherencia y efectividad en la implementación de controles transversales.

CONTROL INTERNO	Código: F-09-CI-12
ACTA COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO	Versión: 1 Fecha: 06/12/2021

6. Adoptar medidas correctivas frente a riesgos materializados, asegurando el análisis de causas y la reformulación de los controles necesarios.
7. Mantener el acompañamiento desde la Oficina de Control Interno y el compromiso de todos los procesos en la mejora continua del Sistema de Control Interno y la administración del riesgo.

## 6. CONCLUSIONES

El seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025 evidencia un avance positivo en la implementación de los controles definidos en la Matriz de Riesgos Institucional, reflejando el compromiso de la mayoría de los procesos con la gestión del riesgo y la mejora continua. No obstante, persisten oportunidades de fortalecimiento relacionadas con la pertinencia, eficacia y trazabilidad de la evidencia presentada, así como con la implementación oportuna de los controles dentro del periodo evaluado.

La materialización de algunos riesgos y la ineficiencia detectada en determinados controles demuestran la necesidad de revisar y ajustar las causas y acciones de respuesta, con el fin de garantizar que los controles definidos sean suficientes, pertinentes y efectivos frente a las condiciones reales de operación. En este sentido, resulta fundamental reforzar la articulación interdependencias, la formalización documental y la actualización de los instrumentos de gestión, asegurando la coherencia entre los controles, los riesgos y los objetivos institucionales.

En conclusión, la entidad mantiene un nivel de madurez favorable en la administración del riesgo, pero debe continuar consolidando su cultura de control y prevención, fortaleciendo la capacidad de respuesta institucional y garantizando la sostenibilidad del Sistema de Control Interno bajo los principios de eficiencia, eficacia y transparencia.

## 7. COMPROMISOS:

Descripción/Compromiso	Responsable	Fecha de entrega
------------------------	-------------	------------------

CONTROL INTERNO		Código: F-09-CI-12
ACTA COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO		Versión: 1
		Fecha: 06/12/2021

1	Fortalecer los controles a los procesos de la entidad, que no cumplieron con las actividades programadas de forma parcial o total.	Planeación	Permanente
2	Solicitar a los procesos las evidencias de las acciones que no se cumplieron y de aquellas que presentaron bajo cumplimiento, debido al no cargue de soportes.	Planeación	Tercer Cuatrimestre
3	Cumplir con la implementación los controles formulados dentro de los plazos definidos por cada proceso	Líderes de proceso	Permanente

Elaboró:	WILMAN LEDEZMA NAVIA JULIAN FERNANDO SERRANO		
Fecha:	17/10/2025	Hora:	14:00 p.m.

## 8. ANEXOS:

Listado de asistencia Comité Institucional de Control Interno.

## 9. FIRMAS Y/O LISTADOS DE ASISTENCIA:

	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
1	Se anexa listado de asistencia		

Anexo: Presentación y Listado de asistencia Comité Institucional de Control Interno.

Aprobó: Jairo Ernesto Duque Rosero – Jefe Control Interno

Proyectó: Wilman Ledezma Navia – Profesional de Apoyo

Julián Fernando Serrano – Profesional de Apoyo



## GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Código:  
F-01-GAD-11

Alcaldía de Popayán

## LISTADO DE ASISTENCIA

Versión: 04

Fecha: 23/03/2021

FECHA

DÍA

MES

AÑO

25

NOV.

2025

LUGAR

Sala de juntas

FUENTE:



Reunión



Divulgación



Comité



Otro:

TEMA:

Comité de Coordinación de Control Interno

N°

NOMBRES Y APELLIDOS

PROCESO

FIRMA

1

Jairo Duque Rosero

Jefe C. Interno

2

Wilmar Cedeña Nanda

Contraloría OCI

3

Felipe Cortázar

Gest. Ambiental

4

Diana Zúgerdy Gilano

Gestión Administrativa

5

José Alejandro Martínez

Planeación

6

Manuel Párraga Tubor

Jurídica

7

Diana A. Fuli

Comunicaciones

8

Patricia Bolívar

Operaciones

9

Ximena Izazo Gómez

Financiera

10

Pablo Andrés Bermúdez

Apoyo Gerencial

11

David A. Monts M.

