ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Instituto de Desarrollo Urbano

MEMORANDO

OCI
20181350207763
Al responder cite este número

FECHA: Bogotá D.C., agosto 27 de 2018

PARA: **Yaneth Rocío Mantilla Barón**
Directora General

DE: Jefe Oficina de Control Interno

REFERENCIA: Informe final de auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión 2018

Respetada Doctora Yaneth Rocío:

Reciba un cordial saludo. En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría 2018, fue desarrollado el Ciclo Anual de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión SIG - 2018, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como parte de la evaluación independiente, abarcando los Subsistemas de Calidad, Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo.

La auditoría abarcó los 22 procesos que forman parte del Instituto y fue realizada durante los meses de meses de junio y julio, por parte del equipo de auditores internos de diferentes dependencias del Instituto.

Como resultado del trabajo realizado, se presenta el informe final de auditoría SIG, que recoge las no conformidades y recomendaciones identificadas en cada proceso, para los Subsistemas evaluados.

Es necesario que, a partir de las no conformidades evidenciadas, los líderes de proceso formulen, en conjunto con la Oficina Asesora de Planeación-OAP, un plan de mejoramiento a partir de un análisis de causas, generando las correcciones, las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora, para subsanar la raíz de las deficiencias encontradas, conforme a lo establecido en el procedimiento PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.

Para diligenciar el formato de Plan de Mejoramiento, es necesario diligenciar previamente uno de los instrumentos de análisis de causas que se encuentran en la Intranet, tales como: lluvia de ideas, diagrama causa efecto y los cinco porqués.

Este documento está suscrito con firma mecánica autorizada mediante Resolución No. 55548 de julio 29 de 2015

Calle 22 No. 6 - 27
Calle 20 No. 9 – 20 o
Carrera 7ª No. 17-01 Piso 3
Código Postal 110311- 110321
Tel: 3386660 - 3445000
www.idu.gov.co
Info: Línea: 195

ENTIDAD COTECNA ISO 9001:2008 NTC GP 1000:2009 CERTIFICADA
CERTIFICADO No SG 2014000176 A
CERTIFICADO No SG2014000176 H
ISO 14001:2004 BUREAU VERITAS Certification
C018.00598
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Instituto de Desarrollo Urbano

MEMORANDO

OCI
20181350207763
Al responder cite este número

De acuerdo con lo establecido en la política operacional del procedimiento PR-MC01, se cuenta con ocho (8) días hábiles, a partir de la fecha, para la presentación del plan de mejoramiento consolidado para la totalidad de las no conformidades, resultado de la evaluación.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida.

Gracias por su atención.

Cordialmente,

Ismael Martínez Guerrero
Jefe Oficina de Control Interno
Firma mecánica generada en 27-08-2018 05:40 PM

Anexos: Informe final de auditoría interna al SIG
cc Guiovanni Cubides Moreno - Subdirección Técnica de Tesorería y Recaudo
cc Salvador Mendoza Suarez - Dirección Técnica Administrativa y Financiera
cc Lucy Molano Rodriguez - Oficina de Atención al Ciudadano
cc Hernando Arenas Castro - Dirección Técnica de Apoyo a la Valorización
cc Jorge Mauricio Reyes Velandia - Dirección Técnica de Proyectos
cc Hugo Alejandro Morales Montaña - Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema de Transporte
cc Gustavo Montaño Rodriguez - Dirección Técnica de Administración de Infraestructura
cc Leydy Yohana Pineda Afanador - Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos
cc Edgar Francisco Uribe Ramos - Subdirección General de Infraestructura
cc José Antonio Velandia Clavijo - Subdirección Técnica de Operaciones
cc Carlos Humberto Moreno Bermudez - Subdirección General de Gestión Corporativa
cc Jose Fernando Suarez Venegas - Dirección Técnica de Gestión Judicial
cc Cesar Augusto Reyes Riano - Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema Vial
cc Ana Maria Suarez Puentes - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema Vial
cc Ferney Baquero Figueredo - Dirección Técnica de Procesos Selectivos
cc Vladimiro Alberto Estrada Moncayo - Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad
cc Meliza Marulanda - Dirección Técnica de Construcciones
cc Oscar Rodolfo Acevedo Castro - Dirección Técnica de Mantenimiento
cc Rafael Eduardo Abuchaibe López - Subdirección General de Desarrollo Urbano
cc Martha Liliana González Martínez - Subdirección General Jurídica
cc Isauro Cabrera Vega - Oficina Asesora de Planeación
cc Carlos Francisco Ramirez Cardenas - Subdirección Técnica Jurídica y de Ejecuciones Fiscales
cc Maria Del Pilar Grajales Restrepo - Dirección Técnica de Predios
cc Carlos Andres Espejo Osorio - Oficina Asesora de Comunicaciones
cc Joanny Camelo Yepez - Dirección Técnica Estratégica
cc Ivan Abelardo Sarmiento Galvis - Dirección Técnica de Gestión Contractual
cc Paula Tatiana Arenas Gonzalez - Subdirección Técnica de Recursos Humanos

Este documento está suscrito con firma mecánica autorizada mediante Resolución No. 55548 de julio 29 de 2015

Calle 22 No. 6 - 27
Calle 20 No. 9 – 20 o
Carrera 7ª No. 17-01 Piso 3
Código Postal 110311- 110321
Tel: 3386660 - 3445000
www.idu.gov.co
Info: Línea: 195

ENTIDAD COTECNA ISO 9001:2008 NTC GP 1000:2009 CERTIFICADA
CERTIFICADO No SG 2014000176 A
CERTIFICADO No SG2014000176 H
ISO 14001:2004 BUREAU VERITAS Certification
CO18.00598
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

MEMORANDO

OCI
20181350207763
Al responder cite este número

cc Patricia Del Pilar Zapata Oliveros - Oficina de Control Disciplinario
cc Gloria Patricia Castano Echeverry - Subdirección Técnica de Recursos Físicos
cc Felipe Augusto Franco Leano - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema de Transporte
cc Oscar Rodolfo Acevedo Castro - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema de Transporte

Elaboró: Yully Maritza Montenegro Suarez-Oficina De Control Interno

Este documento está suscrito con firma mecánica autorizada mediante Resolución No. 55548 de julio 29 de 2015

Calle 22 No. 6 - 27
Calle 20 No. 9 – 20 o
Carrera 7ª No. 17-01 Piso 3
Código Postal 110311- 110321
Tel: 3386660 - 3445000
www.idu.gov.co
Info: Línea: 195

ENTIDAD COTECNA ISO 9001:2008 NTC GP 1000:2009 CERTIFICADA
CERTIFICADO No SG 2014000176 A
CERTIFICADO No SG2014000176 H
ISO 14001:2004 BUREAU VERITAS Certification
CO18.00598
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN SIG

INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO IDU

2018

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL 5
2. METODOLOGÍA 8
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA 11
3.1 PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 11
3.1.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 20
3.2 PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO 22
3.2.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 33
3.3 PROCESO GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA 34
3.3.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 36
3.4 PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL 36
3.4.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 46
3.5 PROCESO COMUNICACIONES 47
3.5.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 50
3.6 PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS 51
3.6.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 53
3.7 GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN 54
3.7.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 65
3.8 PROCESO FACTIBILIDAD DE PROYECTOS 67
3.8.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 74
3.9 PROCESO DISEÑO DE PROYECTOS 75
3.9.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 79
3.10 PROCESO GESTIÓN PREDIAL 80
3.10.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 82
3.11 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS 83
3.11.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 93
3.12 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA 94
3.12.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 98
3.13 PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL 99
3.13.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 109
3.14 PROCESO GESTIÓN LEGAL 109
3.14.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 114

3.15 PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST 116
3.15.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 126
3.16 PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 129
3.16.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 131
3.17 PROCESO GESTIÓN FINANCIERA 132
3.17.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 142
3.18 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 142
3.18.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 150
3.19 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL 152
3.19.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 162
3.20 PROCESO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 164
3.20.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 177
3.21 PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL 179
3.21.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 181
3.22 PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO 181
3.22.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO 184
4. RECOMENDACIONES 185
4.1 PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 185
4.2 PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO 186
4.3 PROCESO GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA 187
4.4 PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL 188
4.5 PROCESO COMUNICACIONES 189
4.6 PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS 189
4.7 PROCESO GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN 190
4.8 PROCESO FACTIBILIDAD DE PROYECTOS 190
4.9 PROCESO DISEÑO DE PROYECTOS 191
4.10 PROCESO GESTIÓN PREDIAL 191
4.11 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS 192
4.12 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA 192
4.13 PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL 193
4.14 PROCESO GESTIÓN LEGAL 194
4.15 PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST 194
4.16 PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 194

4.17 PROCESO GESTIÓN FINANCIERA 195
4.18 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 196
4.19 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL 197
4.20 PROCESO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 197
4.21 PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL 198
4.22 PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO 198
5. CONCLUSIONES 199
6. FIRMAS DE LÍDERES DE AUDITORÍA POR PROCESO 207
7. ANEXOS 209
7.1 INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO 209
7.2 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA 212
7.3 PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL 214
7.4 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS 219
7.5 GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST 220
7.6 GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 227
7.7 GESTIÓN DOCUMENTAL 229
7.8 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 233

1. INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Informe	**Preliminar** ☐	**Final** [X]	**Fecha de elaboración del informe:**	24/08/2018
Proceso/Objeto Auditado	Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Mejora del Instituto de Desarrollo Urbano IDU.			
Líder del proceso/ Cargo y dependencia	Responsables de procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y mejora a auditar.			
Líder operativo del Proceso/ cargo y dependencia	Líderes de procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y mejora a auditar			
Tipo de Auditoría	Interna al Sistema Integrado de Gestión			
Objetivo	Verificar el grado de cumplimiento y/o conformidad del Sistema Integrado de Gestión del Instituto de Desarrollo Urbano, según los requisitos de Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo, evaluando el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales aplicables y propios de la Entidad, como base de la mejora continua del mismo.			
Alcance	La auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión, aplica para los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Mejora del Instituto de Desarrollo Urbano IDU, con base en los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015, la NTC ISO 14001:2015 y los requisitos transversales definidos en la Resolución 1111 de 2017, así como lo descrito en los manuales, guías, procedimientos, registros, formatos y demás documentos pertenecientes al Sistema Integrado de Gestión como criterio evaluable de auditoría. Los aspectos a verificar comprenden las actividades desarrolladas por los procesos desde el 1 de julio de 2017 al 31 de mayo de 2018, de acuerdo con el alcance y las actividades críticas descritas en la caracterización por proceso. No obstante lo anterior, si en la ejecución de la auditoría se requiere revisar información de vigencias anteriores, el equipo auditor requerirá la información pertinente.			
Criterios de Auditoría	Requisitos de norma definidos en: • NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. • NTC ISO 14001:2015. Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. • Resolución 1111 de 2017. Por la cual se definen los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratistas. Documentación perteneciente al Sistema Integrado de Gestión: • Caracterizaciones de proceso. • Matriz de requisitos SIG vs procesos.			

	• Documentación publicada en el Manual de Procesos del IDU. • Normograma Institucional. • Cuadro de mando de indicadores de gestión. • Matriz de riesgo institucional. • Planes de mejoramiento.
Fecha reunión de apertura	08/06/2018
Fecha reunión de cierre	16/08/2018

EQUIPO AUDITOR

N°	NOMBRE	CARGO	ROL AUDITORÍA	PROCESO AUDITADO
1	Camilo Oswaldo Barajas Sierra	Profesional Especializado 05 - OCI	Auditor Líder	Planeación Estratégica Innovación y Gestión del Conocimiento Gestión Documental
2	Consuelo Mercedes Russi Suárez	Contratista OCI	Auditor Líder	Gestión Interinstitucional Gestión de la Valorización y Financiación
3	Erika Stipanovik Venegas	Profesional Especializado 04 - OCI	Experto técnico	Gestión Contractual Gestión Legal
4	Luz Andrea Chaux Quimbaya	Contratista OCI	Experto técnico	Gestión Financiera Gestión Documental
5	Jenny Patricia Choncontá Fonseca	Profesional Universitario 02 - OCI	Experto técnico	Gestión Interinstitucional Gestión Contractual
6	Diego Fernando Aparicio Fuentes	Profesional Universitario 03 - OCI	Auditor Líder y Acompañante	Planeación Estratégica Gestión Interinstitucional Gestión Contractual
7	Adriana Mabel Niño Acosta	Profesional Especializado 05 - OCI	Experto técnico	Innovación y Gestión del Conocimiento Tecnologías de Información y Comunicación
8	Fabio Ayala Rodríguez	Profesional Universitario 02 - OCI	Auditor Acompañante	Gestión Integral de Proyectos Gestión Predial
9	Fernando Garavito Guerra	Profesional Especializado 04 - OCI	Auditor Acompañante	Gestión de Recursos Físicos Gestión del Talento Humano
10	Nohra Lucía Forero Céspedes	Contratista OCI	Auditor Acompañante	Gestión Integral de Proyectos Gestión Ambiental, Calidad y SST
11	Wilson Guillermo Herrera Reyes	Profesional Especializado 06 - OCI	Auditor Líder	Factibilidad de Proyectos Tecnologías de Información y Comunicación

N°	NOMBRE	CARGO	ROL AUDITORÍA	PROCESO AUDITADO
12	Yully Maritza Montenegro Suárez	Contratista OCI	Auditor Líder	Planeación Estratégica Gestión Integral de Proyectos Gestión Ambiental, Calidad y SST
13	Carlos Campos Sosa	Profesional Especializado 04 - OAP	Auditor Líder y Acompañante	Comunicaciones Conservación de la Infraestructura
14	Dickson Pinzón Corredor	Profesional Especializado 04 - OAP	Auditor Acompañante	Gestión Social y Participación Ciudadana
15	Edynzon Gallego Londoño	Profesional Especializado 06 - OAP	Auditor Líder	Gestión Financiera
16	John Quiroga Fuquene	Profesional Especializado 06 - OAP	Auditor Líder	Factibilidad de Proyectos Gestión de Recursos Físicos
17	Julieth Monroy Rodríguez	Profesional Especializado 04 - OAP	Auditor Líder	Gestión del Talento Humano
18	Cesar Miranda Rivas	Profesional Especializado 04 - OTC	Auditor Líder	Ejecución de Obras
19	Luisa Fernanda Aguilar	Profesional Especializado 06 - OTC	Auditor Líder y Acompañante	Evaluación y Control Mejoramiento Continuo
20	Ana Claudia Mahecha	Profesional Especializado 04 - SGGC	Auditor Líder y Acompañante	Gestión Predial Gestión Legal
21	Héctor Pulido Moreno	Profesional Especializado 04 - STRT	Auditor Líder	Gestión Social y Participación Ciudadana
22	Héctor Andrés Mafla Trujillo	Profesional Especializado 04 - STRT	Auditor Acompañante	Gestión Documental
23	Claudia Amparo Mojica	Profesional Especializado 05 - STRH	Auditor Acompañante	Conservación de la Infraestructura
24	Jorge Sepúlveda Afanador	Profesional Especializado 06 - STRH	Auditor Acompañante	Diseño de Proyectos
25	Francisco José Gallego Mendoza	Profesional Especializado 04 - SGI	Auditor Líder	Comunicaciones
26	Luis Fernando Leiva	Profesional Universitario 02 - STMSV	Auditor Líder y Acompañante	Diseño de Proyectos Ejecución de Obras

N°	NOMBRE	CARGO	ROL AUDITORÍA	PROCESO AUDITADO
27	Mónica Granados Rodríguez	Profesional Universitario 02 - STMST	Auditor Líder y Acompañante	Evaluación y Control Mejoramiento Continuo

2. METODOLOGÍA

De acuerdo con el Plan de Auditoría al Sistema Integrado de Gestión SIG, presentado mediante memorando 20181350130983 de junio 1 de 2018, con alcance mediante memorando 20181350182703 de julio 31 de 2018, la evaluación a los 22 procesos del Instituto, fue desarrollada del 7 de junio al 19 de julio del año en mención, periodo durante el cual, según Cronograma de actividades, cada equipo auditor realizó la planeación y ejecución de auditorías y posterior consolidación y documentación de resultados de auditoría, validados y consolidados por la Oficina de Control Interno en el presente Informe de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión SIG.

Así, para cada proceso, se realizó la planeación de la auditoría, definiendo el alcance de la misma, según las actividades críticas del proceso, establecidas en la caracterización y demás documentación a saber, con base en las cuales se realizó revisión documental y entrevistas con los líderes y profesionales responsables, para las actividades seleccionadas como parte de la muestra de auditoría. De igual manera, la ejecución de las auditorías involucró la revisión de información publicada en el sitio web institucional, la intranet del IDU e información publicada en diferentes sistemas de información con los que cuenta la entidad (ORFEO, CHIE, STONE, VALORICEMOS, ZIPA, entre otros).

Adicionalmente, se realizó la auditoría a cada proceso, de acuerdo con los criterios transversales, definidos para esta auditoría, según lo establecido en la Matriz de requisitos versus procesos (NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 14001:2015) y requisitos de Seguridad y Salud en el Trabajo-SST, definidos en el Anexo Técnico de la Resolución 1111 de 2017.

A continuación, para los casos que aplique, se dan a conocer los criterios o aspectos metodológicos, que fueron tenidos en cuenta, específicamente para algunos procesos:

PROCESO	ASPECTOS PARTICULARES REVISADOS PARA EL PROCESO
INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	En el marco del alcance de la auditoría, se efectuó revisión al portafolio de mapas publicados en la página web del IDU.
GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS	Se realizó verificación en el aplicativo de seguimiento a proyectos ZIPA, donde se evaluaron los aspectos establecidos en la caracterización del proceso.
GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL	Para la actividad 1, 2 y 3, se auditaron las siguientes salidas del proceso: • Fidecomiso IDU 1284 de 2018 del 14 de febrero de 2018, se expuso la naturaleza zonal de la gestión que se adelanta, en el marco del Decreto 088 de 2017 "*Por medio del cual se establecen las normas para el ámbito de aplicación del Plan de Ordenamiento Zonal del Norte* Convenios de Cooperación para Intervención Infraestructura Vial y Espacio Público a Cargo de Terceros,

PROCESO	ASPECTOS PARTICULARES REVISADOS PARA EL PROCESO
	• Convenio relacionado con el proyecto "Plan de Regularización y Manejo Clínica Nuestra Señora de la Paz" para el cual el IDU suscribió el convenio IDU-1453-2017, cuyo objeto es *"realizar los estudios, diseños, adquisición predial y la ejecución de las obras de infraestructura vial y espacio público, acordadas y contenidas en el plan de regularización y manejo de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, a título de acciones de mitigación, con el acompañamiento DEL IDU."* • Asociación Público Privadas –APP: se observó que la información generada por el proceso con relación a la actividad de APP, presenta clasificación con reserva, estas clasificaciones están acorde con la clasificación y etiquetado de la información, establecida en la Circular N° 17 de 2015 (Orfeo 20155050000174), y presenta restricciones de acceso, lo cual se convierte en una limitación del alcance de la auditoría, toda vez que el acceso a los contenidos de la información no es pública, por lo tanto se verificó hasta donde el proceso lo permite. Es de anotar que gran parte de la información del proceso es verificada y validada por las instituciones, entre otras la Secretaría Distrital de Planeación, Secretaría Distrital de Hacienda, las empresas de servicios públicos y en los casos en que haya injerencia del nivel nacional, la presencia de la Agencia Nacional de Infraestructura ANI. Convenio IDU-1454-2017, suscrito con Colombia Telecomunicaciones ESP De acuerdo con la Matriz de Riesgo Institucional, se verificó la implementación de la Metodología de Gestión de Riesgos según lo definido en la Guía MGPE018 "Administración del Riesgo", verificando las actividades ejecutadas para la identificación, calificación y tratamiento de riesgos. Se evaluaron los controles implementados para la mitigación de riesgos y los planes de tratamiento definidos para los riesgos.
GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN	La evaluación de la actividad crítica N° 7. Cobrar y Recaudar, descrita en este informe, se soportó en la caracterización del servicio CSVF03 Certificado de Estado de Cuenta para Trámite Notarial V1.0
FACTIBILIDAD DE PROYECTOS	Se realizaron entrevistas con los siguientes profesionales, responsables del proceso auditado, para confirmar la información documentada y evidenciar el grado de cumplimiento del proceso: • Profesional que coordinó la elaboración interna de los productos de factibilidad del proyecto denominado "Tramo CONPES Troncal Av. Boyacá desde la Autopista Sur hasta la Calle 26". • Profesional que apoya la supervisión y seguimiento de los contratos de interventoría (1535-2017) y de consultoría (1525-2017) correspondientes al contrato en cuyo objeto se incluye "(…) factibilidad, estudios y diseños del ciclopuente Canal Molinos x Autonorte, en la ciudad de Bogotá, D.C." El alcance en la entrevista y verificación corresponde a los productos del proceso de factibilidad. • Profesional que apoya la supervisión y seguimiento de los contratos de interventoría (1107-2017) y de consultoría (1525-2017) correspondientes al contrato en cuyo objeto se incluye "Actualización y ajuste de factibilidad, y estudios y diseños para la adecuación al Sistema Transmilenio de la Troncal Av. Villavicencio desde el Portal Tunal hasta la Troncal NQS, en Bogotá D.C." El alcance en la entrevista y verificación corresponde a los productos del proceso de factibilidad.

PROCESO	ASPECTOS PARTICULARES REVISADOS PARA EL PROCESO
GESTIÓN PREDIAL	Se verificaron expedientes, tanto del proceso de adquisición como de administración de predios, así como la relación de las Resoluciones de oferta generadas durante el periodo a auditar, con el fin de verificar el cumplimiento de las normas evaluadas.
CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	La auditoría involucró las siguientes actividades: 1. Visita a la oficina de la Dirección Técnica de Mantenimiento-DTM con el fin de tomar muestras sobre criterios trasversales de gestión; 2. Visita al frente de obra de la Av. 15 entre calle 76 y 78, y la oficina del interventor del contrato 1257 de 2017 cuyo objeto es: "*Ejecución a monto agotable de las obras de mantenimiento, mejoramiento, adecuación y rehabilitación de espacio público en Bogotá D.C. grupo 2*"; 3. Visita a la Dirección Técnica de Administración de la Infraestructura - DTAI para realizar entrevistas a los integrantes del proceso, de forma específica, a los integrantes del equipo de trabajo responsable de pólizas de estabilidad, puesto que se encuentra asociado con las etapas posteriores a la entrega de un bien o servicio de la entidad, tema relevante frente al Subsistema de Gestión de Calidad, en la transición a la versión 2015 de la norma. Para la auditoría se tomó como muestra el Contrato 928 de 2013, cuyo objeto es "*Complementación de diseños y construcción de pavimentos locales grupo 1*" y se realizó un análisis de trazabilidad para verificar el grado de cumplimiento de los controles establecidos en el proceso.
GESTIÓN CONTRACTUAL	La selección de la muestra a aplicar en el proceso se realizó de forma aleatoria, tomando 3 modalidades de contratación a saber: 1. Licitación pública (obra), 2. Contratación de mínima cuantía inferior al 10% de la menor cuantía, 3. Contratación directa - prestación de servicios de apoyo a la gestión (PSP) y con el propósito de verificar lo relacionado con la propiedad del proveedor externo, a que se refiere el numeral 8.5.3, se seleccionó una contratación directa de arrendamiento. 4. Como requisito fundamental de la selección de proveedores de bienes y servicios, se hizo una revisión de la publicación de información en los portales de contratación, incluyendo un aparte especial de esta revisión en la presente auditoría. Los Contratos seleccionados fueron: IDU-1491-2017 Licitación Pública. IDU-1413-2017 Mínima Cuantía inferior al 10% de la menor cuantía. IDU-1408-2017 Contratación directa IDU-945-2017 Contratación directa (arriendo)
GESTIÓN FINANCIERA	Revisión documental a partir de la documentación publicada para el proceso, que incluyó, entre otros, la Caracterización de productos/servicios: Pago Compensatorio de estacionamientos. CS-GF-01 V 1.0
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Se realizaron inspecciones y visitas a áreas físicas, lugares de almacenamiento de materiales de aseo y visita a bodega de Panalpina, en la cual se verificó, conjuntamente con la coordinadora del almacén, el estado de las instalaciones donde se presta el servicio, tomando registros fotográficos y fílmicos, tanto de los elementos y materiales sobrantes de obra, como también del estado general de la bodega.
GESTIÓN DOCUMENTAL	Las pruebas de auditoría In Situ se realizaron a partir de la realización de entrevistas a los profesionales de Archivo y Correspondencia, el Centro de

PROCESO	ASPECTOS PARTICULARES REVISADOS PARA EL PROCESO
	Documentación y el Profesional encargado del acompañamiento y asesoría de riesgos, planes de mejoramiento e indicadores del proceso.
MEJORAMIENTO CONTINUO	Para el ejercicio de auditoría de este proceso se destaca la revisión del sistema de información CHIE el cual se define como un "*sistema de registro de las acciones, actividades y demás atributos que conforman el Plan de Mejoramiento definido por la Entidad, así como el avance, acompañamiento, seguimiento, evaluación y monitoreo de dichas acciones; que sirva como herramienta para el establecimiento de mecanismos de control, alertas tempranas, observaciones y recomendaciones que permitan garantizar la efectividad en su cumplimiento".*

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se dan a conocer las actividades críticas evaluadas para cada proceso, además de los resultados evidenciados durante el desarrollo de la auditoría:

3.1 PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas de la caracterización del proceso, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría:

Actividad crítica 5. Identificar la estructura financiera de la vigencia fiscal

Esta actividad se encuentra descrita en la Caracterización de proceso versión 2, como *"Proyectar y definir la estructura de los recursos presupuestales y financieros necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico del IDU"*. Como productos, se han identificado planes e instrumentos que la administración pública ha definido para que las entidades den cumplimiento a su quehacer misional y por consiguiente a la gestión de los recursos necesarios para este fin. Específicamente, para la actividad crítica 5, se definió el anteproyecto de Inversión para aprobación, el POAI Plan Operativo Anual de Inversiones y el Plan financiero.

Para los productos: "*1. Ponderación del valor presente y proyección en cada año del Plan Estratégico. Definición del presupuesto Plurianual, 2. Identificación y proyección plurianual de las fuentes de financiamiento del Plan Estratégico, 3. Identificación del cronograma de ejecución presupuestal anual, en relación con el cumplimiento de metas del Plan Estratégico del IDU"*, no fue posible ubicar la documentación que describa sus especificaciones, las actividades y métodos aplicados para su elaboración, así como los controles para verificar la conformidad de los mismos y los involucrados en la gestión de estas actividades.

Para la verificación de los productos: *"4. Anteproyecto de Inversión para aprobación. 5. POAI Plan Operativo Anual de Inversiones y 6. Plan financiero"*, se verificó el procedimiento, versión 10 de 30 de septiembre de 2014. En primer lugar, se verificaron los niveles de responsabilidad y autoridad, los cuales se enlazan con la caracterización del proceso, donde se identifica como líder de proceso y líder operativo al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. En el Manual del Sistema del Sistema de Gestión Integral, se ha definido como líderes Operativos las dependencias, esta diferencia entre lo establecido en el manual y la caracterización de proceso amerita que se unifique el criterio para la denominación del responsable. Frente a la definición de

responsabilidades, exclusivamente para la OAP, en el procedimiento PRPE02 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto, existen actividades que son lideradas operativamente por la Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad STPC.

En cuanto a la verificación de las actividades del procedimiento, se realizó la verificación de los registros y puntos de control generados a partir de la actividad 17, para la cual la OAP cuenta con responsabilidades asignadas. Esta actividad está denominada como "*Socializar a las áreas los lineamientos de la circular de Secretaría General de Hacienda"*, frente a la cual, respecto a los formatos a utilizar y su diligenciamiento, se comentó por parte de los involucrados en el proceso, que se hace a través de la realización de reuniones con las áreas y para el Anteproyecto de Presupuesto 2018, los lineamientos fueron suministrados a las áreas a través del memorando 20171150154593 de julio 7 de 2017.

De la misma forma, el memorando en mención soporta el cumplimiento de la actividad 18 definida como "*Solicitar a las áreas responsables la proyección de gastos de inversión"*, con base en el cual se indica que la programación presupuestal, entre otras cosas, debe estar acorde con la programación de recursos de cada obra y con el estado de avance registrado en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos - ZIPA. Como anexo, fue enviado el Formato FOPE09 'Programación Presupuestal V.3', donde se solicitó establecer y remitir el flujo financiero de los proyectos: Cronograma de ejecución (fecha estimada de compromiso presupuestal CRP y fecha estimada de giros de los recursos - PAC).

Se verificó la actividad 20 "*Recibir las necesidades para la ejecución integral de proyectos de infraestructura del Sistema de Movilidad y Espació Público del Distrito Capital*", evidenciándose que en respuesta al memorando 20172050154593, la SGDU radicó el memorando 20172050171323 de julio 28 de 2017, con base en el cual se verificó el archivo anexo (120172050171323_00002), correspondiente al formato FOPE09, solicitado en la actividad 18. Todos los valores de presupuesto entregados por la SGDU suman $536,816,953,000, valor que fue verificado en la base de datos Excel, suministrado por la OAP, encontrándose coincidencia del mismo, asegurando así el desarrollo de las actividades 21 "*Revisar las necesidades de ejecución"* y 27 "*Ingresar el anteproyecto de presupuesto en PREDIS y SEGPLAN en versión preliminar*".

Finalmente, se revisó la actividad 28 "*Presentaciones y discusión del anteproyecto del presupuesto con el alcalde mayor, SDH Y SDP"*, solicitándose registro de la presentación del anteproyecto, con la participación de los involucrados, sin obtener los soportes de dicha actividad; ante lo cual, la dependencia manifestó que esta actividad no se realiza directamente por la institución.

En conclusión, durante la verificación se pudo apreciar que, en las gestiones del anteproyecto de presupuesto para la vigencia 2018, se mantuvo coherencia tanto en la base de datos de la OAP, como de los soportes presentados por la SGDU, área verificada, demostrando control en el seguimiento y trazabilidad en esta gestión.

Actividad crítica 6. Armonizar los instrumentos de planeación y gestión de la Entidad, de conformidad con los lineamientos y metas del Plan Estratégico del IDU.

