

INFORME DE AUDITORÍA

DATOS DE LA AUDITORÍA			
Fecha del informe	13 de octubre de 2026		
Nombre de auditoría	Seguimiento Eficacia Plan de Mejoramiento Institucional.		
Aspecto(s) evaluable(s) (Unidad auditable)	Todos los procesos		
Líder de proceso / Jefe(s) Dependencia(s)	CR. Hector Alejandro Peñuela López, Zoraya Lozano Higuera, TC. Carlos Andrés Tavera Flórez, Diana Milena Rodríguez Morales, Luisa Carolina Sabas Echavarría, Rafael Alberto Velásquez Garavito CT. Paola Molina García, Daniel Andrés Calvo Cobos, Tito Andrés Osorio Sáenz, Luisa Maria Valenzuela Castro, Jenny Paola Cuellar Rivera.		
Fecha Inicio:	01/09/2026	Fecha fin	13/10/2026
Objetivo	Realizar el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional frente al avance y la eficacia de las acciones formuladas.		
Alcance	Seguimiento a todos los hallazgos que se encuentran en ejecución con corte a 31 de agosto de 2026.		
Criterios	<ul style="list-style-type: none">Guía para la gestión estratégica y el fortalecimiento de la auditoría interna en entidades públicas, versión 5, julio de 2026. DAFP - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional.DIR-PRES-020 Código de Conducta, Ética e Integridad de la CIAC S.A., versión 1 del 30 de abril de 2026.MAN-OPLAI-001 Manual del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad Aeronáutica (SIGCA), versión 1 del 20/05/2026.PRO-OPLAI-004 Procedimiento de Acciones Correctivas del SIGCA, versión 1 del 14/05/2026.		
Limitantes de auditoría	No se presentaron limitantes de auditoría.		
DATOS DEL EQUIPO AUDITOR			
Auditor líder	Carolina Suárez Hurtado.		
Auditores acompañantes	N/A		
Auditores en formación	N/A		
Expertos técnicos	N/A		

RESULTADOS DE AUDITORÍA

Descripción

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL – VERIFICACIÓN DE EFICACIA SEPTIEMBRE 2026.

El presente informe se enmarca en el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, entendido como el conjunto estructurado de acciones, compromisos y estrategias formuladas por los diferentes procesos que conforman la Corporación, con el propósito de subsanar hallazgos, cerrar brechas de gestión y fortalecer continuamente su desempeño institucional. Lo anterior, en concordancia con los principios de eficacia, eficiencia, economía, transparencia y responsabilidad que orientan la función pública, así como con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y del Sistema de Control Interno.

El Plan de Mejoramiento Institucional no solo busca corregir incumplimientos o situaciones adversas identificadas en ejercicios de seguimiento, evaluación y auditoría, sino que constituye una herramienta fundamental para fortalecer la gestión institucional, optimizar el uso de los recursos públicos y generar valor público para los grupos de interés. Su importancia radica en que permite a la entidad avanzar hacia estándares cada vez más altos de calidad, control y transparencia, promoviendo una cultura de mejoramiento continuo bajo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

Más allá de ser un requisito derivado de procesos de auditoría o evaluación, el Plan de Mejoramiento Institucional representa un compromiso formal de la administración con la mejora continua, en tanto articula causas, acciones de mejora, responsables, plazos y mecanismos de seguimiento que permiten transformar los hallazgos en oportunidades de fortalecimiento organizacional. En este sentido, su adecuada formulación implica un análisis riguroso de las causas que originaron las desviaciones, evitando enfoques meramente formales o superficiales y promoviendo soluciones estructurales que impacten positivamente la gestión institucional.

En este contexto, la Oficina de Control Interno desempeña un rol esencial como instancia independiente encargada de verificar, asesorar y realizar seguimiento sistemático al cumplimiento de los planes de mejoramiento, verificando la pertinencia, oportunidad y efectividad de las acciones implementadas por las dependencias responsables. A través de este ejercicio, se busca generar valor agregado para la gestión institucional, fortaleciendo la cultura del autocontrol, la autorregulación y la mejora continua, así como la toma de decisiones basada en evidencia.