Infraestructura

12

Carolina Guevara

Servicio Predial

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

OBSERVACIÓN:





# MOVILIDAD FUTURA

## COMITE DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

25 DE NOVIEMBRE 2025

## ORDEN DEL DÍA

1. Seguimiento a la Matriz de Riesgos – Segundo Cuatrimestre.
2. Seguimiento a los Planes de Acción – Tercer Trimestre.
3. Seguimiento a los Planes de Mejora – Tercer Trimestre.
4. Presentación de recomendaciones generales emitidas por la Oficina de Control Interno.



### **1. Constitución Política (Art. 267)**

- Control interno articulado con protección del patrimonio público.
- Función preventiva, concurrente y sin coadministración.

### **2. Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno**

- Control interno = sistema para garantizar legalidad, eficiencia y protección de recursos.
- Unidad de Control Interno = evaluación independiente.
- Obligación de detectar, prevenir y corregir riesgos.

### **3. Decreto 1499 de 2017 – MIPG**

- Control Interno como política estructural del Modelo.
- Evaluación para toma de decisiones basada en evidencias.
- Jefe de Control Interno: invitado permanente, con voz técnica e independiente.

### **4. Manual de Funciones de Movilidad Futura S.A.S.**

- Coordinar y ejecutar el Sistema de Control Interno.
- Evaluar planeación, riesgos, contratación y controles.
- Emitir alertas y recomendaciones.
- Asegurar cumplimiento del MIPG y del Sistema de Gestión.

### **Conclusión para la diapositiva:**

**→ La actuación del Jefe de Control Interno no es discrecional; es una obligación legal, técnica y constitucional.**

**→ Emitir advertencias es un deber. Callar sería una falta disciplinaria.**

DNP

Transporte

Hacienda

MOVILIDAD FUTURA

Alcaldía de Popayán



# Seguimiento a la Matriz de Riesgos – Segundo Cuatrimestre. (31 agosto)



# SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DEL RIESGO

46 RIESGOS IDENTIFICADOS – 61 Controles

7 controles (11%) Sin implementación

4 controles (7%) Implementación parcial

49 Controles (82%) Implementados

Seguridad  
digital

Riesgos  
tecnológicos

Riesgos de  
gestión

Riesgos de  
corrupción



# IMPLEMENTACIÓN DE CONTROLES POR PROCESOS

## CONSOLIDADO SEGUNDO CUATRIMESTRE – MATRIZ DE RIESGOS 2025

No	PROCESOS	RESUMEN
1	CONTROL INTERNO	100%
2	PLANEACIÓN	100%
3	GESTIÓN AMBIENTAL	100%
4	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	86%
5	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	100%
6	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	50%
7	GESTIÓN DE OPERACIONES	93%
8	GESTIÓN FINANCIERA	100%
9	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	65%
10	GESTIÓN SOCIO - PREDIAL	67%
Total		84%



DNP



Transporte



Hacienda



Alcaldía de Popayán

# RIESGOS SIN CONTROLES IMPLEMENTADOS

## Gestión Administrativa

### Gestión Administrativa (Gestión Documental):

### Gestión Socio-Predial:

### Gestión de Infraestructura:

### Gestión de Comunicaciones:

### Comunicaciones – Redes sociales:

- Fallas graves en controles relacionados con continuidad tecnológica (Publifinanzas, Orfeo, Delta).
- Riesgo materializado por inoperabilidad del servidor institucional.
- Controles definidos para el periodo NO fueron implementados.
- No existe evidencia del ordenamiento documental.
- Se incumplieron listas de chequeo y verificación documental.
- Control para prevenir invasión de predios sin evidencia real de implementación.
- Predios sin uso – Predios remanente
- Documento aportado describe el problema, pero no las acciones institucionales.
- Controles de licenciamiento de obras.
- Evidencia no corresponde al cuatrimestre.
- Dos controles sin cargue de soportes.
- No se evidencia implementación de estrategias internas o externas.
- Ningún soporte aportado para mitigar la vulnerabilidad del dominio de redes institucionales



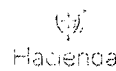
# CONTROLES EJECUTADOS PARCIALMENTE O INEFICIENTES

Gestión Administrativa  
– Archivo histórico  
(35%)