Se verificó que las actividades de planeación estratégica institucional relacionadas con el Plan de Desarrollo, no se despliegan en el mismo sentido que los planes de acción que genera la gerencia media, toda vez que sus restricciones son diferentes, debido a los momentos de programación.

El Plan de Desarrollo se programa al inicio de la gestión de cada período de gobierno, asociando un presupuesto propuesto, situación financiera que varía por diversas variables, como por ejemplo, las políticas sobre las cuales la entidad no cuenta con manejo y que pueden afectar la planeación institucional.

Lo anterior deriva en metodologías de control, basadas en un sistema de indicadores diferente para cada nivel, el estratégico orientado al Plan de Desarrollo Distrital y el táctico – operativo orientado a la gestión institucional (SEGPLAN vs. Cuadro de mando IDU).

Si bien, en el proceso de alineación estratégica, cada uno de los elementos de los planes de acción por área se encuentra relacionado con los objetivos institucionales y ellos a su vez con los pilares y ejes del plan de desarrollo, no es de fácil verificación, desde los mecanismos de control de gestión, el cumplimiento de las metas plan, toda vez que la formulación de los proyectos no presenta de manera detallada los alcances de las metas de los proyectos en cada uno de las metas del Plan Distrital de Desarrollo.

Actividad crítica 7. Estructurar instrumentos de monitoreo y evaluación

De acuerdo con el seguimiento a la formulación de indicadores por dependencias, realizado por la OCI en el mes de abril, se evaluó el tratamiento dado, respecto a las observaciones y recomendaciones realizadas en los informes generados para las siguientes dependencias:

Dependencia/ Radicado	Observación/ Recomendación	Estado actual
Dirección Técnica de Procesos Selectivos - DTPS. Memorando Nº 20181350111413	Indicador 4151: Incluir dentro de las fuentes al SECOP, toda vez que hay información que se toma de dicha fuente	La fuente de información del indicador permanece igual. No ha sido incorporada la recomendación realizada.
	Indicador 4155: Ajustar las fuentes de información, incluyendo la base de datos o el cronograma del proceso. Verificar la clasificación de tipo “eficiencia”.	La fuente de información del indicador, como la clasificación del mismo, permanecen iguales. No han sido incorporadas las recomendaciones realizadas.
	Indicadores 4156 y 4157: Verificar la clasificación de tipo “eficiencia” del indicador.	La clasificación de tipo de indicador permanece igual. No ha sido incorporada la recomendación realizada.
Subdirección Técnica de Mantenimiento Subsistema de Transporte - STMST Memorando Nº 20181350107913	Indicadores 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3668 y 3669: Incongruencia entre la fórmula, la unidad de medida y la meta de los indicadores.	Las variables de los indicadores permanecen igual. No se han tenido en cuenta las observaciones realizadas.
	Indicador 3663: Revisar el objetivo del indicador, por inconsistencia en el valor establecido, en relación con la meta anual definitiva.	Se realizó el ajuste en el objetivo del indicador, del valor definido como meta.
	Evaluar la posibilidad de formular indicadores de eficiencia y efectividad.	Todos los indicadores son de tipo “Eficacia”, por lo tanto, no ha sido incorporada la recomendación realizada.
Dirección Técnica de Gestión Contractual -	Indicador 4351: Revisar la fórmula, toda vez que el numerador incluye la meta del mismo.	La fórmula del indicador permanece igual, no ha sido incorporada la recomendación realizada.

Dependencia/ Radicado	Observación/ Recomendación	Estado actual
DTGC. Memorando Nº 20181350105013	Indicador 4352: Corregir en la caracterización la fuente de datos, toda vez que la información se genera mediante la consolidación del reporte SIVICOF y no de SIAC - ORFEO.	La fuente de información del indicador permanece igual. No ha sido incorporada la recomendación realizada.

Es importante mencionar, que la OAP soportó acta de reunión del 21/05/2018, con la participación de la DTPS y la DTGC, en la cual se tomaron decisiones para incorporar algunas recomendaciones realizadas por la OCI, antes del 28/05/2018; sin embargo, tal como lo demuestra la tabla anterior, éstas no se encuentran reflejadas en el Cuadro de mando de indicadores de gestión.

Por su parte, el 25/05/2018 la OAP remitió memorando 20181150123673 a la STMST, informando la pertinencia de realizar ajustes a la Caracterización de los indicadores de Gestión para la vigencia 2018, de acuerdo con el Informe de seguimiento a indicadores emitido por la OCI y adicionalmente, se soportó acta de reunión del 8/06/2018 entre la OAP y STMST, en la cual se acordó realizar las modificaciones a la caracterización de los indicadores antes del 13/06/2018; sin embargo, al cierre de verificación de información de este proceso, éstas tampoco se encuentran reflejadas en el Cuadro de mando de indicadores de gestión.

Actividad crítica 8. Realizar la gestión del riesgo institucional y por proceso.

Derivado de la revisión del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018, se evidenciaron los siguientes aspectos, que demuestran la necesidad de verificación previa de este tipo de documentos, por parte de la OAP, antes de su formalización:

a. Numeral 7.4 Política de riesgos. Se hace mención del documento DOPE01; sin embargo, la identificación actual del mismo corresponde al código DUPE01. Adicionalmente, se indica que la Política "*se encuentra publicada en la página WEB IDU, en el Menú "Transparencia / Plan Anticorrupción"*", no obstante, al ingresar a la página Web, en el link de transparencia, no existe un acceso directo identificado como Plan Anticorrupción.

   Seguido de esto, se menciona que "*La Política de Riesgos del IDU fue revisada en el mes de Diciembre de 2017 por parte del Comité del Sistema Integrado de Gestión (SIG), allí se revisó el avance en su cumplimiento, y se estimó conveniente no modificar la política la cual se encuentra alineada con la Planeación Estratégica del Instituto. Para el 2018, El Comité SIG realizará una revisión anual de la política en el segundo semestre de 2018*". De acuerdo con esto, se solicitó evidencia de la revisión realizada en diciembre, teniendo en cuenta que la política actual presenta fecha de 31/08/2016, encontrando acta de reunión de Equipo operativo SIG, del 4/12/2017, en la que la revisión de la Política no hace parte de la agenda del día, observando entre párrafos que *"(…) Se realiza un breve socialización de la Política de Riesgos a los presentes y de cómo afecta este los ejercicios (…)*", lo cual no soporta la revisión y decisión mencionada en el párrafo en mención. Adicionalmente, se indicó que aún no se cuenta con programación específica de la revisión anual de la política, por parte del Comité SIG, para el segundo semestre del año.

   En consideración de lo anterior, es importante precisar que de acuerdo con lo definido en el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.1.6, es función del Comité Institucional de Coordinación

de Control Interno: "(…) g. *Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta".*

b. Numeral 7.5 Mapas de Riesgos. Se estableció que "(…) *se han identificado los riesgos para cada uno de los veintidós (22) procesos de la Entidad, documentándose la matriz en el formato "FO-PE-05 MATRIZ RIESGOS DE CORRUPCION" vigente; donde se describen los riesgos de corrupción y sus características, los mecanismos de control existentes, las acciones de seguimiento definidas, y un reporte cuatrimestral del monitoreo al riesgo";* sin embargo, la estructura de la matriz en mención no guarda correspondencia con estas características, por lo que no se encuentran relacionadas "acciones de seguimiento*",* que claramente difieren de las acciones de monitoreo que se deben ejecutar para mitigar el riesgo.

   Adicionalmente, se indica que "(…) *Los mapas de riesgos se publican para consulta de la ciudadanía en la página web, en la ruta: www.idu.gov.co/ transparencia/ planeación/ plan anticorrupción/ matrices de riesgos*"; sin embargo, al verificar el acceso, se observó que la ruta de acceso corresponde a: www.idu.gov.co/page/transparencia/planeacion/plan-anti-corrupcion/ mapas de riesgos institucional.

   En relación con las acciones a seguir para la administración de los riesgos de corrupción, se evidenció que existen diferencias entre las fechas programadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018 y el Plan de trabajo de gestión de riesgos 2018, mediante el cual la OAP, implementa la metodología y reporta el indicador 11511 Administración de riesgos; no obstante, se argumentó que las fechas del Plan de trabajo son más exigentes que las definidas en el Plan Anticorrupción.

Como parte de la verificación al Plan de trabajo de gestión de riesgos 2018, se evidenció que la actividad 2.2 Consolidación del Contexto estratégico (22 procesos), no se cumplió en marzo según lo planeado, encontrándose procesos para los cuales esta actividad presenta fecha de abril y en cuanto a la actividad 2.3 Identificación y gestión de oportunidades, programada para abril, se encontró que la Matriz de Oportunidades FOPE12, presenta fecha de actualización de mayo de 2018.

Respecto al monitoreo cuatrimestral, al verificar la matriz de riesgos de corrupción, se evidenció como último monitoreo para el proceso Ambiental, Calidad y SST, el periodo de septiembre a diciembre; sin embargo, se soportó acta de reunión con este fin, del 4/05/2018. Por su parte, el proceso Ejecución de Obras, no presenta periodo de monitoreo, ni se evidenció acta de reunión que demuestre el monitoreo realizado para el primer cuatrimestre del año.

Por su parte, de acuerdo con el MGPE018 Manual Administración del Riesgo y el INPL010 Instructivo Alineación de controles de riesgos, se evidenció que la metodología institucional para la gestión de riesgos, no se encuentra alineada con los lineamientos dados en la "*Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles, en entidades públicas*" del DAFP (febrero 2018), por cuanto no están claramente definidas las responsabilidades, para las diferentes etapas de la metodología, tal como se evidencia en los capítulos de Identificación, Tratamiento y Monitoreo de los riesgos del Manual.

Actividad crítica 9. Evaluar el desempeño en la ejecución del proceso e identificar las oportunidades de mejora

a. Gestión de riesgos del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos institucional, se observó que el proceso cuenta con 8 riesgos, de los cuales 1 está calificado en nivel de riesgo inherente "Extremo", 1 en "Alto", 3 en "Moderado" y 3 en "Inferior".

De acuerdo con los aspectos verificados en esta auditoría, la revisión se enfocó en el riesgo R-PE-01 "*Deficiencia en la programación presupuestal*", en nivel de riesgo Alto, para el cual fueron validados los controles, encontrando que han sido implementados según lo definido en la matriz, no obstante, se evidenciaron situaciones que denotan materialización del riesgo como las siguientes:

- Para la vigencia 2017, se priorizaron recursos para proyectos que no se ejecutaron, lo cual se pudo evidenciar en el archivo "*Saldos sin ejecución vigencia 2017*", suministrado por la OAP, hecho relacionado directamente con el riesgo identificado, a saber: "*Deficiencias en la programación presupuestal*", situación atribuida en este caso, a que se proyectaron recursos para la ejecución de proyectos, sin contar con Estudios y Diseños actualizados.

- Varias modificaciones realizadas al Presupuesto anual, después de que éste ha sido aprobado. El equipo auditor no desconoce, que las modificaciones presupuestales no necesariamente están asociadas a deficiencias en programación presupuestal, pues pueden obedecer a circunstancias plenamente justificadas e impredecibles; sin embargo, es el mismo proceso quien las tiene identificadas como una consecuencia del riesgo, en caso que éste llegase a presentarse.

En consideración de lo anterior, se indagó sobre las acciones adelantadas por el proceso, sin encontrar evidencias de reporte, ni tratamiento del mismo, según lo definido en la GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados.

b. Planes de mejoramiento. Al revisar las acciones de planes de mejoramiento a cargo del proceso, en estado "Terminado", se evidenció: que las acciones 1047 y 1048, no han sido efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, los hallazgos han sido recurrentes en auditorías y seguimientos posteriores, así:

Acción	Hallazgo	Acción propuesta	Evaluación de efectividad
1047	Se evidenció que en el contrato de prestación de servicios N°0893 de 2016, con la empresa Remolina Estrada, cuyo objeto es "*Prestar servicios profesionales para apoyar al IDU en el proceso de Planeación Estratégica*", no se tuvieron en cuenta los requisitos de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, incumpliendo las políticas de control para la Seguridad de la Información, definidas en el artículo décimo de la Resolución Interna 34217 de 2015, en relación con la "*política de*	"Informar por Memorando a la DTGC, la necesidad de incluir para los contratos como el mencionado en este hallazgo, para que se incluya como clausula general, lo relacionado como Acuerdos de confidencialidad". Acción terminada con corte al 30/11/2017, según lo planeado.	Como parte de la evaluación de efectividad realizada en esta auditoría, al revisar el contrato IDU-1169-2017, suscrito con la Cooperativa Multiactiva para los profesionales del sector salud, se evidenció que este no contiene cláusula de confidencialidad. Situación que refleja que la acción propuesta, no fue efectiva, toda vez que el hallazgo está siendo reiterativo para otro de los contratos

Acción	Hallazgo	Acción propuesta	Evaluación de efectividad
	seguridad de la información para las relaciones con proveedores".		evaluados a cargo de la dependencia.
1048	Al verificar la documentación perteneciente al proceso, se encontró: a. El normograma del proceso fue actualizado con corte a junio de 2017, sin embargo no se evidencia la inclusión de normatividad relacionada con el proceso como: *Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo (Incluido en el marco normativo del procedimiento de Direccionamiento Estratégico), *Acuerdo 12 de 1994 por el cual se establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y se reglamenta la Formulación, la Aprobación, la Ejecución y la Evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá, *Ley 1483 de 2011 por medio de la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal para las entidades territoriales (…)	"Inclusión en el normograma de las normas asociadas al PDD, estatuto de Planeación, presupuesto, resolución manual de riesgos, conforme al hallazgo de la auditoría". Acción terminada con corte al 28/02/2018, según lo planeado.	Como parte de la evaluación de efectividad realizada en esta auditoría, se evidenció que el normograma del proceso, no incluye normatividad vigente como el Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017, el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 648 de abril de 2017, la Resolución 1080 de 2018 y la Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles, en entidades públicas (Documento externo). Situación que refleja que la acción propuesta, no fue efectiva, teniendo en cuenta que para la acción 1048, la actualización del normograma se realizó únicamente para los aspectos evidenciados por la auditoría, lo cual demuestra la corrección realizada, más no la acción tomada para garantizar que este tipo de situaciones no sean reiterativas.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Como parte de la verificación del conocimiento e interiorización de las directrices y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad y del Sistema de Gestión Ambiental, por parte del líder y profesionales del proceso, se recalcó la necesidad de fortalecer dichos conocimientos, toda vez que no todo el personal tiene claridad de esta información y tampoco de la forma de ubicarla en los documentos relacionados en la Intranet, derivado de entrevistas realizadas a personal del proceso.

Por otra parte, se verificó el cumplimiento de los estándares mínimos de SST, encontrando conformidad de los mismos, en relación con Elementos de Protección Personal, afiliación y novedades a la ARL y condiciones de salud en el trabajo; no obstante, es necesario fortalecer las medidas de control, frente a condiciones de seguridad y salud en el trabajo, por lo que fueron evidenciados obstáculos, cajas, archivos en pasillos y escritorios, acentuando la probabilidad de riesgos físicos y ergonómicos.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del

Sistema. Mediante correo electrónico del 22/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No conformidad Nº1: No se cuenta con evidencia, que permita conocer el resultado de los productos establecidos como salidas, en la caracterización del proceso.

La OAP registró lo siguiente en su respuesta:

> *"Se acepta la NC. Con respecto a la actividad crítica 5 se acepta el hallazgo por cuanto hay un error en el alcance de los productos, toda vez que existen para los proyectos de inversión y por consecuente para el plan de desarrollo, aunque el término descrito en la caracterización es el de planeación estratégica, por lo que se procederá a realizar la corrección.*
>
> *Con respecto al producto de la actividad crítica 7, le informamos que existe evidencia de los entregables. El argumento se presenta en el Anexo 1 a esta respuesta".*

Respecto al producto 4 "*Identificación y ponderación de los factores claves de éxito de las líneas de gestión estratégica del IDU*", se aclara, que durante la auditoría realizada a la actividad crítica 7 "*Estructurar instrumentos de monitoreo y evaluación*", no se obtuvo evidencia, que permitiera verificar este producto, debido a que los responsables de la actividad no lo identificaron como salida de la actividad en mención. Si bien mediante correo electrónico, la OAP remitió la relación de los factores claves de éxito, esta información no fue debidamente soportada en la ejecución de la auditoría.

No conformidad Nº2: Falta de análisis y evaluación de los resultados de seguimiento y medición a los indicadores de gestión

La OAP registró lo siguiente en su respuesta:

> *"La OAP considera que no es una No conformidad, por cuanto si existe evidencia del análisis a los indicadores y los ajustes que se consideran pertinentes asociados a los indicadores.*
>
> *La OAP realiza la orientación metodológica, y en primera instancia el deber del análisis es de las dependencias líderes de los indicadores, posteriormente la OAP envía a las dependencias los informes a los indicadores de gestión. Para el caso que menciona la OCI, las dependencias analizaron las observaciones de la OCI y las que se estimaron procedentes se ejecutaron. La OAP y las dependencias hacen reuniones periódicas para determinar los ajustes que se requieren, y de acuerdo a la oportunidad requerida en la guía de seguimiento a la gestión se actualiza y publica el archivo de la caracterización de indicadores.*
>
> *Para los casos en los que mencionan, se les envía anexos las evidencias de los análisis a los indicadores, también podrán observar en el cuadro de indicadores del Mapa de Procesos de los ajustes que se consideraron pertinentes".*

Al momento de la auditoría, se verificaron de manera aleatoria las modificaciones realizadas al cuadro de mando integral. Según acta de reunión del 21/05/2018, con la participación de la DTPS y la DTGC, se decidió incorporar algunas recomendaciones realizadas por la OCI, antes del 28/05/2018. De otra parte, según memorando 20181150123673 y acta de reunión del 8/06/2018 entre la OAP y STMST, se acordó realizar las modificaciones a la caracterización de los indicadores antes del 13/06/2018. Se evidenció que dichas modificaciones no fueron realizadas dentro de los plazos acordados.

Adicionalmente, los documentos remitidos por la OAP, en los que se evidencia la realización parcial de las modificaciones, son de fecha posterior a la auditoría realizada y no permiten identificar la adopción de la totalidad de los compromisos establecidos en las actas de las mesas

de trabajo. Lo anterior evidencia que, a partir de los seguimientos y análisis realizados, no se han formalizado las decisiones respectivas.

En consideración de lo expuesto, se mantiene esta No Conformidad.

No conformidad Nº3: Materialización de riesgos del proceso

La OAP registró lo siguiente en su respuesta:

> "*Las modificaciones presupuestales no son evidencia de materialización del riesgo RPE01 Deficiencia en la programación Presupuestal. (…)Los eventos donde se materializa el riesgo corresponden a: Eventos donde se evidenciaría una inadecuada planeación del gasto para la siguiente vigencia, por parte de los ordenadores del gasto, Falencias en la definición de lineamientos o ausencia de los mismos para orientar el gasto dentro de la programación presupuestal, 3. Proyecciones no ajustadas al ciclo de vida del proyecto con estimaciones inexactas (plazo, alcance y/o de presupuesto), pretendiendo su programación y ejecución dentro de la misma vigencia fiscal e Inexactitud en la proyección de los costos y gastos de los proyectos*".

El equipo auditor, para el establecimiento del hallazgo, partió de lo establecido en la matriz de riesgos del proceso. En ella, se identificó como consecuencia No. 2 “Continuas modificaciones presupuestales”. Es de anotar que, para la identificación de materialización de riesgos, se puede contar con diferentes fuentes de información, como son, reporte de peticiones, no control de las causas que generan el riesgo, las consecuencias generadas por el riesgo, información reportada por partes interesadas, ejercicios de auditoría, autoevaluación, entre otras.

Frente al caso en particular, en el desarrollo de la auditoría, se identificó que para la vigencia 2017, se priorizaron recursos para proyectos que no se ejecutaron, lo cual se pudo evidenciar en el archivo “*Saldos sin ejecución vigencia 2017*”, suministrado por la OAP, hecho relacionado directamente con el riesgo identificado, a saber: “*Deficiencias en la programación presupuestal*”, situación atribuida en este caso, a que se proyectaron recursos para la ejecución de proyectos, sin contar con Estudios y Diseños actualizados.

Por otro lado, como una de las fuentes de información para la identificación de riesgos materializados puede ser las consecuencias, al estar las modificaciones presupuestales clasificadas en esta variable, al evidenciar su presentación, se asocia a la materialización del riesgo. El equipo auditor no desconoce, que las modificaciones presupuestales no necesariamente están asociadas a deficiencias en programación presupuestal, pues pueden obedecer a circunstancias plenamente justificadas e impredecibles; no obstante, el proceso de planeación estratégica, asocia este hecho a una consecuencia generada por el riesgo mencionado, y a su vez, contradictoriamente, esboza el procedimiento PR-PE-01 Modificaciones presupuestales y el formato FO-PE-02 Modificaciones presupuestales como algunos de los controles existentes para la mitigación del riesgo.

Los hechos mencionados evidencian inconsistencias entre los diferentes elementos a considerar en la identificación y valoración del riesgo “*Deficiencias en la programación presupuestal*”, que tal como está definido, conlleva a la lectura de materialización del riesgo, situación que plantea la necesidad, de realizar una validación de este riesgo, asegurando la coherencia entre las diferentes variables.

En consideración de lo expuesto, se mantiene esta No Conformidad.

No conformidad Nº4: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas

La OAP registró lo siguiente en su respuesta:

> *"La OAP no acepta el hallazgo en mención.*
>
> *Evidencia: El contrato IDU-1169-2017[JAQF8] :*
>
> *No se acepta la no conformidad todas vez que citan un contrato suscrito de agosto de 2017, para decir que la acción 1047 de noviembre de 2017 no fue efectiva, no se puede demostrar la efectividad de una acción con hechos ocurridos con anterioridad a la misma.*
>
> *Con respecto al normograma, la OAP no considera pertinente incluir en el normograma la guía para la gestión de riesgos, por cuanto no es de obligatorio cumplimiento, aun cuando el IDU decidiera referirse a la misma ó realizar una aplicación parcial.*
>
> *Con respecto a las demás normas a que se refieren, la OAP en su normograma si las tiene incluidas, ya que en un plan de mejoramiento se dieron dichos compromisos. Por lo que solicitamos el retiro de la NC, para no volver a repetir las mismas acciones (que ya están ejecutadas)"*

Frente a lo expuesto por la OAP, se evidenció que el contrato IDU-1169-2017, se suscribió con anterioridad a la vigencia de la acción 1047, por lo que se modifica la No conformidad en lo pertinente.

En relación con la observación "*Con respecto a las demás normas a que se refieren, la OAP en su normograma si las tiene incluidas, ya que en un plan de mejoramiento se dieron dichos compromisos*", se evidenció que el normograma del proceso fue actualizado con posterioridad a la auditoría, atendiendo la directriz dada por la Subdirección General Jurídica con memorando 20184050135863 del 07/06/2018, cuya referencia era "*Solicitud de la revisión y actulización del normograma* (sic)". Si bien esta acción se interpreta como corrección al hallazgo, es necesario definir una acción correctiva que elimine la causa generadora del mismo, toda vez que la No Conformidad ha sido reiterativa en las últimas auditorías. En consideración de lo anterior, se ratifica la No Conformidad Nº 4 del Informe preliminar, que en el Informe final corresponde a la No conformidad Nº 2.

3.1.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**NTC ISO 9001:2015** **Numeral 4.4.1**: "*La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un Sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional. (…) a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos*". **Numeral 4.4.2** *"En la medida en que sea necesario, la organización debe:*	**No conformidad Nº1: No se cuenta con evidencia, que permita conocer el resultado de los productos establecidos como salidas, en la caracterización del proceso.** Se evidenció que el proceso no cuenta con evidencia del producto Nº1. *"Ponderación del valor presente y proyección de cada año del Plan Estratégico. Definición del Presupuesto Plurianual",* definido como salida de la actividad crítica 5, ni para el producto Nº4. *"Identificación y ponderación de los factores claves de éxito, de las líneas de gestión estratégica del IDU",* en relación con la actividad crítica 7, descritas en la caracterización del proceso, lo cual contraviene lo establecido en los numerales 4.4.1 y 4.4.2 de la NTC ISO 9001:2015,

Nº	Criterio	Descripción
	(…) b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	generando falta de control de las salidas del proceso y del impacto que generan éstas de acuerdo con el objetivo y alcance planificado para el mismo.
NC2	**NTC ISO 9001:2015** **Numeral 9.1.3 Análisis y evaluación** *"La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición"*.	**No conformidad Nº2: Falta de análisis y evaluación de los resultados de seguimiento y medición a los indicadores de gestión** Se evidenció que no se han realizado ajustes/ modificaciones al Cuadro de mando, ni a las hojas de vida de indicadores de gestión, derivadas de las reuniones y compromisos de ajuste, acordados entre la OAP y las dependencias, asociado al seguimiento realizado a la formulación de indicadores, por parte de la OCI, en el mes de abril, afectando el cumplimiento de lo establecido en el numeral 9.1.3 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual genera incertidumbre acerca de los resultados que evidencian el desempeño de los procesos según lo planificado. Esta situación fue evidenciada, de acuerdo con el seguimiento realizado a los indicadores, según informes radicados para las siguientes dependencias: 1. Dirección Técnica de Procesos Selectivos - DTPS. Informe Memorando Nº 20181350111413. 2. Subdirección Técnica de Mantenimiento Subsistema de Transporte - STMST Informe Memorando Nº 20181350107913 3. Dirección Técnica de Gestión Contractual - DTGC. Informe Memorando Nº 20181350105013.
NC3	**GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados.** **Numeral 6.3 Reporte de un evento**: "*Identificada la ocurrencia de un evento de riesgo materializado, la dependencia líder del proceso registra la información general del evento ocurrido en el formato de Eventos de Riesgos Materializados. La información a ser incluida es la siguiente*: (…) *El área líder del proceso donde se identificó el riesgo enviará un reporte con el registro de la información a la Oficina Asesora de Planeación, para su consolidación de eventos de riesgos materializados*". **NTC ISO 9001:2015 numeral 6.1.1** "*Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización*	**No conformidad Nº3: Materialización de riesgos del proceso** Se evidenció materialización del riesgo RPE01 "*Deficiencia en la programación presupuestal*", sin encontrar evidencias de reporte, ni tratamiento del mismo, incumpliendo lo definido en la GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados y afectando el cumplimiento del numeral 6.1.1 de la NTC ISO 9001:2015; presentando incertidumbre respecto al impacto en la ejecución oportuna de proyectos, las metas Plan de Desarrollo, entre otros impactos derivados de la materialización del riesgo. Frente al caso en particular, en el desarrollo de la auditoría, se identificó que para la vigencia 2017, se priorizaron recursos para proyectos que no se ejecutaron, lo cual se pudo evidenciar en el archivo "*Saldos sin ejecución vigencia 2017*", suministrado por la OAP, hecho relacionado directamente con el riesgo identificado, a saber: "*Deficiencias en la programación*

Nº	Criterio	Descripción
	debe…determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: c) prevenir o reducir efectos no deseados"	*presupuestal*", situación atribuida en este caso, a que se proyectaron recursos para la ejecución de proyectos, sin contar con Estudios y Diseños actualizados.
NC4	**PRMC01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.** **Numeral 1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento**: "*Formular las acciones del Plan de Mejoramiento, las cuales deben estar encaminadas a corregir la no conformidad o el hallazgo detectado y a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad*". **NTC ISO 9001:2015** **Numeral 10.2.1** "*Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: …b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte*".	**No conformidad Nº4: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas.** Se evidenció que la acción 1048, no fue efectiva, toda vez que, aunque se encuentra terminada según lo planeado, el hallazgo relacionado con desactualización de normograma ha sido recurrente, incumpliendo lo definido en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PRMC01 y el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015, generando que las consecuencias de dicho hallazgo se incrementen, afectando el normal desempeño del proceso. Lo anterior se evidenció con base en el normograma del proceso evaluado en el momento de la auditoría, el cual no incluye normatividad vigente como el Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017, el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 648 de abril de 2017 y la Resolución 1080 de 2018. Esta situación ya se había evidenciado en auditoría realizada en 2017, para la cual se formuló la acción 1048. Si bien la Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles, en entidades públicas, es un referente para la gestión de riesgos en las entidades, dado su carácter de Documento externo y que efectivamente es el documento base para la gestión de riesgos institucionales, es conveniente si inclusión dentro del normograma.

3.2 PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Según las actividades críticas del proceso, establecidas en la caracterización y demás documentación del proceso, se realizó revisión documental y entrevistas con el líder y profesionales responsables del mismo, para las siguientes actividades seleccionadas como parte de la muestra de auditoría:

Actividad crítica 2. Gestionar la información y el conocimiento

Como productos de esta actividad, se han identificado especificaciones técnicas, documentos técnicos soporte para la gestión de infraestructura, divulgación de la información y el conocimiento, base de datos de la infraestructura vial y espacio público en los componentes de: precios de referencia, información geográfica y directorio de proveedores y sitios de disposición final.

Para los productos:

1. *Especificaciones técnicas:* Se verificó que, en el sitio del mapa de procesos en la intranet, no se encuentran incluidas las versiones de las Especificaciones Técnicas anteriores a 2011, lo cual puede dificultar los procesos de supervisión y control de los proyectos adelantados bajo dichas versiones, esto es, los proyectos que cumplieron fases de estudios y diseños, construcción o conservación con anterioridad al 18 de diciembre de 2013, algunos de los cuáles aún se encuentran vigentes.

   En la Guía GU-AC-01 "Documentación Sistema Integrado de Gestión", en el numeral 8 Codificación, está indicado que la sigla para el tipo documental "*Compendio de Especificaciones técnicas*"[1] es "*ET*" y se señala, en el último inciso del mismo numeral, que las especificaciones técnicas "[…] *tendrán su propia nomenclatura interna*"; sin embargo, en la Resolución 3243 del 18 de diciembre de 2013, se establece como epígrafe "*Por la cual se adopta la actualización del Manual MG-IC-010 Especificaciones técnicas generales de materiales y construcción para proyectos de infraestructura vial y de espacio público en Bogotá D.C. – IDU ET 2011*", descripción que contradice el tipo documental aplicable según la citada Guía. Adicionalmente, este documento no se encontró en la relación del listado de documentos (Ver tabla N° 3, anexos asociados a este proceso).

