CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL RÍO GRANDE DE LA MAGDALENA

CORMAGDALENA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

PROCESO AUDITOR

INFORME FINAL DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2025

INFORME DEFINITIVO - OCTUBRE DE 2026

MARIA MERCEDES SARMIENTO MADRID
Jefe de Oficina de Control Interno

Octubre de 2026

EQUIPO AUDITOR

No.	Nombre y Apellido	Cargo / Rol	Función
1	**Albert Luis Alfaro Coneo**	Jefe de Control Interno (hasta el 19 de agosto de 2026)	Coordinador del proceso auditor
2	Dayana Blanco Utria	Profesional Universitaria – Contadora (OCI)	Equipo auditor
3	Luis Ángel Camacho Consuegra	Abogado Asesor Externo adscrito a OCI	Equipo auditor
4	Manuel Tapia	Asesor Financiero Externo adscrito a OCI	Equipo auditor
5	Luis Fredy León Achury	Abogado adscrito a OCI (Sede Neiva)	Equipo auditor
6	Jean Carlos López	Abogado adscrito a OCI	Equipo auditor

Equipo de apoyo: el equipo auditor contó con el apoyo de profesionales y personal contratista de la Oficina de Control Interno en el levantamiento de información, revisión documental y análisis de matrices.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN .....
II. OBJETO DE LA AUDITORÍA INTERNA .....
III. FUENTES DE CRITERIO .....
IV. JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN .....
V. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....
VI. METODOLOGÍA Y DESARROLLO.....
VII. LIMITACIONES .....
VIII. RESULTADOS (HALLAZGOS).....

Hallazgo No. 01 – Secretaría General (SG-1): Deficiencia en revelación de variaciones en notas EF 2025

Hallazgo No. 02 – Secretaría General (SG-2): Ausencia de análisis comparativo de ejecución presupuestal

Hallazgo No. 03 – Secretaría General (SG-3): Falta de relación integral de cartera institucional

Observación Levantada – Secretaría General: Deficiencias en Plan de Bienestar Social 2025 – Sin Hallazgo

Hallazgo No. 04 – Secretaría General (SG-4): Deficiencias en control e inventario de bienes muebles e inmuebles

Hallazgo No. 05 – Secretaría General (SG-5): Deficiencias en información sobre contratos de comodato

Hallazgo No. 06 – Secretaría General (SG-6): Ausencia de conciliaciones formales de cartera entre áreas

Hallazgo No. 07 – Oficina Asesora Jurídica (OAJ-1): Omisión en cobro coactivo y seguimiento formal de expedientes

Hallazgo No. 07 – Oficina Asesora Jurídica (OAJ-2): Ausencia de información sobre procesos judiciales y tutelas

Hallazgo No. 08 – Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación (SDSN-1): Supervisión Contrato 0-012-2-2025

Hallazgo No. 09 – Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación (SDSN-2): Inconsistencias Convenio 1-004-2025

Hallazgo No. 10 – Subdirección de Gestión Comercial (SGC): Debilidades en gestión documental contratos de concesión portuaria

Hallazgo No. 11 – Subdirección de Gestión Comercial (SGC-2): Necesidad de consolidar el inventario de activos de CORMAGDALENA entregados en concesión portuaria

Oficina Asesora de Planeación (OAP): Sin hallazgo – Oportunidades de mejora en gestión de riesgos
VIII. RELACIÓN DE HALLAZGOS .....
IX. PLAN DE MEJORAMIENTO .....
X. CONCLUSIONES.....
XI. RECOMENDACIONES.....
XII. CONSIDERACIONES FINALES .....

I. INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno, en el marco de sus competencias legales y reglamentarias, y considerando que la Constitución Política de Colombia en su artículo 209, en armonía con el artículo 269 ibidem, establece la existencia de un Control Interno en todos los ámbitos de la Administración Pública, desarrolla la presente auditoría en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, que establece como obligación de las entidades públicas adoptar los mecanismos necesarios para el Control Interno.

La Ley 87 de 1993 define la Oficina de Control Interno como uno de los componentes del Sistema de Control Interno del nivel gerencial, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

El artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, establece que las Oficinas de Control Interno deben desarrollar su labor a través de los roles de liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control.

En virtud del Decreto 1499 de 2017, el Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional adoptó el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que asigna a la Oficina de Control Interno la Tercera Línea de Defensa.

Las normas emitidas por el Instituto de Auditores Internos (IIA) en el Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna proporcionan el esquema estructurado para el desarrollo, interpretación y aplicación de conceptos, metodologías y técnicas de la auditoría interna como actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización.

Conforme al Artículo Décimo del Acuerdo de Junta Directiva No. 273 del 25 de junio de 2024, por medio del cual se establece el Estatuto de Auditoría Interna de CORMAGDALENA, son funciones de la Oficina de Control Interno, entre otras: asesorar a las dependencias en la identificación y prevención de riesgos; planear y dirigir programas de auditoría y formular observaciones y recomendaciones; y contribuir en la identificación y ejecución de acciones para la mitigación de los riesgos institucionales.

En el marco de las anteriores competencias y del Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI) 2026, debidamente aprobado mediante Acta de la Sesión Ordinaria del 28 de abril de 2026 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Oficina de

Control Interno adelantó la auditoría interna correspondiente a la vigencia 2025, cuyos resultados se presentan en el presente Informe Final.

II. OBJETO DE LA AUDITORÍA INTERNA

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno de CORMAGDALENA durante la vigencia 2025, determinando si los resultados están conformes con el marco regulatorio aplicable y si se cumplen los principios de eficiencia, eficacia y economía en la gestión, conforme a los lineamientos de la Ley 87 de 1993, el MECI y demás normas aplicables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Verificar el cumplimiento de las obligaciones administrativas, financieras, contractuales y de gestión documental por parte de las dependencias auditadas.

2.2.2. Evaluar la efectividad de los controles establecidos en cada área auditada, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en el contexto del MECI.

2.2.3. Identificar hallazgos que evidencien incumplimientos normativos o deficiencias en el Sistema de Control Interno, con determinación de su connotación administrativa, disciplinaria o fiscal, según corresponda.

2.2.4. Proporcionar recomendaciones técnicas que permitan fortalecer el sistema de control interno y optimizar los procesos auditados.

2.2.5. Evaluar el nivel de cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) y la gestión de riesgos conforme a las directrices del DAFP.

III. FUENTES DE CRITERIO

La presente auditoría se fundamentó en los siguientes criterios normativos y marcos técnicos:

NORMATIVIDAD CONSTITUCIONAL Y LEGAL

* Constitución Política de Colombia (1991), artículos 209, 268, 269.
* Ley 80 de 1993 - Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
* Ley 87 de 1993 - Normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades del Estado.
* Ley 489 de 1998 - Organización y funcionamiento de entidades del orden nacional.

* Ley 594 de 2000 - Ley General de Archivos.
* Ley 1150 de 2007 - Medidas para la eficiencia y transparencia en contratación pública.
* Ley 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
* Ley 1474 de 2011 - Estatuto Anticorrupción.
* Ley 1581 de 2012 - Protección de datos personales.
* Ley 1712 de 2014 - Transparencia y acceso a la información pública.
* Ley 1952 de 2019 - Código General Disciplinario.
* Decreto 111 de 1996 - Estatuto Orgánico del Presupuesto.
* Decreto 1082 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del sector de Planeación Nacional.
* Decreto 1083 de 2015, modificado por Decreto 648 de 2017.
* Decreto 1499 de 2017 - Adopción del MIPG.

MARCOS TÉCNICOS DE REFERENCIA

* Modelo Estándar de Control Interno (MECI) 2014.
* Guía para la Gestión Integral del Riesgo - Versión 7 (DAFP, agosto 2025).
* Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) - DAFP.
* Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
* Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna (IIA).
* Resolución 533 de 2015 de la Contaduría General de la Nación.
* Resolución 347 de 2025 de la Contaduría General de la Nación.
* Guía de Auditoría Financiera (GAF) - Contraloría General de la República (2017).

NORMAS INTERNAS

* Acuerdo de Junta Directiva No. 273 del 25 de junio de 2024 - Estatuto de Auditoría Interna.
* Resolución 000245 de 2014 - Manual de Contratación de CORMAGDALENA.
* Resolución 000029 de 2021 - Manual de Supervisión e Interventoría.
* Resolución 000311 de 2019 - Reglamento Interno de Cartera de CORMAGDALENA.
* Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI) 2026 — procesos auditados: Gestión Contable, Gestión Jurídica, Planeación Estratégica, Gestión y Enlace, Gestión Comercial y Portuaria, y Navegación (Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación).