Gestión Administrativa  
– Inventarios y actas  
contractuales (50%)

Gestión de Operaciones  
– Mesas del FET (10%)

- Controles implementados parcialmente.
- No se atienden causas reales del riesgo: infraestructura, humedad, mobiliario, seguridad.
- Ineficacia estructural: controles no atacan la raíz del problema.
- Manual de inventarios desactualizado y sin firmas.
- Falta de cargue de actas de inicio contractuales.
- Capacitación institucional (60%)
- Se cargó un plan de capacitación del año 2024.
- No existe instrumento actualizado para 2025.
- Se reportan mesas de trabajo, pero sin soportes mínimos (actas, fotos, asistentes).
- Reincidencia: se repite la misma recomendación del cuatrimestre anterior.





## Debilidades estructurales identificadas

Falta de articulación entre procesos.

Cargue tardío o inexistente de evidencias.

Controles que no atacan causas raíz.

Ausencia de trazabilidad documental (mesas, actas, comunicaciones).

## Riesgos materializados

**Fallos del servidor institucional** → afectación operativa y riesgo tecnológico.

**Predio institucional con ocupación/residuos** → riesgo socio-predial activo.

**Licenciamiento de construcción fuera del periodo** → riesgo estratégico para infraestructura

**Gestión del FET sin soportes (actas/listados)** → riesgo alto para trazabilidad, articulación y decisiones financieras.

Reincidencia de recomendaciones no atendidas.

## Riesgo de incumplimiento normativo

Evidencia cargada fuera del periodo → afecta veracidad del seguimiento.

Evidencia desactualizada → compromete transparencia y trazabilidad.

Ausencia de actas y soportes → limita control fiscal y control interno.



# CONCLUSIONES GESTIÓN DEL RIESGO

- Persisten riesgos estructurales que requieren intervención inmediata.
- Principales retos:
  - Oportunidad en la implementación
  - Eficacia real de los controles
  - Suficiencia documental
  - Cultura de prevención
- Aunque el resultado global fue del 84%, existen controles no ejecutados, evidencia insuficiente y riesgos materializados.
- Se requiere un enfoque más riguroso, preventivo y articulado.
- La Oficina de Control Interno recomienda fortalecer la cultura del control y la responsabilidad interdependencias.





# Seguimiento a los Planes de Acción – Tercer Trimestre. (30 septiembre)



DNP



Transporte



Hacienda



Alcaldía de Popayán

# EJECUCIÓN PLANES DE ACCIÓN POR PROCESO

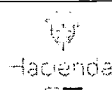
## PLANES DE ACCIÓN CONSOLIDADO FINAL

No	PROCESOS	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	RES
1	ADMINISTRATIVA	81%	87%	83%	0%	63%
2	AMBIENTAL	100%	95%	100%	0%	74%
3	COMUNICACIONES	96%	100%	86%	0%	71%
4	CONTROL INTERNO	100%	100%	100%	0%	75%
5	FINANCIERA	100%	92%	100%	0%	73%
6	INFRAESTRUCTURA	80%	66%	90%	0%	59%
7	JURÍDICA	92%	6%	77%	0%	44%
8	OPERACIONES	100%	65%	38%	0%	51%
9	PLANEACIÓN	100%	100%	100%	0%	75%
10	SOCIAL PREDIAL	93%	100%	80%	0%	68%
11	PROYECTOS	100%	100%	100%	0%	75%



## PROCESOS EN BAJO CUMPLIMIENTO

Proceso	Calificación	Hallazgos Críticos según el Acta
Gestión Administrativa	83%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencias insuficientes: listado de asistencia de junio (fuera del periodo).</li> <li>• Sin registro fotográfico de socialización del Código de Integridad.</li> <li>• Inducción/Reinducción sin soporte válido.</li> <li>• PQRS: matriz cargada, pero sin informes del subproceso de Atención al Ciudadano.</li> </ul>
Gestión Jurídica	77%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cargaron evidencias en tres actividades clave:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Seguimiento al Mapa de Riesgos.</li> <li>– Actualización de procesos/procedimientos.</li> <li>– Participación en comités de captura de valor.</li> </ul> </li> </ul>
Gestión de Operaciones	38% (crítico)	Gestión de Operaciones aporta información y evidencias pertinentes sobre el FET, que dan cuenta de su gestión interna. No obstante, estas mismas evidencias reflejan que el nivel central ha tardado en el análisis técnico, la validación financiera y la definición de hitos esenciales para la implementación del proyecto, lo que afecta directamente el avance del FET y su trazabilidad institucional.
Gestión Socio-Predial	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción "Captura de Valor" NO ejecutada; el informe indica que no es responsabilidad del proceso (argumento inválido para el plan).</li> <li>• Soporte no pertinente para actualización de procesos.</li> </ul>