2. *Documentos técnicos soporte para la gestión de infraestructura:* se verificó que se encuentran publicados en la página web del instituto en el link *https://www.idu.gov.co/page/siipviales/innovacion/portafolio*; sin embargo, no es posible establecer en las ubicaciones un tipo de índice que permita determinar su completitud o la determinación de posibles retiros de información por cualquier tipo de motivo, por ejemplo obsolescencia.

3. *Divulgación de la información y el conocimiento:* en la revisión no fue posible ubicar en la página web del Instituto la documentación que se ha empleado para realizar las divulgaciones realizadas, ya que los soportes de ellas sólo se envían a los participantes mediante correo electrónico, pero no se cuenta con un repositorio en el que se esté guardando la documentación de manera sistemática, ni se cuenta con controles para verificar la recuperación de los mismos y no cuenta con proceso de retroalimentación.

   De otra parte, no todos los procesos de divulgación de la información y el conocimiento se realizan siguiendo el proceso, ya que algunas se presentan de manera desarticulada como fruto de compromisos contractuales, con dependencias que no lideran este proceso o por iniciativas de los contratistas, dentro de sus posibilidades de asumir nuevas tecnologías dentro del desarrollo contractual.

   El Instructivo IN-IC-019 "Protocolo para la Presentación de Productos, Técnicas o Tecnologías Innovadoras para el Desarrollo de la Infraestructura Vial o de Espacio Público a Cargo del IDU", se encuentra recién actualizado (07 de mayo de 2018), y las actualizaciones no se han podido poner a prueba debido a que en este periodo no se han presentado productos, técnicas o tecnologías innovadoras para el desarrollo de la infraestructura vial o de espacio público urbano a cargo del IDU.

   Se verificó que, para los eventos de divulgación realizados, no se cuenta con el mecanismo de retroalimentación de los participantes orientado al análisis del proceso, en su lugar se

[1] Es de mencionar que en la versión 6.0 de la guía GU-AC-01 "Documentación Sistema Integrado de Gestión", el tipo documental era "Especificación técnica", con la misma sigla "ET".

cuenta con un instrumento diseñado por la Subdirección Técnica de Recursos Humanos, al que no accede el líder operativo del proceso.

Actualmente, se empieza a evaluar el procedimiento de finalización de los seguimientos a los tramos de prueba, por lo que se recomienda verificar el proceso de entrega, así como las garantías asociadas, el proceso de retiro del tramo de prueba y la documentación de las conclusiones a las que se llegue, delimitando responsabilidades.

4. *Sistema de Información Geográfica:* es un sistema complejo que tiene varios servicios diseñados a la medida, de acuerdo con las necesidades expresadas por las áreas de la entidad o para satisfacer necesidades de usuarios externos; sin embargo, estos servicios, verificado el listado de servicios del Instituto, no se encuentran referenciados como tales por la entidad y adicionalmente, no cuentan con procesos de retroalimentación por parte de los usuarios.

   En relación con esta actividad, se priorizó para su verificación, el producto "4. Base de Datos de la Infraestructura Vial y Espacio Público" en el componente de "Información Geográfica". De acuerdo con esto, se efectuó una revisión del procedimiento PR-IC-02 "Actualización del Sistema de Información Geográfica" V1 y las guías GU-IC-02 "Guía Sistema de Información Geográfica" V2.0 y GU-IC-03 "Guía Mantenimiento y Actualización del Sistema de Información Geográfica del IDU - SIGIDU" V1.0, de lo cual se encontró lo siguiente:

   Desactualización documental

i. Procedimiento PR-IC-02 "Actualización del Sistema de Información Geográfica", V 1

- El flujograma del numeral 1 "Procedimiento para la actualización del sistema de información geográfico" es ilegible.

- La descripción textual del flujo del procedimiento no presenta, de manera clara, algunos de los puntos de decisión que permitan conocer la continuidad del mismo, es decir que los flujos condicionales no indican cuáles son las actividades que continúan en cada caso, lo cual dificulta el seguimiento del procedimiento. Esto se evidenció en los numerales 1.1.1.2 "Cuál es el tipo de información?", flujos condicionales "Información interna" e "Información Externa" y 1.1.1.16 "Existen tramos o productos recibidos por el IDU?", 2.1.1.2 "¿Existen Códigos de identificación vial CIV o elementos?" y 3.1.1.4 "¿La información cumple con los requisitos?", cuyas condiciones con "Si" y "No".

- En el numeral 1.1 "Actualización información geográfica", subtítulo "Políticas Operacionales", ítem 1., indican que "*Los planos de los contratos de estudios, diseños, conservación y construcción deben ser entregados al Instituto estandarizados según el instructivo para la estandarización de planos y archivos IN-IC-01*". Sin embargo, el mencionado instructivo se encuentra derogado y fue reemplazado por la Guía GU-IC-06 "Entrega de productos en formato digital de proyectos realizados en la infraestructura de los Sistemas de Movilidad y Espacio Público" V1.0.

- Los numerales 1.1.1.10 "Informar a la DTE del inicio del Contrato", 1.1.1.18 "Informar a la DTE de la terminación del contrato" y 1.1.1.29 "Informar la suspensión del contrato y/o reiniciación a la DTE" hacen referencia al correo electrónico servidormapas@idu.gov.co, el cual es incorrecto, toda vez que la dirección de correo electrónico activa es servidordemapas@idu.gov.co.

- Los numerales 1.1.1.50 “FO-IC-02 Reporte para la actualización de los estudios, diagnósticos, diseños e intervenciones realizadas en la infraestructura vial de la ciudad v_1.0” y 1.1.1.51 “FO-IC-01 Reporte de elementos viales objeto de la contratación” hacen alusión a dos enlaces de ubicación de los respectivos formatos, que están desactualizados.[2] Además, el formato FO-IC-02, actualmente, está en su versión 2.0.

- La última página del archivo pdf del procedimiento PR-IC-02, publicado en la Intranet corresponde al control del formato FO-IC-02 “Reporte para la actualización de los estudios, diagnósticos, diseños e intervenciones realizadas en la infraestructura vial de la ciudad”, documento que, si bien es referenciado en el procedimiento, no es parte integral del mismo.

- Se recomienda revisar el tiempo de ejecución de las actividades, toda vez que el procedimiento relaciona algunas tareas ejecutadas por dependencias (áreas técnicas) o entidades ajenas a la DTE y les asigna duración que, posiblemente, no le es posible controlar. Así mismo, hay actividades cuya duración podría ser insuficiente según su objetivo o alcance. Los ejemplos de estas situaciones se visualizan en las tablas N.° 1 y 2 de los anexos asociados a este proceso.

ii. GU-IC-02 “Guía Sistema de Información Geográfica”, V 2.0

- En el numeral 6.4. “Acceso a la Información” se presenta una tabla de los servicios publicados, no obstante, los enlaces descritos en la columna “*LINK*” de dicha tabla no corresponden a los que actualmente permiten acceder a los servicios publicados.

iii. GU-IC-03 “Guía Mantenimiento y Actualización del Sistema de Información Geográfica del IDU - SIGIDU”, V 1.0

- En el numeral 6.1. “Arquitectura de SIGIDU” se indica que “*La base de datos se encuentra en el servidor OR01BD01/02,* […]”. No obstante, en la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos indicaron que el RDMBS[3] se encuentra en los servidores OR07CC01 y OR08CC01 y que el OR01BD01/02 no existe.

- En el mismo numeral 6.1 se indica que “[…] *la información cartográfica y alfanumérica es consultada a través de la plataforma Arcgis 10.2*”. Así mismo, en la imagen que “[…] *muestra el esquema de actualización de la base de datos a la versión actualizada del software* […]”, del numeral 6.3 “Esquema de Trabajo SIGIDU” hace, igualmente, alusión a que la versión actual del software ArcGIS es la 10.2. Sin embargo, de acuerdo con lo indicado por personal de la DTE, en la actualidad se está utilizando la versión 10.5.1.

Actividad crítica 3. Revisión de la calidad de la información y conocimientos generados

[2] Los enlaces en donde se encuentran ubicados los formatos FO-IC-01 y FO-IC-02 son, respectivamente, http://intranet/manualProcesos/Innovacion_y_Gestion_Conocimiento/05_Formatos/FOIC01_REPORTE_DE_ELEMENTOS_VIALES_OBJETO_DE_LA_CONTRATACION_V_3.0.xlsx
Y
http://intranet/manualProcesos/Innovacion_y_Gestion_Conocimiento/05_Formatos/FOIC02_REPORTE_PARA_%20LA_ACTUALIZACION_DE_LOS_ESTUDIOS_DIAGNOSTICOS_DISENOS_E_INTERVENCIONES_V_2.0.xlsx.

[3] *Relational Database Management System*, es decir, Sistema de Gestión de Base de Datos Relacional.

En la caracterización se describe la acción así: "*Realizar la validación de la información generada para mejorar permanentemente la calidad de los datos.*" A partir de las entrevistas al equipo de trabajo y el cotejo de los resultados de las acciones de control realizadas, se verificó la eficacia de los controles adelantados. Sin embargo, es importante resaltar que esta actividad se encuentra inmersa en la actividad 2 de la caracterización, por lo que se considera adecuado que se realice una actualización del documento para mejorar su estructura, determinando si su desarrollo es simultáneo y caracterizarlo adecuadamente.

Se encuentra el proceso de recibo de una de las investigaciones solicitadas por el Instituto, la cual se verifica de acuerdo con las condiciones del pliego de condiciones y los demás documentos contractuales, para lo que se cuenta con un equipo interdisciplinario de especialistas contratado específicamente para la labor.

Dentro de los controles establecidos para la recepción del trabajo se definen pruebas de laboratorio; para garantizarlas, se cuenta con certificaciones de calibración de los equipos que se emplearon para las pruebas de las especificaciones técnicas contratadas, también se cuenta con trazabilidad de los materiales empleados para realizar los testigos, así como la verificación de las hojas de vida de los profesionales que realizaron el trabajo.

Se llevaron a cabo validaciones mediante mesas de trabajo con especialistas, tanto del Instituto de Desarrollo Urbano como de los gremios que proveen bienes y servicios para las obras de infraestructura, así como la academia, las cuales se documentaron en actas.

La evolución de las especificaciones, entendidas como cambios en el desarrollo, se vio reflejado en las entregas parciales y la final del documento establecido contractualmente.

Actividad crítica 4. Disposición de la información y respuestas a los (sic) solicitudes realizadas

Se refiere a "*La información generada en temas relacionados con Información Geográfica, precios de referencia, directorio de proveedores, especificaciones técnicas y documentos técnicos de infraestructura vial y espacio público es revisada, validada y posteriormente dispuesta en la intranet e internet".* Se realizaron pruebas a los productos entregados para verificar los errores que presenta la página al momento de su empleo. Sin embargo, es importante resaltar que esta actividad se encuentra inmersa en la actividad 2 de la caracterización, por lo que se considera adecuado que se realice una actualización del documento para mejorar su estructura, determinando si su desarrollo es simultáneo y caracterizarlo adecuadamente.

En relación con esta actividad, se priorizó para su verificación, el producto "Visores de publicación" para lo cual se efectuó una revisión de los servicios publicados en la página web del IDU. De acuerdo con lo anterior, se identificó que para acceder a los mapas que genera el Instituto hay dos formas:

- Entrando por "Transparencia" (en el banner superior) → "Información de Interés" → "SIIPVIALES" → botón "Geomática" (sic) → botón "Portafolio", se accede a la página titulada "Componente Geomática", (dirección: https://www.idu.gov.co/page/siipviales/geomatica/portafolio), en la cual, a 12 de julio de 2018, se encontraban publicados los siguientes enlaces:

  "Servicios geográficos

- *Frentes de Obra de Mantenimiento.*
- *Plan de Desarrollo 2016-2020 Bogotá Mejor Para Todos.*
- *Sistema de Información Geográfica IDU (SIGIDU)*
- *Inventario de la Infraestructura Vial*
- *Inventario de Puentes* *(Actualizado 16/05/2018)*
- *Infraestructura cicloinclusiva (Plano Cartográfico)*
- *Diagnóstico de la Malla Vial de Bogotá 2016*
- *Infraestructura cicloinclusiva (Plano Cartográfico)*
- *Inventario de predios*
- *Directorios de proveedores*

Vídeo tutorial del uso de los Servicios geográficos
- *Inventarios de puentes*

Galeria (sic) de Mapas
Descargue aquí la galeria de mapas IDU" (sic)

- Entrando por "Inicio" (en el banner superior) → "Que hacemos?" (sic) → Botón "Portal de mapas" (al final de la página), se accede a la página titulada "Servicios geográficos", (dirección: https://www.idu.gov.co/page/servicios-geograficos). En esta página, a 12 de julio de 2018, se encontraban publicados los siguientes enlaces:

  - "*Frentes de Obra de Mantenimiento(Nuevo)*
  - *Plan de Desarrollo 2016-2020 Bogotá mejor para Todos (Nuevo)*
  - *Sistema de InformaciónGeográfica IDU (SIGIDU)* (sic)
  - *Diagnostico de la Malla Vial de Bogotá 2016* (sic)
  - *Inventario de la Infraestructura Vial*
  - *Inventario de Puentes(Actualizado 16/05/2018)*
  - *Infraestructura Cicloinclusiva (Plano Cartográfico)*
  - *Galería de Mapas* *Descargue aquí la galeria* (sic) *de mapas IDU*
  - *Inventario de Predios*
  - *Directorio de Proveedores*"

Se efectuó una revisión de cada uno de los enlaces, encontrándose situaciones como:

- Había dos enlaces "Infraestructura cicloinclusiva (Plano Cartográfico)" incluidos en la página "Componente Geomática", aunque apuntan a la misma dirección.

- El enlace "Descargue aquí la galeria de mapas IDU" (sic), incluido en la página "Componente Geomática" presentaba el error 404: archivo o directorio no encontrado, puesto que apunta a una dirección en la que los espacios se han reemplazado por el signo "+"[4]. Es de mencionar que el enlace "Galería de Mapas", que se encuentra en la página "Servicios geográficos", sí permitía efectuar la descarga y está apuntando a una dirección diferente[5].

[4] La dirección a la que está apuntando es: https://www.idu.gov.co/Archivos_Portal/Transparencia/Informacion%20de%20interes/SIIPVIALES/Geomatica/Portafolio/2017/09%20Septiembre/GALERIA+DE+MAPAS+A%C3%91O+2015.exe.
[5] Apunta a https://idu.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=59477c421794448984f67184dc9cd73f.

- El enlace “Inventario de la Infraestructura Vial”[6], incluido en la página “Componente Geomática” cargaba una página en la que se mostraba el error de aplicación “No es posible conectar con el servidor remoto”. Es de mencionar que el mismo enlace que se encuentra en la página “Servicios geográficos” sí permite visualizar el mapa y apunta a una dirección diferente[7].

- El enlace “Inventario de Puentes (Actualizado 16/052018)”, incluido en la página “Componente Geomática”, el 12/07/2018 no cargaba información. Es de anotar que al 24 de julio estaba corregida la situación.

- El enlace “Inventario de Predios”, incluido en la página “Componente Geomática” presentaba el error “No se puede acceder a este sitio web”[8], esto porque la dirección a la que está apuntando está errada (http://servicio%20inventario%20de%20predios/). Es de mencionar que el mismo enlace que se encuentra en la página “Servicios geográficos” sí permite visualizar el mapa y está apuntando a una dirección diferente (https://idu.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=59477c421794448984f67184dc9cd73f).

El hecho de que para los visores de mapas existan diferentes páginas y las situaciones de error evidenciadas implican un incumplimiento del “Principio de la calidad de la información” establecido en el artículo 3. “OTROS PRINCIPIOS DE LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA” de la Ley 1712 de 2014, que indica: “*Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad*”.

En cuanto a la publicación de documentos en la intranet y la web, la DTE manifestó, en respuesta al informe preliminar de auditoría, que en el 2017 se hizo un cambio en la plataforma tecnológica que requirió por parte de la STRT efectuar la migración de la información de la página Web, lo que generó pérdidas y repetición de enlaces, entre otros, razón por la cual, se realizó la actualización y revisión de información canalizada a través del gestor de información, participando en mesas de trabajo entre la DTE y la OAC, en las cuales se reportó información duplicada y que generaba error en sus links.

[6] Apunta a http://gisidu.idu.gov.co/portalgis/apps/webappviewer/index.html?id=9b59c275409b466a890b7b8eebfc79cf.
[7] Apunta a http://idu.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=bd8c4ffbccd840b486a83f275af50b2d.
[8] El error es “ERR_NAME_NOT_RESOLVED”.

Esquema de publicación página web con revisión 20 de Noviembre de 2017

yo
para Diego, Oscar, Luis
20 de nov. de 2017 Ver detalles

Apreciado
Diego

De manera atenta se comparte el archivo en excel con la revisión de los 154 registros correspondientes a DTE. Las observaciones se realizaron en la columna (u).

Quedo atenta.

Muchas Gracias por su atención,

Cordialmente,

Yuly Caterin Díaz Jiménez
Arquitecta Esp. Diseño Urbano

Componente Innovación - Contratista
Dirección Técnica Estratégica
Instituto de Desarrollo Urbano - IDU
Calle 22 # 6-27 – CP: 110311

La DTE manifestó que las actualizaciones, se realizan en forma periódica y suministró información sobre solicitudes realizadas para la actualización de servicios geográficos.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

De la revisión efectuada en fase de planeación sobre la información documentada relacionada con el Proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento (procedimientos, instructivos, guías y documentos) y el listado maestro de documentos, con corte a 30 de mayo de 2018, se encontraron situaciones que evidencian debilidades en la trazabilidad documental tales como códigos que no corresponden con lo establecido en la guía “Documentación Sistema Integrado de Gestión”, código GU-AC -01, v 7.0, numeral 8. “Codificación”, existencia de documentos que no estaban relacionados en el listado maestro u otros que, estando relacionados en dicho listado como vigentes, no aparecían publicados en el mapa de procesos, en la Intranet. Tales situaciones se describen más detalladamente en la tabla N.° 3 de los anexos asociados este proceso.

En la verificación que se efectuó al respecto, con personal de la Dirección Técnica Estratégica – DTE, hicieron referencia al memorando 20182150120233 de mayo 22 de 2018, dirigido a la Oficina Asesora de Planeación – OAP, mediante el cual, en el numeral “2.2 Gestión de la documentación del proceso”, listaron los documentos del proceso e hicieron observaciones sobre algunos de ellos. Entre dichas observaciones, mencionan que el documento ET-GE-005 está contenido en el manual de especificaciones técnicas y solicitan su eliminación. También mencionan la cartilla CA-IN-01 “Guía Práctica de Galvanizado por Inmersión en Caliente”, versión 1.0, no se encontraba en el listado remitido en el anexo al memorando OAP 20181150098253[9].

[9] Mediante este memorando, del 27 de abril de 2018, la OAP remitió a la DTE el Informe trimestral de gestión del periodo enero a marzo de 2018.

Por otra parte, de acuerdo con lo establecido en el artículo segundo de la Resolución 64994 de 2015, "*Por medio de la cual se actualiza el modelo de operación por procesos y el Sistema Integrado de Gestión del IDU*", y en el Manual del Sistema Integrado de Gestión, código MG-AC-01, versión 9, numeral 11.1 "Mapa de Procesos", los procesos del Instituto se clasifican en cuatro tipos: estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y mejora. Según esto, el proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento está clasificado como Estratégico. No obstante, como se observa en la Tabla N.° 3 de los anexos asociados a este proceso, se evidenció que en la columna "Tipo de proceso" del Listado Maestro de Documentos, corte 30/05/2018, se encontraban registrados documentos asociados a tipos de proceso "IDU" o "Misional", lo cual no está conforme con los criterios mencionados.

Adicionalmente, se verificó que el documento DU-IC-01 "*Aproximación a la Gestión del Conocimiento y la Innovación en el IDU*" se encuentra suscrito por un funcionario que no es líder del proceso, ni operativo, excede el objetivo del proceso y además no tiene fecha de expedición ni en el documento físico ni en el listado maestro de documentos. Indagada sobre el particular, la líder operativa (Directora Técnica Estratégica) expresó que dicho documento fue expedido sin su consentimiento y falta incluir sus observaciones.

El documento DU-IC-01 presenta el modelo de gestión del conocimiento, pero algunos aspectos no se encuentran reflejados en la gestión del proceso como, por ejemplo:

> *"**2. Modelo de conocimiento IDU**…*
> ***…Proteger***
> *El conocimiento es protegido a través de las estrategias de Gestión documental, documentación de procesos y lecciones aprendas (sic) de forma que se fortalece la memoria institucional de la Entidad."*

Las charlas que realizan las diferentes áreas, en temas técnicos, de apoyo o de carácter estratégico y que son promocionadas en el Boletín "Gente IDU", no se encuentran registradas en los repositorios oficiales del Instituto, quedando por fuera de la memoria institucional, adicional a que no se presentan los mecanismos legales de transferencia de los derechos de autor que puedan encontrarse asociados a estos eventos.

En el mismo documento, se registran en su numeral 3, los "*Roles*" en el desarrollo del modelo, pero en el resto de la documentación, ni en la operación evidenciada del proceso se lograron identificar.

En el numeral 7, titulado "*Primera encuesta de Gestión del Conocimiento*", no se encuentran registrados los parámetros técnicos, tales como nivel de confianza y margen de error, que den validez a las conclusiones de dicho estudio.

Evaluación gestión de riesgos y efectividad de controles

Con base en la matriz de riesgos de gestión vigentes para el proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento, se realizaron las siguientes actividades:

- Verificación de la ejecución de las actividades de control definidas para los riesgos identificados.
- Identificación de riesgos materializados, a partir de las diferentes actividades de auditoría.
- Evaluación de efectividad de controles para los diferentes riesgos identificados en el proceso.

- Entrevistas con los responsables de la gestión de riesgos del proceso.

Luego de la evaluación del único riesgo de gestión y los nueve (9) controles registrados en la matriz, se estableció que los controles establecidos vienen operando, toda vez que no se identificó materialización del riesgo en el periodo evaluado, sin embargo, la matriz de riesgos había sido objetada en la auditoría anterior, por lo que se verificó si se actualizó en la vigencia 2018.

Se verificó que el proceso adelantó la actualización de su análisis de riesgos correspondiente a 2018, acogiendo parcialmente las observaciones de la Oficina de Control Interno, toda vez que continúa la adopción de un riesgo de tipo genérico relacionado con información desactualizada; además, incluyeron dentro de la actividad, el levantamiento de la matriz de oportunidades del proceso. De este análisis se pudo verificar que existen productos que se pueden comercializar, lo que ratifica lo observado acerca de analizar y oficializar los servicios que este proceso ofrece.

Evaluación plan de mejoramiento, indicadores y otros aspectos de los subsistemas del SIG

Se evidenció que las acciones de planes de mejoramiento se encuentran cumplidas, tanto para las auditorías de la Contraloría, como de internas.

Se evaluó el entendimiento de directrices y objetivos de los Sistemas de Gestión de Calidad - SGC y Gestión Ambiental - SGA, y Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST, identificándose que, en el proceso Innovación y Gestión del Conocimiento, tienen interiorizados los conceptos correspondientes a cada uno de ellos.

Se verificó el cumplimiento de aspectos de la Resolución 1111 de 2017, relacionados con el cumplimiento de la responsabilidad del pago de la cotización en nivel V por parte del Instituto a aquellos contratistas de prestación de servicios, que realizan su labor con desplazamiento a frentes de obra, verificándose su cumplimiento. Se estableció, a partir de las entrevistas, que las actividades de prevención asociadas a pausas activas no se siguen con regularidad, de acuerdo con las observaciones del personal del área, debido a que, por no ser programadas, generalmente coinciden con labores propias del área, tales como reuniones o salidas de campo.

La Dirección Técnica Estratégica mediante memorando 20182150140583, presentó los resultados de las gestiones adelantadas para atender las observaciones que, con memorando 20181350114293, realizó la Oficina de Control Interno frente al sistema de indicadores de la DTE de las cuales se destaca la coordinación con la Oficina Asesora de Planeación – OAP para determinar criterios frente a la unidad de medida, el seguimiento a las formulaciones y denominación de los indicadores, y la identificación de las fuentes de información para cada uno de los indicadores.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. Mediante correo electrónico del 22/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad Nº1. Errores y diferencias en los enlaces de la información geográfica presentada en la web del IDU.

La DTE registró lo siguiente en su respuesta:

> *"(…) Es de precisar que la DTE genera la información, pero no es el área encargada de publicarla; siguiendo el protocolo, la DTE canaliza las solicitudes de publicación a través del gestor de información, quien es la persona encargada de hacer los requerimiento del área (DTE) a la Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC), área que en conjunto con la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos (STRT) dispone la información remitida por las áreas en la intranet o en la página Web del Instituto.*
>
> *La DTE hace las actualizaciones sobre las aplicaciones geográficas registrando la fecha de actualización, pero no cambia la URL.*
>
> *A continuación se evidencia la solicitud de la actualización del servicio de puentes (…)".*

De acuerdo con las observaciones de la DTE al informe preliminar, se revisaron los soportes enviados, los cuales hacen referencia a unas rutas de acceso a la información diferentes a las enunciadas en la No conformidad y la temática es la actualización de una fecha en el título del acceso, reforzándose lo expuesto en la no conformidad, en el sentido que existen accesos que no están siendo controlados por el responsable de la información, que en este caso es la Dirección Técnica Estratégica (DTE).

Si bien es cierto que en la publicación de la información participan varios actores, de diferentes procesos, también es cierto que desde este proceso se deben mantener los controles necesarios para monitorear que la información asociada al mismo, esté disponible, con parámetros de calidad y trazabilidad para las partes interesadas del proceso.

En consideración de lo anterior, se ratifica la No Conformidad No. 1 del informe preliminar.

No Conformidad N°2. No publicación de las versiones anteriores de las Especificaciones Técnicas en la intranet.

La DTE registró lo siguiente en su respuesta:

> *"En el mapa de procesos se encuentra publicada la versión actualizada de la especificación técnicas (Resolución 3243 de diciembre de 2013).*
>
> *La versión publicada en la vigente, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento PR-AC-07 Gestión de la Información Documentada – Políticas no operacionales.*
>
> *"Los documentos vigentes estarán disponibles en la Intranet, una vez el documento pierda su vigencia, se convertirá en un documento obsoleto y se retirará de la intranet como medida de control para prevenir su uso. Los documentos obsoletos serán custodiados por la OAP en los medios que considere pertinente o bajo los lineamientos del Sistema de Gestión Documental".*
>
> *Adicionalmente es de precisar, que el histórico de las especificaciones se encuentra publicado en la página Web del Instituto en la ruta https://www.idu.gov.co/page/siipviales/innovacion/portafolio;.*
>
> *Vale la pena mencionar que el sitio oficial para usuarios internos y externos corresponde a la página Web, cuya ruta se mencionó en la párrafo anterior".*

Verificada la comunicación emitida por la Dirección Técnica Estratégica frente al informe preliminar, se evidencia que existe dificultad para determinar la vigencia de las versiones de las

Especificaciones Técnicas, toda vez que desde el punto de vista contractual, la especificación técnica es vigente, mientras existan efectos legales del contrato, situación que se exacerba durante las etapas de estudios, diseños y ejecución de obras o mantenimiento de los proyectos, por lo que es importante que se aclare esta situación y se realicen los ajustes, que permitan la disponibilidad de las Especificaciones Técnicas en el repositorio de la documentación SIG, brindando las seguridades necesarias para evitar el uso no intencionado de versiones vigentes, pero no aplicables, a contratos específicos. Es necesario tener presente que dada la naturaleza del registro de las especificaciones técnicas y pese a que éstas sean modificadas, versiones anteriores pueden ser aplicables a contratos que se encuentren en ejecución, por tal razón, deben estar disponibles; situación diferente a los tipos documentales del SIG, en el cual debe estar disponible solamente el vigente, dado que la naturaleza de los mismos, es diferente al registro asociado a las especificaciones técnicas (Resoluciones).

En consideración de lo anterior, se ratifica la No Conformidad No. 1 del informe preliminar.

3.2.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Ley 1712 de 2014.** ***Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.*** ***A*rtículo 3.** ***Otros Principios de la Transparencia y Acceso a la Información Pública*, que indica "[…]** ***Principio de la calidad de la información****. Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad.* […]".	**No Conformidad Nº1. Errores y diferencias en los enlaces de la información geográfica presentada en la web del IDU.** Se evidenciaron errores en algunos de los enlaces que presentan el portafolio de la información geográfica en la página llamada "Componente Geomática", a la cual se accede a través de las secciones Transparencia, Información de Interés, SIIPVIALES, y diferencias con algunos de los publicados en la página llamada "Servicios geográficos", a la cual se accede a través de las secciones Inicio, Qué hacemos, Portal de mapas, incumpliendo lo establecido en el artículo 3. "*Otros Principios de la Transparencia y Acceso a la Información Pública*" de la Ley 1712 de 2014, en lo relacionado con el principio de calidad de la información, situaciones que pueden llevar a desactualización de información y a inaccesibilidad de la misma por parte de los interesados (entidades y particulares). En la descripción de la actividad crítica 4 del presente informe, se precisaron las situaciones evidenciadas para los enlaces con errores y/o diferencias mencionados anteriormente.
NC2	**NTC ISO 9001:2015** **Numeral 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios – Numeral 8.2.3.2** "*La organización debe conservar la*	**No Conformidad N°2. No publicación de las versiones anteriores de las Especificaciones Técnicas en la intranet.** Se identificó que, en el mapa de procesos publicado en la intranet, no se encuentran incluidas las versiones

Nº	Criterio	Descripción
	información documentada, cuando sea aplicable: a) sobre los resultados de la revisión; b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios".	de las Especificaciones Técnicas anteriores a 2011, aplicables a contratos aún vigentes, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.2.3.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede dificultar los procesos de supervisión y control de los proyectos adelantados bajo dichas versiones y originar que se empleen versiones inadecuadas del documento para contratos a los que se deben aplicar versiones anteriores de dichas Especificaciones, esto es, los proyectos que cumplieron fases de estudios y diseño, construcción o conservación con anterioridad al 18 de diciembre de 2013, algunos de los cuales, aún se encuentran vigentes.