IV. JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La presente Auditoría de Control Interno se realiza con el propósito de evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Control Interno implementado por CORMAGDALENA, verificando el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables, la adecuada administración de los riesgos y la efectividad de los controles para el logro de los objetivos institucionales.

La evaluación se justifica en la necesidad de asegurar que los recursos públicos administrados por la Corporación sean gestionados con criterios de transparencia, economía, eficiencia y eficacia, identificando oportunamente las desviaciones y formulando las recomendaciones que permitan su corrección.

La auditoría fue incluida en el Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI) 2026, aprobado mediante Acta de la Sesión Ordinaria del 28 de abril de 2026 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el MIPG. Los procesos auditados corresponden a los programados en la sección de Auditorías de Gestión del PAAI 2026: (i) Gestión Contable — Secretaría General; (ii) Gestión Jurídica — Oficina Asesora Jurídica; (iii) Planeación Estratégica — Oficina Asesora de Planeación; (iv) Gestión y Enlace — Oficina de Gestión y Enlace Bogotá; (v) Gestión Comercial y Portuaria — Subdirección de Gestión Comercial; y (vi) Navegación — Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación.

V. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

PERÍODO AUDITADO

La presente auditoría interna abarca la vigencia 2025 (1 de enero al 31 de diciembre de 2025), con análisis complementario de información de años anteriores cuando fue pertinente para la evaluación de tendencias y control histórico.

ÁREAS Y DEPENDENCIAS AUDITADAS

* Secretaria General (SG)
* Oficina Asesora Jurídica (OAJ)
* Oficina Asesora de Planeación e Informática (OAP)
* Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación (SDSN)
* Subdirección de Gestión Comercial (SGC)
* Oficina de Gestión y Enlace Bogotá (OGE)

VI. METODOLOGÍA Y DESARROLLO

La metodología siguió las Normas de Auditoría Interna del IIA y los lineamientos del MIPG, con enfoque basado en riesgos que priorizo los procesos de mayor impacto

fiscal y reputacional. Se aplicaron principios de independencia, objetividad y evidencia suficiente, utilizando técnicas de muestreo y revisión selectiva.

FASES DE LA AUDITORÍA

1. **PLANEACIÓN – (cinco (5) días hábiles):** Identificación de objetivos, alcance y riesgos; conformación del equipo auditor; envío de requerimientos de información a las dependencias auditadas.
2. **EJECUCIÓN – (veinte (20) días hábiles):** Recolección de documentación mediante requerimientos formales, verificación de expedientes y aplicación de procedimientos analíticos y de auditoría sobre la información suministrada.
3. **CONTRADICCIÓN – (hasta cinco (5) días hábiles):** Traslado formal de observaciones a las dependencias auditadas. Término: dos (2) días hábiles para la OAJ; cinco (5) días hábiles para las demás dependencias. Recepción y análisis de los descargos presentados.
4. **CONSOLIDACIÓN – (ocho (8) días hábiles):** Valoración de las respuestas recibidas, determinación del mantenimiento o levantamiento de cada observación y consolidación de los hallazgos definitivos.
5. **EMISIÓN DEL INFORME FINAL:** Elaboración, revisión y suscripción del presente informe definitivo de auditoría interna.

VII. LIMITACIONES

En el desarrollo de la auditoría se identificaron las siguientes limitaciones:

1. Suministró tardío e incompleto de información por parte de la Oficina Asesora Jurídica (OAJ): pese a los requerimientos formales en múltiples oportunidades, la OAJ no allegó información completa sobre procesos judiciales, supervisión contractual y acciones de tutela dentro de los plazos establecidos.
2. Información suministrada sin estructura documental estandarizada: en algunas dependencias la información fue entregada de forma dispersa, requiriendo esfuerzo adicional de catalogación por parte del equipo auditor.
3. Expedientes de contratos de concesión portuaria sin documentación integral: no se allegó de manera completa la documentación precontractual, contractual y de seguimiento para la totalidad de las concesiones vigentes.

No obstante, las limitaciones señaladas, la Oficina de Control Interno obtuvo evidencia suficiente y apropiada para emitir conclusiones razonables sobre la efectividad del Sistema de Control Interno en las dependencias auditadas.

VIII. RESULTADOS (HALLAZGOS)

Con base en los procedimientos de auditoría ejecutados, se identificaron los siguientes resultados clasificados en: Fortalezas, Cumplimientos, Hallazgos (Incumplimientos) y Oportunidades de Mejora.

Como resultado de la Auditoría Interna vigencia 2025, la Oficina de Control Interno de CORMAGDALENA constituye doce (12) hallazgos: uno (1) Administrativo con connotación Disciplinaria (Hallazgo No. 07 – Oficina Asesora Jurídica (OAJ-1), cobro coactivo) y doce (12) Administrativos. Todos los hallazgos fueron ratificados en la fase de contradicción al no ser desvirtuados por las dependencias auditadas.

8.1 FORTALEZAS

GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA OFICINA DE GESTIÓN Y ENLACE (OGE)

La OGE demostró controles adecuados en la gestión contractual. Los expedientes contenían la documentación de las etapas precontractual, contractual y de ejecución, con soportes de pago debidamente respaldados.

OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

La mayoría de las dependencias auditadas demostró disposición y colaboración en el suministró de la documentación requerida.

MARCOS NORMATIVOS INTERNOS ESTRUCTURADOS

CORMAGDALENA cuenta con instrumentos normativos internos estructurados: manuales de contratación, supervisión, reglamentos de cartera y estatuto de auditoría.

RESPONSABILIDAD EN LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

En general, la mayoría de los contratos auditados fueron ejecutados dentro de los términos pactados, sin evidencia de pagos indebidos en los expedientes revisados.

8.2 CUMPLIMIENTOS

Actos corporativos: Se evidencio que CORMAGDALENA efectúo la celebración de actas de Junta Directiva y Asamblea Corporativa conforme a los términos legales.

Supervisión e Interventoría: En la mayoría de los contratos revisados se designaron supervisores e interventores conforme a la Ley 1474 de 2011 y al Manual de CORMAGDALENA.

Publicación en SECOP II: Los procesos de contratación fueron publicados en SECOP II en cumplimiento de la Ley 1150 de 2007.

Pólizas de cumplimiento: En los expedientes revisados se encontró evidencia de pólizas de cumplimiento que respaldan los compromisos contractuales.

VIII. RELACIÓN DE HALLAZGOS

Como resultado de la Auditoría Interna vigencia 2025, la Oficina de Control Interno de CORMAGDALENA constituye doce (12) hallazgos: uno (1) Administrativo con connotación Disciplinaria (Hallazgo No. 07 – Oficina Asesora Jurídica (OAJ-1), cobro coactivo) y doce (12) Administrativos. Todos los hallazgos fueron ratificados en la fase de contradicción al no ser desvirtuados por las dependencias auditadas.

Se identificaron seis (6) hallazgos en la Secretaría General (SG), dos (2) en la Oficina Asesora Jurídica (OAJ), dos (2) en la Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación (SDSN) y dos (2) en la Subdirección de Gestión Comercial (SGC).

HALLAZGOS DE LA SECRETARIA GENERAL (SG)

HALLAZGO No. 01 – SECRETARÍA GENERAL (SG-1): Deficiencia en la revelación y explicación de las variaciones significativas en las notas a los estados financieros 2025. (A)

RESUMEN

Se evidenciaron variaciones significativas en los estados financieros de la vigencia 2025 sin la debida explicación incorporada en las notas. La Secretaría General presentó un formato independiente de variaciones, pero este no sustituye las revelaciones que deben incluirse directamente en las notas conforme al Marco Normativo para Entidades de Gobierno de la CGN.

Condición: Se evidenciaron variaciones significativas tanto en la situación financiera como en el estado de resultados de la vigencia 2025, las cuales no cuentan con una revelación suficiente en las notas a los estados financieros. Adicionalmente, se registran recursos disponibles en efectivo y equivalentes sin explicación sobre su destinación o restricciones de disponibilidad.

Criterio: Ley 1314 de 2009 (marco normativo contable colombiano). Resolución 533 de 2015 de la CGN (Marco Normativo para Entidades de Gobierno). Resolución 193 de 2020 de la CGN (normas para presentación de información financiera). Marco Conceptual del Régimen de Contabilidad Pública: las notas deben revelar, explicar y complementar las partidas presentadas en los estados financieros cuando existan variaciones significativas relevantes para la toma de decisiones.

Causa: Deficiencia en los procedimientos que exijan justificar directamente en las notas las variaciones significativas entre vigencias; falta de análisis financiero comparativo integrado en la información financiera divulgada.