## CONCLUSIONES PLANES DE ACCIÓN

- **Cumplimiento general del trimestre: 87%**, aumento de 4 puntos; se interpreta como llamado a seguir fortaleciendo planeación y seguimiento.
- **Solo 45% de procesos (5 de 11) lograron 100%**, gracias a cargue oportuno de evidencias (Comunicaciones, OCI, Planeación, Socio-Predial, Proyectos).
- Persiste **deficiencia en cargue de soportes**, afectando objetividad y **calificación**; se requiere refuerzo formativo y seguimiento desde Planeación.
- Procesos **Jurídica, Operaciones, Infraestructura y Administrativa** presentan oportunidades de mejora en consolidación de evidencias estratégicas.
- **Ejecución presupuestal al 30 de junio: 24,04%**, muy por debajo de lo esperado; requiere análisis técnico para identificar cuellos de botella.
- Se reitera la importancia de las **sesiones de rendición de cuentas internas** como parte del ciclo de mejora continua y articulación entre procesos.



## CONCLUSIONES PLANES DE ACCIÓN

- No es coherente tener >80% de cumplimiento en planes de acción mientras la ejecución presupuestal es apenas >20%; evidencia **desconexión entre planeación y gestión para la ejecución presupuestal de la entidad**.
- Falta de consistencia entre metas, actividades, recursos y resultados constituye **riesgo institucional significativo**, afectando trazabilidad y capacidad de demostrar avances.
- El **Modelo de Procesos (2020)** está desactualizado frente a la realidad del SETP 2025; hay desalineación entre procesos, objetivos, responsabilidades y recursos.

### INEFICIENCIA

- Se invita a **Gerencia, Planeación, Todos los procesos y Alta Dirección** a revisar, actualizar y reformular el Modelo de Procesos para fortalecer gestión institucional, articulación y administración del riesgo.





# Seguimiento a los Planes de Mejora – Tercer Trimestre.

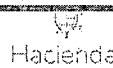




# PLANES DE MEJORAMIENTO

- Se evaluaron **6 planes de mejoramiento**:
  - 2 de entes de control (CGR y CMP)
  - 4 internos (Administrativa, Jurídica, Infraestructura, Planeación)
- **5 de los 6 planes presentan cumplimiento parcial.**
- En total, se revisaron **81 acciones de mejora.**
- Se confirma **insuficiencia de evidencias, vencimiento de términos y soportes no cargados** en procesos clave.

*Existe un rezago generalizado en la ejecución de las acciones de mejora, que requiere intervención inmediata de directivas y toma de decisiones.*



# PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNO

**Contraloría General de la República – 42% parcial / 33% sin cumplir**

- 6 acciones vencidas
- Procesos Jurídica, Operaciones e Infraestructura no han aportado soportes

**Contraloría Municipal – 46% parcial / 54% sin cumplir**

- 23 de 24 acciones no tienen soporte actualizado
- Gestión Administrativa con reincidencia en falta de evidencias

**Hallazgo transversal: reincidencia en falta de soportes por parte de Jurídica, Operaciones, Infraestructura y**

**Administrativa.**



DNP



Transporte



Hacienda



MOVILIDAD FUTURA



Alcaldía de Popayán

# PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO

## Gestión Administrativa

29% sin soporte – 47% parcial – 1 acción cerrada

14 acciones vencidas

## Gestión Jurídica

0% cumplimiento

6 acciones sin evidencias

No respondieron requerimiento del 1 de octubre

## Gestión de Infraestructura

73% total – 27% parcial

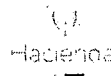
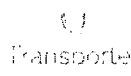
Buen avance, pero acciones vencidas