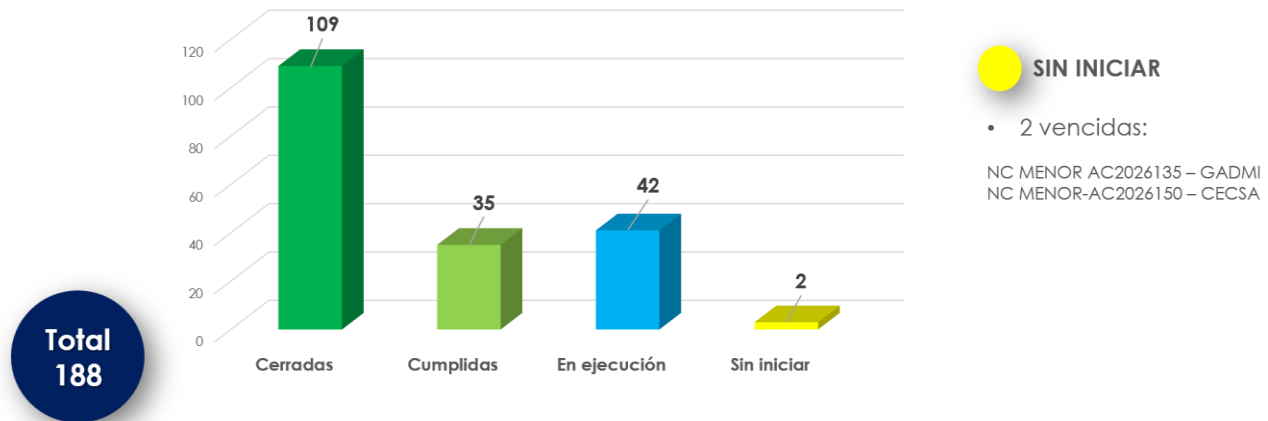
De igual forma, el seguimiento permite identificar avances, alertar sobre posibles incumplimientos y formular recomendaciones orientadas a optimizar la gestión, garantizando que los compromisos adquiridos se traduzcan en resultados concretos, verificables y sostenibles para la entidad.

En consecuencia, el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional debe entenderse como un proceso dinámico que integra la evaluación, el aprendizaje organizacional y la mejora continua, asegurando que los compromisos adquiridos por la Corporación se traduzcan en resultados

concretos, medibles y sostenibles que fortalezcan su desempeño y contribuyan al cumplimiento de su misión institucional.

A continuación, se presenta el estado del Plan de Mejoramiento Institucional con corte a 31 de agosto de la presente vigencia:

ESTADO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL 31/08/2026



Fuente: Oficina de Control Interno

De la gráfica anterior, se puede observar que el Plan de Mejoramiento Institucional está conformado por un total de 188 acciones, las cuales están distribuidas de la siguiente manera:

- 109 cerradas: corresponden a acciones cuya efectividad fue verificada y validada, razón por la cual se determinó su cierre.
- 35 cumplidas: corresponden a acciones cuya ejecución y cumplimiento fueron verificados y dieron como resultado que fueron eficaces; sin embargo, se encuentran pendientes de la validación de su efectividad para determinar su cierre.
- 42 en ejecución: Corresponden a acciones que se encuentran en desarrollo, ejecutando las actividades definidas dentro del plazo planificado, sin que a la fecha se haya vencido el término establecido para su cumplimiento.
- 2 hallazgos sin plan de acción y vencidos: Corresponden a hallazgos que, a la fecha de seguimiento, no cuentan con un plan de mejoramiento formulado y presentan vencimiento en el término definido para su formulación.

Teniendo en cuenta lo anterior, y como resultado del seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, a continuación, se presentan los resultados correspondientes a la verificación de la eficacia de las acciones formuladas en el Plan de Mejoramiento Institucional, con corte a 31/08/2026.

El presente seguimiento comprende la validación de eficacia de las acciones, entendida como la evaluación del cumplimiento de las actividades que conforma cada uno de los planes, de acuerdo con la fecha de ejecución programada. Por lo tanto, se validan aquellas acciones que se encuentran

en ejecución, que a 31 de agosto correspondía a 42 acciones, las cuales se relacionan en la siguiente tabla ordenados por vigencia:

Tabla No. 1. Acciones cuyo estado se encuentra “En ejecución” de las cuales se realizó la verificación de la eficacia.

ÍTEM	CÓDIGO DEL HALLAZGO	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA
1	NC 467	2021	GTAHU
2	NC 468	2021	GTAHU
3	OB-AC2024052	2024	CECSA
4	NC MENOR-AC2024050	2024	GTAHU
5	NC MENOR-AC2024124	2024	GADMI
6	NC MENOR-AC2024213	2024	GADMI
7	NC MENOR-AC2024044	2024	GTAHU
8	OB-AC2024056	2024	GTAHU
9	NC MENOR-AC2025061	2025	GTAHU
10	NC MENOR-AC2025062	2025	GEPRO
11	NC MENOR-AC2025024	2025	VICAD
12	NC MAYOR-AC2025065	2025	VICAD
13	NC MENOR-AC2025066	2025	GTAHU
14	NC MENOR-AC2025172	2025	PRES D
15	NC MENOR-AC2025170	2025	PRES D
16	NC MENOR-AC2025176	2025	GTICS
17	NC MENOR-AC2025103	2025	OJURI
18	NC MENOR-AC2025186	2025	PRES D
19	NC MENOR-AC2025179	2025	GADMI
20	NC MENOR-AC2025074	2025	GELOG
21	NC MENOR-AC2025187	2025	PRES D
22	OB-AC2025076	2025	GELOG
23	NC MENOR-AC2026001	2025	GTAHU
24	NC MENOR-AC2025180	2025	GADMI
25	NC MENOR-AC2025181	2025	GADMI
26	NC MENOR-AC2025182	2025	GADMI
27	NC MENOR-AC2025183	2025	GADMI
28	NC MENOR-AC2025184	2025	GADMI
29	OM-OM2025 048	2025	GADMI
30	OM-OM2025 049	2025	GADMI
31	NC MENOR-AC2025171	2025	PRES D
32	NC MENOR-AC2026151	2026	GELOG
33	NC MENOR-AC2026153	2026	GELOG
34	NC MENOR-AC2026149	2026	VICOM
35	NC MENOR-AC2026052	2026	OJURI
36	OM-OM2026 002	2026	OJURI