3.3 PROCESO GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La auditoría se desarrolló en los tiempos y términos establecidos en el plan de auditoría, se contó con la participación activa del líder del proceso y de los colaboradores. Es de resaltar la oportunidad en el suministro de la información cuando el equipo auditor la requirió y la disponibilidad para atender las inquietudes que se plantearon durante el desarrollo del proceso auditor.

El proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana tiene como objetivo: "*Asesorar, diseñar, implementar y evaluar la gestión social y el servicio a la ciudadanía, en el marco de la participación ciudadana, cultura ciudadana, derecho a la ciudad, responsabilidad social, transparencia y sostenibilidad aplicables a los procesos de la entidad, conforme a la normatividad vigente y a los pilares y ejes transversales del Plan de Desarrollo con el fin de vincular a la ciudadanía en el Desarrollo Urbano de Bogotá. A cargo de este proceso, se encuentra la publicación en el portal de Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, de los trámites que la Entidad presta a la ciudadanía*".

Se realizó la verificación de todas las actividades críticas contempladas en la CPSC01 caracterización del proceso, con los siguientes resultados:

Actividad crítica 1. Planear y formular los objetivos y las acciones de la Gestión Social y el servicio a la Ciudadanía.

La verificación de esta actividad se enfocó en los siguientes productos, para lo cual se contó con la participación activa del líder del proceso:

- Las actividades de sensibilización de la política de gestión social y servicio a la ciudadanía.
- Los documentos del observatorio de percepción ciudadana.

Se evidenció que se cuenta con los productos pertinentes en la fase del planear, para el desarrollo controlado de las actividades del proceso.

Actividad crítica 2. Implementar estrategias y acciones para la gestión social y el servicio a la ciudadanía.

En esta actividad, se evidenció la implementación de los planes, programas y proyectos planeados por la Oficina de Atención al Ciudadano. Entre los más relevantes se destacan la implementación del manual de servicio a la ciudadanía, los informes consolidados de PQRS, la cartilla de trámites y servicios.

El proceso dispone de los recursos logísticos para el manejo de gestión social y servicio a la ciudadanía, a fin de dar a conocer a las partes interesadas, el impacto de los proyectos realizados por la Entidad y además, con un componente tecnológico necesario para administrar la información requerida por el proceso.

Además de tener identificadas las partes interesadas en la caracterización del proceso, se cuenta con un detalle específico de partes interesadas por cada proyecto que asume la Oficina de Atención al Ciudadano.

Al verificar la implementación de las estrategias de gestión social, se identificó que mediante Orden de Prestación de Servicios-OPS, se desempeña el rol de Encuestador, desarrollando sus funciones en campo, alrededor de la zona de influencia de los proyectos. Por lo anterior, como parte del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo-SST, es necesario que el proceso verifique el nivel de riesgo con el que se encuentran afiliados a la ARL y en caso de ser riesgo 1, asegurar que se realice el reporte de la novedad a la ARL, para que, en caso de un accidente laboral, la ARL lo cubra, sin hacer solidariamente responsable al IDU por el pago de los perjuicios ocasionados al profesional.

Actividad critica 3. Realizar el seguimiento y evaluación a la gestión social y el servicio a la ciudadanía.

En la descripción de la actividad se menciona el "***Manual de Participación Ciudadana y Control Social para proyectos de Desarrollo Urbano"***. Realizada la verificación en los documentos del mapa de procesos, no se encontró un documento con esta denominación, en cambio, se encontró el documento CA-SC-02 Cartilla gestión social y participación ciudadana y control social v1.0, situación que puede inducir a un error en la consulta del documento pertinente.

Actividad critica 4. Identificar e implementar las oportunidades de mejora en la gestión social y el servicio a la ciudadanía.

El proceso da un manejo oportuno a las acciones de mejoramiento que se registran y se hace el respectivo seguimiento desde el sistema CHIE: Plan de mejoramiento institucional. A corte de julio de 2018, la Oficina de Atención al Ciudadano-OTC tiene trece (13) acciones en estado Cerrado, trece (13) acciones en estado Terminado y una (1) en estado En Progreso, encontrando que las acciones propuestas se han cumplido en los términos establecidos.

Por otra parte, se evidenció que la OTC, como dependencia a cargo del proceso, da manejo oportuno a los indicadores de gestión y mapas de riesgos del proceso. Lo anterior se evidenció en los indicadores y reportes presentados por la OTC a la OAP.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Frente a los aspectos generales del Subsistema de Gestión de Calidad NTC ISO 9001:2015, Subsistema de Gestión Ambiental NTC ISO 14001:2015 y los requisitos transversales definidos en la Resolución 1111 de 2017, frente a la caracterización del proceso y el desarrollo de las funciones, se evidenció que los servidores de la Oficina de Atención al Ciudadano, asociados al proceso, tienen conocimiento de las directrices de cada uno de los subsistemas, lo que evidencia la toma de conciencia de los servidores frente al SIG.

Es necesario fortalecer los mecanismos de seguimiento y control al interior del proceso, para que la Información documentada del mismo, cargada en el mapa de procesos, se mantenga actualizada, toda vez que se evidenció que hay documentos desactualizados. Esta situación se detectó en los siguientes documentos:

- PRSC03 Observatorio de satisfacción y percepción ciudadana e imagen institucional: El marco normativo enuncia el Acuerdo Distrital 489 de 2012, derogado por art. 164 del Acuerdo Distrital 645 de 2016. Adicionalmente, en la actividad 1.1.6.19 menciona el procedimiento PRAC108 Control de documentos, el cual se encuentra derogado.

- PRSC01 Plan estadístico V 1.0: En la actividad 1.1.1.17 se menciona el formato FOSC02, el cual se encuentra derogado.

Se verificó la información digital cargada en el portal Web institucional y se evidenció que cuando se menciona números telefónicos, no se indica el código de país y código de ciudad (Código país 57 – Código ciudad 1), según lo definido por ley de transparencia.

3.3.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Este proceso no presenta no conformidades; sin embargo, se evidenció desactualización de la información documentada del proceso, situación declarada como No conformidad para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, líder de este requisito transversal de norma, desde el cual se formulará el tratamiento correspondiente, frente a todos los aspectos documentales del SIG.

3.4 PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL

Para iniciar con la presentación de los resultados, se resalta y agradece a los responsables del proceso, por facilitar la información y atender la auditoría, destacándose la calidad profesional de los funcionarios que participaron en la auditoría y que hacen parte del proceso.

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría y las temáticas señaladas anteriormente, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría adelantada por el equipo auditor:

El proceso de Gestión Interinstitucional ha establecido en la caracterización CP-IN-01 de Versión 3.0, tres actividades críticas, las cuales fueron revisadas en la presente auditoría. A continuación, se presentan los resultados:

Actividad crítica 1: Articulación de acciones y directrices de coordinación interinstitucional con las entidades y empresas del sector público y privado para la formulación y ejecución de los proyectos.

La estructura de esta actividad crítica se caracteriza por englobar varias gestiones encaminadas a fortalecer el quehacer misional del Instituto. Por esta razón, los productos están compuestos por múltiples aspectos, generando la necesidad de seccionar cada uno de ellos para evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso. A continuación, se presenta la información concerniente:

- Gestión de coordinación interna y externa en temas relacionados con la planeación y definición del programa de ejecución de obras del Plan Distrital de Desarrollo (PDD).

En entrevista sostenida con los responsables del proceso, se describió la secuencia de tareas a realizar para culminar con el producto *"Propuestas de Proyectos ante la Secretaría de Movilidad"*. Dado que, en el momento de la auditoría, según lo manifestado por los integrantes del proceso, se adelanta la actualización de los documentos, y no se cuenta con los procedimientos e instructivos para este tema, se recomienda incluir, dentro del plan propuesto, estos ítems.

De la entrevista realizada a los responsables del proceso, se verificó las instrucciones impartidas por el Alcalde Mayor de Bogotá DC, para la construcción y presentación de los informes del Plan de Desarrollo Distrital, que para la presente revisión fue "Bogotá Humana 2012 -2016[10]. Siguiendo lo establecido en la Circular 009 de 2015, se originó el Informe de Diagnóstico Sectorial y el balance de la gestión sectorial. Estos documentos fueron presentados al grupo auditor; sin embargo, dado el alcance de la auditoría, no se realizó verificación de contenidos, dado que esta gestión corresponde al Plan Distrital de Desarrollo - PDD, que aunque es una actividad que no está en el proceso de Planeación Estratégica, dado el alcance de dicho proceso, podría incluirse en el mismo. Se recomienda verificar este asunto con la Oficina Asesora de Planeación. Del diagnóstico del Plan Distrital de Desarrollo - PDD anterior y el Programa de Gobierno propuesto por el Alcalde electo, se genera, la propuesta de proyectos priorizados que se incluye en el acuerdo que regula el PDD vigente[11], culminando de esta forma este primer producto.

Frente a este tema, en respuesta al informe preliminar, enviada el 22 de agosto de 2018, mediante correo electrónico, la SGDU manifestó que *"(…) la Directiva 009 de 2015 emitida por la Secretaría Distrital de Planeación y el Alcalde Mayor, establece los lineamientos para todas las entidades de la Administración Distrital para la construcción y presentación de los informes de cierre del Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 "BOGOTA HUMANA". En este orden de ideas, este ejercicio y lo dispuesto en la Circular Conjunta 018 de 2015 de la Contraloría General de la República y de la Procuraduría General de la Nación, relacionada con el "cumplimiento de Leyes 951, 1151 de 2007 y 1551 de 2012 –Proceso de empalme entre mandatarios entrantes y salientes", es atendido por la SGDU y demás dependencias del Instituto en cumplimiento a los lineamientos y directrices dadas por la Oficina Asesora de Planeación como líder de este tema".*

En este mismo sentido, la SGDU expresó que *"(…) la creación o generación de documentos asociados a este tema, tales como instructivos o procedimientos para el desarrollo de esta actividad, será un trámite que deberá adelantar e incorporar directamente la OAP dentro del proceso de Planeación Estratégica, en su calidad de líder del proceso y líder operativo, en razón a que es asunto que debe establecer claramente las disposiciones generales, especificas,*

[10] Ver Directiva 009 de 2015 Alcaldía Mayor de Bogotá de 23 de junio de 2015.
http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=62068
[11] Ver Acuerdo 645 de 2016 Concejo de Bogotá D.C. "Por el cual se adopta El Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 - 2020 "Bogotá Mejor Para Todos.
http://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=66271

responsabilidades y alcances para todas las áreas del Instituto desde el proceso de Planeación Estratégica".

En este orden de ideas, es necesario que, entre los responsables y líderes operativos de los procesos de Planeación estratégica y Gestión interinstitucional, se establezcan los mecanismos y roles para realizar las actualizaciones de documentación que se requieran, de acuerdo con las competencias de cada proceso.

- Convenios de Cooperación para Intervención Infraestructura Vial y Espacio Público a Cargo de Terceros

Con base en el Acuerdo 001 de 2009 "*Por el cual se expiden los estatutos del Instituto de Desarrollo Urbano"*, en el artículo 8.- Funciones generales se establece entre otras *"(…) f) Realizar la supervisión, seguimiento y recibo de las obras y proyectos de infraestructura vial y de espacio público realizados en zonas a desarrollar los urbanizadores y/o terceros particulares o públicos".* En desarrollo de esta función, el proceso de Gestión Interinstitucional ha gestionado durante la vigencia 2017 y por el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de mayo de 2018, 6 convenios que se relacionan en la Tabla Nº1 de los anexos asociados a este proceso.

Por otro lado, se observó que, los procesos de suscripción de convenio de cooperación para intervención en infraestructura y espacio público a cargo de terceros: - Centro Comercial Metrópolis, Colegio de Estudios Superiores de Administración – CESA, Plan de Implantación Paseo del Río - Makro Sur y el Plan Parcial de Renovación Urbana Nuevo Salitre, en la actualidad están gestionando estudios previos con terceros, los cuales se encuentran en trámite y por consiguiente no cuentan con convenio suscrito, el estado es el siguiente:

- Con respecto al Centro Comercial Metrópolis oficializado mediante memorando SGDU – 20182050000453, se recomendó la suscripción de convenio de cooperación para intervención en infraestructura y espacio público a cargo de terceros.
- Para el Proyecto Colegio de Estudios Superiores de Administración – CESA mediante memorando SGDU – 20182050081403, se recomendó la suscripción del convenio marco de cooperación para facilitar intervención de infraestructura vial y espacio público a cargo de Terceros Es importante resaltar que los estudios previos estructurados son insumo de la recomendación a la Dirección General.
- Del Plan de Implantación Paseo del Río - Makro Sur y el Plan Parcial de Renovación Urbana Nuevo Salitre, se evidenció que mediante memorando SGDU- 20182050038863 de marzo 1 de 2018, se solicitó la elaboración de Anexos Técnicos como parte de la estructuración precontractual para la suscripción del Convenio.

El equipo auditor observó las responsabilidades descritas en la Guía GU-IN-01 – Intervención de infraestructura vial y espacio público a cargo de terceros", sin embargo, esta guía se encontraba en revisión, en el momento de la auditoría, por esta razón, se realizó una entrevista directa a los involucrados del proceso, estructurada en el ciclo PHVA.

Como punto de origen de la planeación del proceso, los participantes presentaron como fuente de información, las políticas públicas diseñadas para el desarrollo de la ciudad[12], de las cuales emanan en el territorio, espacios susceptibles de desarrollo urbano. En el momento de la auditoría, los responsables presentaron al equipo auditor, el plano de zonificación de áreas de

[12] Ver Decreto 190 de 2004. "*Por medio del cual se compilan las disposiciones contenidas en los Decretos Distritales 619 de 2000 y 469 de 2003" http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935.*

desarrollo urbano según POT. Se realizó consulta, de acuerdo a la tabla No 1, sobre el fidecomiso IDU 1284 de 2018 del 14 de febrero de 2018, se expuso la naturaleza zonal de la gestión que se adelanta, en el marco del Decreto 088 de 2017 "*Por medio del cual se establecen las normas para el ámbito de aplicación del Plan de Ordenamiento Zonal del Norte – "Ciudad Lagos de Torca" y se dictan otras disposiciones".* Por el poco tiempo transcurrido desde la suscripción del documento y la escala urbana que maneja, en el momento de la auditoría no fue factible continuar la revisión.

De esta forma, se continuó con la revisión de un proceso realizado dentro el periodo de alcance de la auditoría. Se seleccionó el convenio IDU 1453 de 2017 cuyo objeto es: "*Realizar los estudios, diseños, adquisición predial y la ejecución de las obras de infraestructura vial y de espacio público, acordadas y contenidas en el Plan de Regularización y Manejo de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, a título de acciones de mitigación, con el acompañamiento del IDU".*

La información se encuentra contenida en el expediente 20142055802000011E. La gestión, tal como lo describe el convenio, inició con la solicitud mediante radicado Orfeo N° 2014526137876200001, el tercero, que para el caso de la muestra es el promotor MARVAL, informa la aprobación del Plan de Regularización y Manejo mediante Resolución de la Secretaría Distrital de Planeación N°449 de 26 de abril de 2013 y solicita mediante Orfeo 20165260257332 del 1 de abril de 2016 la gestión de un convenio de cooperación para dar cumplimiento a lo establecido. Es así como el 10 de noviembre de 2017, se suscribió el convenio 1453 de 2017.

Luego de analizar la información suministrada, se generan dos recomendaciones por parte del equipo auditor. La primera, a la luz del Artículo 40 del Decreto 019 de 2011[13], revisar la procedencia para formalizar o no, las gestiones adelantadas para el acompañamiento del IDU, en la aplicación de los planes de regularización y manejo, puesto que se recibe una solicitud y se emite una respuesta positiva o negativa que culmina con la suscripción o no de un convenio u otro acto administrativo. Y la segunda, realizar la revisión del flujo de actividades que conforman esta gestión, en pro de acelerar la respuesta al ciudadano y aportar al desarrollo de la ciudad.

- Asociación Público Privadas –APP

Según lo indicado por el proceso al grupo auditor, de conformidad con lo señalado por la Ley 1508 de 2012 *"Por la cual se establece el régimen jurídico de las Asociaciones Público Privadas, se dictan normas orgánicas de presupuesto y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Único Reglamentario Nº 1082 de 2015, en el Instituto se encuentran radicadas cuatro (4) propuestas de iniciativa privada sin recursos públicos, de las cuales, en la actualidad, una (1) propuesta se encuentran en etapa de factibilidad, dos (2) propuestas en etapa prefactibilidad que se encuentra en revisión y una (1) propuesta en prefactibilidad en espera de revisión, la cual está inscrita en segundo lugar en el Registro Único de Asociaciones Público Privadas – RUAPP", como se aprecia en las Tablas Nº 2, 3 y 4 de los anexos asociados a este proceso.

[13] Decreto 019 de 2012. http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45322
…ARTICULO 40
. INFORMACIÓN Y PUBLICIDAD. Sin perjuicio de las exigencias generales de publicidad de los actos administrativos, para que un trámite o requisito sea oponible y exigible al particular, deberá encontrarse inscrito en el Sistema Único de Información de Trámites y Procedimientos -SUIT- del Departamento Administrativo de la Función Pública, entidad que verificará que el mismo cuente con el respectivo soporte legal.
El contenido de la información que se publica en el SUIT es responsabilidad de cada una de las entidades públicas, las cuales tendrán la obligación de actualizarla dentro de los tres (3) días siguientes a cualquier variación.

Para la evaluación de la propuesta relacionada con el proyecto vial Chusacá-Calle 13, el Instituto de Desarrollo Urbano- IDU y la Agencia Nacional de Infraestructura – ANI, firmaron un convenio Interadministrativo, con el objeto de aunar esfuerzos para la estructuración y evaluación del proyecto denominado "Proyecto vial Chusacá - Calle 13 – ALO SUR", firmado el 30 de septiembre de 2016.

En el desarrollo de la auditoría, los funcionarios de la Subdirección General de Desarrollo Urbano asignados a la evaluación de las propuestas de APP, manifestaron que los expedientes relacionados con las propuestas son incluidos en el sistema de gestión documental Orfeo, como información de carácter reservado. Se observó que mediante planilla de entrega de documentos para digitalizar en ORFEO (Código FO-DO-05), el proceso remitió el 18 de septiembre de 2017, información producto del convenio con la ANI, para ser incluida en el expediente 201622558010000007E del proyecto VIAL CHUSACA - CALLE 13 y al verificar la información en el ORFEO se evidenció que a la fecha de la auditoría esta información no está incluida en dicho expediente. Con el objeto de establecer características en los registros del adecuado almacenamiento, protección, recuperación, retención y disponibilidad de la información, se recomienda al proceso realizar control permanente de los registros.

Además, el proceso tiene establecido un formato no formalizado denominado "*Compromiso de confidencialidad suscrito por los miembros del grupo evaluativo de propuestas de Asociación Publico Privadas"*, el cual se solicita firmar por quien intervenga en el proceso de evaluación de las propuestas; sin embargo, reposa físicamente en una carpeta a cargo de un integrante del grupo evaluador, situación que genera falta de trazabilidad de las personas que tuvieron acceso a la información para cada propuesta.
Una vez se verifica el cumplimiento de los requisitos de la normatividad legal vigente, se determina si la propuesta contiene los elementos que le permiten inferir que la misma puede llegar a ser viable, en caso tal, se dará la aprobación para el inicio del proceso de adjudicación, y la escogencia del concesionario.

En esta etapa, el originador debe, a partir de información secundaria, aportar elementos suficientes para el estudio técnico, jurídico, económico y financiero del proyecto, a partir de los cuales la Entidad determina si el proyecto es de interés para el Distrito, es decir, si se ajusta a los lineamientos del Plan de Desarrollo Distrital y a las políticas sectoriales. Actualmente se está realizando la evaluación de la propuesta de los proyectos "Autopista urbana norte de Bogotá" y "Vía nueva construcción entre la Carrera 7ª a la altura de la calle 100 y carretera C50 (La Calera)", en la que se verifica si el proyecto se ajusta y cumple con los requisitos exigidos por el Decreto 1082 de 2015. En caso de que se encuentre aceptable, se dará paso a la etapa de factibilidad con el fin de profundizar en los estudios que permitan determinar la viabilidad de la propuesta.
Las propuestas de APP en etapa de Pre factibilidad en espera de revisión, corresponde a aquellas iniciativas de origen privadas que se encuentran inscritas en segundo lugar o subsiguientes en el RUAPP y que tienen objetos similares o iguales a la iniciativa inscrita en primer lugar.

En el periodo auditado (01/07/2017 al 31/05/2018), se revisó la resolución N° 006137 de 4 de diciembre de 2017*"Por la cual se rechaza la iniciativa de Asociación Público Privada de Iniciativa Privada presentada por la Estructura plural, conformada por: las sociedades a) Constructora Sestral S.A. (principal) b) Arquitectos VYV SAS. c) Inversiones Beamonte SAS, originadores del proyecto Estacionamientos sectores de Chico Norte y San Patricio",* pues no cumplió con requisitos exigidos en la Ley, el proyecto es *"Desarrollos Inmobiliarios de Estacionamientos para vehículos y bicicleta, Equipamientos Deportivos, Equipamientos Culturales, y Comercio y Servicios en los sectores de Chico Norte y San Patricio."*

Una vez realizada la entrevista con los colaboradores del proceso, y revisados los soportes en el aplicativo Orfeo, se evidenció la conformidad de los controles aplicados en la aprobación o no de las solicitudes por parte de los proponentes, en los momentos de recepción, revisión por parte del IDU y la aprobación o rechazo de la propuesta. Se aclara que existen pasos intermedios de revisión técnica, los cuales son realizados por otros actores o instituciones, como la Secretaría de Planeación, en los que se emiten validaciones, que, por la especificidad y extensión de la información, se convierten en una limitante de la presente auditoría, sumado a que en la actualidad, el proceso adelanta la actualización documental donde podrá determinar el alcance de los controles en todas las etapas.

Actividad crítica 2: Definición de propuestas, planes y/o programas para el desarrollo de los proyectos a cargo de la entidad.

El equipo auditor observó, que existe correlación de los productos resultado de esta actividad con la Actividad 1: Articulación de acciones y directrices de coordinación interinstitucional con las entidades y empresas del sector público y privado para la formulación y ejecución de los proyectos, evidenciado su desarrollo a través de los planes, programas y proyectos originados, gracias a la articulación del IDU con diferentes entidades, de acuerdo con las necesidades, con el objeto de suscribir convenios, acuerdos y/o actos administrativos.

Previo a la suscripción de éstos, se realizan actividades tales como reuniones internas, mesas de trabajo con las entidades a suscribir convenios y otras actividades, las cuales no se encuentran documentadas en el Sistema Integrado de Gestión. En consulta de la página web de la entidad y en entrevista con funcionarios de la SGDU, se identificaron 5 convenios en ejecución, los cuales se relacionan en la Tabla Nº5 de los anexos asociados a este proceso y que fueron objeto de evaluación y seguimiento en el sistema de información y acompañamiento contractual – SIAC, y verificación documental de las mesas de trabajo con los colaborares de la dependencia, como lo evidencia la comunicación Orfeo 20171050268513 en la que se gestiona el convenio IDU UNE, en el cual se evidenció la identificación y trazabilidad de las salidas de proceso.

Actividad crítica 3: Seguimiento y control al desarrollo y ejecución de los proyectos a través de los acuerdos, convenios y/o actos administrativos.

El equipo auditor, en esta actividad crítica, seleccionó dentro de la muestra, el seguimiento realizado al convenio IDU-1454-2017, suscrito con Colombia Telecomunicaciones ESP, el cual inició el 10 de noviembre de 2017.

Conforme a lo establecido en el instructivo IN-IN-014 "*Elaboración, suscripción, ejecución y terminación de convenios y contratos interadministrativos*" Versión 1.0, se solicitó información relacionada con la ejecución del convenio, así:

- Suscripción del acta de inicio del convenio.
- Informe ejecutivo bimestral del estado del convenio o contrato interadministrativo enviado a la Subdirección General.
- Informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos enviado a la Dirección General.
- Información actualizada del convenio en el SIAC y verificación de que la información de los contratos asociados, se entregue en forma puntual a los designados a actualizar otros aplicativos de seguimiento contractual existentes, según las disposiciones normativas y reglamentarias.

De la anterior información, se encontró que, para el convenio con COLOMBIA TELECOMUNICACIONES ESP, no se suscribió acta de inicio del convenio, argumentando el responsable del proceso, que conforme a lo establecido en la cláusula vigésima séptima "*REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El presente convenio se perfecciona y comienza su ejecución con la firma de las partes*".

Por otro lado, frente a la presentación del informe ejecutivo bimestral, éste se ha realizado con periodicidad trimestral (noviembre 10 de 2017 a febrero 28 de 2018 y marzo 1 a mayo 31 de 2018), incumpliendo lo establecido en el instructivo IN-IN-014 "*Elaboración, suscripción, ejecución y terminación de convenios y contratos interadministrativos*" Versión 1.0, por lo cual se recomienda al proceso unificar criterios para la evaluación y seguimiento de los convenios, toda vez que puede presentar confusión e incumplimiento a las obligaciones derivadas del mismo. De otra parte, se solicitó la evidencia de la divulgación del convenio a las partes interesadas, no siendo suministrada por el proceso.

Según el instructivo IN-IN-014, capítulo 7.3 Fase de ejecución, numeral 4 establece que: *"Las Subdirecciones Generales deben bimestralmente elaborar y remitir a la Dirección General un informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos, a su cargo*.", se evidenció contravención de esta actividad, teniendo en cuenta que el proceso no genera este instrumento de control para la Dirección General.

También se efectuó una verificación al cumplimiento de la cláusula décima cuarta del convenio "*Comité Coordinador. El presente convenio tendrá un Comité Coordinador. Cada parte tendrá tres (3) representantes designados por los Representantes Legales, quienes se reunirán trimestralmente o cuando sean citados extraordinariamente por cualquiera de las partes*.", donde se evidenció que por parte del IDU, se encuentra designado como representante del Comité Coordinador, el Subdirector General de Infraestructura, y no se observó la designación de los otros dos representantes, en contravención a lo establecido en el convenio IDU-1454-2017.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

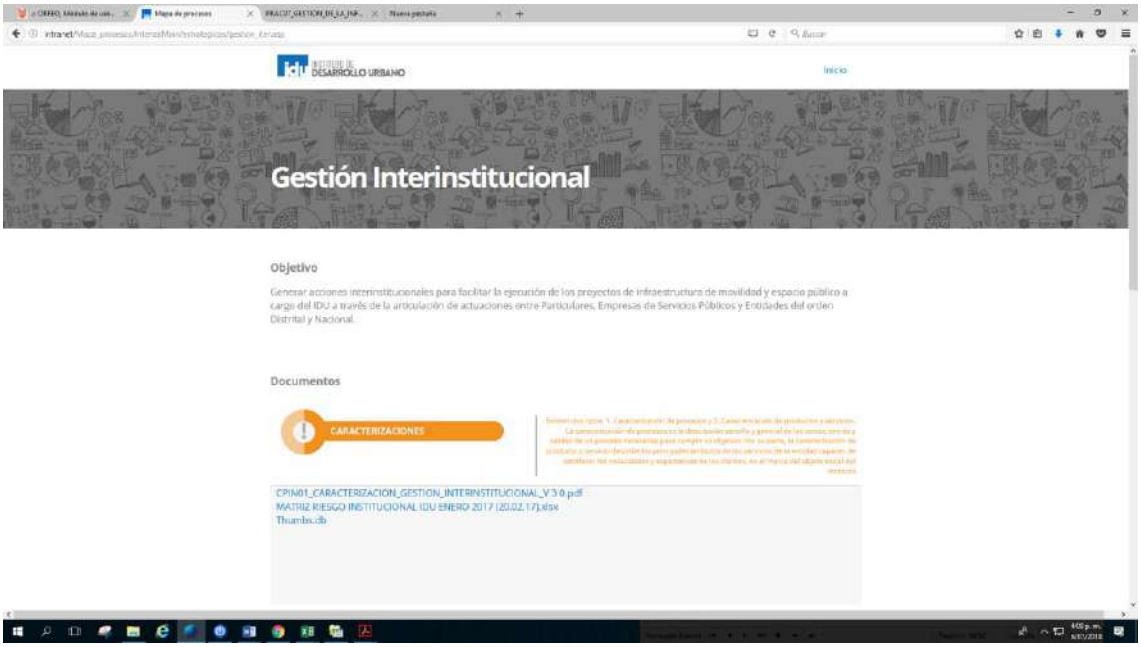
- **Información documentada.** En la página web de la Entidad, link https://www.idu.gov.co/page/mapa-procesos se encontró que para el Proceso de Gestión Interinstitucional se encuentran publicados documentos derogados, así:

  - 2GTMTM336 Gestión de Certificados de Disponibilidad Presupuestal para Proyectos TM
  - PRAI012 Cruce de Cuentas V. 3.0
  - PRAI050 Seguimiento a la Estabilidad y Calidad de las Obras con Póliza Vigente V. 4.0

  Frente a lo anterior, la SGDU solicitó aclaración en la respuesta al informe preliminar por correo electrónico del 22 de agosto de 2018. Al respecto, se confirma que los documentos publicados en la página web[14] se encuentran asociados al proceso de Gestión Interinstitucional, tal y como se muestra en la siguiente imagen:

[14] https://www.idu.gov.co/page/mapa-procesos

De otra parte, en la Intranet se observó el 6 de julio de 2018, como se muestra en la siguiente imagen, que en los documentos del proceso, capítulo “Caracterizaciones”, se encuentra un archivo denominado “MATRIZ RIESGO INSTITUCIONAL IDU ENERO 2017(20.02.2017).XLS”, el cual se encontraba desactualizado.



Por su parte, se encontró que, para el instructivo IN-IN-014 “Elaboración, Suscripción, Ejecución y Terminación de Convenios y Contratos Interadministrativos” hace referencia a documentación que está derogada. Para el caso del procedimiento PR-GC-036 – Elaboración, suscripción y modificación de convenios interadministrativos derogado el 14 de agosto de 2014, procedimiento PR-GC-105 – Liquidación de contratos y convenios derogado

el 12 de junio de 2017 y el formato 4-MIN-C-M-55 Acta de liquidación del convenio, no se encuentra dentro de la documentación del SIG.

