

	AGUAS DEL HUILA S.A. E.S.P. NIT. 800.100.553-2
	INFORME DE SEGUIMIENTO VERSIÓN: 8.0

Jefe de control interno o quien haga sus veces	MARCO WILLIAM FONSECA DIAZ	PERIODO EVALUADO:	II Trimestre de 2026
		FECHA DE ELABORACIÓN:	Julio de 2026
Destinatarios	<i>Administración de la entidad, Usuarios de los servicios, comunidad en general, proveedores; entes de vigilancia y control</i>		

1. OBJETIVO Y ALCANCE

Verificar la administración del riesgo en el interior de cada Proceso de la entidad, conforme a la efectividad de las actividades y controles planteados en la matriz. De igual forma, analizar el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y la respectiva retroalimentación hacia los Procesos en pro de mitigar el riesgo.

La verificación de los riesgos identificados por la entidad se realizará conforme a la matriz publicada en la vigencia 2026, de acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, como mecanismo de mitigación del riesgo.

2. FUENTES DE INFORMACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Evaluación de la ejecución de las actividades y controles que contribuyan a la mitigación del riesgo, verificando que exista coherencia entre ellos y que la administración del riesgo sea pertinente conforme a los lineamientos establecidos por el DAFP.

Inspección ocular y revisión general de la documentación solicitada y puesta a disposición del grupo auditor, guías, formatos y protocolos de control interno.

3. CRITERIOS Y DIRECTRICES NORMATIVAS DE EVALUACIÓN

- Ley 87 de 1993.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Política de Administración del Riesgo para Entidades Públicas.
- Guía para la Gestión Integral de Riesgos en Entidades Públicas.
- Guía de Auditoría para Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual establece que la gestión de riesgos constituye un elemento fundamental para el control interno y la planeación institucional.

4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

ANTECEDENTES

El 14 de abril de 2026, la Oficina de Planeación y Capacitación remitió, mediante correo electrónico a la Oficina de Control Interno (OCI), las matrices de riesgos correspondientes a diferentes procesos institucionales, con el propósito de que la OCI realizara la respectiva revisión técnica y metodológica.

Una vez efectuada la revisión, el mismo 14 de abril de 2026, la Oficina de Control Interno, formuló y comunicó formalmente las observaciones identificadas respecto de la estructura, contenido, consistencia y articulación metodológica de las matrices, solicitando la incorporación de los ajustes y complementaciones requeridos, con el propósito de fortalecer su coherencia con los lineamientos institucionales para la administración del riesgo y facilitar el posterior ejercicio de evaluación y seguimiento.



AGUAS DEL HUILA S.A. E.S.P.
NIT. 800.100.553-2

INFORME DE SEGUIMIENTO

VERSIÓN: 8.0

Posteriormente, en el primer informe de seguimiento correspondiente al período objeto de evaluación, la Oficina de Control Interno dejó constancia de una **limitación al alcance**, derivada de la ausencia de respuesta y/o de la remisión de información ajustada que permitiera verificar la atención de las observaciones previamente formuladas.

En consideración a la relevancia institucional de la situación identificada, el asunto fue presentado ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), en sesión realizada el 24 de junio de 2026, según consta en el Acta No. 002 de 2026, en la cual fue abordado como segundo punto del orden del día la situación relacionada con la debilidad técnica, estructural y de articulación metodológica entre el Plan Estratégico Institucional –PEI–, los Planes de Acción Anuales y los Planes de Riesgos Institucionales.

Como resultado de lo tratado en dicha sesión, se establecieron, entre otros, los siguientes compromisos institucionales:

1. Reestructuración del Plan Estratégico Institucional – PEI

Fortalecer el PEI, de manera que trascienda su carácter predominantemente descriptivo y se consolide como un instrumento efectivo de gestión, mediante la definición de objetivos medibles, metas plurianuales e indicadores de gestión y resultado, articulados con los planes de acción de las diferentes dependencias y con los demás instrumentos de planeación institucional.

2. Fortalecimiento de la gestión integral del riesgo

Avanzar en la identificación, análisis y definición formal de los riesgos institucionales, así como en la estructuración de los controles y acciones de tratamiento correspondientes, de manera que exista una adecuada articulación entre la gestión de riesgos, la planeación institucional y los mecanismos de seguimiento y evaluación.

No obstante, a la fecha de corte del presente seguimiento no se recibió información actualizada, consolidada y suficientemente soportada que permitiera verificar la atención de las observaciones formuladas por la Oficina de Control Interno ni el avance en el cumplimiento de los compromisos establecidos por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en relación con la gestión institucional del riesgo.

Las observaciones formuladas por la Oficina de Control Interno se sustentaron en los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG–, la Política de Administración del Riesgo adoptada por la Entidad y los principios y buenas prácticas aplicables al Sistema de Control Interno, particularmente en lo relacionado con la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales.