ÍTEM	CÓDIGO DEL HALLAZGO	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA
37	NC MENOR-AC2026048	2026	VICAD
38	NC MENOR-AC2026050	2026	GTAHU
39	NC MENOR-AC2026148	2026	GADMI
40	NC MENOR-AC2026051	2026	PRESA
41	NC MENOR-AC2026147	2026	GTICS
42	NC MENOR-AC2026049	2026	GTICS

Fuente: Oficina de Control Interno.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Como resultado de la verificación efectuada a las acciones documentadas en la Tabla No. 1, a continuación, se presentan los resultados de manera ejecutiva. Es importante señalar que cada una de las validaciones realizadas por la Oficina de Control Interno fue documentada en la matriz de Excel denominada **“Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional - Verificación de Eficacia septiembre 2026”**, la cual hace parte integral del presente informe. En dicha matriz se detallan las verificaciones efectuadas y se soportan las conclusiones sobre el nivel de cumplimiento y eficacia de las acciones objeto de verificación.

1. Se evidenció que cuatro (4) acciones se encuentran vencidas, toda vez que no se aportó evidencia en el aplicativo DataDoc, que permitiera demostrar el cumplimiento de las actividades formuladas dentro de los plazos de ejecución establecidos. Adicionalmente, durante el proceso de verificación se realizó la correspondiente consulta a los procesos responsables; sin embargo, no fue suministrada la evidencia que soportara su cumplimiento.

Tabla No. 2. Hallazgos cuyas acciones se encuentran vencidas.

ÍTEM	CÓDIGO DEL HALLAZGO	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA
1	OB-AC2024052	2024	CECSA
2	NC MENOR-AC2024124	2024	GADMI
3	NC MENOR-AC2024213	2024	GADMI
4	NC MENOR-AC2025062	2025	GEPRO

Fuente: Oficina de Control Interno.

2. Se evidenciaron veintiuna (21) acciones cuyas actividades fueron ejecutadas conforme a lo establecido en los planes de mejoramiento. Como resultado de la verificación efectuada, se encontró evidencia suficiente que permitió corroborar el cumplimiento de las actividades formuladas dentro de los plazos establecidos, razón por la cual se determinaron como cumplidas y sujetas a la posterior verificación de su efectividad.

Estas acciones continúan en el flujo de seguimiento para la validación de la efectividad del plan de mejoramiento formulado, con el propósito de verificar que las medidas implementadas hayan contribuido al logro de los resultados esperados y a la solución de las causas que dieron origen al hallazgo, como requisito para determinar su cierre definitivo.

Tabla No. 3. Hallazgos cuyas acciones fueron eficaces y se determinan como “Cumplidas”.

ÍTEM	CÓDIGO DEL HALLAZGO	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA
1	NC 467	2021	GTAHU
2	NC 468	2021	GTAHU
3	NC MENOR-AC2024050	2024	GTAHU
4	NC MENOR-AC2024044	2024	GTAHU
5	OB-AC2024056	2024	GTAHU
6	NC MENOR-AC2025024	2025	VICAD
7	NC MENOR-AC2025066	2025	GTAHU
8	NC MENOR-AC2025172	2025	PRES
9	NC MENOR-AC2025170	2025	PRES
10	NC MENOR-AC2025176	2025	GTICS
11	NC MENOR-AC2025103	2025	OJURI
12	NC MENOR-AC2025186	2025	PRES
13	NC MENOR-AC2025074	2025	GELOG
14	NC MENOR-AC2025187	2025	PRES
15	OM-OM2025 049	2025	GADMI
16	NC MENOR-AC2025171	2025	PRES
17	NC MENOR-AC2026052	2026	OJURI
18	OM-OM2026 002	2026	OJURI
19	NC MENOR-AC2026048	2026	VICAD
20	NC MENOR-AC2026051	2026	PRES
21	NC MENOR-AC2026049	2026	GTICS

Fuente: Oficina de Control Interno.

- Finalmente, se relacionan las acciones que se encuentran en estado “En Ejecución”, teniendo en cuenta que sus plazos de ejecución se encuentran vigentes y, por tanto, no han alcanzado su fecha de vencimiento. En este sentido, se recomienda a los procesos responsables continuar con la ejecución de las actividades formuladas dentro de los tiempos establecidos, con el fin de garantizar su cumplimiento y dar continuidad al flujo de seguimiento del plan de mejoramiento.