Efecto: Limitación para que los usuarios de la información financiera comprendan las variaciones presentadas; riesgo de interpretación errónea de los estados financieros; dificultad para evaluar la gestión financiera de la entidad.

Respuesta de la dependencia: La Secretaría General informó que cuenta con marco normativo y políticas contables, y presentó un formato independiente de análisis de variaciones entre 2025 y 2024. Sin embargo, la respuesta no desvirtúa que dichas revelaciones no están incorporadas directamente en las notas a los estados financieros, tal como lo exige la normativa contable pública vigente.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. Si bien la entidad presentó un formato independiente de análisis de variaciones, este no sustituye las revelaciones que deben incorporarse directamente en las notas a los estados financieros conforme al Marco Normativo para Entidades de Gobierno de la CGN.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGO No. 02 – SECRETARÍA GENERAL (SG-2): Ausencia de análisis comparativo documentado de la ejecución presupuestal vigencia 2025. (A)

RESUMEN

La Secretaría General no elaboró ni presentó un análisis comparativo documentado de la ejecución presupuestal de la vigencia 2025 frente a la vigencia anterior y al presupuesto definitivo aprobado. No se allegaron descargos que desvirtúen la observación, por lo que el hallazgo se consolida en el informe definitivo.

Condición: La Secretaría General no elaboró ni remitió a la Oficina de Control Interno un análisis comparativo documentado de la ejecución presupuestal de la vigencia 2025, que incluya variaciones significativas frente al presupuesto definitivo y a la vigencia 2024, con la identificación de sus causas y efectos sobre la gestión institucional.

Criterio: Ley 87 de 1993, artículo 2, literal d) (información confiable, oportuna y útil para la toma de decisiones); artículo 12 (obligación de suministrar información completa). Decreto 1068 de 2015 (normas de gestión presupuestal). Manual de Procedimientos Internos de CORMAGDALENA.

Causa: Ausencia de lineamientos internos que exijan la elaboración periódica de análisis presupuestales comparativos; debilidades en los controles de revisión del área de presupuesto; falta de procedimientos formales para el reporte de información presupuestal a los órganos de control.

Efecto: Se limita la toma de decisiones informada por parte de la Dirección General y de los órganos de gobierno; se reduce la transparencia en el uso de los recursos

públicos; y se dificulta la evaluación de la gestión presupuestal por parte de la Oficina de Control Interno y demás órganos de vigilancia.

Respuesta de la dependencia: La Secretaría General, mediante correo del 16 de julio de 2026 enviado, allegó únicamente la respuesta a la Observación No. 1 (variaciones estados financieros), firmada por Diana Marcela Rangel Numa el 14 de julio de 2026. No presentó descargos frente a los hallazgos SG-1 a SG-5. El presente hallazgo se mantiene.

TIPO DE HALLAZGO: Administrativo. La ausencia del análisis comparativo presupuestal constituye una debilidad de control en los procesos de información financiera y presupuestal de la entidad.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. La Secretaría General no allegó descargos ni evidencia que desvirtúe la ausencia del análisis comparativo de ejecución presupuestal.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGO No. 03 – SECRETARÍA GENERAL (SG-3): Falta de relación integral y soportada de la cartera institucional. (A)

RESUMEN

La Secretaría General no suministró una relación consolidada y soportada de los deudores de CORMAGDALENA por concepto de concesiones y convenios, que permita establecer el estado actual de la cartera institucional y las gestiones realizadas para su recuperación. No se allegaron descargos.

Condición: La Secretaría General no remitió una relación integral de la cartera institucional que incluya: (i) identificación completa de deudores y concepto de la deuda; (ii) antigüedad de cada acreencia; (iii) estado de gestión y acciones adelantadas para su recuperación; (iv) soportes documentales de las gestiones realizadas. La información parcial remitida no permite evaluar el estado real de la cartera institucional ni verificar el cumplimiento del Reglamento Interno de Cartera.

Criterio: Ley 87 de 1993, artículo 2 (controles sobre activos e información confiable). Resolución 000311 de 2019 de CORMAGDALENA (Reglamento Interno de Cartera). Resolución 533 de 2015 y Resolución 193 de 2020 de la CGN (presentación razonable de la información financiera). Principio de transparencia en la gestión pública.

Causa: Debilidades en los procesos de control y actualización de la cartera institucional; falta de articulación entre las dependencias responsables de generar y administrar acreencias (Secretaría General, OAJ y SGC); ausencia de un sistema integrado de seguimiento a la cartera.

Efecto: La ausencia de una relación integral y soportada de la cartera institucional genera limitaciones para evaluar la eficacia de los procesos de recuperación de

acreencias y para verificar la razonabilidad del saldo contable de cuentas por cobrar. Esta situación debilita el control interno sobre los recursos pendientes de recaudo de la entidad.

Respuesta de la dependencia: La Secretaría General no presentó descargos formales frente a la cartera institucional (Hallazgo SG-2). Solo se recibió respuesta a la Observación No. 1. El hallazgo se mantiene.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. No se allegaron descargos frente a la ausencia de una relación consolidada y soportada de la cartera de CORMAGDALENA.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

OBSERVACIÓN No. 04 – SECRETARÍA GENERAL: DEFICIENCIAS EN LA EJECUCIÓN Y SOPORTE DOCUMENTAL DEL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL 2025 – OBSERVACIÓN LEVANTADA

Observación inicial: Durante la fase de ejecución de la auditoría se identificó la presunta ausencia de soportes documentales y financieros de algunas actividades ejecutadas en el marco del Plan de Bienestar e Incentivos 2025, en desarrollo del Contrato No. 0-111-2-2025 suscrito con SERVICIOS & SUMINISTROS CS S.A.S.

Respuesta de la dependencia: Mediante correo electrónico del 14 de julio de 2026, Karen Vélez Preciado, Psicóloga Especialista de Talento Humano, con copia a la Secretaria General María Estela Páez Better, dio respuesta formal a la observación allegando los siguientes soportes:

(i) Comprobante de Egreso No. 202503206 del 29 de diciembre de 2025, por valor de $28.881.000, que acredita el pago efectuado a favor de SERVICIOS & SUMINISTROS CS S.A.S. por las actividades del Plan de Bienestar Social (Día de Amor y Amistad, Halloween, Bingo Institucional y Cine Cormagdalena).

(ii) Informe de Gestión – Segundo Corte del Contrato No. 0-111-2-2025, suscrito por la contratista Carmen Soto Peña y supervisado por la Secretaria General, con registro fotográfico de las cuatro (4) actividades ejecutadas entre septiembre y noviembre de 2025, incluyendo evidencia documental de la actividad de Halloween para las diferentes sedes de CORMAGDALENA.

(iii) Factura No. SC-91 de fecha 2 de diciembre de 2025, expedida por SERVICIOS & SUMINISTROS CS S.A.S. por valor de $28.881.000, correspondiente a las actividades del Plan de Bienestar ejecutadas en el segundo corte contractual, con comprobante de transferencia bancaria BBVA de $27.072.904 (neto de retenciones) efectuada el 29 de diciembre de 2025.

Resultado de la valoración: Verificados los soportes aportados, la Oficina de Control Interno constata que la Secretaría General acreditó suficientemente el respaldo documental y financiero de las actividades del Plan de Bienestar Social ejecutadas en el segundo semestre de 2025. Los documentos allegados subsanan los aspectos observados en cuanto a la

ausencia de facturas, soportes financieros y evidencias de ejecución (incluyendo Halloween). En consecuencia, la observación no configura hallazgo.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE LEVANTA. La Secretaría General allegó soportes documentales y financieros suficientes que desvirtúan los aspectos identificados en la etapa de ejecución de la auditoría.

HALLAZGO No. 04 – SECRETARÍA GENERAL (SG-4): Deficiencias en el control y verificación del inventario de bienes muebles e inmuebles. (A)

RESUMEN

Si bien la entidad suministró el inventario de bienes muebles e inmuebles con información sobre depreciación acumulada, la información presentada no permite verificar integralmente el estado actual de conservación, uso y funcionalidad de los bienes, ni se acompañó de los soportes técnicos que sustenten el cálculo de la depreciación y la vida útil aplicada a cada activo.

Condición: La información del inventario de bienes muebles e inmuebles aportada por la entidad no incluye: (i) estado actual de conservación, uso y funcionalidad de cada bien; (ii) soportes técnicos que sustenten el cálculo de la depreciación acumulada; (iii) metodología aplicada y vida útil asignada a cada activo. La ausencia de esta información impide una verificación integral del inventario institucional y de la razonabilidad de los valores registrados.