Así mismo, se encontró que para la guía GU-IN-01 – Intervención de infraestructura vial y espacio público a cargo de terceros", se hace referencia al instructivo IN-C-001 Gestión de Urbanizadores y/o Terceros, el cual no se encuentra dentro de la documentación del SIG y el formato FO-CI-02 Solicitud de licencia de excavación en la guía, hace referencia a la versión 5.0 y actualmente está en la versión 6.

Teniendo en cuenta que la actualización de la documentación del proceso de Gestión Interinstitucional, se encuentra en una actividad en ejecución del Plan de Mejoramiento, se recomienda continuar realizando la actualización de la documentación y cumplir de manera oportuna con las fechas establecidas en el Plan.

- **Riesgos del proceso.** Se analizaron los controles establecidos para los 3 riesgos del proceso, los cuales se encuentran clasificados en riesgo residual "Inferior" (R.GI.01 Y R.GI.02), y el R.GI.03 "moderado", evidenciando lo siguiente:

  i. R.GI.01 "Que el IDU suscriba convenios marco, acuerdos o actas de compromiso con las Empresas de Servicios Públicos, Entidades Públicas del Orden Nacional, Departamental, Municipal, Distrital y/o Privados, asumiendo responsabilidades más allá del marco misional institucional."

  Se observan que los controles Nº1 "Normas, reglamentos técnicos y Estatutos de las Entidades." y Nº3 "Aplicación de los convenios marco, acuerdos o actas de compromiso.", corresponden al marco legal general y no actividades específicas de control.

  ii. R.GI.02 Incumplimiento de convenios suscritos con promotores para cargas urbanísticas emitidas por la SDM, SDP y demás entidades distritales.

  Se observan que los controles Nº1 "Aplicación de los convenios marco, acuerdos o actas de compromiso", Nº2 "Resolución o acto administrativo emitido por la SDP, SDM y demás entidades distritales" y Nº3 "Elaboración de los estudios previos para la estructuración de los convenios.", corresponden a salidas del proceso y no necesariamente a puntos de control del proceso.

  iii. R.GI.03 "Incumplimiento de los acuerdos o convenios por parte de las Empresas de Servicios Públicos, Entidades Públicas del Orden Nacional, Departamental, Municipal, Distrital y/o Privados.

  Se observan que el control Nº1 "Aplicación de los convenios marco, acuerdos o actas de compromiso.", corresponde al marco legal general y no actividades específicas de control.

  Por lo anterior, se hace necesaria la revisión de la matriz de riesgos.

- **Indicadores del proceso.** Para la revisión, se utilizó el cuadro de mando publicado en la intranet a 30 de marzo de 2018[15]. En la tabla Nº6 se presenta el análisis registrado. En entrevista directa con los responsables del proceso, se consultó el porqué de la inclusión de dos indicadores que no se relacionan con la gestión interinstitucional, estos son: gestión y control ambiental y transferencia de conocimiento en seguridad vial. El proceso manifestó que se procedería a revisar la pertinencia de los mismos con la OAP, a lo cual se concluye que es necesario realizar una revisión de la matriz de indicadores.

- **Acciones Plan de Mejoramiento.** La revisión del estado de las acciones de mejoramiento se realizó mediante consulta en el CHIE, y la cotejación de los avances en el desarrollo de la auditoría. A continuación, se presentan los resultados de cuatro acciones analizadas.

  i. Acción N° 1030. Revisar, actualizar, modificar y/o retirar, la Guía GU-IN-01 de Intervención de Infraestructura Vial y Espacio Público a Cargo de Terceros.

  Se observó que la SGDU, se encuentra a la espera del pronunciamiento jurídico respecto al mecanismo legal a utilizar para intervención de infraestructura vial y espacio público, en el marco de instrumentos de planeación, de acuerdo con el radicado SGDU 20182050114963 de mayo 18 de 2018, así como el pronunciamiento jurídico sobre la actualización o derogación del Instructivo de Convenios IN-IN-014 según radicado SGDU 20182050129663 del 31 de mayo de 2018. Por tal razón, se mantiene abierta la acción.

  ii. Acción N° 1031. Revisar, actualizar, modificar y/o retirar, la Guía GU-IN-02 de Coordinación IDU, ESP y TIC en proyectos de Infraestructura de Transporte.

  Se observó que, dentro del proceso de armonización de los documentos asociados al proceso en el tema de convenios, la SGDU está a la espera del pronunciamiento jurídico de la Subdirección General de Infraestructura y la Dirección Técnica de Gestión Contractual, respecto a la actualización o derogación del Instructivo de Convenios IN-IN-014 de acuerdo con el radicado SGDU -20182050129663 del 31 de mayo de 2018. Por tal razón, se mantiene abierta la acción.

  iii. Acción N° 1032. Revisar, actualizar, modificar y/o retirar, el Instructivo IN-IN-014 de Coordinación de Elaboración, Suscripción Ejecución y Terminación de Convenios y Contratos Interadministrativos.

  Se observó que el proceso se encuentra gestionando con la Dirección Técnica de Gestión Contractual el pronunciamiento jurídico respecto a la actualización o derogación del Instructivo de Convenios IN-IN-014 de acuerdo con el radicado SGDU -20182050129663 del 31 de mayo de 2018. Por tal razón, se mantiene abierta la acción.

  iv. Acción N° 1033. Revisar, actualizar, modificar y/o retirar, el Procedimiento 2-GPM-TM-3-3.6 de Gestión de Certificados de Disponibilidad Presupuestal para Proyectos Transmilenio.

  Se observó la derogación del Procedimiento 2-GPM-TM-3-3.6 de Gestión de Certificados de Disponibilidad Presupuestal para Proyectos Transmilenio y la formalización del

[15] http://intranet/Mapa_procesos/IntenasMain/estrategicos/planeacion_estrategica.asp

instructivo IN-IN-02 Solicitud de CDP CRP y Autorización de Pago a Transmilenio V 1, de esta forma se da por terminada la acción.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. Mediante correo electrónico del 22/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad N°1: Incumplimiento en la elaboración del informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos con destino a la Dirección General.

La SGDU, a través de correo electrónico el 22/08/2018, en su respuesta al informe preliminar aceptó la no conformidad No. 1 de acuerdo con lo siguiente: "(…) *se realizarán las acciones para dar cumplimiento a este informe, considerando que la Dirección General como representante legal del Instituto debe estar informada del desarrollo y estado actual de los convenios*. Sin embargo, la SGDU solicitó que "(…) e*n razón a que el instructivo IN-IN-014 cuenta con un plan de mejoramiento vigente y su contenido está en trámite de revisión para su derogación*…", la no conformidad sea incluida dentro de la recomendación 4.4.1". Si bien es cierto, la actualización del instructivo se encuentra dentro de una actividad del plan de mejoramiento, el equipo auditor evidenció el incumplimiento en la elaboración del informe ejecutivo con destino a la Dirección General, actividad que se encuentra en el documento que a la fecha hace parte de los criterios de esta auditoría. Por lo anterior, se mantiene la Nº Conformidad No. 1.

3.4.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Instructivo IN-IN-014 "*Elaboración, suscripción, ejecución y terminación de convenios y contratos interadministrativos*" Versión 1.0**. Capítulo 7.3, Fase de ejecución. "(…) 4. *Las Subdirecciones Generales deben bimestralmente elaborar y remitir a la Dirección General un informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos, a su cargo*."	**No Conformidad N°1: Incumplimiento en la elaboración del informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos con destino a la Dirección General.** Se evidenció que las Subdirecciones Generales no están elaborando, ni remitiendo bimestralmente a la Dirección General un informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos a su cargo, en contravención a lo establecido en el numeral 4 del capítulo 7.3 del Instructivo IN-IN-014 "*Elaboración, suscripción, ejecución y terminación de convenios y contratos interadministrativos*" Versión 1.0, situación que puede afectar la evaluación y seguimiento de los convenios suscritos.
NC2	**Convenio IDU-1454-2017, suscrito con Colombia Telecomunicaciones ESP.**	**No Conformidad N°2. Incumplimiento a la Cláusula Décima Cuarta del Convenio IDU-1454-2017.**

Nº	Criterio	Descripción
	Cláusula décima cuarta "*Comité Coordinador. El presente convenio tendrá un Comité Coordinador. Cada parte tendrá tres (3) representantes designados por los Representantes Legales, quienes se reunirán trimestralmente o cuando sean citados extraordinariamente por cualquiera de las partes*. *El comité Coordinador tiene las siguientes obligaciones:* 1. *Orientar los lineamientos del desarrollo del presente convenio.* 2. *Hacer seguimiento al Convenio y efectuar las recomendaciones y observaciones que estimen convenientes para el correcto cumplimiento del objeto del convenio.* 3. *Realizar y aprobar las actas de cada reunión.* 4. *Servir como órgano de discusión frente a los temas técnicos, que sean puestos a su consideración y, de ser el caso, realizar las recomendaciones pertinentes.* 5. *Las demás que sean necesarias para el cumplimiento y la adecuada ejecución del convenio."*	Se evidenció que por parte del IDU, se encuentra designado sólo un representante para el Comité Coordinador, contraviniendo lo establecido en la cláusula décima cuarta del Convenio IDU-1454-2017, suscrito con Colombia Telecomunicaciones ESP, situación que puede generar dificultades frente a la gestión de seguimiento y aprobación de actas, como órgano de discusión.

3.5 PROCESO COMUNICACIONES

Fueron evaluadas sistemáticamente todas las actividades críticas, relacionadas en la CPCO01 Caracterización del proceso, que, aunque se encuentra desactualizada, sirve como referente para abordar el propósito del proceso. En este sentido, los criterios utilizados para la auditoría, fueron nutridos por los procedimientos y prácticas aplicadas por los ejecutores del proceso, para la verificación de las siguientes actividades:

Actividad crítica 1. Identificar las necesidades de comunicación.

Como resultado general, las necesidades son identificadas a través de los requerimientos internos y las solicitudes de información por parte de los medios de comunicación. En el ejercicio de auditoría, fue determinado el grado de cumplimiento de los requerimientos externos por medio de la aplicación del formato FO-CO-193 Solicitudes de información y entrevistas externas. Se evidenció cumplimiento de la actividad.

Actividad crítica 2. Diseñar la estrategia

De forma global, se evidenció el cumplimiento de la estructuración de estrategias y la planeación de los requerimientos y la emisión de piezas correspondientes. De forma puntual, se verificó el cumplimiento al requerimiento denominado “Campaña usa las escaleras”, solicitado en mayo de 2018 por la Subdirección Técnica de Recursos Humanos-STRH, en el cual se evidenció la definición de una propuesta y la atención efectiva del requerimiento.

Actividad crítica 3. Producir el material

Sobre el requerimiento mencionado en la actividad 2, se evidenció la elaboración de la pieza y el envío al área solicitante para su aprobación, por lo cual es evidenciado el cumplimiento de la actividad mencionada. Al respecto, también fue entrevistado el Community Manager, para conocer el manejo y la interacción de redes sociales, evidenciando cumplimiento de la actividad, según lo definido por el proceso.

Actividad crítica 4. Divulgar las piezas

Continuando con el análisis de la trazabilidad, fue solicitado el soporte de la pieza de comunicación elaborada para la campaña “usa las escaleras”, la cual fue aprobada por la STRH. El criterio tomado para verificar la realización de la divulgación fue el expuesto en la caracterización del proceso, donde la actividad 4 describe que las piezas de comunicación son divulgadas por los medios de comunicación disponibles en la Entidad, en este caso, la pieza fue expuesta a través del mailing institucional del 26 de junio de 2018, evidenciando cumplimiento de la actividad.

Actividad crítica 5. Evaluar y Retroalimentar

Sobre el indicador 14513 “Aumento de la interacción en Twitter”, el profesional responsable de las redes sociales, explicó que el indicador puede ser mejorado para no absorber los picos de opinión generados en determinadas épocas y que castiga el cumplimiento de la meta al realizar comparaciones entre el mes vigente y el pasado. De acuerdo con lo anterior, el indicador arrojó un nivel de cumplimiento del 33%, cuya meta esperada era el 100%, por lo que es necesario replantear la meta para que no se vea afectada por la estacionalidad o los eventos fortuitos de la opinión pública, tomando las acciones correspondientes, de acuerdo con el comportamiento del indicador.

Actividad crítica 6. Evaluar Desempeño del proceso e identificar oportunidades de mejora.

- Fueron evaluados todos los riesgos de gestión (3) y riesgos anticorrupción (1), desde el punto de vista documental, y para el análisis de la evaluación y la definición de controles, fue evaluado el riesgo R.CO.03 “Falta de Oportunidad en la Comunicación Interna”, identificando que el riesgo está asociado con la atención de requerimientos críticos de última hora y no con la atención de todos los requerimientos de la oficina. En este sentido, la redacción del riesgo puede ser mejorada, para que explique la falta de oportunidad de requerimientos críticos no previstos para la comunicación interna.

- De la revisión del CHIE se observó que la acción 669 Actualizar la política y plan de comunicaciones, formulada con fecha fin para 31/12/2017, no fue cumplida en los términos establecidos, observando que hasta el mayo de 2018, se soportó evidencia de cumplimiento en CHIE.

Adicionalmente, al verificar las acciones de planes de mejoramiento Nº 682, 683 y 1148 en estado "Terminado", relacionadas con Información documentada desactualizada, se evidencia recurrencia en la naturaleza de las mismas, lo cual significa que las acciones correctivas para atacar la desactualización de la documentación no han sido efectivas.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Fueron valorados aspectos del Subsistema de Gestión Ambiental, Subsistema de Gestión de Calidad y Resolución 1111 de 2017, sobre los cuales se evidencia cumplimiento en los aspectos fundamentales de gestión definidos para los subsistemas (Indicadores, riesgos, etc.) y los estándares mínimos de SST establecidos por la Resolución 1111 de 2017. A continuación, se resaltan algunos de ellos:

- Se observó que el Jefe de la OAC y tres de sus colaboradores, comprenden la existencia de las partes interesadas, sus necesidades y expectativas, pertinentes al SGC y al SGA, de acuerdo con el alcance y objetivo del mismo. No obstante, se requiere fortalecer el dominio sobre la caracterización del proceso, la cual se encuentra desactualizada.

- Se verificó el conocimiento, ubicación (intranet) y aplicación de la matriz de aspectos ambientales. No obstante, la versión 1.0 publicada corresponde al 31/07/2016, es decir casi dos años, por lo que amerita una revisión y actualización, en razón a que en los últimos dos años, el IDU ha venido implementando acciones y controles que impactan positivamente la Valoración, por ejemplo, implementación de luces LED, reductores de consumo de agua en los lavamanos, implementación de la política de cero papel, entre otras.

- Fue tomada una muestra de tres colaboradores para preguntarles por su participación en la campaña psicopausas o pausas activas del IDU. El soporte solicitado sobre la participación fue el pasaporte entregado por la STRH, con las firmas de los instructores responsables en las fechas de recorrido de actividades. Al respecto, se evidenció la participación en las actividades de un colaborador.

- Al revisar los documentos del proceso publicados en la Intranet, en el Mapa de Procesos, se observó que requieren de revisión, actualización y, de acuerdo con las necesidades del proceso, documentación de prácticas realizadas que ameritan ser formalizadas en el SIG y algunos aspectos de carácter menor sobre la identificación de riesgos y la toma de conciencia frente a los mecanismos implementados para dar cumplimiento a los requisitos de los Subsistemas. En particular, se evidenció que la Caracterización del Proceso versión 3.0 y la Matriz de Riesgos versión 3.0, se encuentran desactualizadas.

- Respecto a las mejoras realizadas al proceso, el Profesional responsable de las comunicaciones externas, explicó que una mejora realizada consistió en crear un repositorio para catalogar la información de comunicaciones asociada con fotos, notas y demás información generada en el proceso de comunicaciones, de manera que se facilita su consulta. El Profesional explicó que la mejora obedeció a la necesidad de organizar la información y que no fue documentada.

- Se entrevistaron tres profesionales del área de comunicaciones, a quienes se les pregunto: ¿Dónde dispondrían un pocillo de café de cartón utilizado?, para verificar el grado de

conocimiento sobre la estrategia de reciclaje en la fuente. Dos profesionales explicaron que, en la caneca gris, materiales de reciclaje, y la funcionaria restante afirmó que en la caneca azul por ser papel. De acuerdo con la política establecida de reciclaje en la fuente, el pocillo de café debe disponerse en la caneca verde, material orgánico porque no puede ser aprovechable.

3.5.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**MGPE018 Manual de administración del riesgo** **Numeral 6.4.1. Calificación de los controles:** *"(…) se requiere realizar un inventario de los controles existentes, registrando la mayor información posible sobre el control en cuanto, cuál es el control, cómo se ejecuta, cuándo se realiza (frecuencia del Control), el responsable de ejecutar el control, y la documentación que lo describe o formaliza, entre otros.* *Los controles identificados deben ser evaluados, determinando su actual capacidad de tratar la probabilidad o el impacto del riesgo*" **NTC ISO 9001:2015 numeral 6.1.2**. "*La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades*"	**No Conformidad Nº1: Fallas en el inventario de controles para la gestión de riesgos.** Se evidenciaron fallas en el inventario de controles, descritos en la matriz de riesgos del proceso, toda vez que, por ejemplo, el procedimiento PRCO026 Canales de comunicación, en la matriz vigente es identificado como control para el riesgo R.CO.03 "Falta de oportunidad en la comunicación interna", sin embargo, dicho documento se encuentra derogado; generando incumplimiento sobre el numeral 6.4.1 del Manual de Administración del riesgo, y el numeral 6.1.2 de la norma NTC ISO 9001:2015, situación que genera identificación inadecuada de controles para controlar un riesgo y pueda distorsionar los criterios de valoración de riesgos.
NC2	**Decreto 514 de 2006. Capítulo II, artículo 9: "*Responsables:*** *Los servidores públicos de las oficinas que hacen parte de la estructura administrativa de una entidad son responsables de la producción y gestión de los documentos de acuerdo a las políticas y reglas que rigen el SIGA. Así mismo deben atender los requerimientos de la dependencia encargada de la coordinación de dicho sistema, en cada entidad*". **NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 14001:2015, numeral 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.2** "*Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de*	**No Conformidad Nº2: Desactualización de las Tablas de Retención Documental TRD** Las tablas de retención (TRD) se encuentran desactualizadas, ya que las clasificaciones y sus descripciones utilizadas no se ajustan a las nuevas directrices y documentación de la OAC, incumpliendo el literal d) del numeral 7.5.3.2, de la norma NTC ISO 9001:2015 y el numeral 7.5.3 Control de la Información documentada de la norma NTC ISO 14001:2015, donde se define la necesidad de conservar y disponer la información documentada, que en el IDU se realiza por medio de los lineamientos de Gestión Documental, aplicables a través de las TRD, situación que puede inducir a errores en la organización, disposición y conservación de la información documentada del proceso. Lo anterior se evidenció en las actas del comité de redacción, Flash (hoy denominado Boletín

Nº	Criterio	Descripción
	cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición". **Tabla de retención Oficina Asesora de Comunicaciones**	Informativo: "Ser Gente IDU"), y en el formato Solicitudes de Información y Entrevistas Externas.
NC3	**PRMC01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión. Política Operacional - acápite 17**. "*Es responsabilidad del jefe de cada área involucrada en la ejecución de planes de mejoramiento el contenido, la coherencia, la pertinencia y la oportunidad de los reportes del desarrollo y cumplimiento de las acciones contenidas en el plan de mejoramiento, así como el cumplimiento de los lineamientos establecidos al interior de la Entidad en relación con los planes de mejoramiento"* **Numeral 1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento:** "*Formular las acciones del Plan de Mejoramiento, las cuales deben estar encaminadas a corregir la no conformidad o el hallazgo detectado y a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad*" y numeral 1.9.1.6 "*¿La acción y ejecución fue eficaz? ¿El Hallazgo se solucionó en tiempo, recursos, objetividad y requisitos, y la acción garantizó que no se presentará nuevamente? (…)* **NTC ISO 9001:2015, numeral 10.2.1** "*Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: …b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte*".	**No Conformidad Nº3: Deficiencias en la formulación de acciones de planes de mejoramiento** Se evidenciaron deficiencias en la formulación de acciones de planes de mejoramiento, relacionadas con el cumplimiento oportuno y efectividad de las mismas, incumpliendo lo definido en la política operacional, además de los numerales 1.7.1.6 y 1.9.1.6 del procedimiento PRMC01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión y afectando el cumplimiento del numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015, generando que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen, afectando el normal desempeño del Instituto y dificultando la toma de acciones que evidencien la orientación del SIG a la mejora continua. Lo anterior, se pudo establecer de acuerdo con las siguientes situaciones: a. La acción 669 "Actualizar la política y plan de comunicaciones", formulada con fecha fin para 31/12/2017, no fue cumplida en los términos establecidos, observando que, hasta mayo de 2018, se soportó evidencia de cumplimiento en CHIE. b. Verificadas las acciones de planes de mejoramiento Nº 682, 683 y 1148 en estado "Terminado", relacionadas con Información documentada desactualizada, se evidencia recurrencia en la naturaleza de las mismas, lo cual significa que las acciones correctivas para atacar la desactualización de la documentación, no han sido efectivas.

3.6 PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas de la caracterización del proceso versión 2.0, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría. Es importante mencionar que, no fue posible la verificación a profundidad de la gestión del proceso, debido a que actualmente se

encuentran en actualización los documentos asociados al mismo, en cumplimiento de un plan de mejoramiento establecido con ocasión a la auditoría al SIG, realizada el año inmediatamente anterior.

Actividad crítica 1: Estructurar y/o actualizar los activos de documentación del proceso y el banco de proyectos

Como productos de esta actividad se encuentran, activos de documentación del proceso y banco de proyectos registrados en el sistema de gestión integral de proyectos – ZIPA.

Para el primer producto, *activos de documentación del proceso*, se encontró que, el proceso en la actualidad cuenta con un cronograma de actualización de los documentos asociados al proceso, producto de un plan de mejoramiento derivado de auditoría realizada durante el 2017.

Por lo anterior, también se realizó la verificación de la normatividad vigente del proceso a través del normograma, donde se evidenció que no se está describiendo la totalidad de la normatividad legal vigente, ya que, en los procedimientos asociados al proceso, contemplan más normas que las que se describen en el mismo; lo cual se informó al proceso para que lo tengan presente dentro de la actualización documental que se encuentran ejecutando.

Para el segundo producto, *banco de proyectos registrados en el sistema de gestión integral de proyectos – ZIPA*, se evidenció que el aplicativo ZIPA, cuenta con todos los campos descritos dentro de la caracterización del proceso y se evidenciaron acciones encaminadas a mantener actualizado el aplicativo en cada una de las fases de los proyectos.

Actividad crítica 2: Gestionar de manera integral los proyectos a través de las etapas del ciclo de vida en ZIPA

Esta actividad tiene como entregables, cronograma de proyectos actualizados, plan anual de adquisiciones, reporte del tablero de control, resumen ejecutivo del proyecto, reportes del tablero de control de trámites, registro de lecciones aprendidas por proyectos y/o etapas del ciclo de vida y proyectos terminados. De estos 7 productos se evaluaron 6 ya que no se evaluó el plan anual de adquisiciones, teniendo en cuenta que ha sido evaluado mediante diferentes auditorías y seguimientos ejecutados por la OCI, como la auditoría a Diseño de proyectos, entre otras.

Para los productos, reporte del tablero de control, resumen ejecutivo del proyecto, reportes del tablero de control de trámites, registro de lecciones aprendidas por proyectos y/o etapas del ciclo de vida y proyectos terminados, se verificó a través de ZIPA que se genera la documentación soporte de cada producto.

Actividad crítica 4: Evaluar Indicadores de Gestión

Esta actividad se verifica teniendo en cuenta que se tenía una acción correctiva asociada a indicadores, por lo tanto, se verificó que los indicadores que reporta el proceso correspondan efectivamente a los que son responsabilidad del proceso, su medición y seguimiento.

Actividad crítica 5: Generar Recomendaciones y Acciones de Mejora

Al verificar los riesgos y controles asociados al proceso, se evidencia que, en general, solo uno de los controles no está siendo ejecutado y los demás se están ejecutando adecuadamente, lo

que en general muestra que el proceso está controlando sus riesgos, permitiendo evitar la materialización de los mismos, aunque se debe reforzar o evaluar el uso del primer control del riesgo R-SP-02 "*Tener documentación del proceso no alineada con la realidad operativa del mismo*", ya que fue para el único al cual no se evidenció su adecuada ejecución.

Se verificaron las acciones que se tienen en el módulo de planes de mejoramiento CHIE, donde se evidenció que tienen en la actualidad dos acciones que se encuentran vencidas, para las cuales es necesario soportar el cumplimiento, para realizar la respectiva evaluación de efectividad de las mismas.

Es importante resaltar el compromiso desde la Dirección General para continuar con la implementación y mejora del aplicativo ZIPA, el cual se ha convertido en una herramienta esencial para el Seguimiento de la Gestión Integral de los Proyectos del Instituto en sus diferentes fases, esto evidenciado a través de las actas de Mesas de Gobierno establecidas y las acciones de mejora que se han establecido en las mismas, pero para las cuales no se evidencia el seguimiento a las mismas para asegurar su implementación, tampoco se evidencia la aplicación del procedimiento de planes del mejoramiento establecido en el instituto.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Documentación del Proceso. Al revisar la documentación del proceso, se encontró, que la codificación de la caracterización del proceso corresponde a CPGP01, sin embargo, es el mismo código que tiene la caracterización del proceso de Gestión Predial, tal y como se evidencia en el listado maestro de documentos, en el cual adicionalmente, se observó que para la caracterización del proceso, existen dos códigos diferentes, que corresponden a CPGIP01 y CPSP01, mostrando así deficiencias en la información documentada del proceso. A su vez no fue posible la verificación de la última fecha de actualización de la caracterización del proceso, pues no se encontró en el listado maestro de documentos esta información actualizada.

Conocimiento SGC y SGA. Se evidenció el conocimiento por parte de los responsables del proceso, de las partes interesadas tanto internas como externas, sus necesidades y las responsabilidades y autoridades, en relación con la implementación del SGC y SGA; también se evidenció la correcta afiliación a la ARL y el pago del mes de junio de 2018, de los dos contratistas que participan en el proceso.

Verificación de Expedientes. Durante la revisión se realizó verificación al uso adecuado de los expedientes, para este proceso no se encontró uso de expedientes y tampoco existencia de comunicados por parte de los mismos o para ellos.

3.6.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**PRMC01 Procedimiento Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.**	**No Conformidad Nº1: Falta formulación de acciones por autocontrol de acuerdo con el procedimiento interno** Se evidenció que, a través de las mesas de gobierno, se han establecido acciones de mejora, las cuales no

Nº	Criterio	Descripción
	Numeral 1.5 Política Operacional *"(…) Los planes de mejoramiento derivados de las Auditorías Internas de Gestión, SIG, Autocontrol y de entes certificadores, se formularán de conformidad con el presente procedimiento (...)"* **NTC ISO 9001:2015** **Numeral 10.1 Generalidades:** *(…) b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados.* **Numeral 10.3 Mejora Continua.** *"La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión ambiental para mejorar el desempeño ambiental."*	se observan documentadas en el aplicativo CHIE, incumpliendo el Procedimiento PR-MC-01 "Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión" en su política de operación y los numerales 10.1 y 10.3 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede dificultar la mejora continua del proceso, derivado de ejercicios de autoevaluación.

3.7 GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN

Con base en la caracterización del proceso, las actividades críticas N°1 "*Conceptualización y Diseño de un Proyecto de Acuerdo de Valorización"*, N° 2. *"Estructuración del Proyecto de Acuerdo"*, N°3. *"Analizar y Validar los Datos Prediales"*, N°4 *"Liquidar"*, N° 5. *"Asignar y Notificar*", N° 6, *"Realizar el Cálculo de la Deuda"*, no son objeto de la presente auditoría, en consideración a que son actividades de estructuración e implementación de Acuerdos nuevos de Valorización, conforme a la planeación y formulación de proyectos de infraestructura para la ciudad, y a la fecha, no se han presentado estas actividades a la Secretaría Distrital de Movilidad, para ser remitidas al Concejo de Bogotá para su aprobación. Por otro lado, para las actividades N° 8 "*Tramitar las Solicitudes y Reclamaciones"* y N° 9 "*Devoluciones*", dada la antigüedad de los Acuerdos de Valorización, se revisaron aspectos puntuales.

Con base en lo anteriormente expuesto, la auditoría se realizó con énfasis en las siguientes actividades críticas y servicios ofrecidos por el proceso:

Actividad crítica 7. Cobrar y Recaudar

Revisado el saldo a 31 de mayo de 2018 de las cuentas por cobrar, por concepto de contribución por valorización, éste asciende a $39.815.101.655,32 y corresponde al valor del saldo de capital sobre los valores asignados y totalmente ejecutoriados.

La cartera por valorización se encuentra clasificada actualmente por número de Acuerdo, antigüedad y cuantía, siendo los sujetos pasivos de las obligaciones, los propietarios o poseedores de los predios que han sido cobijados con las asignaciones.

La Subdirección Técnica de Operaciones - STOP, realiza en forma mensual un reporte de la "*Cartera total por edades y por concepto"*, el cual es suministrado a la Subdirección Técnica de

Presupuesto y Contabilidad STPC, siendo el insumo para la actualización de los registros contables relacionados con las cuentas por cobrar y las cuentas de Ingresos fiscales.