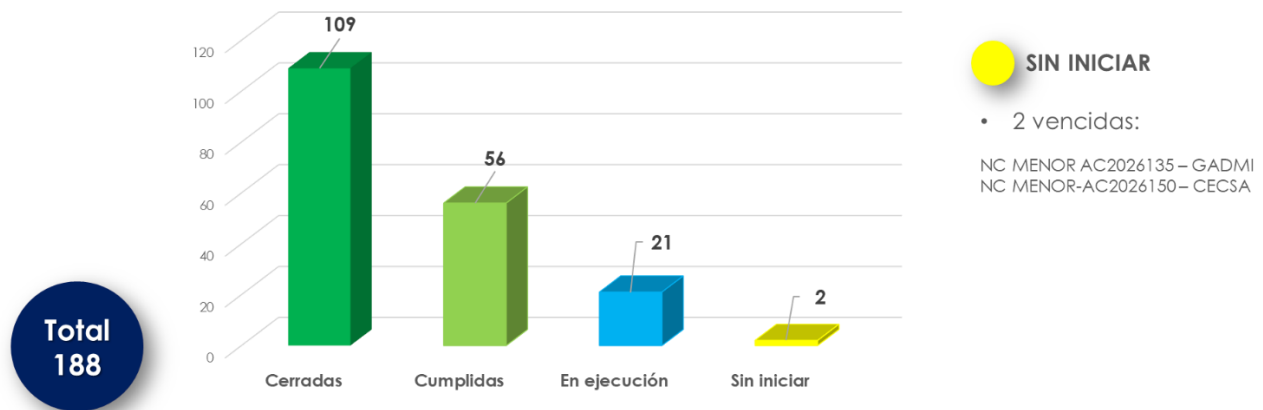
Tabla No. 4. Hallazgos cuyas acciones continúan en ejecución.

ÍTEM	CÓDIGO DEL HALLAZGO	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA
1	NC MENOR-AC2025061	2025	GTAHU
2	NC MAYOR-AC2025065	2025	VICAD
3	NC MENOR-AC2025179	2025	GADMI
4	OB-AC2025076	2025	GELOG
5	NC MENOR-AC2026001	2025	GTAHU
6	NC MENOR-AC2025180	2025	GADMI
7	NC MENOR-AC2025181	2025	GADMI
8	NC MENOR-AC2025182	2025	GADMI
9	NC MENOR-AC2025183	2025	GADMI
10	NC MENOR-AC2025184	2025	GADMI
11	OM-OM2025 048	2025	GADMI
12	NC MENOR-AC2026151	2026	GELOG
13	NC MENOR-AC2026153	2026	GELOG
14	NC MENOR-AC2026050	2026	GTAHU
15	NC MENOR-AC2026147	2026	GTICS
16	NC MENOR-AC2026148	2026	GADMI
17	NC MENOR-AC2026149	2026	VICOM

Fuente: Oficina de Control Interno.

Como parte integral del presente informe, se encuentra el anexo No. 1 en el cual se documentan las verificaciones detalladas del presente seguimiento a cada una de las acciones mencionadas en la Tabla No. 1 objeto de verificación de eficacia **“Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional - Verificación de Eficacia septiembre 2026”** realizado por la Oficina de Control Interno.

ESTADO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL 13/10/2026



Fuente: Oficina de Control Interno.

Aspectos positivos

Durante el desarrollo del seguimiento, se evidenció la disposición y colaboración por parte de los procesos responsables para atender oportunamente las consultas, aclaraciones e inquietudes formuladas por la Oficina de Control Interno. Si bien en algunos casos la información y las evidencias requeridas no se encontraban registradas en su totalidad en el aplicativo DataDoc al momento de la verificación, los responsables de los procesos suministraron la documentación soporte necesaria para su análisis y validación. Lo anterior permitió adelantar el ejercicio de seguimiento de manera articulada y alcanzar acuerdos respecto a la remisión de las evidencias, bajo el compromiso de efectuar posteriormente su cargue en el aplicativo DataDoc, con el fin de garantizar la trazabilidad de la información, la adecuada gestión documental y el soporte del cumplimiento de las actividades que fueron determinadas como cumplidas.

Hallazgos de auditoría

No Conformidad No. 1: Acciones de mejoramiento vencidas sin evidencia de cumplimiento.

CECSA, GADMI, GEPRO:

Durante el seguimiento realizado al cumplimiento de los planes de mejoramiento institucionales se evidenció que cuatro (4) acciones se encuentran vencidas, toda vez que a la fecha de verificación no se aportó evidencia suficiente que permitiera demostrar su ejecución dentro de los plazos establecidos, ni la culminación de las actividades comprometidas por los responsables.

ÍTEM	CÓDIGO DEL HALLAZGO	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA
1	OB-AC2024052	2024	CECSA
2	NC MENOR-AC2024124	2024	GADMI
3	NC MENOR-AC2024213	2024	GADMI
4	NC MENOR-AC2025062	2025	GEPRO

La situación identificada evidencia incumplimiento de los compromisos formulados en los respectivos planes de mejoramiento, afectando la oportunidad en la atención de los hallazgos y la efectividad de las acciones definidas para eliminar las causas que les dieron origen. Asimismo, se observó que las actividades permanecen en estado vencido sin que se evidencie el cierre de los compromisos ni la gestión oportuna para evitar el incumplimiento de las fechas establecidas.

Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 3.4. “ejecución” del PRO-OPLAI-004 Procedimiento de Acciones Correctivas del SIGCA, versión 1 del 14/05/2026, el cual define: *“En el sistema de gestión de documental y de procesos se genera una tarea para cada uno de los responsables de las actividades definidas en el plan de acción, de tal forma que, de acuerdo con los plazos determinados debe cargar al sistema las evidencias respectivas. Las evidencias deben ser lo suficientemente claras para evitar el proceso de devolución”*.

De igual manera, se aparta de los lineamientos establecidos en la “*Guía para la gestión estratégica y el fortalecimiento de la auditoría interna en entidades públicas, versión 5, julio de 2026. DAFP - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional*”, la cual contempla que los responsables de los planes de mejoramiento deben implementar las acciones formuladas como resultado de auditorías, realizar seguimiento a su ejecución y asegurar el cumplimiento de los compromisos definidos para subsanar las situaciones identificadas.

Adicionalmente, la situación identificada contraviene los principios establecidos en el Código de Conducta, Ética e Integridad, particularmente el valor **Compromiso**, el cual dispone que los servidores públicos deben:

“Asumir su papel entendiendo el valor de los compromisos a cumplir con sus responsabilidades y obligaciones adquiridas frente a la Corporación” y “No incumplir con sus compromisos y acuerdos sin justificación válida”.

Asimismo, incumple el valor **Diligencia**, bajo el cual los servidores deben:

“Cumplir con los tiempos estipulados para el logro de cada obligación laboral”, “Acatar los procedimientos y protocolos establecidos” y evitar “Postergar las decisiones y actividades” e “Incumplir los procedimientos establecidos para el desempeño de las funciones”.

Igualmente, se aparta del principio de **Responsabilidad**, que establece:

“Responsabilidad y compromiso de las acciones y decisiones, asumiendo las consecuencias de sus actuaciones y actividades inherentes al cargo”.

La permanencia de acciones vencidas (ver tabla no. 5) incrementa el riesgo de reincidencia de los hallazgos identificados, limita la efectividad de los planes de mejoramiento implementados y afecta el fortalecimiento de la mejora continua y del Sistema Integrado de Gestión.

Tabla No. 5. Acciones vencidas.

ÍTEM	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACTIVIDADES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA ACCIÓN	POSIBLE RIESGO IDENTIFICADO POR LA OCINT
1	2024	CECSA	No se evidencia control respecto a los pagarés de los seleccionados. En el momento de la auditoría tuvieron que ser localizados puesto que no estaba identificada su ubicación ni su custodia.	Nuevo plan de mejoramiento formulado por el proceso y aprobado el día 08/07/2026: Realizar la actualización del PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN CIAC en donde se especifique de forma clara y detallada el paso a paso para la gestión del pagaré, definiendo la custodia de los mismos.	30/09/2026	Dificultades para la ubicación, consulta y control de los pagarés asociados a los beneficiarios de programas institucionales, lo que podría conllevar a afectaciones económicas y acciones de recuperación por falta del documento exigible para el cobro.