Criterio: Resolución 533 de 2015 y Resolución 193 de 2020 del CGN (normas de contabilidad pública – activos). Ley 87 de 1993, artículo 2 (control sobre activos e información confiable). Procedimientos internos de gestión de activos fijos de CORMAGDALENA.

Causa: Debilidades en los mecanismos de control y seguimiento del inventario institucional; falta de integración entre el control físico de los activos y los registros contables; ausencia de reportes detallados que incluyan el estado actual de los bienes y los soportes del cálculo de depreciación.

Efecto: Riesgo de mantener registrados contablemente bienes deteriorados, obsoletos, inactivos o inexistentes; limitación para verificar la razonabilidad del saldo de propiedad, planta y equipo y de la depreciación acumulada en los estados financieros; riesgo de subvaloración de activos institucionales.

Respuesta de la dependencia: La Secretaría General no presentó descargos formales frente a las deficiencias identificadas en el control del inventario institucional. El hallazgo se mantiene.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. No se aportaron los soportes técnicos ni la información integral que permita verificar el estado real de los bienes y la razonabilidad de la depreciación acumulada registrada.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGO No. 05 – SECRETARÍA GENERAL (SG-5): Deficiencias en la información suministrada sobre los contratos de comodato. (A)

RESUMEN

La Secretaría General no suministró información completa sobre los contratos de comodato suscritos por CORMAGDALENA, incluyendo la totalidad de contratos activos y finalizados, sus actas de liquidación, fechas de terminación y soportes de los procedimientos solicitados. No se allegaron descargos.

Condición: La entidad remitió una relación parcial de contratos de comodato, limitándose a información general de algunos convenios, sin aportar la totalidad de los contratos activos y finalizados durante las vigencias 2025 y 2026 con corte a junio, ni las actas de liquidación, fechas de terminación, estado de cumplimiento de obligaciones y soportes documentales de los bienes entregados en comodato. La ausencia de información completa impide verificar el control sobre los bienes públicos entregados y el cumplimiento de las obligaciones de los comodatarios.

Criterio: Ley 87 de 1993, artículo 2 (control sobre activos). Manual de Contratación de CORMAGDALENA (Resolución 000245 de 2014). Deber de control e inventario de bienes públicos conforme al Estatuto Orgánico del Presupuesto y normas de gestión patrimonial.

Causa: Ausencia de un sistema formal de seguimiento y control sobre los contratos de comodato y los bienes entregados; debilidades en la gestión documental contractual; falta de procedimientos que garanticen la actualización periódica del inventario de bienes en comodato.

Efecto: Limitación en la verificación del control y administración de los bienes públicos entregados en comodato; imposibilidad de confirmar el cumplimiento de las obligaciones de los comodatarios; debilidad en el control patrimonial de la entidad.

Respuesta de la dependencia: No se allegaron descargos frente a la información incompleta sobre contratos de comodato (Hallazgo SG-4). El hallazgo se mantiene.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. No se allegaron descargos frente a la relación incompleta de contratos de comodato activos y finalizados.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGO No. 06 – SECRETARÍA GENERAL (SG-6): Ausencia de conciliaciones formales de cartera entre áreas. (A)

RESUMEN

No existen conciliaciones formales y periódicas de cartera entre la Secretaría General, la Subdirección de Gestión Comercial y demás áreas que administran recursos, lo que afecta la consistencia y confiabilidad de la información financiera. No se allegaron descargos.

Condición: No se evidencia la existencia de un proceso formal y documentado de conciliación periódica de los saldos de cartera entre la Secretaría General, la Subdirección de Gestión Comercial y las demás dependencias que administran o generan acreencias. Las diferencias entre los saldos registrados por cada área no se identifican, analizan ni documentan de forma sistemática.

Criterio: Ley 87 de 1993, artículo 2 (información confiable para la toma de decisiones; controles sobre activos). Resolución 533 de 2015 de la CGN (principios contables de consistencia y exactitud). Resolución 193 de 2020 de la CGN. Manual de Procedimientos Contables de CORMAGDALENA.

Causa: Inexistencia de un proceso formal y periódico de conciliación de saldos entre dependencias; ausencia de responsables definidos para la coordinación de la conciliación; falta de un sistema integrado de información que facilite el cruce de datos entre áreas.

Efecto: Riesgo de inconsistencias no detectadas en los saldos de cartera reportados en los estados financieros; debilitamiento de los controles sobre la razonabilidad de la información contable; limitación para la toma de decisiones informada sobre la gestión de la cartera institucional.

Respuesta de la dependencia: No se allegaron descargos frente a la ausencia de conciliaciones formales de cartera interáreas (Hallazgo SG-5). El hallazgo se mantiene.

TIPO DE HALLAZGO: Administrativo. La ausencia de conciliaciones formales de cartera entre áreas constituye una debilidad de control contable y de gestión de la información financiera de CORMAGDALENA.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. No se allegaron descargos frente a la ausencia de conciliaciones formales de cartera entre la Secretaría General, la SGC y demás áreas.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGOS DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA (OAJ)

Se identificaron dos (2) hallazgos relacionados con la gestión deficiente del cobro coactivo y la falta de suministró de información.

HALLAZGO No. 07 – OFICINA ASESORA JURÍDICA (OAJ-1): Omisión en el ejercicio diligente de las funciones de cobro coactivo y ausencia de sistema formal de seguimiento y control de expedientes. (A-D)

RESUMEN

La Oficina Asesora Jurídica y su equipo de planta no acreditaron el ejercicio diligente y oportuno de las acciones de cobro coactivo sobre los dieciséis (16) expedientes

activos. La información remitida no incluye evidencia de las actuaciones procesales realizadas en cada expediente, ni demuestra la existencia de una matriz o sistema de seguimiento continuo para la gestión oportuna de los términos y etapas procesales. La ausencia de controles estructurados constituye una omisión en el deber funcional de gestión diligente.

Condición: La Oficina Asesora Jurídica remitió un listado de dieciséis (16) expedientes de cobro coactivo activos desde 2014 sin aportar evidencia de: (i) actuaciones procesales realizadas en cada expediente; (ii) estado procesal actualizado y términos vigentes; (iii) controles de alerta para el seguimiento oportuno de etapas procesales; (iv) matriz o sistema formal de seguimiento a la cartera coactiva que garantice la gestión continua y documentada de cada expediente. La respuesta incluyó fotografías del archivo físico que no acreditan la gestión sustantiva de los expedientes.

Criterio: Título IV de la Ley 1437 de 2011 (CPACA, cobro coactivo). Resolución 000311 de 2019 de CORMAGDALENA (Reglamento Interno de Cartera), artículo 34 (competencia de la Oficina Asesora Jurídica para adelantar el cobro coactivo mediante mandamiento de pago). Ley 87 de 1993. Ley 1952 de 2019, artículo 34, numeral 1 (deberes funcionales de todo servidor público).

Causa: Ausencia de una matriz o metodología estructurada para el registro, seguimiento y control de los expedientes de cobro coactivo; carencia de herramientas de alerta para el vencimiento de etapas procesales; falta de procedimientos internos para la rendición de informes periódicos sobre el estado de la cartera coactiva a los órganos directivos y de control.

Efecto: La ausencia de un sistema de seguimiento formal impide verificar si las actuaciones procesales en cada expediente se realizaron de manera oportuna y diligente, limitando la capacidad de la entidad y de los órganos de control para evaluar el cumplimiento del deber funcional de cobro. Esta situación genera un riesgo institucional de debilidad en la gestión de la cartera coactiva que requiere atención inmediata.

La falta de controles documentados sobre los expedientes activos impide a la Oficina de Control Interno emitir una opinión sobre la eficacia de la gestión de cobro coactivo, lo que en sí mismo constituye una debilidad de gobierno corporativo que debe ser corregida en el Plan de Mejoramiento.

Respuesta de la OAJ: La Oficina Asesora Jurídica y su equipo de planta remitieron fotografías del archivo físico de cobro coactivo y un listado de los dieciséis (16) expedientes, informando el estado reportado de cada uno. La respuesta no aportó evidencia de las actuaciones procesales realizadas ni de una matriz o sistema formal de seguimiento y control de términos que acredite el ejercicio diligente del cobro.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. La presentación de fotografías del archivo físico y un listado de expedientes no constituye evidencia del ejercicio diligente de las funciones de cobro coactivo, ni acredita que cada expediente cuenta con las actuaciones procesales necesarias realizadas oportunamente. La omisión en el deber funcional se mantiene.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo y Disciplinario (A-D).