En la siguiente tabla, se muestra la cartera por concepto:

Tabla N° 1. Relación de cartera por Acuerdo

(Valor expresado en pesos)

Concepto	Saldo al 31/05/2018
Acuerdos Anteriores	3.747.112.623,36
Acuerdo 180 de 2005	4.926.598.043,59
Acuerdo 398 de 2009	13.680.057.250,41
Acuerdo 523 de 2013	17.461.333.737,96
	39.815.101.655,32

Fuente: STOP - STPC *Elaboración Propia: Oficina de Control Interno*

Verificados los datos y registros suministrados por el proceso de Gestión de Valorización y Financiación y los registros del proceso, se evidenció coherencia frente a los valores de cartera. Dado el monto que representa, de manera selectiva se revisó información relacionada con el Acuerdo 398 de 2009, del que se encontró que, a 31 de mayo de 2018, con ocasión de la asignación de dicho Acuerdo, se presentó el siguiente estado de cuenta de los predios del aeropuerto, que asciende a un monto de capital de $12.423.981.114,78:

Tabla N° 2. Estado de cuenta de los predios del aeropuerto - Acuerdo 398 de 2009

(Valor expresado en pesos)

CHIP GENERAL	PREDIO	Sociedad Concesionaria Aeroportuaria Internacional - Opain S.A	Compañía de Desarrollo Aeropuerto El Dorado S.A. CODAD S.A
AAA0140KJUZ	AAA0140KJUZ	7.267.095,00	0,00
AAA0140KJSK	560205	7.344.053,00	0,00
AAA008OSWW	560206	16.818.144,00	0,00
AAA0060ZJYN	560210	2.983.066,00	0,00
AAA0060ZJYN	560208	0,00	14.519.522,00
101.435	560155	0,00	44.013.245,00
101.435	560157	263.188.874,00	0,00
AAA0065UFYX	560159	0,00	105.518.429,00
AAA0065UFYX	560161	5.176.049,00	0,00
AAA0065UFZM	560164	0,00	156.875.125,83
AAA0065UHAF	560166	0,00	46.032.855,00
AAA0065UHBR	560168	0,00	78.509.540,00
AAA0065UHBR	560170	6.948.205,00	0,00
101.434,00	560172	0,00	434.904.487,00
AAA0065UHDM	560176	0,00	122.603.120,00
AAA0065UHDM	560178	32.039.473,00	0,00
AAA0065UHEA	560181	0,00	6.693.230.585,40
AAA0065UHEA	560185	4.104.662.258,55	0,00
AAA0144DXMR	560187	0,00	15.937.461,00

CHIP GENERAL	PREDIO	Sociedad Concesionaria Aeroportuaria Internacional - Opain S.A	Compañía de Desarrollo Aeropuerto El Dorado S.A. CODAD S.A
AAA0144DXMR	560189	57.778.827,00	0,00
AAA0140KJPD	560193	0,00	131.395.698,00
AAA0140KJPD	560195	23.303.871,00	0,00
AAA0140KJRU	560199	0,00	31.160.924,00
AAA0140KJRU	560200	21.770.207,00	0,00
	TOTAL	**4.549.280.122,55**	**7.874.700.992,23**

Fuente: *Subdirección Técnica de Operaciones.* ***Elaboración Propia:*** *Oficina de Control Interno*

Al indagar sobre las cuentas de cobro realizadas sobre dichos predios, la STOP manifestó que no se han realizado gestiones al respecto, en consideración a que en el sistema VALORICEMOS, se reflejan con los estados de gestión "Demanda en Contencioso" y "en reclamación". No obstante, en el reporte con corte 31 de mayo de 2018, remitido a la STPC, el valor de cartera incluye los valores de cobro de valorización asociados a los predios relacionados.

Se realizó seguimiento a las gestiones adelantadas por el proceso para resolver los recursos jurídicos, interpuestos a todos los acuerdos vigentes, en especial al relacionado con el Acuerdo 398 de 2009, teniendo en cuenta la materialidad del monto.

Dentro de esta gestión, cabe destacar la Resolución N° 001577 de 2017 *"Por la cual se resuelve un recurso de reconsideración",* y se confirman los numerales 560208, 560155, 560159, 560164, 560166, 560168, 560172, 560176, 560181, 560187, 560193, 560199, que asignaron la contribución de valorización por beneficio local Acuerdo 398 de 2009, a los predios que conforman la infraestructura aeroportuaria, que fueron entregados en concesión a la Compañía de Desarrollo Aeropuerto El Dorado S.A.- CODAD S.A.

Se evidenció correo electrónico del 21 de noviembre de 2017, mediante el cual la Subdirección Técnica de Operaciones da respuesta a la Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad, a lo solicitado de *"*(…) *Revisando el reporte del AC.398, con corte a octubre de 2017, solicito verificar en la hoja de asignación, columna valor asignado ejecutoriado y en reclamación. Ya que los predios del Aeropuerto, también están afectando estos conceptos, para que los ajuste y realice las observaciones correspondientes. Ver informe de septiembre 2017"*

Atendiendo lo cuestionado, la STOP indicó *"(…) Revisando las actas y disposiciones presentadas sobre los predios de OPAIN y CODAD del aeropuerto, evidencio que la información entregada mediante memorando 20175760273733 y correo electrónico del 14 de noviembre de 2017 con corte al 31 de octubre es correcta.*

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. *Los predios que presentan demanda en el contencioso son los predios de OPAIN,*
2. *En el acta suscrita el 25 de abril de 2017 por la STOP, STRT, STJEF y DTAV se concluyó* ***"crear el estado de cartera llamado "DEMANDA CONTENCIOSO" para que suspenda liquidación de intereses de mora y la generación de cuentas de cobro hasta que se resuelva en el contencioso administrativo"*** *lo cual se está realizando en el sistema y por lo cual se presentan los predios como cartera ejecutoriada.*
3. *La STJEF, mediante memorando* ***20175660149573****, informó la procedencia de continuar con la facturación de los predios de CODAD.*

Por lo expuesto, solicito su colaboración en informar si existe algún documento oficial en donde se haya solicitado a la STRT mostrar o marcar los predios del aeropuerto en el sistema de información Valoricemos en un estado diferente a "Cartera ejecutoriada". De no ser así, es pertinente que la STPC, teniendo en cuenta la aplicación de las NICSP, indique a las áreas cómo se deberán mostrar los predios del aeropuerto en el sistema de información Valoricemos."

- Se observó que para los predios identificados con CHIP Nº AAA0140KJUZ, 560205, 560206, 560210, 560208, 560155, 560157, 560159, 560161, 560164, 560166, 560168, 560170, 560172, 560176, 560178, 560181, 560185, 560187, 560189, 560193, 560195, 560199, 560200 se marcó en el aplicativo Valoricemos, el estado de gestión "Demanda en Contencioso" o "en reclamación", en tanto presuntamente se considera que el acto administrativo no se encuentra completamente ejecutoriado, y por tal razón, no se generan intereses de mora (para Opain), ni cuentas de cobro (Opain y Codad), situación que podría generar inconsistencia en la información del aplicativo Valoricemos versus el aplicativo de gestión financiera STONE, y sobrevaloración de saldos contables, dado que los predios mencionados han sido incluidos dentro de los reportes de cartera a la STPC.

  En consideración de lo anterior, el proceso de Gestión de Valorización y Financiación, mediante la salida *"Reporte de la Cartera total por edades y por concepto*", al 31 de mayo de 2018, con destino al proceso de Gestión Financiera, que es insumo base para el registro contable, presuntamente estaría sobreestimando el saldo de cuentas por cobrar en un monto de $12.423.981.114,78, en supuesto incumplimiento a lo establecido en el Artículo 829 del Estatuto tributario y el Manual de Políticas Contables del IDU.

  En el MGGF01 Manual Políticas Contables V1.0, en el numeral 11. CUENTAS POR COBRAR, indica *"(…)* ***Título ejecutivo:*** *Documento en el cual consta una obligación clara, expresa y exigibles, contentiva de una suma líquida de dinero a favor de la entidad. Si se trata de actos administrativos, deben encontrarse plenamente ejecutoriados*". "(…) Se *entienden ejecutoriados los actos administrativos que sirven de fundamento al cobro coactivo: - Cuando contra ellos no proceda recurso alguno. - Cuando vencido el término para interponer los recursos,* no se *hayan interpuesto o no* se *presenten en debida forma, - Cuando se renuncie expresamente a los recursos o se desista de ellos, y, - Cuando los recursos interpuestos en la vía gubernativa o las acciones de restablecimiento del derecho o de revisión de impuestos se hayan decidido forma definitiva, según el caso. Concepto Unificador de Doctrina 03 de 2011 de la Secretaría General de Alcaldía Mayor de Bogotá."* Con base en lo anterior, se considera un presunto incumplimiento a lo establecido en la política, si se tiene en cuenta que el cobro de la asignación se encuentra suspendido por la demanda en lo contencioso administrativo del Acto que generó la asignación, y no se debería contabilizar como cuenta por cobrar.

<u>Caracterización del servicio CSVF03 Certificado de Estado de Cuenta para Tramite Notarial</u>

Respecto a la caracterización del servicio de emisión del certificado de estado de cuenta para trámite notarial,[16] relacionada con la actividad crítica N°7 "*Cobrar y Recaudar*", se verificó el documento de control, generado por la Subdirección Técnica de Operaciones denominado "*Informe de auditoría del mes de abril 2018*", en donde se tomó como universo las certificaciones emitidas por 6 funcionarios de atención al ciudadano. De este conjunto de documentos, se seleccionó de manera aleatoria, 20 certificaciones por usuario, de las cuales se procedió a

[1616] Certificado que se expide para adelantar trámites notariales de venta, dación en pago, cesión, sucesión, entre otros, en el cual consta que el inmueble no presenta deudas por concepto de las asignaciones de la contribución de valorización, en la jurisdicción de Bogotá D.C.

verificar la veracidad de la información consignada en el sistema para dichos documentos, además de los siguientes parámetros que deben cumplir las certificaciones:

- Que se homologuen los Acuerdos a los cuales el predio tuvo lugar a contribuir.
- Que los pagos correspondan al predio, ya sean por tradición o de manera directa.
- Que los pagos cubran el área de los predios.
- Que los pagos no se encuentren revocados.

Producto de esta revisión, se determinó que, de los 120 predios auditados, se encontraron 111 inmuebles que cumplieron con los 4 parámetros para la certificación, 5 predios NO se homologaron, 3 predios se homologaron con códigos equivocados y 1 predio quedó con una homologación incompleta de sus códigos, sin embargo, se identificó que el proceso realizó las acciones correctivas y recomendaciones pertinentes.

Para el atributo descrito en la caracterización, relacionado con la accesibilidad para prestar el servicio a través del portal web del IDU, del certificado de estado de cuenta para trámite notarial, se observaron los requisitos solicitados en el Sistema Único de Información y Trámites –SUIT[17], donde indica como condición *"No debe presentar ningún soporte ya que la institución verificará que usted la cumpla"* y debe "*conocer el número del CHIP del predio o número de matrícula inmobiliaria del predio y suministrarlo al servidor que va a expedir el certificado." (subrayado fuera de texto).* Con base en esta información, se verificó la disponibilidad en la página WEB del IDU[18] para gestionar este servicio, evidenciando que se genera correctamente el Certificado; sin embargo, sólo se puede consultar mediante el CHIP, aunque en el SUIT, se indica también el número de la matrícula inmobiliaria, razón por la cual, se recomienda indicar que, para consulta en la Web, opera única y exclusivamente el CHIP.

Se verificó adicionalmente, la obtención del certificado por medio del canal telefónico (3387555 1212, Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.), donde indicaron al equipo auditor, que se debe traer al punto de atención del IDU, Certificado de libertad y tradición, o recibo de predial., información solicitada no coherente a lo indicado en el SUIT, *"(…) No debe presentar ningún soporte ya que la institución verificará que usted la cumpla.",* presentando inexactitud de la información brindada al contribuyente.

Actividad crítica 10 Verificar los Indicadores de Gestión

La Oficina de control interno, mediante memorandos 20181350110293, 20181350110073, 20181350110063, realizó informes de seguimiento a indicadores de gestión del primer trimestre de 2018, para las dependencias asociadas al proceso DTAV, STJEF y STOP respectivamente. Derivado de la evaluación el proceso, mediante memorando DTAV-20185650127193 se realizó solicitud a la OCI de asistencia y acompañamiento para realizar seguimiento a los indicadores, por tal motivo, la OCI el 15 de junio de 2018, realizó mesa de trabajo para este fin. Con base en lo anterior, el proceso se encuentra reformulando los indicadores.

Actividad crítica 11. Generar acciones de mejora

[17] Enlace: http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=23213

[18] Enlace: https://webidu.idu.gov.co/ServiciosValorizacion/faces/site/index.xhtml;jsessionid=YvZEPyEByMUlpUvJjWUNLervPMMh2UT401E07fpK_QjS-2jvSrzG!946465379!1592317717

La revisión del estado de las acciones de mejoramiento se realizó mediante consulta en el CHIE, para diez (10) acciones que se encuentran terminadas, pero no cerradas. A continuación, se presentan los resultados de las acciones analizadas.

a. Acciones relacionadas con Activos de información:

- 1063 *"Generar un memorando al líder funcional del proyecto de implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, solicitando la apertura del aplicativo CHIE para la revisión y actualización de los inventarios de activos de información."*
- 1064 *"Solicitar a la STRT una capacitación a los gestores de información de la DTAV, STOP y STJEF, con el fin de recordar y actualizar los conocimientos sobre el tema."*
- 1065 *"Realizar la revisión y actualización del inventario de activos de información registrados en la DTAV, STOP y STJEF"*

El proceso remitió memorando 20175760274133 del 15 de Noviembre de 2017 a la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos en atención a lo dispuesto en la acción 1063; sin embargo, se evidenció en los registros de Activos de información, en intranet,[19] la Matriz Activos de Información Gestión Valorización Financiación – 2017, actualizada el 27/12/2017, la cual incluye como gestor a la contratista Maritza Zarate Vanegas, quien tuvo vinculación mediante contrato de prestación de servicios hasta el 15/12/2016, por tal motivo, se recomienda al proceso actualizar la información registrada en los activos de información.

Con base en lo anterior, se considera que las acciones relacionadas con activos de información no fueron efectivas.

b. Acciones relacionadas con Inspección de puestos de trabajo

- 1066 *"Solicitar mediante memorando a la Subdirección Técnica de Recursos Físicos un espacio adecuado para almacenar las cajas que no sean de uso frecuente en el proceso, así como los expedientes de cobro coactivo necesarios para la gestión."*
- 1067 *"Solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos una socialización sobre el procedimiento Identificación de peligros, Evaluación, Valoración de Riesgos y determinación de los controles necesarios, con el fin de que los funcionarios y contratistas de a DTAV, STOP y STJEF, conozcan los riesgos de tener objetos que obstaculicen su espacio de trabajo."*
- 1068 *"Solicitar a la Dirección Técnica Administrativa y Financiera, la celeridad en los procesos de digitalización de los expedientes de la STJEF."*
- 1069 *"Realizar reuniones con los grupos de trabajo del proceso, para que comprendan la importancia de mantener sus espacios en orden y sin obstáculos."*
- 1070 *"Realizar revisiones periódicas de los sitios de trabajo, para que se encuentren libres de obstáculos."*

Se observó memorando 20175660312273 del 27 de diciembre de 2017, mediante el cual se solicitó colaboración a la Subdirección Técnica de Recursos Físicos, para atender la creación de nuevos espacios de almacenamiento para expedientes y cajas. En visita a la dependencia de la DTAV en el piso 8 de la calle 20, se evidencian archivadores destinados

[19] http://intranet/Mapa_procesos/IntenasMain/misionales/GestionFinanciacion.asp

a almacenar expedientes de la STJEF, al igual que en el piso 9 de la calle 20, se dispusieron archivadores para el mismo fin.

Adicionalmente, se evidenció solicitud de socialización sobre el procedimiento "Identificación de peligros, Evaluación, Valoración de Riesgos" a la Subdirección de Recursos Humanos -STRH y correspondiente programación de acuerdo con Plan de Capacitaciones SST para el 2018, mediante memorando 20175650302943 del 19 de diciembre de 2017. Este memorando fue atendido por la STRH mediante radicado 20175160315683 de 17 de diciembre de 2017.

Por su parte, mediante memorando 20175650311953 del 27 de Diciembre de 2017, el proceso informó a la Dirección Técnica Administrativa y Financiera la necesidad de dar celeridad en los procesos de digitalización que permita reducir los riesgos expuestos por la OCI, ante lo cual la Subdirección Técnica de Recursos Físicos mediante memorando 20185260003833 del 12 de enero de 2018 indicó: *"nos permitimos informar que se adelantó el proceso Licitatorio mediante el cual se ha contratado el proceso de digitalización de 1.412.500 imágenes, correspondientes a aproximadamente 140.480 expedientes de la serie "Procesos de Contribución a la Valorización".*

Finalmente, el proceso realizó reunión con el grupo de coordinadores de DTAV, STJEF y facilitadoras de STOP, para darles a conocer el plan de mejoramiento formulado. Se hizo la proyección de 2 videos tomados de la web[20]. Adicionalmente, se remitió una encuesta para medir el nivel de sensibilización y participación de cada uno de los servidores públicos (funcionarios - contratistas), dichas evidencias fueron facilitadas en la auditoría.

Con base en lo anterior, se considera que las acciones relacionadas con Inspección de puestos de trabajo, fueron efectivas.

c. Acción relacionada con Señalización

- 1071 *"Se trasladará la observación a la STRF mediante memorando y se hará la recomendación de implementar más elementos de señalización de rutas de evacuación efectivas y señalización reflectiva para las escaleras"*

El proceso remitió a la Subdirección Técnica de Recursos Físicos - STRF, memorando 20175650276263 del 20 de noviembre de 2017, mediante el cual *"Se traslada la observación resultado de la auditoria de calidad de la oficina de control interno realizada el pasado mes de septiembre mediante memorando 20171350249583 del 19 de octubre de 2017, por considerar que la respuesta técnica y posibles acciones de mejora pertenecen a la STRF.*

Este memorando en el Sistema de Gestión Documental Orfeo, registra en la pestaña del historial: "Descargar-NO requiere respuesta" y en la columna comentario figura *"Se atiende lo solicitado y se procede a gestionar el requerimiento ante la inmobiliaria propietaria del edificio mediante un comunicado oficial."*

Mediante inspección a los pisos 7,8, 9, no se evidenció que en las rutas de evacuación estén claramente señalizadas y las escaleras no tienen la señalización reflectiva respectiva, considerando que la acción no fue efectiva.

[20] https://www.youtube.com/watch?v=7qaHwPWxyyQ
https://www.youtube.com/watch?v=wAJkfnfQb_M

d. Acción relacionada con Política de operación:

- 1171 "Incluir la política dentro del procedimiento de Gestión de cobro coactivo, describiendo en ella que los términos y tiempos son los establecidos en la ley correspondiente."

  En intranet se evidencia el cargue del procedimiento PRVF07 Gestión de cobro coactivo V 2.0 actualizado el 13 de febrero de 2018, con la inclusión de la política operacional que define que *"(...) los términos y actuaciones procesales se encuentran regulados por la normatividad"* descrita en el marco normativo del procedimiento, considerando que la acción se cumplió y es efectiva.

Gestión de Riesgos asociados al proceso:

Se analizaron los controles establecidos para los 11 riesgos del proceso, los cuales se encuentran clasificados en riesgo residual "Inferior", excepto los riesgos RVF.4 y RVF.14, clasificados con riesgo "moderado", para los cuales, en general, se evidenció coherencia respecto a los riesgos identificados por el proceso para las actividades ejecutadas y cumplimiento de los controles definidos para los mismos.

En relación con el riesgo R.VF.04 *"Que la liquidación de la contribución de valorización presente inconsistencias",* se observó que en el Sistema de Gestión Documental Orfeo, para el período del alcance de la auditoría SIG (1 de julio 2017 al 31 de mayo de 2018), el proceso ha realizado 163 resoluciones, mediante las cuales se revocan numerales de asignación de los diferentes Acuerdos de Valorización, así:

Tabla N° 1. Resoluciones que revocan asignación.

(Valor expresado en pesos)

N° Resolución	Fecha solicitud concepto técnico de STJEF	Conceptos técnicos emitidos STOP a solicitud de la STJEF	Fecha (dd/mm/aaaa)	Acuerdo de valorización	Valor Revocado
000165/2018		STOP-7200-45678	2/10/2007	25 de1995	41.133.869.00
	15/02/2008	STOP-7200-44249	15/10/2008		
		STOP-7200-52473	2/12/2008		
	15/03/2011	20115760153723	15/06/2011		
	24/11/2016 y 12/12/2016	20165760306863	16/12/2016		
000563/2018	16/09/2017	20175760237743	5/10/2017	48 de 2001	10.408.031.00
000648/2018	27/04/2017	20175760153703	6/7/2017	523 de 2013	22.641.948.33
006369/2017	17/12/2013	20135760229973	22/10/2013	25 de1995	37.663.494.00
	16/01/2015	20145760048173	4/03/2014		
	10/02/2016	20165760220923	7/10/2016		
	12/12/2016	20175760090663	2/05/2017		
00591/2018	17/12/2013	20135760229973	22/10/2013	48 de 2001	2.129.776
	16/01/2015	20145760048173	4/03/2014		
	12/12/2016	20165760220923	7/10/2016		

N° Resolución	Fecha solicitud concepto técnico de STJEF	Conceptos técnicos emitidos STOP a solicitud de la STJEF	Fecha (dd/mm/aaaa)	Acuerdo de valorización	Valor Revocado
		20175760090663	2/05/2017		

Fuente: Sistema de Gestión Documental Orfeo **Elaboración Propia:** Oficina de Control Interno

El insumo primario para la asignación, es la base de datos de predios suministrada por la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital –UEACD. El proceso describe en la matriz de riesgos el incorporado bajo el número R.VF.04 *"Que la liquidación de la contribución de valorización presente inconsistencias.",* y presenta como causa entre otras, *"(…) Inconsistencia en el contenido de la información suministrada por entidades externas, relacionada con la veracidad del dato."* El riesgo R.VF.04, está contemplado en la matriz de Acciones de Contingencia Riesgos Materializados IDU 2017 - 2018 (18.12.17), y en la descripción de acciones de respuesta de contingencia, indica: *"(…) 1- Se recibe reclamación del Ciudadano sobre el cobro (Derecho de petición o recursos de reconsideración). 2. Reunión entre las áreas de la DTAV. 3- STJEF tramita el recurso, solicita concepto técnico a la STOP. 4. STOP realiza los ajustes de la liquidación y emite concepto técnico. 5. STJEF proyecta la Resolución de reconsideración para firma de la SGJ*."

No obstante, se evidenció la materialización del riesgo, toda vez que, aunque se realizaron los controles diseñados, se han revocado 163 resoluciones de asignación, sin que se reflejara actualización de la matriz de riesgos y acciones para mitigar los mismos.

Por su parte, se observó en la Matriz de oportunidades del proceso, bajo el código O.VF.05 *"Oportunidad de Certificación del Sistema de Gestión de Calidad y Ambiental bajo la norma actualizada ISO",* dentro del Plan acción – Actividades a realizar, se registra: *"Incluir en el compromiso adicional del 5% en los Acuerdos de Gestión de los Gerentes asociados al proceso de Valorización realizando actividades de sensibilización y retroalimentación para fortalecer los conocimientos del SIG y su aplicación en el proceso.",* no obstante, en los Acuerdos de gestión firmados por los gerentes públicos del proceso, no se encuentra esa actividad. Se recomienda realizar las gestiones para contar con registros afines en el proceso.

Mediante correo electrónico del 22 de agosto de 2018, en respuesta al informe preliminar de auditoría, el proceso mencionó que *"(…) dentro de los compromisos gerenciales del Director Técnico se acordó con el SGGC realizar actividades que permitieran reforzar los conocimientos del SIG, actualmente desde la DTAV se lidera las (8) actividades que conforman el compromiso adicional del 5%, el cual también fue adoptado por las Subdirecciones Técnicas a cargo".*

Salidas no conformes:

De acuerdo con el Plan de Calidad, para el tratamiento de salidas no conformes, se observó que entre los meses de abril y junio de 2018, el proceso identificó y reportó un total de 21 productos, trámites o servicios no conformes, según lo establecido en el procedimiento PRAC05 Salidas no conformes, información que fue validada con el registro de salidas no conformes, consolidado por el responsable del proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, así:

Salidas no conformes	Nº reportes
La información no se registra de forma oportuna en el cuadro de control lo cual influye en la inadecuada toma de decisiones y reporte inexacto en las estadísticas	**1**

Certificado de deuda (CDA)	**10**
Certificado de estado de Cuenta para trámite notarial (paz y salvo) canal presencial	**2**
Certificado de estado de Cuenta para trámite notarial (paz y salvo) vía WEB	**2**
Distribución de documentos para la notificación, cobro y recaudo de la valorización	**1**
Impresión duplicada de cuenta de cobro Acuerdo 180	**3**
Liquidación y facturación mensual de valorización	**2**
TOTAL	**21**

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Toma de conciencia: Se evidenció la generación de estrategias lúdicas y pedagógicas para reforzar los conocimientos frente al Sistema Integrado de Gestión de los funcionarios y/o contratistas de las dependencias DTAV, STOP y STJEF involucrados en el proceso. A continuación, se relacionan algunas de las actividades realizadas:

- Concurso Expresión Literaria. Consistió en *"Creación de una expresión literaria sea cuento, poesía, historieta, coplas, etc., En total serán 9 participantes, cuatro de la STJEF, cuatro de la STOP y dos de la DTAV. Debe ser orientado al Sistema Integrado de Gestión en general o haciendo énfasis a alguno de sus Subsistemas…".*
- Carrera de Observación. La dinámica consistió en *"Se organizan 2 grupos de 3 personas de las dos Subdirecciones y un grupo de la Dirección, nombran a un líder el cual va hacer el vocero de todas las pruebas, 1. El líder del grupo es el único que tiene comunicación con el recreador o coordinador del grupo, 2. En las pruebas el líder del grupo es quien comparte con su grupo cada una de ellas, 3. Al tener la primera prueba terminada el líder podrá pedir la segunda al coordinador, 4. Es ganador quien termine las 6 pruebas finales",* y
- Sopa de Letras. (Con terminología del SIG).

A través de estas estrategias, se evidenció el conocimiento y la apropiación de aspectos relacionados con el SIG al interior del proceso.

Información documentada: En la página web del IDU, en la pestaña Transparencia, Información de Interés, SIGI, Mapa de Procesos [21]se evidenció el registro de procedimientos derogados así:

- 2-DTF-GF-2-2.1.6 Elaborar Concepto Técnico para Reclamaciones por ValorizaciónV1.0
- 7.4.8 Sustitución de Contribuyentes
- 7.4.19 Pago por Abonos
- PR-GCV-06 Planeación e Implementación del Censo V1.0

Por otro lado, se observó que en la intranet se encuentra publicado el procedimiento PRCV059 Devolución de Dinero por Concepto de Valorización V1.0, (documento obsoleto), el cual fue reemplazado por el Instructivo IN-CV-004 Trámite de devoluciones por concepto de valorización V.1., y este último no está publicado en la intranet.

[21] https://www.idu.gov.co/page/mapa-procesos

La matriz de requisitos del proceso no contiene el requisito contemplado en el MANUAL SIG V9.0 en el numeral 9.5.6 Anexo 6. Requisitos SGC.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. Mediante correo electrónico del 22/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad Nº1. Errada clasificación de las cuentas por cobrar de Actos administrativos que no se encuentran plenamente ejecutoriados.

La DTAV registró lo siguiente en su respuesta:

> *"Efectivamente los predios identificados con CHIP AAA0140KJUZ, 560205, 560206, 560210, 560208, 560155, 560157, 560159, 560161, 560164, 560166, 560168, 560170, 560172, 560176, 560178, 560181, 560185, 560187, 560189, 560193, 560195, 560199, 560200, aparecen en el informe de cartera como ejecutoriados, dado que dicha condición es asumida automáticamente por el sistema tan pronto se alimenta la fecha de notificación del acto administrativo.*
>
> *Dicha parametrización fue diseñada para el aplicativo valoricemos en razón a la regla establecida en el artículo 87 del CPACA. No obstante dicha previsión legal, la norma tributaria impide iniciar el proceso de ejecución cuando se sigue la vía del cobro coactivo, hasta tanto se hayan decidido las demandas de nulidad que hayan interpuesto los contribuyentes contra actos como el de la contribución de valorización.*
>
> *Ante la aparente contradicción de dichas normas, la discusión en materia jurídica no ha sido pacífica y por esta razón la Subdirección Técnica de Operaciones, se guio por la regla general en el momento de pedir la parametrización del sistema en este aspecto.*
>
> *Ante recientes nuevas discusiones de la doctrina y la jurisprudencia, se solicito concepto jurídico a la Dirección Técnica de Gestión Judicial, el que finalmente vino a decantarse en mesas de trabajo que culminaron en el mes de julio, por razón de las cuales se solicitó la creación de un estado de gestión "de" (demanda contencioso) marca que suspende la liquidación y facturación para estos predios.*
>
> *Como puede verse la situación materia de la no conformidad, ya había sido detectada con antelación por esta dependencia tomando los correctivos pertinentes, por razón de lo cual las acciones correctivas que impondría un plan de mejoramiento ya han sido implementadas".*

Frente a lo expuesto anteriormente, el equipo auditor evidenció que posterior al alcance y programación in situ de la auditoría, se solicitó la creación del estado mencionado en la respuesta. No obstante, en consideración a que, al cierre de la auditoría, el proceso no había registrado las acciones mencionadas en el sistema de información oficial para la formulación y seguimiento de acciones correctivas, derivadas de ejercicios de autoevaluación, se mantiene la No conformidad Nº 1 del informe preliminar.

No Conformidad Nº2: Materialización del riesgo R.VF.04 "*Que la liquidación de la contribución de valorización presente inconsistencias*", sin tratamiento correspondiente.

La DTAV registró lo siguiente en su respuesta:

> *"Respecto a la responsabilidad que puede ejercerse desde el proceso de Gestión de la Valorización y financiación, podemos afirmar que se han realizado todos los controles necesarios teniendo en cuenta los*

medios de que disponemos frente a la información suministrada por la UAECD; No obstante, la OCI encuentra dentro de su auditoria la "materialización del riesgo", en relación a las revocatorias que se han generado, pese a los controles ejercidos. Sin embargo es de resaltar que las mismas se dieron no por negligencia del IDU, sino por la información errada que suministra la UAECD entidad autorizada para el levantamiento y administración de la información catastral de los predios que hacen parte de Bogotá D.C.

Téngase en cuenta que dada la dinámica catastral, que se tiene en la ciudad de Bogotá D.C., es imposible que la información suministrada por la UAECD este actualizada totalmente, y en virtud de ello el IDU solo tendría competencia para solucionar las inconsistencias mediante la figura de la revocatoria directa, ya sea de oficio o a petición de parte, con el fin de no perjudicar a los ciudadanos y gravarlos sobre una situación jurídica que no les corresponde.