INFORME DE AUDITORÍA

ÍTEM	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACTIVIDADES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA ACCIÓN	POSIBLE RIESGO IDENTIFICADO POR LA OCINT
2	2025	GEPRO	No se evidenció cumplimiento del MOP de los apartados "ELABORACIÓN / REVISIÓN / APROBACIÓN / DISTRIBUCIÓN", "CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN" y numeral 1.35, ya que no se evidenció diligenciado en su totalidad el check list del Anexo 1 "Lista chequeo FOD" de la task card TC-BL-2022-CIAC-KIT-001 revisión 3, el cual debe realizarse a diario previo y posterior a la ejecución de las actividades de fabricación del Anexo 2, hasta su culminación. Adicionalmente, en el anexo 2, no se evidenció diligenciamiento de la firma y sello por parte del inspector, de las páginas 1 al 5 de 13; incumpliendo la validación de las actividades que tiene que ver con las condiciones ambientales de las operaciones, así como la validación de tiempos de curado, pesos y dimensiones del producto. Lo anterior, evidenció debilidad en la aplicación del control C3.13 lo cual generaría una posible materialización del "Riesgo R3.1" conforme con lo establecido en la "Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción - código: MTZ-1-03-009, versión 18 del 05/02/2025, y a su vez debilidad en la aplicación de los principios, valores corporativos y valores de los servidores públicos como son: Implementación de la cultura de Clase Mundial, la Excelencia y la Diligencia descritos en el "Código de ética e integridad - COD-6-00-001" (versión 1 del 08 de abril de 2022). No se evidenció diligenciado en su totalidad el check list del Anexo 1 "Lista chequeo FOD" de la task card TC-BL-2022-CIAC-KIT-001 revisión 3, el cual debe realizarse a diario previo y posterior a la ejecución de las actividades de fabricación del Anexo 2, hasta su culminación. Adicionalmente, en el anexo 2, no se evidenció diligenciamiento de la firma y sello por parte del inspector, de las páginas 1 al 5 de 13.	Nuevo Plan de Mejoramiento: 22/07/2026 Corrección No 1: Establecer revisiones semanales aleatorias de task cards ejecutadas, verificando el cumplimiento de los requisitos documentales definidos en el MOP y en las instrucciones de trabajo, generando registros de seguimiento y tratamiento de desviaciones encontradas. 30/09/2026. Acción Correctiva No. 1: Diseñar e implementar un punto de control obligatorio previo al cierre de cada task card, que valide el diligenciamiento completo de firmas, sellos, registros FOD y demás campos obligatorios definidos en el MOP. 30/09/2026	30/09/2026 30/09/2026	Ejecución de actividades de mantenimiento sin evidencia completa de verificación y control, afectando la trazabilidad de los procesos, la confiabilidad de los registros técnicos y el cumplimiento de los requisitos aeronáuticos aplicables.
3	2024	GADMI	Respecto al control C 5.5 el cual establece: "El Asesor de Infraestructura mensualmente ejecuta con base en los recursos planificados el programa de mantenimiento de instalaciones y el Programa de Mantenimiento de Equipos dentro del cual se afectan mantenimientos preventivos, en caso de identificar novedades las registra en los formatos de inspección y se programan según la disponibilidad de recursos los mantenimientos correctivos según sea el caso. Como evidencia del control se conservan los registros de mantenimiento cuando son realizados por externos y/o los formatos de inspección de infraestructura." Se evidencia formato de mantenimiento de cabina de pintura del mes de abril 2024 con firmas sin reflejar la respectiva verificación.	2. Establecer una herramienta tecnológica que permita el diligenciamiento de todas las inspecciones de manera oportuna y de calidad. 26.09.2025.	30/03/2026	Retrasos o inconsistencias en el registro de la información de inspecciones, limitando la oportunidad y facilidad de consulta de los soportes asociados al proceso de mantenimiento.
4	2024	GADMI	Durante el proceso se encontró que el documento denominado "Procedimiento Mantenimiento de infraestructura y equipos" con código P-5-08-001 de versión 3 del 19/Jul/2021 no se encuentra actualizado, evidenciado en dos ítems. 1. El procedimiento menciona un Coordinador de servicio generales, sin embargo, no es el cargo que actualmente ostenta quien da el visto bueno al mantenimiento. 2. Los formularios asociados a este procedimiento cuentan con una fecha de actualización posterior al procedimiento. Se genera incumplimiento al requisito en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Calidad Aeronáutica, numeral 8.5.5.2 "Creación, actualización de la información documentada", haciendo referencia Procedimiento Control de Documentos y Registros del SIGCA CIAC y verificando el numeral 7.1.2. "Creación o actualización de los documentos", literal b, donde establece: "El dueño del proceso debe asegurarse anualmente de realizar la verificación de vigencia y contenido de la documentación o de ser necesaria realizar la respectiva actualización y revisión, notificando a la Oficina de Planeación el estado de sus documentos. NOTA: Si el proceso define un nuevo cargo para realizar cambios sobre un documento debe notificar previamente a la Oficina de Planeación, Innovación y Desarrollo."	corrección: Revisión y actualización del "Procedimiento Mantenimiento de infraestructura y equipos" así como los documentos asociados a este. acción correctiva: Actualización y socialización del "Procedimiento Mantenimiento de infraestructura y equipos" así como los documentos asociados a este.	30/06/2026 30/06/2026	Posibles diferencias entre las actividades ejecutadas por el proceso y los lineamientos documentados actualmente, afectando la estandarización de las actividades y controles asociados. Limitaciones en el conocimiento y aplicación uniforme de los lineamientos del proceso por parte de los responsables involucrados, debido a la falta de divulgación de la versión actualizada del documento.

Fuente: Oficina de Control Interno.

Posible Causa: Debilidades en el seguimiento y monitoreo oportuno de los compromisos establecidos en los planes de mejoramiento por parte de los responsables de las acciones.

Posible Impacto: Reincidencia de hallazgos, incumplimiento de compromisos institucionales, debilitamiento de la eficacia de los planes de mejoramiento y afectación del proceso de mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.

No Conformidad No. 2: Hallazgos sin plan de mejoramiento formulado y con término vencido.**CECSA, GADMI:**

Durante el seguimiento realizado a los planes de mejoramiento institucionales, se evidenció que los hallazgos AC2026150 y AC2026135 correspondientes a los procesos CECSA y GADMI respectivamente, no cuentan con un plan de mejoramiento formulado, pese a encontrarse vencido el término establecido para su formulación. Se observó que el hallazgo correspondiente a GADMI tenía como fecha límite para la formulación del plan de mejoramiento el 15 de mayo de 2026, mientras que el hallazgo correspondiente a CECSA contaba con fecha máxima de formulación el 19 de junio de 2026, sin que a la fecha del presente seguimiento se evidenciara la formulación y aprobación de las acciones destinadas al tratamiento de las causas identificadas.

Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 3.1.2 *"Formulación del Plan de Acción"* del PRO-OPLAI-004 Procedimiento de Acciones Correctivas del SIGCA, versión 1 del 14/05/2026, el cual establece que:

"Una vez notificado el hallazgo, el responsable del proceso deberá formular el plan de acción dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la comunicación del hallazgo, registrando las acciones correctivas o de mejora necesarias para eliminar la causa que originó la situación identificada".