HALLAZGO No. 08 – OFICINA ASESORA JURÍDICA (OAJ-2): Ausencia de información sobre procesos judiciales, contractuales y acciones de tutela. (A)

RESUMEN

Pese a tres requerimientos formales del 9, 17 y 24 de junio de 2026, la OAJ no suministró información completa sobre procesos judiciales, supervisión de contratos, pólizas de seguros y acciones de tutela. Este hallazgo evidencia una debilidad de gestión documental e informativa que limitó el alcance de la auditoría en el componente jurídico.

Condición: Pese a los requerimientos formales de fechas 9,17 y 24 de junio de 2026, la OAJ no suministró información completa sobre procesos judiciales, supervisión de contratos a cargo de la OAJ, pólizas de seguros, acciones de tutela y sus desacatos. La información de tutelas aportada cubrió únicamente el período agosto-diciembre de 2025, sin soportes de gestión de defensa ni evidencia de uso del sistema e-KOGUI.

Criterio: Ley 1437 de 2011 (CPACA). Ley 1712 de 2014. Ley 1952 de 2019, artículo 39, numeral 8 (prohibición de omitir o retardar injustificadamente el despacho de asuntos a su cargo). Acuerdo 273 de 2024 (Estatuto de Auditoría Interna). Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1082 de 2015, Ley 1952 de 2019.

Causa: Desorganización estructural de los archivos y sistemas de información de la OAJ; ausencia de procedimientos de reporte periódico consolidado de la gestión jurídica. Falta de estandarización de la información presentada

Efecto: Limitación grave del alcance de la auditoría en materia jurídica; imposibilidad de verificar la efectividad de la defensa institucional; riesgo de incumplimiento normativo en supervisión contractual y gestión de tutelas.

Respuesta de la OAJ: El doctor González Negrete señaló que los procesos judiciales están disponibles en el sistema TYBA (Consulta de Procesos – Justicia Digital) y que el Jefe de Control Interno tiene perfil asignado en eKOGUI para consulta directa. Para contratos, remitió al SECOP II citando la Sentencia C-711/12 de la Corte Constitucional. Sin embargo, la respuesta no aportó links directos a SECOP II, actas de liquidación, soportes de defensa judicial, ni cubrió la totalidad del período auditado en tutelas (solo agosto-diciembre 2025 de los doce meses solicitados). El hallazgo OAJ-2 se mantiene con connotación disciplinaria (art. 39 num. 8, Ley 1952/2019).

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. El señalamiento de TYBA y eKOGUI como fuentes alternas no sustituye el deber de suministrar de forma directa la información requerida por la Oficina de Control Interno. Las debilidades de gestión documental persisten.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGOS DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN (OAP)

Durante el proceso auditor se revisaron los instrumentos de gestión de riesgos de la Oficina Asesora de Planeación (OAP), incluyendo el Mapa de Riesgos de Corrupción 2025 y el Mapa de Riesgo Institucional vigencia 2025. Se identificaron deficiencias metodológicas en la estructura y contenido de ambos instrumentos; sin embargo, el Concepto DAFP No. 20265000129491 del 7 de abril de 2026 reconoce expresamente un plazo de armonización a la Guía DAFP V7 y al Sistema Integrado de Gestión de Riesgo Institucional (SIGRI) hasta el 31 de diciembre de 2026.

En consecuencia, en la fecha de corte de la auditoría (30 de junio de 2026), las deficiencias identificadas no constituyen incumplimientos vinculantes que configuren hallazgo administrativo, dado que la entidad se encontraba dentro del plazo de armonización legalmente establecido por la autoridad competente.

No obstante, la Oficina de Control Interno formula oportunidades de mejora y recomendaciones para que la OAP adelante los ajustes metodológicos necesarios dentro del plazo de armonización, fortaleciendo así la gestión institucional del riesgo en la Corporación. Las recomendaciones específicas se detallan en la Sección XI del presente informe.

HALLAZGOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y NAVEGACIÓN (SDSN)

Se identificaron dos (2) hallazgos de carácter administrativo en los contratos y convenios revisados, todos subsanables mediante acciones correctivas de gestión documental y coordinación interna.

HALLAZGO No. 09 – SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y NAVEGACIÓN (SDSN-1): Necesidad de fortalecer la supervisión contractual del Contrato No. 0-012-2-2025. (A)

RESUMEN

En el Contrato No. 0-012-2 de 2025 (Arnaldo Barreto Lezama, $40.650.000) se identificaron: segundo y tercer pago con siete semanas de retraso, planilla ARL de julio generada el 14 de agosto, error de año en certificación de cumplimiento y ARL

INACTIVO en etapa precontractual, constituyendo debilidades en la supervisión contractual no desvirtuadas por la SDSN.

Condición: Se identificaron: (i) segundo y tercer pago realizados con aproximadamente siete semanas de retraso frente al plazo contractual; (ii) planilla de aportes a ARL correspondiente a julio de 2025 generada el 14 de octubre de 2025, extemporánea; (iii) certificación de cumplimiento con error de año (indica "2024" en lugar de "2025"); (iv) certificado de estado de ARL del contratista como "INACTIVO" en la etapa precontractual.

Criterio: Ley 1474 de 2011 (deberes del supervisor); Manual de Supervisión e Interventoría de CORMAGDALENA (Resolución 000029 de 2021).

Causa: Debilidades en el control y seguimiento de requisitos de ejecución contractual; ausencia de mecanismos de alerta sobre plazos de radicación de cuentas y cumplimiento de obligaciones de seguridad social.

Efecto: Las situaciones identificadas (pagos con demora, planilla ARL extemporánea, error de año en certificación de cumplimiento y ARL INACTIVO en etapa precontractual) constituyen oportunidades de mejora en los controles de supervisión contractual, subsanables mediante el fortalecimiento de los procedimientos de verificación documental a cargo del supervisor.

Respuesta de la SDSN: Argumentó que los pagos del Contrato 0-012-2 de 2025 (Arnaldo Barreto Lezama, $40.650.000) se tramitaron conforme al procedimiento ordinario de supervisión; que las planillas ARL correspondieron al período contractual; y que el error de fecha ('2024' por '2025') en la certificación de cumplimiento del segundo pago es meramente formal. Reconoció la inconsistencia del código ARL (textiles) con acciones correctivas ante ARL Positiva. El hallazgo SDSN-02 se mantiene como oportunidad de mejora.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. Los argumentos de la SDSN sobre el procedimiento ordinario de supervisión no desvirtúan los retrasos de pago documentados ni las irregularidades en las planillas ARL del Contrato 0-012-2 de 2025. Las situaciones identificadas configuran debilidades en el control de supervisión contractual.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGO No. 10 – SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y NAVEGACIÓN (SDSN-2): Inconsistencias en fechas y trazabilidad en el Convenio No. 1-004-2025 (Municipio de San Fernando, Bolívar). (A)

RESUMEN

El Convenio No. 1-004-2025 (Municipio de San Fernando, Bolívar, $448.000.000 aprox.) presenta inconsistencias cronológicas: Informe No. 004 y Cuenta de Cobro No. 004 fechados el 2 de marzo de 2026, antes de sus soportes (pago seguridad social: 4

de marzo; certificación Hacienda: 17 de marzo). La revisión documental presentada por la SDSN no subsana estas inconsistencias.

Condición: Se evidenciaron: (i) Informe de Cumplimiento No. 004 y Cuenta de Cobro No. 004 fechados 2 de marzo de 2026, cuando el pago de seguridad social fue del 4 de marzo y la certificación de Hacienda del 17 de marzo de 2026, configurando documentos fechados antes de existir sus propios soportes; (ii) obras ejecutadas en octubre-noviembre de 2025 tramitadas para pago en marzo de 2026, contraviniendo el principio de anualidad presupuestal; (iii) certificación bancaria del Municipio de septiembre de 2025 utilizada para respaldar un trámite de pago de marzo de 2026.

Criterio: Decreto 111 de 1996 (principio de anualidad presupuestal); Ley 80 de 1993 (transparencia y buena administración); Manual de Supervisión de CORMAGDALENA (Resolución 000029 de 2021).

Causa: Debilidades en el control de la coherencia cronológica de los documentos por parte del supervisor; ausencia de protocolos de cierre de ejecución que aseguren la correspondencia entre las fechas de los documentos contractuales y el período de ejecución vigente.

Efecto: Las inconsistencias cronológicas identificadas (documentos fechados antes de su soporte, obras ejecutadas en un período pagadas en otro, certificación bancaria de una vigencia utilizada en otra) debilitan la trazabilidad documental del convenio, constituyendo una oportunidad de mejora en los controles de supervisión que puede ser subsanada mediante la implementación de protocolos de verificación cronológica en la gestión contractual.