## Gestión de Planeación

50% total / 50% parcial

Sin acciones vencidas

Único plan con avance favorable y coherente



## HALLAZGOS RELEVANTES PARA LA ENTIDAD

- **No existen licencias de construcción para la EIN ni para el Patio & Taller; no hay recursos transferidos para la adición ni avance en el licenciamiento.** La obra estratégica permanece detenida y sin condiciones mínimas para iniciar ejecución.
- **El FET no está radicado.** Desde la entidad y el proceso se han adelantado las acciones requeridas, sin embargo no existe evidencia clara de avance técnico, financiero ni jurídico, lo que compromete la viabilidad tarifaria y financiera del sistema.
- **No hay decreto de recaudo ni operador definido.** La entidad no dispone de un modelo de recaudo funcional y tampoco ha estructurado un Plan B operativo, lo que pone en riesgo la continuidad y operabilidad del SETP.
- **La tecnología ITS opera sin baterías de respaldo ni pólizas activas,** exponiendo activos estratégicos y generando riesgo operativo severo.

DNP

Transporte

Hacienda

MOVILIDAD FUTURA

Alcaldía de Popayán

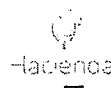
## HALLAZGOS RELEVANTES PARA LA ENTIDAD

- **Existe una desconexión crítica entre la planeación operativa, financiera y estratégica**, con información inconsistente y no alineada con los avances reales del proyecto.
- **El modelo de operación por procesos está desactualizado (2020)**, generando ineficiencias, duplicidad de funciones y ampliación de tiempos administrativos (burocracia interna).
- **Gobernanza débil:** la Junta Directiva ha sesionado menos del 25%, afectando la toma de decisiones estratégicas necesarias para el SETP.
- **Gestión Jurídica presenta expedientes contractuales incompletos y fallas de trazabilidad**, lo que incrementa riesgos de transparencia, control fiscal y disciplinario.
- **Los planes de mejoramiento presentan un 33% de acciones incumplidas**, afectando la corrección oportuna de hallazgos y la credibilidad del sistema de control.
- **Hallazgos fiscales superiores a \$140 millones (CGR y CMP)**, señalando fallas significativas en la administración de recursos públicos.



## HALLAZGOS RELEVANTES PARA LA ENTIDAD

- **Existe riesgo de contrato realidad** en la figura de reguladores del SETP, con posible impacto económico y jurídico para la entidad. Riesgo o Advertencia
- **Incumplimientos reiterados en respuestas a la ciudadanía, entes de control y Control Interno**, afectando la transparencia y la confianza institucional.
- **La Estación de Integración sigue sin planta eléctrica, paneles solares ni tanque de almacenamiento**, a pesar de estar recibida, lo que compromete su operación efectiva.
- **A la fecha no se ha contratado la interventoría de la tecnología**, pese a ser un requisito esencial para validar entregables, verificar funcionalidad y soportar los hitos del SETP.
- **El contrato de tecnología continúa sin supervisión técnica pertinente**, lo cual impide el seguimiento especializado, afecta la trazabilidad operativa y **pone en riesgo el giro de recursos de la Nación**, que exige validaciones técnicas formales.





## **4. Presentación de recomendaciones generales emitidas por la Oficina de Control Interno.**



---

## RECOMENDACIONES GENERALES

- **Activar Comité Técnico Permanente del SETP**, con seguimiento quincenal a licencias, tecnología, FET y recaudo.
- **Contratar de manera inmediata la interventoría tecnológica** y fortalecer la supervisión técnica del contrato ITS.
- **Exigir evidencia verificable en máximo 10 días** para planes de acción y de mejoramiento.
- **Requerir decisiones del nivel central** sobre FET, recaudo y operador o Plan B.
- **Actualizar el Modelo de Procesos institucional** para alinear la entidad con la realidad del SETP 2025.
- **Convocar sesión extraordinaria de Junta Directiva** para definir hitos estratégicos y compromisos críticos.
- **Fortalecer cultura de evidencia y trazabilidad**, evitando recurrencia de hallazgos y riesgos fiscales.







SETP  
POPAYÁN  
GRACIAS