Adicionalmente, se aparta de los lineamientos definidos en la Guía para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas – Versión 5, la cual establece que los hallazgos derivados de los ejercicios de auditoría deben conducir a la formulación de planes de mejoramiento y que:

"el plan de mejoramiento se constituye en una herramienta de control" orientada a *"disminuir la recurrencia de hallazgos y elevar la efectividad de estos planes"*, razón por la cual la ausencia de acciones formuladas limita la implementación de medidas orientadas a corregir las causas identificadas.

Esta situación contraviene igualmente los principios de Compromiso, Diligencia y Responsabilidad establecidos en el Código de Conducta, Ética e Integridad de la Corporación, relacionados con el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos, la ejecución de actividades dentro de los tiempos definidos y el adecuado ejercicio de las responsabilidades asignadas.

Como consecuencia, la ausencia de planes de mejoramiento formulados impide definir acciones para el tratamiento de las causas identificadas, limita el seguimiento institucional sobre los hallazgos detectados y aumenta el riesgo de permanencia o recurrencia de las situaciones observadas.

Posible Causa:

Incumplimiento de los términos establecidos para la formulación de los planes de mejoramiento y debilidades en el seguimiento oportuno de los hallazgos identificados.

Posible Impacto:

Persistencia de las situaciones identificadas, reincidencia de hallazgos y afectación de la mejora continua institucional.

De igual forma, se identifican los siguientes riesgos asociados a la no formulación de los planes de mejoramiento de manera oportuna teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Entidad:

Tabla No. 6. Hallazgos cuyos planes de mejoramiento no se han formulado.

ÍTEM	VIGENCIA	PROCESO/DEPENDENCIA	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	FECHA LÍMITE DE FORMULACIÓN DEL PLAN DE	POSIBLE RIESGO IDENTIFICADO POR LA OCINT
1	2026	GADMI	<p>NO MENOR-AC2026135</p> <p>Se evidenció que mediante la Resolución 069 de 2023 "Por la cual se crea y reglamenta la Ventanilla Única de Radicación de la Corporación de la Industria Aeronáutica Colombiana – CIAC S.A.", en el literal C del artículo 5, se estableció: "Procedimiento de comunicaciones de salida: Será el procedimiento por el cual se disponga la radicación de todas las comunicaciones en las que CIAC S.A. ostenta como remitente."</p> <p>Se evidenció un comunicado de reclamación dirigido a ENEL por parte de la Corporación de fecha 12 de marzo de 2026, emitido por un funcionario del GADMI y no de manera oficial desde el sistema de gestión documental de la Entidad. Al indagar con el área sobre la procedencia de emitir comunicaciones corporativas, se informó que se procedió conforme a las funciones del área y que no se cuenta con un lineamiento específico. Se verificó la Resolución 112 de 2024 por la cual se expide la conformación de los grupos internos de trabajo de la Corporación, no obstante, se evidenció que en las funciones asignadas al Grupo Administrativa no se encuentran las relacionadas con la emisión de comunicados externos.</p> <p>Al no evidenciar un lineamiento documentado que indique la manera de proceder en cuanto a las comunicaciones de salida, se genera no conformidad, toda vez que no se cumple con lo establecido en el literal C del artículo 5 de la Resolución 069 de 2023, evidenciando debilidad en la implementación de controles que faciliten la comunicación externa a través de políticas y procedimientos, lo cual afecta el componente de Información y comunicación del Sistema de Control Interno de la Corporación al no existir actividades diseñadas para la implementación de canales de comunicación con los grupos de valor y terceros interesados.</p> <p>Lo anterior, afecta igualmente la gestión de la comunicación externa para garantizar un adecuado flujo de información a través de canales de comunicación organizacionales que faciliten la operación de la entidad, el desarrollo de sus funciones, la seguridad y protección de datos y garantizar la trazabilidad de la gestión de acuerdo con lo establecido en la dimensión 5ta del MIPG.</p>	15/05/2026	Persistencia de debilidades en la gestión de las comunicaciones externas de la Entidad, generando inconsistencias en la aplicación de los canales oficiales, afectando la trazabilidad documental, la estandarización de las comunicaciones y el adecuado flujo de información hacia terceros.
2	2026	CECSA	<p>NC MENOR-AC2026150: No disponibilidad y acceso a la información contractual de los convenios interadministrativos.</p> <p>Se evidenció que, en el convenio SCJ-2205-2025 y 002-CV-JETIC-2024, no fue posible acreditar el cumplimiento integral de los requisitos definidos en los lineamientos institucionales aplicables a la gestión de convenios, particularmente en aspectos relacionados con la disponibilidad y suficiencia de documentos soporte, análisis de viabilidad y riesgos, matrices de riesgos, estudios previos, seguimiento a compromisos por parte del supervisor, informes y actas de seguimiento, soportes financieros. Igualmente, se identificaron debilidades en la estructuración contractual relacionadas con la ausencia de cláusulas y condiciones especiales establecidas en el instructivo institucional vigente: "Solidaridad entre partes en caso de controversias en la ejecución del convenio" y "Solidaridad: Considerando que CIAC obra principalmente como la parte que debe celebrar contratos en pro de la ejecución de los convenios, con los aportes que llevan a cabo todas las partes, y cuyo destinatario y beneficiario final son las partes mismas, el riesgo de controversias contractuales siempre que no pueda ser probado que se originan en CIAC exclusivamente, deberá ser asumido por las partes suscritientes, de forma tal que estas deben tener la obligación de comparecer con CIAC en toda reclamación contractual que esta deba efectuar, así como participar en todo proceso judicial o arbitral, y asumir las consecuencias pecuniarias que el juez o árbitro así determine".</p> <p>Lo anterior evidencia incumplimiento de los lineamientos institucionales y de disposiciones normativas relacionadas con la adecuada administración, seguimiento y conservación de la información contractual, afectando la integridad de los expedientes y el ejercicio efectivo de seguimiento y control.</p> <p>Lo anterior evidencia incumplimiento de los lineamientos institucionales y de disposiciones normativas relacionadas con la adecuada administración, seguimiento y conservación de la información contractual, afectando la integridad de los expedientes y el ejercicio efectivo de seguimiento y control.</p> <p>Se considera incumplimiento frente a las siguientes disposiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-001 Instructivo de Convenios, versión 2 del 09/10/2024 de la Corporación. 2. Ley 594 de 2000: Artículo 4 – Principios generales de la función archivística: Literales a): "El objetivo esencial de los archivos es disponer de la documentación organizada, en tal forma que la información institucional sea recuperable para uso de la administración". Literales d): "Los servidores públicos son responsables de la organización, conservación, uso y manejo de los documentos". Literales f): "Los archivos son fundamentales para la racionalidad de la administración pública y constituyen elemento básico para su eficiencia". 3. Ley 1712 de 2014: Artículo 3 – Principio de calidad de la información: "La información sujeta a este régimen debe ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y disponible". Subrayado fuera de texto. 4. Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), versión 6.1 de 2026 <p>La política Gestión Documental establece que las entidades deben asegurar la disponibilidad, integridad, trazabilidad y conservación de la información institucional como soporte para la gestión, seguimiento y toma de decisiones.</p>	19/06/2026	Persistencia de debilidades en la gestión, organización, conservación y seguimiento de la información contractual asociada a los convenios interadministrativos, lo que podría afectar la disponibilidad, trazabilidad y oportunidad de la información requerida para la supervisión, control, toma de decisiones y atención de requerimientos internos o externos.