Respuesta de la SDSN: Para el Convenio 1-004-2025 (Municipio de San Fernando, $448.000.000 aprox.), señaló que el Informe No. 004 y la Cuenta de Cobro No. 004 del 2 de marzo de 2026 fueron objeto de revisión documental previa al desembolso, que requirió soportes adicionales posteriores. Citó el Registro Presupuestal No. 202600390 del 11 de febrero de 2026 y el CDP No. 202600257. Explicó que el cierre presupuestal 2025 generó la demora entre la ejecución física (oct-nov 2025) y el pago (marzo 2026). La respuesta aportó elementos técnicos pero no desvirtúa completamente la falta de oportunidad en gestión documental. El hallazgo se mantiene.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. La revisión documental presentada por la SDSN no subsana las inconsistencias cronológicas en los documentos del Convenio 1-004-2025 (Municipio de San Fernando, $448.000.000 aprox.): documentos fechados antes de sus soportes y certificaciones de vigencias cruzadas persisten como debilidades de trazabilidad.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN COMERCIAL (SGC)

Se identificaron dos (2) hallazgos de carácter administrativo en la Subdirección de Gestión Comercial, relacionados con el fortalecimiento del seguimiento documental, la gestión de los contratos de concesión portuaria y la consolidación del inventario de activos entregados en concesión.

HALLAZGO No. 11 – SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN COMERCIAL (SGC): Debilidades en la gestión documental y seguimiento a los contratos de concesión portuaria. (A)

RESUMEN

La Subdirección de Gestión Comercial presenta un conjunto de debilidades en la gestión documental y el seguimiento a los contratos de concesión portuaria: (i) ocho (8) concesionarios registran anualidades en mora sin un mecanismo formal de seguimiento; (ii) doce (12) de veintisiete (27) contratos (44%) tienen planes de inversión sin ejecución o desactualizados; (iii) no se cuenta con un inventario consolidado de activos de CORMAGDALENA entregados en concesión. El subdirector no desvirtuó estas debilidades durante la contradicción.

Condición: (i) A 31 de diciembre de 2025, ocho (8) concesionarios portuarios registran anualidades en mora, algunos con procesos de cobro coactivo en curso, sin que la SGC cuente con un procedimiento formal documentado de seguimiento al estado de cartera de los contratos. (ii) Doce (12) de los veintisiete (27) contratos de concesión portuaria (44% del portafolio) registran planes de inversión con estado 'sin ejecución' o con formatos desactualizados por más de un año. (iii) La SGC no suministró un inventario consolidado de los activos de CORMAGDALENA entregados en concesión (infraestructura, predios, equipos), con descripción, ubicación, valor y estado de conservación.

Criterio: Resolución 000311 de 2019 (Reglamento Interno de Cartera); contratos de concesión portuaria (cláusulas de obligaciones de inversión y de reversión); Ley 87 de 1993; Manual de Contratación de CORMAGDALENA.

Causa: Inexistencia de procedimientos formales documentados para el seguimiento al estado de cartera y a la ejecución de planes de inversión; ausencia de un sistema de inventario de activos públicos entregados en concesión; confusión entre inventario de activos en uso e inventario de bienes de reversión.

Efecto: La ausencia de mecanismos formales de seguimiento limita la capacidad de la dependencia para documentar las gestiones de recaudo y coordinar oportunamente las acciones jurídicas correspondientes; no permite evidenciar el cumplimiento de las obligaciones de inversión contractualmente pactadas; y limita el seguimiento al estado de conservación del patrimonio público concesionado.

Respuesta de la dependencia: El subdirector Pedrito Tomás Pereira Caballero, mediante correo del 14 de julio de 2026 (Radicado SGC-2026-02), señaló que la SGC cumplió funciones de liquidación y traslado a la OAJ; que los planes de inversión obedecen a las obligaciones específicas de cada contrato; y que el inventario de activos estaba orientado a reversiones contractuales no ocurridas en 2025.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. El subdirector acreditó las funciones de liquidación y traslado, pero no desvirtuó la ausencia de un mecanismo formal documentado de seguimiento. Los argumentos sobre la naturaleza variable de las obligaciones de inversión no desvirtúan que 12 de 27 contratos (44%) registren planes desactualizados. La aclaración sobre reversiones contractuales no subsana la ausencia de un inventario consolidado de activos.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

HALLAZGO No. 12 – SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN COMERCIAL (SGC-2): Necesidad de consolidar el inventario de activos de CORMAGDALENA entregados en concesión portuaria. (A)

RESUMEN

La Subdirección de Gestión Comercial no aportó un inventario consolidado de los activos de CORMAGDALENA entregados en concesión portuaria (infraestructura, predios, equipos), con descripción, ubicación, valor y estado de conservación, limitando el control patrimonial del Estado. La aclaración presentada sobre reversiones contractuales no subsana esta ausencia.

Condición: La SGC no suministró un inventario de los activos de CORMAGDALENA entregados en concesión (infraestructura portuaria, predios, equipos), con descripción, ubicación, valor y estado de conservación. En su lugar, se aportó información sobre reversión de bienes, concepto distinto al solicitado.

Criterio: Contratos de concesión (cláusulas de reversión y obligaciones de las partes); Ley 87 de 1993; Manual de Contratación de CORMAGDALENA.

Causa: Ausencia de un sistema de inventario de activos públicos entregados en concesión; confusión entre inventario de activos en uso e inventario de bienes de reversión.

Efecto: La falta de un inventario consolidado de activos en concesión limita la capacidad de la dependencia para realizar un seguimiento documental al estado de conservación del patrimonio público concesionado. Su elaboración constituye una oportunidad de mejora concreta y de rápida implementación en la gestión de activos institucionales.

Respuesta de la dependencia: El subdirector Pereira Caballero aclaró que la respuesta inicial sobre inventarios estaba orientada a reversiones contractuales (no ocurridas en 2025), y que el inventario de activos en concesión puede identificarse en las cláusulas

de cada contrato. Acogió la recomendación y propuso consolidar un inventario institucional unificado de bienes en concesión. El hallazgo SGC-03 se mantiene hasta la entrega del inventario consolidado.

RESULTADO DE CONTRADICCIÓN: SE MANTIENE. La aclaración sobre reversiones contractuales no subsana la ausencia de un inventario consolidado de activos de CORMAGDALENA entregados en concesión con descripción, ubicación, valor y estado de conservación.

El hallazgo queda confirmado con naturaleza: Administrativo (A).

8.3 RESUMEN CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR DEPENDENCIA

La siguiente tabla presenta el consolidado de los doce (12) hallazgos identificados en la Auditoría Interna de Control Interno vigencia 2025, discriminados por dependencia, numeración y tipo:

DEPENDENCIA	Cant.	Numeración	Tipo de Hallazgo
Secretaría General (SG)	6	H01 – H06	Administrativo (A)
Oficina Asesora Jurídica (OAJ)	2	H07 – H08	H07: Administrativo y Disciplinario (A-D) H08: Administrativo (A)
Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación (SDSN)	2	H09 – H10	Administrativo (A)
Subdirección de Gestión Comercial (SGC)	2	H11 – H12	Administrativo (A)
TOTAL	**12**		**11 Administrativos (A) / 1 Administrativo y Disciplinario (A-D)**

De los doce (12) hallazgos identificados, once (11) son de naturaleza exclusivamente Administrativa (A) y uno (1) es de naturaleza Administrativa con connotación Disciplinaria (A-D), correspondiente al Hallazgo No. 07 (OAJ-1), por omisión en el ejercicio diligente de las funciones de cobro coactivo.

8.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las siguientes situaciones, aunque no configuran incumplimientos normativos graves, constituyen oportunidades de mejora que la Oficina de Control Interno recomienda atender:

SG: La totalidad de los seis (6) hallazgos de la Secretaría General quedaron consolidados en el informe definitivo; no existen oportunidades de mejora pendientes para esta dependencia

La SG aportó el formato de variaciones remitido a la CGN dentro del plazo establecido. Se recomienda incorporar en las próximas notas a los estados financieros un análisis cualitativo y cuantitativo de las variaciones más significativas del período, con explicación de sus causas (Resolución 347 de 2025 CGN).

OGE: Organización de expedientes electrónicos

Se recomienda implementar una metodología estandarizada para conformar expedientes electrónicos consolidados por contrato (contrato, estudios previos, póliza, certificaciones, cuentas de cobro, órdenes de pago).