En lo que respecta a los acuerdos de valorización es pertinente indicar que estos tienen rendimientos financieros que impiden el desfinanciamiento de los mismos, ya que en ellos se contempla la resolución de políticas de recaudo, la cual comprende los intereses de financiación y de mora, los cuales unidos a los rendimientos financieros equilibran los recursos necesarios para la ejecución de las obras.

De igual forma es pertinente señalar que la revocatoria de un acto administrativo es una actividad jurídica normal y continua, que se genera por situaciones que no se encuentran bajo el control y conocimiento de la administración, la revocatoria tiene su sustento jurídico y la misma ha sido objeto de varios pronunciamientos por parte del Consejo de Estado como se expone a continuación:

Sentencia Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Consejero Ponente: Jorge Octavio Ramírez Ramírez, Radicado 76001-23-31-000-2009-00555-01 (19483):

> *"2.7.- Conviene advertir que si la revocatoria directa de un acto de la administración tributaria ocurre por razones de mérito, oportunidad o conveniencia, ésta es procedente así el peticionario haya interpuesto recursos o haya operado la caducidad de la acción, ya que la revocación por dichas causales puede ser declarada en cualquier momento.*
>
> *Tanto la doctrina nacional como la extranjera, han concluido que es posible revocar un acto por razones de oportunidad, mérito o conveniencia, en cualquier tiempo, incluso existiendo sentencia en firme, aún más cuando se trata de un acto que no crea derechos, sino que impone gravámenes."*

Si bien, de acuerdo con lo mencionado por la DTAV, la situación mencionada no se debió a negligencia del IDU, el equipo auditor registró la no conformidad, en razón a que el proceso no adelantó las acciones establecidas en la Guía GUPE21 Guía Riesgos Materializados, y adicionalmente, se evidenciaron hechos asociados a inconsistencias en la liquidación de la contribución de valorización.

Por lo anterior, se ratifica la No conformidad Nº 2 del Informe preliminar.

3.7.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Estatuto tributario: Art. 829. Ejecutoria de los actos. "***Se entienden ejecutoriados los actos administrativos que sirven de fundamento al cobro coactivo: (…) 4. Cuando los recursos interpuestos en la vía gubernativa o las acciones de restablecimiento del derecho o de revisión de impuestos se hayan decidido en forma definitiva, según el caso."*	**No Conformidad Nº1. Errada clasificación de las cuentas por cobrar de Actos administrativos que no se encuentran plenamente ejecutoriados.** Se evidenció inconsistencia entre el reporte de cartera total por edades y por concepto del Acuerdo 398 de 2009 remitido con corte a 31/05/2018 por el proceso a la STPC y el estado

Nº	Criterio	Descripción
	MGGF01 Manual Políticas Contables. **Numeral 11. Cuentas por cobrar**, indica "(…) *Título ejecutivo: Documento en el cual consta una obligación clara, expresa y exigibles, contentiva de una suma líquida de dinero a favor de la entidad. Si se trata de actos administrativos, deben encontrarse plenamente ejecutoriados* (…). *Se entienden ejecutoriados los actos administrativos que sirven de fundamento al cobro coactivo: - Cuando contra ellos no proceda recurso alguno. - Cuando vencido el término para interponer los recursos, no se hayan interpuesto o no se presenten en debida forma, - Cuando se renuncie expresamente a los recursos o se desista de ellos, y, - Cuando los recursos interpuestos en la vía gubernativa o las acciones de restablecimiento del derecho o de revisión de impuestos se hayan decidido forma definitiva, según el caso. Concepto Unificador de Doctrina 03 de 2011 de la Secretaría General de Alcaldía Mayor de Bogotá*.",	de gestión que figura en el aplicativo valoricemos para los predios identificados con Nº de CHIP AAA0140KJUZ, 560205, 560206, 560210, 560208, 560155, 560157, 560159, 560161, 560164, 560166, 560168, 560170, 560172, 560176, 560178, 560181, 560185, 560187, 560189, 560193, 560195, 560199, 560200, toda vez que éstos hacen parte del reporte de cartera que se envía a la STPC; sin embargo, en el sistema valoricemos se encuentran en el estado de gestión "Demanda en Contencioso" y "en reclamación", lo cual contraviene lo reglamentado en el estatuto tributario Art 829 y lo definido en el numeral 11 del MGGF01 Manual Políticas Contables, situación que podría generar inconsistencia en la información del aplicativo Valoricemos Versus el aplicativo de gestión financiera STONE, y sobrevaloración de saldos contables asociados a cuentas por cobrar. Es de anotar que, frente a dichos predios, de acuerdo con información suministrada por el proceso, no se han realizado cuentas de cobro, en consideración a que los actos administrativos no se encuentran plenamente ejecutoriados, de acuerdo con la marca realizada en el sistema.
NC2	**Guía GUPE21 Guía Riesgos Materializados.** **Numeral 3. Responsabilidades. Dependencias:** (…) • *Identificar oportunamente la materialización de un riesgo.* • *Aplicar las acciones de respuesta y/o contingencias necesarias frente a la materialización de un riesgo.* • *Definir e implementar las acciones correctivas frente a un riesgo materializado.* • *Reportar la ocurrencia de un evento de riesgo a las instancias respectivas.* **Numeral 6.2 Corrección:** *"(…) El área líder del proceso deberá comunicar el evento de riesgo ocurrido a las dependencias o servidores públicos que pueden gestionar de manera más oportuna y efectiva la recuperación frente al RM. Supone también informar a aquellos que tienen la responsabilidad y*	**No Conformidad Nº2: Materialización del riesgo R.VF.04 "*Que la liquidación de la contribución de valorización presente inconsistencias*", sin tratamiento correspondiente.** Se evidenció la materialización del riesgo R.VF.04- "*Que la liquidación de la contribución de valorización presente inconsistencias*.", sin que se reflejara actualización de la matriz de riesgos y acciones para mitigar los mismos, lo cual contraviene lo establecido en los numerales 3, 6.2., 6.3., y 6.4., de la Guía "GUPE21-Guía Riesgos Materializados V1.0", así como el Numeral 6.1 de la NTC-ISO 9001:2015, situación que puede generar que el impacto del riesgo sea mayor, ante el retraso en la toma de acciones y dificulte la adopción de medidas de contingencias para futuras situaciones. Esta situación fue evidenciada de acuerdo con las verificaciones realizadas, y las entrevistas con los responsables de los controles, toda vez que se han realizado 163 resoluciones de revocatoria, derivadas de inconsistencias de los insumos por

Nº	Criterio	Descripción
	autoridad en la toma de decisiones para facilitar el tratamiento del RM". **Numeral 6.3. Reporte de un evento.** "*Identificada la ocurrencia de un evento de riesgo materializado, la dependencia líder del proceso, registra la información general del evento ocurrido en el formato de Eventos de Riesgos Materializados. La información a ser incluida es la siguiente*: (…) *El área líder del proceso donde se identificó el riesgo enviará un reporte con el registro de la información a la Oficina Asesora de Planeación para su consolidación de eventos de riesgos materializados*". **Acción correctiva.** *"(…) se deberán analizar las causas reales que ocasionaron el evento de RM, y sobre ellas deberá establecerse las acciones correctivas con el propósito de eliminar la ocurrencia de dichas causas y por consiguiente prevenir que el riesgo no se vuelva a presentar".* **NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.** *"6.1.1 Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos;* *b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora."*	parte de la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital-UAECD, entre las cuales se encuentran: Resoluciones de revocatoria N° 000165/2018, 000563/2018, 000648/2018, 006369/2017, 00591/2018 por valor de $41.133.869.00, $10.408.031.00, $22.641.948.33, $37.663.494.00 y $2.129.776, respectivamente. Si bien los errores han sido asociados a insumos suministrados por la UAECD, desde el proceso no se han adoptado las medidas correspondientes para mitigar los efectos del riesgo materializado.

3.8 PROCESO FACTIBILIDAD DE PROYECTOS

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría y las temáticas señaladas anteriormente, a continuación, se presentan los resultados del ejercicio de evaluación adelantado por el equipo auditor:

Actividad 2. Priorizar, programar y elaborar los proyectos del plan de desarrollo en su etapa de preinversión en cada una de las vigencias.

La actividad crítica 2 se evaluó a través de entrevista con el líder operativo del proceso, Director Técnico de Proyectos, la cual se enfocó en la manera en que se planifica el proceso, cómo opera la ejecución de los productos de factibilidad, cómo se hace su seguimiento y control y la forma en que se implementan las oportunidades de mejora o acciones correctivas.

Se indagó por los productos de la actividad crítica registrados en la caracterización del proceso, frente a lo cual se verificó y se solicitaron evidencias sobre el "Cronograma de Proyectos para la vigencia", como único producto de esta actividad crítica.

Se estableció, a partir de las verificaciones documentales, las entrevistas con los profesionales que gestionan el proceso en la Dirección Técnica de Proyectos, la evaluación específica de proyectos de factibilidad, la aplicación de la Lista de Verificación y la entrevista con el Líder del Proceso, que entre otros aspectos, el proceso tiene implementados los requisitos sobre "Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas", "Acciones para abordar riesgos y oportunidades", "Recursos", "Recursos de seguimiento y medición", "Comunicación con el cliente", "Determinación de requisitos para los productos y servicios", "Verificación de los requisitos relativos a los productos y servicios", "Cambios en los requisitos para los productos y servicios" y "Seguimiento, medición, análisis y evaluación".

Por otro lado, se verificó la información documentada asociada al proceso, identificando, entre otros aspectos, los siguientes:

a) Caracterización del proceso, actualizada con fecha 1 de septiembre de 2017, que atiende a la nueva dinámica del proceso, generada a partir de la nueva estructura organizacional implementada a través del Acuerdo 002 de 2017, "Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 002 de 2009".

b) Guía "GUFP03 Alcance de los Entregables de Factibilidad V2.0", actualizada con fecha 10 de abril de 2018, identificándose que atiende a la nueva dinámica del proceso, la cual tiene como objetivo *"establecer los insumos, actividades a realizar y los productos (entregables) de los componentes de la etapa de factibilidad, de forma suficiente que permita tomar decisiones adecuadas respecto a descartar, aplazar o adelantar la etapa de diseños detallados y la posterior construcción de la obra."*

   No obstante lo anterior, se identificó que la Guía no establece criterios para definir los casos en que una factibilidad se realice internamente, por parte de la DTP, o a través de consultores externos vía contratación, lo cual se identifica como un posible riesgo, en el sentido de no disponer de criterios objetivos documentados para la toma de decisiones sobre la modalidad de ejecución de los productos de factibilidad.

c) Guía "GUFP01 Alcance Entregables Prefactibilidad V4.0" actualizada con fecha 31 de julio de 2017, identificándose que atiende a la nueva dinámica del proceso, de acuerdo con la nueva estructura organizacional implementada a través del Acuerdo 002 de 2017, "Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 002 de 2009", y la cual tiene como objetivo *"establecer los insumos, actividades a realizar y los productos (entregables) de los componentes de la etapa de prefactibilidad, de tal manera que permitan contar con la factibilidad, los estudios y los diseños adecuados para la ejecución del proyecto."*

d) Guía GUFP02 Estructuración de Programas de Conservación para los Sistemas de Movilidad y Espacio Público Peatonal Construido en Bogotá V1.0." expedida el 15 de septiembre de 2015, y la cual tiene como objetivo *"(…) establecer la metodología general que se aplicará al interior del IDU, para la estructuración de los programas de conservación para los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido en Bogotá D.C."*

Luego de la lectura de esta Guía, se evidenció que algunos aspectos o en parte de su contenido está desactualizada, entre otros, en los siguientes:

- Numeral 3 Responsabilidades: Se define como criterio principal para determinar las responsabilidades lo establecido en el Acuerdo 002 de 2009 "*Por el cual se establece la Estructura Organizacional del Instituto de Desarrollo Urbano, las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones*", lo cual ha cambiado mediante el Acuerdo 002 de 2017 "*Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 002 de 2009*", en lo que tiene que ver con funciones de la SGDU, DTP, DTDP y la eliminación de la Dirección Técnica de Diseño de Proyectos de la estructura organizacional.

- Responsabilidades específicas que anteriormente estaban en cabeza de la Dirección Técnica de Diseño de Proyectos, en cuanto a:

  "Es responsabilidad de la Dirección Técnica de Diseño de Proyectos -DTD- elaborar los componentes técnicos de los pliegos de condiciones, guías de requisitos y presupuestos para la contratación de los programas para la conservación de la infraestructura existente de los sistemas de Movilidad y de Espacio Público construido a cargo de la entidad, obra e interventoría, ajustándose a los lineamientos establecidos en los programas estructurados por la Dirección Técnica de Proyectos. Para tal fin, la DTD, previo inicio del proceso pre-contractual deberá solicitar a la DTP el visto bueno a los pliegos de condiciones elaborados."

- Numeral 8 Control "*8.1 en la estructuración de pliegos de condiciones. En la elaboración de los componentes técnicos de los pliegos de condiciones, guías de requisitos y presupuestos para la contratación de los programas para conservación de los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido a cargo de la entidad (tanto de obra como de interventoría), la DTD se ajustará a los lineamientos establecidos en el programa estructurado por la DTP. Para tal fin, la DTD, previamente a la radicación en la DTPS de los documentos correspondientes para el inicio del proceso selectivo a que haya lugar, remitirá a la DTP el anexo técnico para avalar que éste se ajuste a los lineamientos técnicos establecidos en el programa de conservación estructurado por la DTP."*

Actividad 6. Ejecutar y elaborar, o hacer seguimiento a los estudios de factibilidad.

Teniendo en cuenta la siguiente muestra seleccionada para realizar la evaluación de productos de factibilidad, se evaluaron proyectos elaborados internamente, que corresponden a esta actividad.

- Factibilidades desarrolladas internamente: Se verificó el proyecto denominado "Tramo CONPES Troncal Av. Boyacá desde la Autopista Sur hasta la Calle 26".

- Factibilidades desarrolladas por consultores e interventores externos, a través de contrato:

Muestra Proyectos Factibilidades por Contrato.					
Contrato	**Objeto contrato**	**Tipo de contrato**	**Nombre del proceso**	**Estado**	**Valor Inicial Contrato**
1113-2016	Actualización y ajuste de factibilidad, y estudios y diseños para la adecuación al Sistema Transmilenio de la Troncal Av. Villavicencio desde el Portal Tunal hasta la Troncal NQS, en Bogotá D.C.	Estudios y diseños	Troncal Av. Villavicencio	En ejecución	$ 3.875.849.783
1107-2016	Interventoría técnica, administrativa, legal, financiera, social ambiental y de seguridad y salud en el trabajo para realizar la actualización y ajuste de factibilidad y estudios y diseños para la adecuación al Sistema Transmilenio de la Troncal Av. Villavicencio desde el Portal Tunal hasta la Troncal NQS en Bogotá D.C.	Interventoría de estudios y diseños	Int. Troncal Av. Villavicencio	En ejecución	$ 883.530.357
1525-2017	Estudios y diseños del puente peatonal ubicado sobre la Av. Laureano Gómez (AK 9) por calle 112 y factibilidad, estudios y diseños del ciclopuente Canal Molinos x Autonorte, en la ciudad de Bogotá, D.C.	Estudios y diseños	Ppal. Puente Peatonal Laureano Gómez Por Calle 112 y Ciclopuente Canal Molinos Por Autonorte	En ejecución	$ 1.273.058.655
1535-2017	Interventoría técnica, administrativa, financiera, legal, social, ambiental y SST para los estudios y diseños para la construcción del puente peatonal ubicado sobre la Av. Laureano Gómez (AK 9) por calle 112 y factibilidad, estudios y diseños del ciclopuente canal molinos por Autonorte en la ciudad de Bogotá, D.C.	Interventoría de estudios y diseños	Int Puente Peatonal Laureano Gómez x Calle 112 y Ciclopuente Canal Molinos x Autonorte	En ejecución	$ 416.231.218
FUENTE: Dirección Técnica de Proyectos					

La actividad crítica 6, se evaluó a través de entrevistas con los profesionales que gestionan los productos de factibilidad, mediante la aplicación de la lista de verificación específica elaborada con los requisitos aplicables al proceso, en función de los productos entregables establecidos en la caracterización del proceso y en las Guías relacionadas anteriormente; así como en la información documentada conservada asociada a dichos productos, tales como actas de reunión, formatos de control diligenciados, cronogramas, información en medio digital y principalmente lo que en el proceso se denomina como DTS Documento Técnico de Soporte.

Se indagó por los productos de la actividad crítica registrados en la caracterización del proceso, frente a lo cual se verificó y se solicitaron evidencias sobre su planificación, su ejecución y su seguimiento y control específicos, frente al proyecto evaluado, identificado como factibilidad “Tramo CONPES Troncal Av. Boyacá desde la Autopista Sur hasta la Calle 26”.

Frente al producto específico, se identificó el cumplimiento de los requisitos aplicables, establecidos en la documentación asociada con la Guía “GUFP03 Alcance de los Entregables de Factibilidad V2.0” y los formatos incluidos como control, en lo que hace referencia a los requisitos del SGC “Determinación de requisitos para los productos y servicios”, “Revisión de los requisitos

relativos a los productos y servicios", "Cambios en los requisitos para los productos y servicios", "Producción y prestación del servicio", "Control de la provisión y prestación del servicio", "Identificación y trazabilidad", entre otros.

Igualmente, se verificó el cumplimiento de los requisitos aplicables del SGA y de lo correspondiente al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

No obstante, se identificó una oportunidad de mejora en relación con el control operacional del proceso, en los productos que se gestionan internamente, toda vez que, a la fecha, sigue pendiente la actualización del procedimiento específico aplicable a la planeación, ejecución, seguimiento y control detallados de los productos del proceso de Factibilidad de Proyectos, situación que ha sido detectada en anteriores vigencias.

En consonancia con lo observado, se identifica un riesgo específico para el control operacional del proceso, toda vez que la información documentada que se mantiene[22] en relación con los productos que se generan internamente no es suficiente en cuanto a puntos de control, responsabilidades, tiempos y descripción de tareas, políticas operacionales, entre otros aspectos que contiene un procedimiento, el cual está siendo desarrollado dentro del plan de mejoramiento formulado en anteriores vigencias, y cuya fecha de terminación estaba establecida para el 31 de julio de 2018.

Actividad 7. Verificar y aprobar los productos de los estudios de prefactibilidad o de factibilidad contratados.

En lo que tiene que ver con los productos de factibilidad elaborados a través de contratos de consultoría e interventoría externos, adicional a las actividades de verificación realizadas para los productos elaborados internamente, se tuvieron en cuenta los criterios derivados de las obligaciones contractuales, así:

- Proyecto adecuación al Sistema Transmilenio de la Troncal Av. Villavicencio desde el Portal Tunal hasta la Troncal NQS, en Bogotá D.C., el cual está siendo realizado a través de los contratos de consultoría 1113-2016 y de interventoría 1107 de 2016.

- Proyecto ciclopuente Canal Molinos por Autonorte, el cual hace parte de los objetos de los contratos de consultoría 1125 de 2017 y de interventoría 1535 de 2017.

En concordancia, se verificó el cumplimiento de los controles operacionales establecidos en el Manual de Interventoría y/o Supervisión de Contratos V4.0 y en las obligaciones contractuales relacionadas con la entrega de los productos de factibilidad que hacen parte de los objetos contractuales, evidenciándose que en la ejecución de los contratos de consultoría 1113 de 2016 (proyecto Troncal Av. Villavicencio desde el Portal Tunal hasta la Troncal NQS) y contrato 1125 de 2017 (Proyecto ciclopuente Canal Molinos por Autonorte), la entrega de los productos de factibilidad por parte de los contratistas y la correspondiente aprobación por parte de las interventorías, no fue realizada conforme a los cronogramas vigentes aprobados por las interventorías de cada uno de los contratos y aceptados por el IDU. La anterior situación afecta el cumplimiento de las metas del proceso y la disponibilidad de los productos de factibilidad para continuar con la etapa de Estudios y Diseños.

[22] NTC ISO 9001-2015 Anexo A6 – Información documentada "(…) Donde la Norma ISO 9001:2008 utilizaba una terminología específica como "documento" o "procedimientos documentados", "manual de la calidad" o "plan de la calidad", la presente edición de esta Norma Internacional define requisitos para "mantener la información documentada" (Subrayado fuera de texto).

Las situaciones anteriores se evidenciaron así:

- Contrato 1113 de 2016 Proyecto Troncal Av. Villavicencio desde el Portal Tunal hasta la Troncal NQS).

  Los productos relacionados con ajustes a la factibilidad, estaban inicialmente programados para ser entregados el 26 de abril de 2017, conforme a la programación aprobada por la interventoría a través del radicado 20175260044282. El 12 de mayo de 2017 la interventoría entregó informe con los productos de factibilidad, pero con observaciones. Luego de diferentes requerimientos, la interventoría entregó los productos aprobados el 14 de julio de 2017 con radicado 20175260494692. Sin embargo, y luego de diferentes nuevos requerimientos y gestión de apremio por parte del equipo de supervisión del IDU, y del inicio de proceso sancionatorio, los productos finalmente aprobados por el IDU, a través del documento de No Objeción, se obtuvieron hasta el 4 de septiembre de 2017, es decir cuatro (4) meses y ocho (8) días después de la fecha programada.

- Contrato 1125 de 2017 - Proyecto ciclopuente Canal Molinos por Autonorte.

  Los productos relacionados con la factibilidad del ciclopuente Canal Molinos por Autonorte estaban inicialmente programados para ser entregados el 31 de mayo de 2018, conforme a programación aprobada por la interventoría mediante el radicado 20185260220882 del 12 de marzo de 2018. En la verificación realizada y de acuerdo con la documentación aportada por la profesional de apoyo a la supervisión, se identificaron incumplimientos reiterativos en la entrega de los productos de Factibilidad, hasta el punto que, a la fecha de verificación, 17 de julio de 2018, no se dispone de los productos finales de factibilidad aprobados por la interventoría y se programó audiencia de descargos para el 24 de julio de 2018.

Actividad 9. Evaluar Indicadores de Gestión.

Asociado al proceso de Factibilidad de Proyectos, se encuentran dos indicadores misionales, el primero de priorización de proyectos de conservación y el segundo de Estudios de preinversión. Se revisó el segundo indicador, observando coherencia y cumplimiento en mayor grado a lo esperado, ya que se entregaron un mayor número de Prefactibilidades. Sin embargo, no se observa un indicador para las factibilidades que ejecuta el proceso internamente, o a través de contratos, ya que los otros indicadores de la dependencia de DTP están relacionados con los Estudios de Diseño.

Actividad 10. Generar acciones de mejora

Planes de mejoramiento: Se revisaron las acciones correctivas cuyo estado en el aplicativo CHIE se establece como “Terminado”, con el fin de evaluar su efectividad, y de conformidad se solicitó la información documentada conservada[23], que evidencia su efectividad en términos de cumplir con el objetivo o de implementar lo formulado, observándose que las actividades

[23] ISO 9001-2015 Anexo A6 – Información documentada “(…) Donde la Norma ISO 9001:2008 utilizaba el término “registros” para denotar los documentos necesarios para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos, esto ahora se expresa como un requisito para “conservar la información documentada”. La organización es responsable de determinar qué información documentada se necesita conservar, el periodo de tiempo por el que se va a conservar y qué medios se van a utilizar para su conservación.” (Subrayado fuera de texto).

relacionadas con la acción 1130, correspondiente al reporte de salidas no conformes, se cumplieron y se solicitaron los radicados de informes de la interventoría con los ajustes realizados y avalados por el equipo de supervisión.

Por lo anterior, el equipo auditor recomienda el cierre de la acción 1130, toda vez que se ha evidenciado su efectividad, a través de los radicados Orfeo 20185260341372, 20182250370341, 20185260446682, 2018225049676.

Gestión de Riesgos: Con respecto a la verificación de la información de los riesgos y los controles asociados, se aplicó el instrumento de valoración de riesgos, revisando uno a uno los controles definidos para el proceso en cuanto a los riesgos de gestión. Las observaciones se hacen en cuanto a definir específicamente el responsable de cada control, que, aunque en la actualización de la matriz de riesgos se registra el área que ejecuta, es recomendable que especifiquen en mayor detalle el cargo o rol de los que realizan los controles.

En cuanto a los controles que mencionan a los dos procedimientos de factibilidad, los mismos fueron derogados en vigencias anteriores; sin embargo, la DTP ya hizo el ajuste en la nueva matriz de riesgos para el mes de julio de 2018. Para el riesgo RFP01, se menciona como control la Guía de Entregable de los productos de Factibilidad, pero se observa que es un documento, el ajuste ya lo realizaron para la nueva matriz de riesgos.

Para el riesgo RFP02 "*Pérdida de oportunidad en la presentación de los estudios en etapa de preinversión*", ahora denominado "*Presentación inoportuna de los Estudios en las etapas de prefactibilidad y factibilidad*", se recomienda la inclusión de causas asociadas al incumplimiento del consultor y del interventor, que como se observó en los proyectos auditados, presentaron retrasos por estas causas.

Apropiación de Política y Objetivos: El equipo de auditores revisó con los entrevistados el entendimiento, apropiación y relación que tienen con las directrices y objetivos de calidad y ambiental; observando que se identifica estos elementos en el marco de la planeación institucional, y dan cuenta de la relación de sus obligaciones y funciones y su aporte a la aplicación de estos elementos.

Salidas No Conformes: De acuerdo con el Plan de Calidad para el tratamiento de no conformes, se realizó verificación del registro de NO Conformes, según FO-AC-12 "Registro de salida no conforme" del proceso, orientado principalmente a los incumplimientos del manual de interventoría, identificados en los informes de interventoría, los cuales son detectados por el personal de apoyo a la supervisión, se devuelven y corrigen por la interventoría y posteriormente son revisados por el mismo equipo, verificando el cumplimiento de los requisitos. Para este alcance de NO conformes, el proceso registra y gestiona dichas acciones.

De acuerdo con lo anterior, durante la vigencia 2018, el proceso ha identificado y reportado un total de 5 productos, trámites o servicios no conformes, según lo establecido en el procedimiento PRAC05 Salidas no conformes, información que fue validada con el registro de salidas no conformes, consolidado por el profesional responsable de la OAP.

A partir del análisis de las actividades realizadas durante la auditoría, las evidencias y documentación aportadas, las declaraciones, la documentación del proceso, la consulta de los sistemas de información que apoyan el proceso y frente a los objetivos formulados se concluye:

- Se evidenció una alta dinámica frente a la ejecución de los productos del proceso de Factibilidad de Proyectos, en conjunto con los productos del proceso de Estudios y Diseños, toda vez que son ejecutados por la misma dependencia, soportando las fases iniciales del Ciclo de Proyectos del IDU formulados en el Plan de Desarrollo Distrital o en los diferentes instrumentos de gestión.

- Se evidenció igualmente, la mejora continua en la ejecución de los productos de factibilidad que se desarrollan internamente, toda vez que se dispone de los instrumentos que establecen los alcances mínimos para realizar las Prefactibilidades y las Factibilidades de proyectos.

- No obstante lo anterior, se evidencian oportunidades de mejora en la ejecución de los productos del proceso a través de contratos, en lo que corresponde al cumplimiento de cronogramas, lo cual deberá analizarse por los responsables del proceso, a partir de la identificación de las causas que hacen que los cronogramas no se cumplan.

3.8.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

De acuerdo con el desarrollo de la auditoría y los resultados obtenidos, a continuación, se relacionan los hallazgos identificados por el equipo auditor, conforme a la estructura y metodología implementada.

Es importante precisar que se socializaron los resultados, por parte del equipo auditor, durante el desarrollo de las verificaciones y luego al final de las actividades in situ, con la profesional designada por el líder del proceso. Sin embargo, la no conformidad relacionada con la desactualización de la "Guía GUFP02 Estructuración de Programas de Conservación para los Sistemas de Movilidad y Espacio Público Peatonal Construido en Bogotá V1.0" no se comunicó, dado que el resultado se obtuvo luego de terminar su lectura y verificación documental.

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 8.4.2 Tipo y alcance del control**: *"La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. (…)"*	**No Conformidad Nº1. Incumplimiento en la entrega de los productos de factibilidad, por parte de los consultores y/o interventores conforme a los cronogramas establecidos y aprobados.** Se evidenció que en la ejecución de los contratos de consultoría 1113 de 2016 (proyecto Troncal Av. Villavicencio desde el Portal Tunal hasta la Troncal NQS) y contrato 1125 de 2017 (Proyecto ciclopuente Canal Molinos por Autonorte), la entrega de los productos de factibilidad por parte de los contratistas y la correspondiente aprobación por parte de las interventorías, no fue realizada conforme a los cronogramas vigentes aprobados por las interventorías de cada uno de los contratos y aceptados por el IDU, incumpliéndose lo establecido en el numeral *8.4.2* de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede afectar el cumplimiento de las metas del proceso y la disponibilidad de los productos

Nº	Criterio	Descripción
		de factibilidad para continuar con la etapa de Estudios y Diseños.

3.9 PROCESO DISEÑO DE PROYECTOS

Dado que el objetivo del Proceso de Diseño de Proyectos pretende elaborar los estudios y diseños requeridos para la ejecución de los proyectos, basados en la factibilidad de los mismos, las actividades 2 y 3, descritas en la Caracterización del Proceso son las más representativas dentro del trabajo realizado por la Dirección Técnica de Proyectos.

Dado lo anterior, a continuación, se resalta la gestión desarrollada, los resultados obtenidos y la mejora continua, evidenciada en estas dos actividades evaluadas a la luz de los Contratos IDU 1388 de 2017 e IDU 1459 de 2017:

Actividad crítica N° 2: Ejecutar y elaborar o realizar seguimiento a los estudios y diseños.

Analizados los objetivos de los contratos seleccionados, que fueron relacionados en la lista de contratos coordinados por la Dirección Técnica de Proyectos y facilitados por la misma área, se encontró que éstos se enmarcan dentro del objetivo del Proceso establecidos en la caracterización CP-DP-01, siendo el desarrollo de algunos, transversal a dos o más actividades críticas dentro de dicho Proceso.

Se evidenció que las actividades descritas en la Caracterización del Proceso y las actividades desarrolladas al interior de la Dirección Técnica de Proyectos apuntan y contribuyen al cumplimiento de esta actividad.