Fuente: Oficina de Control Interno.

Oportunidades de Mejora
No se generaron oportunidades de mejora.
Recomendaciones
<ul style="list-style-type: none">✓ Fortalecer el seguimiento periódico a los planes de mejoramiento mediante revisiones internas que permitan identificar oportunamente actividades próximas a vencer y adoptar acciones preventivas frente a posibles incumplimientos.✓ Implementar mecanismos de control y alertas tempranas que faciliten a los responsables monitorear permanentemente el avance de las acciones formuladas y las fechas comprometidas para su ejecución.✓ Garantizar el cargue oportuno y completo de las evidencias que soportan el cumplimiento de las actividades desarrolladas en el aplicativo destinado para este fin, asegurando su trazabilidad y disponibilidad para los procesos de seguimiento y verificación.✓ Gestionar oportunamente las solicitudes de modificación o ampliación de plazos cuando existan situaciones que puedan afectar el cumplimiento de las fechas inicialmente definidas, evitando que las acciones entren en estado vencido.✓ Reforzar entre los responsables de los planes de mejoramiento la observancia de los principios de compromiso, diligencia y responsabilidad establecidos en el Código de Conducta, Ética e Integridad de la Entidad.✓ Mantener controles periódicos por parte de los líderes de proceso para verificar el avance de las acciones formuladas y asegurar la efectividad de los planes de mejoramiento implementados.
Conclusiones
<p>Como resultado del seguimiento efectuado a los planes de mejoramiento evaluados, se evidenció que la mayoría de las acciones formuladas han sido gestionadas por los procesos responsables, observándose actividades cumplidas, acciones en proceso de verificación de efectividad y compromisos en ejecución dentro de los plazos establecidos.</p> <p>No obstante, se identificaron cuatro (4) acciones en estado vencido, para las cuales no se aportó evidencia suficiente que permitiera acreditar su cumplimiento dentro de las fechas definidas. Esta situación genera riesgos asociados al incumplimiento de compromisos institucionales, la reincidencia de hallazgos previamente identificados y la afectación de la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.</p>

INFORME DE AUDITORÍA

De igual manera, se evidenció la necesidad de fortalecer los mecanismos internos de seguimiento y control por parte de los responsables de los planes de mejoramiento, con el propósito de garantizar la ejecución oportuna de las actividades formuladas y la gestión preventiva de posibles desviaciones frente a los cronogramas establecidos.

Elaborado por:

Carolina Suárez.

Carolina Suárez Hurtado
Auditor - Profesional OCINT

Revisado por:

Johana Milena Duarte Sánchez

Johana Milena Duarte Sánchez
Jefe Oficina de Control Interno