OGE: Justificación económica del inmueble

Se recomienda complementar las próximas contrataciones del inmueble sede de Bogotá con estudios comparativos actualizados del mercado inmobiliario.

TRANSVERSAL (OAJ + SGC): Sistema de alertas de cobro

Se recomienda implementar una matriz o sistema de alertas que notifique con anticipación los vencimientos de etapas procesales en los expedientes de cobro coactivo, así como el estado de mora de los concesionarios, para garantizar la gestión oportuna de la cartera institucional.

TRANSVERSAL: Estandarización de bases de datos

Se recomienda estandarizar la estructura de matrices de información (inversión, cartera, expedientes judiciales) para garantizar consistencia y facilitar el análisis.

IX. PLAN DE MEJORAMIENTO

Cada una de las dependencias a las que se les comunicaron hallazgos debe suscribir, diseñar y presentar a la Oficina de Control Interno un Plan de Mejoramiento que permita solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la publicación y comunicación del presente Informe Final de Auditoría.

El Plan de Mejoramiento deberá contener, como mínimo, para cada hallazgo: (i) acción correctiva propuesta; (ii) responsable de la ejecución; (iii) fechas de inicio y terminación; (iv) indicador de cumplimiento; y (v) recursos necesarios.

De conformidad con los estándares del Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se considera un plan de mejoramiento efectivo aquel en el que las acciones correctivas subsanan la causa raíz del hallazgo y el porcentaje de hallazgos resueltos alcanza o supera el ochenta por ciento (80%) dentro del plazo establecido. Para hallazgos de naturaleza Administrativa con connotación Disciplinaria (A-D), la suscripción oportuna del Plan de Mejoramiento es un criterio que los entes de control valoran en la evaluación de la conducta del servidor público responsable.

La Oficina de Control Interno realizará seguimiento a la implementación del Plan de Mejoramiento con periodicidad trimestral, y reportará los avances y resultados al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a la Dirección General y a los entes de control competentes, en los términos previstos en la Ley 87 de 1993 y el Acuerdo de Junta Directiva No. 273 de 2024.

El incumplimiento injustificado del Plan de Mejoramiento podrá ser reportado a la Contraloría General de la Republica y/o a la Procuraduría General de la Nación, conforme a las competencias establecidas en la Ley 87 de 1993 y la Ley 1952 de 2019.

X. CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN 1: NIVEL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

CONCLUSIÓN 1: NIVEL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
CORMAGDALENA presenta un nivel de madurez MODERADO en su Sistema de Control Interno. La Corporación cuenta con instrumentos normativos (manuales de contratación, supervisión, cartera y estatuto de auditoría), pero evidencia deficiencias estructurales en su implementación práctica, reflejadas en los 13 hallazgos consolidados. El proceso de contradicción (10-18 julio 2026) ratificó que ningún hallazgo fue desvirtuado en su totalidad: cuatro dependencias presentaron respuesta (OAJ, OGE, SDSN y SGC); la SG solo respondió la Obs. No. 1 mediante correo de Joel Francisco Jiménez Epalza del 16 de julio de 2026; la OAP no allegó respuesta formal independiente.

CONCLUSIÓN 2: CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARCIAL

Los incumplimientos más relevantes son: (i) omisión en el ejercicio diligente de las funciones de cobro coactivo en la OAJ, sin evidencia de actuaciones procesales oportunas sobre los expedientes activos (Hallazgo No. 08); (ii) debilidades en el control de concesionarios con cartera en mora (Hallazgo No. 12). CORMAGDALENA ha demostrado cumplimiento parcial con la Ley 87 de 1993 y el MECI, con áreas de mejora en gestión documental y control institucional.

CORMAGDALENA ha demostrado cumplimiento parcial con la Ley 87 de 1993 y el MECI. Los incumplimientos en gestión de cartera (SG), cobro coactivo (OAJ), gestión de riesgos (Planeación), planeación y supervisión contractual (SDSN) y seguimiento a concesiones (SGC) evidencian brechas sistemáticas en el control interno. Frente a las observaciones comunicadas: la Secretaría General no presentó descargos respecto a ninguno de sus cinco (5) hallazgos, lo que impide desvirtuar las deficiencias identificadas en gestión financiera, presupuestal y documental. La OAJ presentó respuesta parcial que no logró desvirtuar las debilidades en el seguimiento de cobro coactivo ni la falta de suministro de información contractual. La Oficina de Planeación argumentó el plazo de armonización concedido por el DAFP (Concepto No. 20265000129491 del 7 de abril de 2026), argumento que no desvirtúa las deficiencias metodológicas del mapa de riesgos vigente. La SDSN desvirtuó aspectos puntuales del Hallazgo SDSN-01 (supervisión y población objetivo), sin que ello levante el hallazgo por subsistir la deficiencia técnica y financiera. La SGC presentó respuesta parcial que no desvirtuó el hallazgo consolidado sobre debilidades en la gestión documental y seguimiento a contratos de concesión.

CONCLUSIÓN 3: RIESGOS PATRIMONIALES IDENTIFICADOS

La omisión en el seguimiento de los expedientes de cobro coactivo (OAJ, Hallazgo No. 07) y la falta de un mecanismo formal de control de la cartera con concesionarios en mora (SGC, Hallazgo No. 12) representan las debilidades de mayor impacto institucional identificadas en esta auditoría. Estas situaciones requieren acciones correctivas inmediatas en el Plan de Mejoramiento.

Se identificaron situaciones que requieren atención prioritaria en materia de gestión documental y control: (i) procesos de cobro coactivo con mandamientos desde 2014 sin seguimiento estructurado (OAJ); (ii) anualidades de concesionarios en mora sin mecanismo formal de recaudo documentado (SGC); (iii) inclusión de utilidad del 5% ($36.779.642,61) en un convenio interadministrativo, concepto jurídicamente incompatible (SDSN-01); (iv) inconsistencias cronológicas en convenios que afectan la trazabilidad documental (SDSN-03). Ninguna de estas situaciones fue desvirtuada mediante los descargos presentados. La OAJ señaló disponibilidad en SECOP II pero no aportó el análisis de prescripción solicitado; la SDSN aportó soportes sobre cláusulas del convenio sin subsanar las inconsistencias de fechas identificadas.

CONCLUSIÓN 4: GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

El Concepto DAFP No. 20265000129491 del 7 de abril de 2026, citado por la OAP, permite un plazo de armonización a la Guía V7 hasta el 30 de agosto de 2026, pero no exime la corrección inmediata de errores metodológicos prohibidos (uso de 'Evitar' en riesgos de corrupción, controles formulados genéricamente, riesgos redactados como consecuencias). Las deficiencias metodológicas identificadas en la OAP

constituyen una oportunidad de mejora que deberá ser atendida dentro del plazo de armonización establecido.

Los instrumentos de gestión de riesgos de corrupción e institucional presentan deficiencias metodológicas que los hacen no conformes con la Guía DAFP V7 y el SIGRIP. La Oficina de Planeación presentó descargos señalando el plazo de armonización otorgado por el DAFP mediante Concepto No. 20265000129491 del 7 de abril de 2026, con fecha límite el 30 de agosto de 2026. Si bien se reconoce la vigencia de dicho plazo, la Oficina de Control Interno advierte que las deficiencias identificadas (falta de fuentes de riesgo, controles sin especificación técnica, ausencia de riesgos de corrupción emergentes) son subsanables con anterioridad al vencimiento del plazo y constituyen una prioridad institucional dado que estos instrumentos son objeto de verificación directa por la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación.

CONCLUSIÓN 5: OMISIÓN EN EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE COBRO COACTIVO (OAJ-1 – HALLAZGO No. 08)

El Hallazgo No. 07 (OAJ-1) evidencia una omisión en el ejercicio diligente y oportuno de las funciones de cobro coactivo a cargo de la OAJ, al no acreditar actuaciones procesales documentadas sobre los 16 expedientes activos ni contar con un sistema formal de seguimiento y control de términos. Esta conducta configura incumplimiento del deber funcional establecido en el artículo 34, numeral 1 de la Ley 1952 de 2019, con connotación Disciplinaria definitiva. La Oficina de Control Interno traslada este hallazgo a la Dirección General para los fines a que haya lugar conforme al artículo 12 de la Ley 87 de 1993.

El Hallazgo No. 07 (OAJ-2) es de naturaleza exclusivamente Administrativa y será atendido mediante el Plan de Mejoramiento. La Oficina de Control Interno recomienda a la Dirección General implementar un sistema de alerta y control sobre los expedientes de cobro coactivo y fortalecer los procedimientos de reporte e información institucional de la OAJ.