LIMITACIÓN AL ALCANCE DEL SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS

Al cierre del segundo trimestre de 2026, persistió la ausencia de información actualizada y consolidada por parte de la Oficina de Planeación y Capacitación que permitiera verificar la atención de las observaciones formuladas por la Oficina



AGUAS DEL HUILA S.A. E.S.P.
NIT. 800.100.553-2

INFORME DE SEGUIMIENTO

VERSIÓN: 8.0

de Control Interno el día 14 de abril de 2026, así como el avance y cumplimiento de los compromisos establecidos por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión del 24 de junio de 2026.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno no dispuso de los insumos documentales necesarios para efectuar, con evidencia suficiente y verificable, el seguimiento previsto al mapa institucional de riesgos correspondiente al período abril–junio de 2026.

En particular, no se contó con una versión consolidada y ajustada del mapa de riesgos institucional, ni con planes de tratamiento suficientemente documentados que permitieran identificar, para cada riesgo, los controles definidos, las acciones de tratamiento, los responsables, los plazos de ejecución, los productos esperados y las evidencias asociadas a su implementación.

Esta situación limitó el alcance del ejercicio de seguimiento, en la medida en que la información disponible no permitió verificar de manera objetiva y trazable la ejecución, oportunidad, operación y resultados de los controles y acciones de tratamiento asociados a cada riesgo durante el período evaluado.

Por lo anterior, el resultado del seguimiento correspondiente al período abril–junio de 2026 se establece como:
“SIN EVALUACIÓN POR LIMITACIÓN DE INFORMACIÓN”.

La Oficina de Control Interno precisa que esta calificación no constituye, por sí misma, una conclusión sobre la ineficacia de los controles o sobre la materialización de los riesgos, sino que refleja una limitación objetiva al alcance del seguimiento, derivada de la insuficiencia de información y evidencia documental disponible para realizar la evaluación.

En consecuencia, no fue posible emitir una conclusión técnicamente sustentada respecto de la efectividad operativa de los controles, el avance de las acciones de tratamiento, la oportunidad de su implementación ni el comportamiento y evolución de los riesgos institucionales durante el segundo trimestre de 2026.

La insuficiencia de los soportes disponibles restringió, adicionalmente, la posibilidad de realizar una trazabilidad integral y reconstrucción documental del estado de la gestión de riesgos al cierre del período objeto de seguimiento, situación que deberá ser considerada por la Administración dentro de las acciones de fortalecimiento de la gestión institucional del riesgo y de los mecanismos de información requeridos para el ejercicio de evaluación y seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

CONCLUSIONES:

El informe previsto para el presente informe no pudo contener una evaluación por riesgo del segundo trimestre. Por ello, el resultado de este ejercicio es «SEGUIMIENTO NO REALIZADO POR FALTA DE INSUMO».



AGUAS DEL HUILA S.A. E.S.P.
NIT. 800.100.553-2

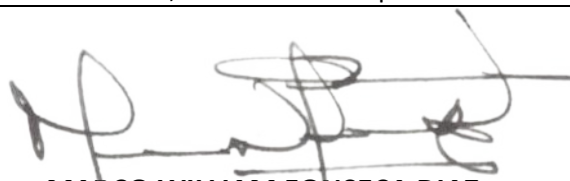
INFORME DE SEGUIMIENTO

VERSIÓN: 8.0

- Limitación material del alcance evaluativo: La persistente falta de entrega del mapa de riesgos consolidado y ajustado, sumada a la ausencia de soportes sobre las acciones de tratamiento, impidió a la Oficina de Control Interno verificar la operatividad, oportunidad y efectividad de los controles institucionales durante el segundo trimestre de 2026, consolidando el estado del período como **«SIN EVALUACIÓN POR LIMITACIÓN DE INFORMACIÓN»**.
- Incumplimiento reiterado de compromisos y observaciones: Se evidencia una debilidad recurrente en la gestión de la Oficina de Planeación y Capacitación frente a los requerimientos técnicos formulados por la Oficina de Control Interno, desde el 14 de abril de 2026 y a los acuerdos consignados en el Acta 002 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) del 24 de junio de 2026, lo cual compromete la debida trazabilidad y debilita la segunda línea de defensa institucional.
- Riesgo latente por desarticulación metodológica: La carencia de un mapa de riesgos formalmente ajustado y alineado con el Plan Estratégico Institucional (PEI) y los Planes de Acción Anuales deja a la entidad en un estado de vulnerabilidad operativa y estratégica, al no contar con un mecanismo de alerta temprana fundamentado bajo las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

RECOMENDACIONES:

- Completar, para cada riesgo, la identificación y valoración, los controles existentes, las acciones de tratamiento, el responsable, el plazo, el indicador de seguimiento y la evidencia prevista. La información debe permitir verificar tanto el cumplimiento de las acciones como la operación de los controles.
- Presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), el estado de atención de las observaciones y compromisos, así como las dificultades que impidan su cumplimiento. Una vez se disponga de información completa y verificable, la Oficina de Control Interno podrá programar la evaluación correspondiente e informar sus resultados, manteniendo expresa la limitación al alcance de este informe.



MARCO WILLIAM FONSECA DIAZ
Asesor de Control Interno