CONCLUSIÓN 6: PROCESO DE CONTRADICCIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE HALLAZGOS

El artículo 12 de la Ley 87 de 1993 garantiza el derecho de contradicción. Las respuestas recibidas fueron: SGC (Pedrito Tomás Pereira Caballero, 14 jul. 2026, radicado SGC-2026-02, 2 hallazgos consolidados mantenidos); SG (Joel F. Jiménez Epalza, 16 jul. 2026, solo Obs. No. 1 respondida, 5 hallazgos mantenidos); OGE (Vivian Mateus Ariza, 16-17 jul. 2026, 3 observaciones en oportunidades de mejora); OAJ (Juan Mauricio González Negrete, 16 jul. 2026, 2 hallazgos mantenidos); SDSN (María Paula Guerrero Chalela, jul. 2026, respuesta técnica extensa, 4 hallazgos mantenidos); OAP (sin respuesta formal independiente; las deficiencias identificadas

en gestión de riesgos constituyen oportunidades de mejora). Total: 13 hallazgos consolidados.

De conformidad con el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, que establece la obligación de comunicar los resultados de la auditoría a los responsables de las áreas evaluadas y otorgarles la oportunidad de presentar sus observaciones, la Oficina de Control Interno cumplió con esta exigencia mediante el traslado formal de observaciones realizado entre el 18 y el 22 de diciembre de 2025. De las cinco (5) dependencias auditadas: la Oficina Asesora Jurídica, la Oficina Asesora de Planeación y la Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación presentaron respuesta (total o parcial); la Secretaría General y la Subdirección de Gestión Comercial no presentaron descargos dentro del plazo establecido. Evaluadas las respuestas recibidas, la Oficina de Control Interno determinó que ninguna de las trece (13) observaciones preliminares fue desvirtuada de manera suficiente, por lo que la totalidad de las observaciones se consolida como hallazgos definitivos en el presente Informe Final de Auditoría Interna, con la estructura, connotación y recomendaciones detalladas en la Sección VIII del presente documento. El detalle del proceso de contradicción por dependencia y hallazgo se presenta en la Tabla de Trazabilidad incorporada en el presente informe.

En síntesis, el Sistema de Control Interno de CORMAGDALENA requiere atención inmediata en cobro coactivo (OAJ), cartera institucional (SG y SGC), gestión de riesgos (OAP) y supervisión contractual (SDSN). Las dependencias que no presentaron descargos suficientes —SG y SGC— quedan sujetas a plan de mejoramiento con seguimiento trimestral. El incumplimiento injustificado podrá ser reportado a los órganos de control externo de conformidad con la Ley 87 de 1993.

XI. RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos identificados en el presente proceso auditor, la Oficina de Control Interno recomienda que las dependencias a las cuales se les configuraron hallazgos —Secretaría General, Oficina Asesora Jurídica, Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación y Subdirección de Gestión Comercial— elaboren, suscriban y presenten a la Oficina de Control Interno un Plan de Mejoramiento que comprenda la totalidad de los doce (12) hallazgos comunicados, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la publicación y comunicación del presente Informe Final de Auditoría Interna vigencia 2025.

El Plan de Mejoramiento deberá ser consolidado, coherente y articulado entre las dependencias, e incluir para cada hallazgo: (i) la acción correctiva concreta orientada a subsanar la causa raíz; (ii) el servidor público responsable de la ejecución; (iii) las fechas de inicio y terminación; (iv) el indicador que permita verificar el cumplimiento; y (v) los recursos necesarios. Su presentación oportuna será valorada como indicador

de compromiso institucional con el mejoramiento continuo y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

La Oficina de Control Interno verificará la implementación del Plan de Mejoramiento con periodicidad trimestral y reportará los avances al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a la Dirección General y a los entes de control competentes. El incumplimiento injustificado podrá ser reportado a la Contraloría General de la República y/o a la Procuraduría General de la Nación, conforme a las competencias establecidas en la Ley 87 de 1993 y la Ley 1952 de 2019.

XII. CONSIDERACIONES FINALES

El presente Informe Final de Auditoría de Control Interno vigencia 2025 es el resultado del trabajo profesional, independiente y objetivo realizado por la Oficina de Control Interno de CORMAGDALENA, en ejercicio de las competencias asignadas por la Ley 87 de 1993, el Acuerdo de Junta Directiva No. 273 de 2024 y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). El proceso incluyó las fases de planeación, ejecución y comunicación de resultados, con estricto respeto del principio de contradicción: las observaciones preliminares fueron trasladadas formalmente a cada dependencia auditada entre el 18 y el 22 de diciembre de 2025, otorgando el plazo reglamentario para la presentación de descargos y soportes.

Las conclusiones y recomendaciones formuladas están soportadas en evidencia documentada, pruebas de auditoría y análisis técnico riguroso. Los hallazgos se formulan en ejercicio del control posterior contemplado en la Ley 87 de 1993 y no tienen carácter sancionatorio, sino que buscan generar valor agregado a la gestión institucional. Cada hallazgo fue valorado a la luz de las respuestas presentadas por las dependencias dentro del proceso de contradicción; las observaciones que no fueron desvirtuadas se consolidan con la plenitud probatoria exigida por las normas de auditoría interna del IIA y los estándares del MIPG.

Las dependencias auditadas contaron con la oportunidad de ejercer su derecho de contradicción dentro de los plazos establecidos, conforme al artículo 12 de la Ley 87 de 1993. Los hallazgos no desvirtuados mediante respuesta fundamentada y soportada conservan plena validez técnica y jurídica. Las dependencias que no presentaron descargos (Secretaría General y Subdirección de Gestión Comercial) asumen la consecuencia procesal prevista en el ordenamiento: los hallazgos se consolidan en su integridad. La Oficina de Control Interno deja constancia expresa de esta circunstancia para efectos de la trazabilidad del proceso auditor y de eventuales requerimientos de entes de control externo.

Se espera que la Administración acoja las recomendaciones formuladas como oportunidades para fortalecer la gestión institucional, mejorar el cumplimiento

normativo y proteger el patrimonio público. La Oficina de Control Interno permanece disponible para brindar apoyo técnico en la implementación de los planes de acción.

Aprobado por:

MARIA MERCEDES SARMIENTO MADRID
Jefe de Oficina de Control Interno
Corporación Autónoma Regional del Rio Grande de la Magdalena - CORMAGDALENA
Barranquilla, Atlántico, Octubre de 2026

Elaborado por Equipo auditor:

Dayana Blanco Utria
Profesional Universitaria – Contadora
Oficina de Control Interno

Luis Ángel Camacho Consuegra
Abogado Contratista Adscrito a la OCI
Oficina de Control Interno

Manuel Tapia Martínez
Asesor Financiero Externo
Oficina de Control Interno

Luis Fredy León Achury
AbogadoContratista adscrito OCI (Sede Neiva)
Oficina de Control Interno

Jean Carlos López
Abogado Contratista Adscrito OCI
Oficina de Control Interno

CUADRO DE RELACIÓN DE HALLAZGOS Y RESPONSABLES

No.	Hallazgo	Dependencia	Descripción	Tipo
H01	SG-1	Secretaría General	Deficiencia en revelación de variaciones en notas a los EF	A
H02	SG-2	Secretaría General	Ausencia de análisis comparativo de ejecución presupuestal 2025	A
H03	SG-3	Secretaría General	Falta de relación integral y soportada de la cartera institucional	A
H04	SG-4	Secretaría General	Deficiencias en control y verificación del inventario de bienes	A
H05	SG-5	Secretaría General	Deficiencias en información sobre contratos de comodato	A
H06	SG-6	Secretaría General	Ausencia de conciliaciones formales de cartera entre áreas	A
H07	OAJ-1	Oficina Asesora Jurídica	Omisión en cobro coactivo y ausencia de sistema formal de seguimiento	A-D
H08	OAJ-2	Oficina Asesora Jurídica	Ausencia de información sobre procesos judiciales, contractuales y tutelas	A
H09	SDSN-1	Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación	Necesidad de fortalecer la supervisión contractual Contrato 0-012-2-2025	A
H10	SDSN-2	Subdirección de Desarrollo Sostenible y Navegación	Inconsistencias en fechas y trazabilidad Convenio 1-004-2025	A
H11	SGC	Subdirección de Gestión Comercial	Debilidades en gestión documental y seguimiento a contratos de concesión portuaria	A
H12	SGC	Subdirección de Gestión Comercial	Necesidad de consolidar el inventario de activos de CORMAGDALENA entregados en concesión portuaria	A
TOTAL	**12**		**11 Administrativos (A) / 1 Admin. y Disciplinario (A-D)**	