Actividad crítica N° 3 Verificar y aprobar los productos de los estudios y diseños.

De igual forma, revisadas y analizadas la cláusula tercera "*Objeto del contrato*", del contrato IDU 1388 de 2017, la cláusula primera "*Objeto*" del IDU 1459 de 2017 y las respectivas cláusulas de los contratos que fueron relacionados en la lista de contratos coordinados por la Dirección Técnica de Proyectos, se evidenció que los objetivos de dichos contratos, contribuyen al cumplimiento de esta actividad crítica y adicionalmente se encontró que éstos se enmarcan dentro del objetivo del Proceso.

Analizado el propósito de insumos como el Estudio y diseño de topografía y geometría o los Estudios y diseños urbanísticos, arquitectónicos y paisajísticos, así como los productos entregables descritos en la actividad N°3 y confrontados éstos, respecto a la Guía Alcances Entregables Diseño V2.0, se concluyó que los objetos de los contratos de la muestra, los productos elaborados o por elaborar y los insumos aportados, se enmarcan dentro de objetivo del Proceso.

Es de precisar que, dentro del alcance de la auditoría, no se incluyó la verificación y evaluación de las actividades propias para el desarrollo del proceso, en relación con la calidad y oportunidad de los productos del mismo.

Actividad crítica Nº 7: Generar Acciones de Mejora

Respecto al seguimiento y control de los Planes de mejoramiento, según el reporte de la Oficina de Control Interno del Instituto, la Dirección Técnica de Proyectos a mayo de 2018, tenía a su cargo cinco (5) Acciones de mejoramiento en fase "Terminado", sobre las cuales se realizó el siguiente análisis:

- **Acción 1089** "Socialización a los integrantes de la DTP, para la sensibilización, ubicación y diligenciamiento adecuado del Formato FO-IDU-131": Una vez verificada la interiorización de la ubicación y diligenciamiento adecuado del Formato FO-IDU-131 por parte de los funcionarios entrevistados, se concluye que la Acción 1089 es efectiva.

- **Acción 1090** "Actualizar y/o ajustar el Procedimiento " PR-DP-096 Estructuración de Procesos Selectivos V 3", incluyendo la delegación al estructurador del proceso mediante memorando o correo electrónico por parte del Director Técnico del Área o el Coordinador de Estructuración"

  Revidados los documentos publicados en la Intranet del Instituto, se evidenció la existencia del procedimiento PR-DP-01 "Estructuración de procesos selectivos versión 4.0, lo cual indica la efectividad de la acción 1090.

- **Acción 1091** "La DTP instruirá por medio de un correo electrónico a los supervisores de contratos, que los informes mensuales se deberán radicar completos, es decir con todos los componentes, en un solo radicado, atendiendo lo especificado en el Manual de Interventora vigente. En caso de radicaciones incompletas, el informe será rechazado":

  Mediante correo electrónico (anexo 04) la DTP instruyó a los funcionarios que coordinan contratos sobre la obligatoriedad de que los Informes de Interventoría deben ser radicados de forma completa. Revisado el expediente ORFEO 20174351908000025E, perteneciente al Contrato de Interventoría N° 1459 de 2017, se identificó que en varias ocasiones la firma Ginprosa Colombia S.A.S, ha remitido para revisión componentes por separado de los Informes Mensuales de interventoría; es el caso de informe SST radicado con número 20185260580102 de junio 06 de 2018 o el informe Ambiental y social radicado bajo el número 20185260540912 de junio 25 de 2018.

  Lo anterior demuestra la ineficacia de la acción planteada con el propósito de que se dé cumplimiento a lo estipulado en el Manual de Interventoría vigente.

- **Acción 1093** "Revisar con la anticipación necesaria que no se venzan las fechas de las acciones a cumplir, de lo contrario establecer y comunicar a la OCI oportunamente las nuevas fechas de cumplimiento.": Analizada la base de datos y los reportes en el aplicativo CHIE, se verificó que la DTP no presenta acciones o planes de mejoramientos vencido; por lo anterior se considera que la Acción ha sido efectiva.

- **Acción 1330:"** Actualizar el normograma existente incluyendo las normatividad faltante y actualizada":

  La Dirección Técnica de Proyectos, mediante memorando DTP 20182250141423 de junio 14 de 2018 radicó en la Subdirección General Jurídica el Normograma actualizado a primer

semestre de 2018, con lo cual se evidencia que la Acción 1330 fue efectiva., de igual forma, según se evidenció en la intranet del Instituto, el nuevo normograma se encuentra publicado.

Gestión de riesgos del proceso:

La matriz de riesgos fue remitida a la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando DTP 20182250156593 de junio 29 de 2018.

En cuanto al análisis realizado a la Matriz de riesgo, en su versión 3.0 (que es la vigente a mayo de 2018), ésta fue evaluada dentro de la Auditoría mediante la aplicación de la matriz para validar los riesgos inherentes y controles, la cual procura evaluar la efectividad de los controles aplicados a cada uno de los riesgos identificados allí.

De este análisis y evaluación de la Matriz de Riesgos, se concluyó que se hacía necesario su ajuste, dado que algunos resultados de la calificación para los controles establecidos en los riesgos R.DP.02 y R.DP.05 arrojaron como resultado de la calificación del diseño del control "Parcialmente inadecuado" como calificación y "con deficiencias como calificación a la efectividad de los controles. (ver "Matriz para validar los riesgos inherentes y controles" – Anexo 03).

En conclusión, del análisis y evaluación realizada a la Matriz de Riesgos, se evidenció que los resultados de la calificación de los controles establecidos en los riesgos R.DP.02 y R.DP.05 arrojaron como resultado de la calificación del diseño del control "Parcialmente inadecuado" como calificación y "con deficiencias como calificación a la efectividad de los controles.

Sin embargo, a la fecha de la auditoría, la Subdirección General de Desarrollo Urbano y la Dirección Técnica de Proyectos se encuentran adelantando la actualización de la Matriz, con lo cual se espera que queden subsanadas las falencias que arrojó la evaluación de la Matriz en su versión 3.0 y las de la NTC ISO 9001:2015.

Aspectos de Calidad, Ambientales y de Salud y seguridad en el trabajo:

Preguntados sobre los aspectos y directrices de calidad, ambiental y de salud y seguridad en el trabajo, aplicables a su quehacer en el Instituto, en general los funcionarios entrevistados demostraron no tener claridad de estos aspectos. Esto es más evidente en los funcionarios entrevistados que llevan poco tiempo en la Entidad, dado que, según ellos, no les ha sido comunicado.

A la pregunta si conoce las Matrices de identificación de peligros y valoración de riesgos 2018, publicada en la Intranet en el link https://www.idu.gov.co/page/transparencia/informacion-de-interes/sigi/seguridad-y-salud-en-el-trabajo, la cual trata los peligros /riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros) a los que se exponen los funcionarios del piso 3 de la sede de la Calle 22, los funcionarios entrevistados manifestaron no conocerla.

Preguntados sobre los aspectos y directrices de calidad, ambiental y de salud y seguridad en el trabajo, los funcionarios entrevistados demostraron falencias en la ubicación de dicha información en la Intranet y en la página Web del Instituto.

Lo anterior evidencia incumplimiento de los numerales 5.2 Política de Calidad de la ISO 9001:2015, 5.2 Política Ambiental de la ISO 14001:2015 y 7.3 Toma de conciencia de la ISO

9001:2015, lo que puede dificultar la apropiación de los sistemas de gestión, a los que les aplica las normas mencionadas, al interior de personal del proceso.

Normatividad asociada al proceso

Dentro de los ítems del Normograma aplicables a la Actividad crítica N° 2 y 3, no se evidenciaron falencias que apliquen para el Proceso de Diseño de Proyectos. En general, los funcionarios conocen las normas pertinentes al Proceso, su aplicación en la Coordinación de los contratos y en general, en el manejo dable para cumplir con el objetivo del mismo.

Uso de Aplicativos

Dentro de la Dirección Técnica de Proyectos y para el desarrollo de la Actividad N° 2 y 3, se utilizan los aplicativos Orfeo, ZIPA, Kactus y SIAC. Los funcionarios entrevistados demostraron un adecuado conocimiento de estos aplicativos y de las distintas plataformas tecnológicas, de la intranet y de la página Web de la Entidad y de otras como el SECOP.

Uso de Expedientes

Revisado el Expediente ORFEO 20174351906000014E del contrato 1388 de 2017 y el expediente 20174351908000025E del contrato 1459 de 2017 se evidenció que se hace un adecuado manejo de la documentación, con un registro pertinente y oportuno de la documentación relativa al desarrollo de los contratos.

Revisada la información consignada en el aplicativo SIAC, se evidenció que ésta no es completa, en particular en lo que se refiere a la inclusión en la pestaña “Roles” de los funcionarios que fungen como Coordinadores o Apoyo a la Coordinación, toda vez que, no se encontró la totalidad de los funcionarios que intervienen dentro de la Coordinación y supervisión del contrato 1388 de 2017, situación que puede generar reportes errados de información sobre los contratos y debilidad en la trazabilidad de información, productos y documentos de los contratos coordinados.

Salidas No Conformes

Revisado el Plan de calidad producto no conforme v_1.0 y los reportes realizados por la DTP a la Oficina Asesora de Planeación, los cuales se realizan en el formato FO-AC-13 Informe de Producto No Conforme a través del link: (https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Baz6tMuxBlUv1yGAYFYsTYVu6QNHGbg2E8Y0-d-vOx0/edit?ts=5b3264e9#gid=2064572627, se evidenció que el registro se encuentra actualizado con reportes en los meses comprendidos entre el 1 de julio de 2017 y 31 de mayo de 2018.

Lo anterior da cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. Mediante correo electrónico del 21/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad No 2: Inefectividad de la Acción 1091 – Plan de mejoramiento interno

La DTP registró lo siguiente en su respuesta:

> *(…) - En relación con el mencionado informe SST radicado con el número 20185260580102 de junio 06 de 2018, cuyo radicado correcto es el 20185260560102, este corresponde a la remisión y notificación de aprobación por parte de la interventoría del componente SST del informe del consultor y no como se manifestó al informe incompleto presentado por la interventoría, con lo cual no se está incumpliendo en ningún momento lo establecido en el Manual de interventoría y supervisión al respecto.*
>
> *- En relación con el mencionado informe Ambiental y social radicado con el número 20185260540912 de junio 25 de 2018, cuyo radicado correcto es el 20185260640912, en este como su referencia lo indica contiene la información técnica, ambiental y social y no solo la ambiental y social como se describe.*

Derivado de las observaciones realizadas al informe preliminar, se aclara que durante la auditoría del SIG, se encontró que varios de los informes mensuales de interventoría del contrato IDU 1459 de 2017, fueron aprobados por componentes y no como un informe integral.

Esto se evidenció al revisar los documentos pertinentes consignados en el expediente ORFEO del contrato. Prueba de ello es:

- El informe de interventoría N°1, versión 0, se radicó en el Instituto con Nº 20185260278782 de 23/03/2018 para el periodo marzo a abril de 2018.
- Mediante oficio DTP 20182250433371 de 16/05/2018, el Instituto realizó observaciones únicamente sobre el componente SST del informe mensual N° 1.
- El informe de interventoría N°2, versión 0, se radicó en el Instituto con el N° 20185260396592 de 26/04/2018 en sus componentes técnico, ambiental y social, únicamente.
- Posteriormente, es enviado el componente SST del informe mensual N° 2, mediante radicado IDU 20185260406132 de 27/04/2018.
- Ante las observaciones realizadas por la STP al informe N°2, versión 0, la firma interventora corrigió y radicó, con número 20185260546042 de 01/06/2018, únicamente el componente SST del informe mensual N°2 , en su versión 01.

Con lo anterior, se evidencia que el componente SST del informe de interventoría N°1, no fue radicado al mismo tiempo que los demás componentes.

Igualmente, es evidente que el informe N°2, versión 0, fue objetado por la DTP. Como respuesta, la interventoría radicó de forma individual la versión 01 del componente SST; es decir, no se radicó todo el informe N°2, versión 01, con las correcciones hechas a la versión 0.

Por lo anterior, se ratifica que la acción 1091 es inefectiva, por cuanto se continúan radicando de forma individual los componentes de los informes de interventoría, incumpliendo el manual de interventoría vigente (6.2.1.2 informe mensual), generando información equivocada sobre la aprobación del informe de interventoría como un todo.

3.9.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción

NC1	**Caracterización de Proceso CP-DP-01 Diseño de Proyectos** Actividad 2 Ejecutar y Elaborar, o Realizar Seguimiento a los Estudios y Diseños. "*Producto 21. Actualización de la información contractual en el SIAC, CAV, y SECOP.*" **Instrucción impartida mediante Memorando SGGC 20125050215243** de octubre 23 de 2012: *"Los ordenadores del gasto ejercerán y tendrán la responsabilidad de alimentar y actualizar el sistema SIAC para cada uno de los contratos bajo su coordinación en todas las actuaciones, novedades y modificaciones contractuales que se presenten durante el inicio, ejecución y liquidación de los contratos." (sic)* **Instrucción impartida en el memorando DTGC 20174350188903 de agosto 14 de 2017:** *"Por tal motivo será responsabilidad de las áreas en cabeza de los supervisores de los contratos, el garantizar que la documentación sea remitida a la DTGC dentro del plazo previsto para la publicación de los documentos tanto los portales de contratación como su actualización en el sistema de acompañamiento contractual SIAC.*	**No Conformidad No 1: Desactualización de la información consignada en el aplicativo SIAC** Se evidenció que en el módulo de "Roles del proceso legal" en el aplicativo SIAC, no se encuentra la totalidad de los funcionarios que intervienen dentro de la Coordinación y supervisión del contrato 1388 de 2017, incumpliendo lo establecido en la caracterización del proceso, además de las instrucciones impartidas a nivel institucional, según memorandos 20125050215243 y 20174350188903, lo cual puede generar reportes errados de información sobre los contratos y debilidad en la trazabilidad de información, productos y documentos de los contratos coordinados.
NC2	**Procedimiento PR-MC-01 Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento de Auditorías Internas, Auditorías Externas, Autoevaluación y Evaluaciones de Gestión.** **Política Operacional** *El cierre de las acciones, estará supeditado a la eficacia y efectividad de las mismas. De cumplirse la acción definida, pero no identificarse su efectividad, se realizará la cancelación de la acción, lo cual conllevará a la formulación de nuevas acciones.*	**No Conformidad No 2: Inefectividad de la Acción 1091 – Plan de mejoramiento interno** Se evidenció que la acción 1091 es inefectiva, por cuanto se continúan radicando de forma individual los componentes de los Informes de interventoría, incumpliendo lo establecido en el procedimiento PR-MC-01 Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento de Auditorías Internas, Auditorías Externas, Autoevaluación y Evaluaciones de Gestión, en su política de operación frente a la efectividad de las acciones, situación que puede generar que la no conformidad se repita y se generen mayores riesgos en la gestión del proceso.

3.10 PROCESO GESTIÓN PREDIAL

De acuerdo con las actividades críticas de la caracterización del proceso, a continuación, se presentan los resultados obtenidos para las actividades susceptibles de verificación, durante la auditoría:

Actividad crítica 5. Realizar la Negociación Predial

Al verificar esta actividad, de acuerdo con el listado de Resoluciones de oferta de compra de predios, se evidenció que los originales de las Resoluciones 1921 y 1941 de 2018, no se encuentran escaneados en el sistema de información ORFEO, a pesar de encontrarse notificadas, lo cual indica que no se está realizando de manera oportuna la disposición final de las resoluciones de acuerdo con lo establecido en el Instructivo IN-DO-03 *"Generación de Resoluciones a través del ORFEO"*.

De otro lado, el área únicamente implementó controles para la creación de expedientes en el aplicativo ORFEO, a partir de octubre de 2017, sin evidenciarse registros de control de la información antes de dicha fecha.

Actividad Crítica 6. Realizar el acompañamiento social a la población

El proceso, dentro del componente social, ha implementado la asesoría jurídico-social e inmobiliaria como un valor agregado en la adquisición predial.

Al evaluar las evidencias con las que cuenta el proceso, correspondientes al componente social del proceso de Adquisición Predial, se observaron estadísticas y mediciones de casos exitosos, reportados en el Comité Directivo. No obstante, estas gestiones y casos exitosos medidos por el área, no han sido divulgados al interior de la Entidad.

Verificada esta actividad, dentro de los expedientes correspondientes a la Avenida Tintal - Alsacia, se evidenció el empleo del formato denominado "*Remisión de la Unidad Socia*l", el cual no se encuentra formalizado por el área.

Actividad Crítica 7. Administración Predial

De acuerdo con la verificación realizada, se pudo establecer que el proceso se encuentra utilizando formatos no formalizados dentro del SIG. Se cuenta con el formato FO-GP-55 versión 2.0 "Acta de recibo de predios", no obstante, al momento de hacer la entrega de los predios al área técnica, se está utilizando un formato no oficializado; lo anterior se evidenció para el RT: 46577.

Actividad Crítica 8. Generar Acciones de Mejora

Se verificaron las acciones que se tienen en el módulo de planes de mejoramiento CHIE, donde se evidenció que tienen en la actualidad dos acciones vencidas, identificadas con los números 487 y 629, correspondientes a los hallazgos 2.2.2.1 y 3.4.2. Ésta última, no guarda coherencia entre la acción propuesta y el indicador.

Se identificaron siete (7) riesgos, los cuales al implementar los controles quedan calificados con Riesgo Inferior, por lo tanto, no se hace necesario la implementación de acciones de mitigación. De igual forma, dentro de la documentación revisada no se evidenció la materialización de alguno de los riesgos.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Información documentada del proceso. Al revisar la documentación del proceso, se encontró que la caracterización del proceso, que actualmente está identificada como CP-GP-01, cuenta con el mismo código que tiene la caracterización del proceso de Gestión Integral de Proyectos, tal y como se evidencia en el listado maestro de documentos. En el listado maestro, se observó que el proceso evaluado cuenta con dos caracterizaciones de los productos, correspondientes a CS-GP-01 Adquisición Predial – Enajenación Voluntaria y CS-GP-02 Venta de Predios. Además, se cuenta con cuatro (4) procedimientos a saber: PR-GP-01 Gestión Social Predial V1.0, PR-GP-02 Administración y venta de Predios V3.0, PR-GP-03 Adquisición Predial V5.0 y PR-GP-102 Recepción y administración de inmuebles en dación de pago V1.0.

Al realizar la verificación de la normatividad vigente del proceso, a través del normograma, se evidenció que, en términos generales, se describe la totalidad de la normatividad legal vigente. Adicionalmente, el proceso se encuentra adelantando gestiones para actualizar el Decreto 329 de 2006 que modificó el Decreto 296 de 2003, mediante los cuales se modifican los factores y parámetros para el reconocimiento del componente económico del Plan de Gestión Social, toda vez que no se ajusta a la realidad del mercado inmobiliario a la fecha.

Toma de conciencia: En términos generales, tanto el personal de planta como contratistas que hacen parte del proceso, son conocedores de la directriz de Calidad y de Gestión Ambiental, y cómo contribuyen, desde la ejecución de sus funciones y/u obligaciones contractuales, al cumplimiento de la misma. Sin embargo, se recomienda fortalecer en el equipo de trabajo, la ubicación en la página web y en la intranet de dicha información, en especial el grupo jurídico.

Se evidenció el conocimiento, en términos generales, por parte de los responsables del proceso auditado, de sus partes interesadas tanto internas como externas, sus necesidades y las responsabilidades y autoridades, en relación con la implementación del SGC y SGA. También se evidenció la correcta afiliación a la ARL y el pago del mes de junio de 2018 de dos contratistas que participan en el proceso, que fueron seleccionados para la revisión de estos aspectos.

3.10.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Instructivo IN-DO-03 Generación de Resoluciones a través del ORFEO, numeral 6. Trámite a realizar luego de firmada la resolución:** *"Luego de realizar todo el proceso en ORFEO, el proceso posterior a su firma se encuentra dado por el tipo de Resolución que se elaboró, por lo tanto, tener en cuenta lo siguiente, con el fin de dar claridad a posibles dudas al respecto. 1. ¿Qué hacer con la Resolución o la Circular*	**No conformidad Nº1. No disposición de Resoluciones de oferta de compra firmadas en el sistema ORFEO** Se evidenció que los originales de las Resoluciones 1921 y 1941 de 2018, mediante las cuales se hace la oferta de compra de predios, no se encuentran escaneadas en el aplicativo ORFEO, a pesar de encontrarse notificadas, contraviniendo lo establecido en el numeral 6 del Instructivo IN-DO-03 "Generación de Resoluciones a través del ORFEO",

Nº	Criterio	Descripción
	después que ya está debidamente firmada? Elaborado el documento y firmado por el correspondiente Directivo, ésta se deberá enviar mediante la planilla de ORFEO a correspondencia y si la Resolución o Circular posee documentos anexos, igualmente deberán relacionarse en la Planilla de despacho con el fin de realizar su digitalización y cargue en ORFEO. El área generadora debe Reasignar por ORFEO el documento a la Subdirección General de Gestión Corporativa para su respectivo cargue en expediente de acuerdo con lo establecido en las TRD."	situación que dificulta el acceso y disponibilidad de la información. Es de anotar que el proceso implementó controles para la creación de expedientes en el sistema ORFEO, a partir de octubre de 2017, sin evidenciarse registros de control de la información antes de dicha fecha.

3.11 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS

Durante la realización del presente ejercicio, el personal de enlace para atender la auditoría al proceso de Ejecución de Obras, mantuvo una actitud de colaboración en todo momento, destacándose la calidad profesional de los mismos, facilitando la información necesaria, lo cual permitió realizar las consultas y obtener las conclusiones de auditoría. Este gesto es recibido por parte del equipo auditor con especial agradecimiento a los responsables del proceso.

La auditoría se realizó teniendo en cuenta la caracterización del proceso de Ejecución de Obras, versión 2.0. El 04 de julio de 2018, en el Boletín Informativo Ser Gente IDU, se comunicó la actualización de la caracterización del proceso CP-EO-01 Ejecución de Obras, versión 3.0.

Durante la auditoría se estableció que se cuenta con la información del estado de los diferentes proyectos, manteniendo actualizada la misma en aplicativos como el SIAC, el ZIPA, y ORFEO.

La Dirección Técnica de Construcciones-DTC entregó al equipo auditor, una matriz donde se tienen relacionados los contratos con información relativa a: Proyecto, proceso, año, contrato, subdirección técnica encargada de la supervisión del mismo, tipo de contrato, etapa actual, fecha de inicio, fecha final, contratista, valor inicial, mayores cantidades, adiciones, valor actual, valor anticipo, total pagado, saldo del contrato, y % avance financiero. (ver tabla N° 1 en los anexos del proceso)

A continuación, se relaciona, en resumen, algunos aspectos evidenciados en la documentación revisada, en lo atinente al aspecto técnico, jurídico, financiero y tecnológico de los expedientes de los proyectos revisados:

- Aspecto Técnico.

  Las subdirecciones técnicas de Ejecución del Subsistema Vial (STESV) y de Ejecución del Subsistema de Transporte (STEST), alimentan un cuadro en Excel con la información sobre el seguimiento a las metas físicas de los diferentes contratos a cargo de la DTC. Estos datos sirven para alimentar los indicadores de gestión de la STESV y de la STEST.

- Aspecto Jurídico.

  Se evidenció que la DTC, la STESV y la STEST, envían semestralmente la información relacionada con la actualización del normograma del proceso de Ejecución de Obras, dando cumplimiento a lo establecido en el procedimiento PR-GL-04 Actualización y evaluación del Normograma Institucional, versión 6.0.

  Para el Proyecto Avenida Ciudad de Cali, se evidenció el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento PR-GC-14 "Modificación y Cesión a Contratos Estatales", versión 5.0; teniendo en cuenta que mediante oficio 20155261522002 del 15 de diciembre de 2015, la interventoría envió solicitud, a la DTC, de adición de recursos tanto para el contrato de obra como para el contrato de interventoría. Mediante memorando STESV 20163360061203 la Subdirección General de Infraestructura solicitó a la DTGC proyectar para la firma del ordenador de gasto la adición y modificación al contrato de obra IDU 1662 de 2014, y el 18 de abril de 2016 se firmó la adición y modificación al contrato de obra.

- Aspecto Financiero.

  Se evidenció que la DTC cuenta con un documento en Excel, en donde están relacionados los proyectos a cargo de la misma, con información correspondiente a: rubro, presupuesto definitivo, valor de CDP's, valor de CRP's, saldo disponible, y % de ejecución.
- Aspecto Tecnológico.

  Durante la auditoría se estableció que se cuenta con la información del estado de los diferentes proyectos, manteniendo actualizada la misma en aplicativos como el SIAC, el ZIPA, y ORFEO.

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas de la caracterización del proceso, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría:

Actividad crítica Nº1: Planear los Proyectos de Infraestructura

Durante la auditoría al proceso de Ejecución de Obras, se verificó que la Dirección Técnica de Construcciones-DTC, cuenta con un cuadro de seguimientos a los proyectos en excel, en el cual se identifica: el nombre del proyecto, de los apoyos técnicos, de SST, Ambiental, forestal, DTP, el tramo, el número del expediente, el número del proceso selectivo. Con relación al contrato, se encuentra información asociada al año, el número y el objeto del contrato, la etapa actual, los plazos de inicio, de recopilación de información, de estudios y diseños, de aprobaciones, de preliminares, de construcción, de prórrogas, el plazo final, las fechas de inicio, las fechas de los ajustes a los diseños, de la etapa de preliminares, de la etapa de obra, de la etapa de mantenimiento, los días que faltan para terminar la respectiva etapa, la fecha programada del fin del contrato, el nombre del contratista, conformación, representante legal, localidad en donde se desarrolla el proyecto, y los datos técnicos relacionados con las metas como longitud dada en Km / Carril, espacio público en M^2 y otros. Esta herramienta permite identificar información clave para el seguimiento y control de los proyectos.

La DTP cuenta con un listado en donde se relacionan los diferentes proyectos priorizados para la actual vigencia, el cual tiene información sobre el rubro presupuestal, presupuesto definitivos, valor de los CDPs y de los CRPs, valor disponible y % de ejecución.

Se comprobó que para los componentes técnicos de los pliegos de condiciones, en el proceso de Ejecución de Obras, se cuenta con el formato FO-GC-03 "Estudios y documentos previos para procesos de licitación, concurso de méritos, selección abreviada y contratación directa diferente a PSP", y como evidencia, se tiene el formato diligenciado para los "Ajustes y/o actualización y/o complementación a los estudios y diseños o estudios y diseños y construcción de la carrera 7 entre AV Hortúa (AC 1) y AV de los Comuneros (AC 6), que hace parte del proyecto Par Vial – Cra 6 y Cra 7 desde AV de los Comuneros hasta AV de la Hortúa (AC 1), Acuerdo 646 de 2016, en la Ciudad de Bogotá D.C." los cuales se encontraban debidamente diligenciados.

Durante la auditoría se observó, a través de correos electrónicos enviados a la DTPS y DTGC, que se tiene documentada las diferentes obligaciones de los contratistas para llevar a cabo la ejecución de los contratos y las de las fases preliminares, de obra y de liquidación, relacionadas a los componentes técnico, social, ambiental, de SST, y de coordinación interinstitucional.

Se obtuvo información relacionada con la solicitud que se realiza de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal y la aprobación dada a los mismos por la Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad-STPC, mediante certificados número 4249, 4245, 4250, y 4256 con fecha de vencimiento a 31 de diciembre de 2017.

También, se evidenció que para la Gestión Ambiental y de SST, se cuenta con anexos o componentes en donde están establecidas las obligaciones del contratista en las etapas de estudios y diseños y en la de construcción. La DTC entregó copia del capítulo 9, del componente de gestión ambiental y del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, para los estudios, diseños y construcción de obra civil, suministro, montaje, puesta en funcionamiento y mantenimiento, del componente electromecánico, de un sistema de transporte de pasajeros por cable aéreo.

Por lo anteriormente mencionado, se evidenció que se está dando cumplimiento a lo planteado en la descripción de la actividad, como es la definición de los recursos que se deben utilizar para el desarrollo de los diferentes proyectos de infraestructura que están alineados al Plan de Desarrollo, las metas físicas a alcanzar en cada uno de ellos y los soportes para la estructuración de los componentes técnicos para la elaboración de los pliegos de condiciones de los contratos de ejecución de obra, así como los de interventoría.

Actividad crítica Nº2: Realizar Seguimiento a la Etapa Preliminar del Proyecto de Construcción

Para esta actividad, se solicitó información relacionada con los contratos tanto de obra como de interventoría, y los productos que se deben recibir es esta etapa.

Se verificó que se tiene el contrato de obra IDU-1662-2014, cuyo objeto es "Complementación o actualización o ajustes o diseños y la construcción de la Avenida Ciudad de Cali, desde la Avenida Bosa hasta Avenida San Bernardino", firmado el 29 de octubre de 2014.

Se comprobó que se cuenta con el contrato de Interventoría IDU-1688-2014, cuyo objeto es la "Interventoría técnica, administrativa, legal, financiera, social, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo para la complementación o actualización o ajustes o diseños y construcción de la Avenida Ciudad de Cali desde la Avenida Bosa hasta la Avenida San Bernardino", firmado el 30 de octubre de 2014.

Se constató que la información relacionada tanto con el contrato de obra como con el contrato de interventoría, se encuentra y puede ser consultada en el aplicativo SIAC, en las carpetas que se tienen en ORFEO y también en el aplicativo ZIPA.

Se evidenció que se cuenta con el acta número 1 de inicio del contrato de obra IDU-1662-2014 de fecha 28 de noviembre de 2014, y el acta número 1 de inicio del contrato de interventoría IDU-1688-2014 de fecha 28 de noviembre de 2014, ambas debidamente firmadas.

Se constató que la interventoría entregó a la Dirección Técnica de Construcciones del IDU, bajo el radicado número 20165260195662 del 09 de marzo de 2016, el informe mensual técnico de interventoría N° 12 correspondiente a la Etapa Preliminar, contrato IDU-1688-2014, y que mediante oficio STESV 20163360228931 del 22 de marzo de 2016, la Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema Vial, aprueba el informe en mención, puesto que el mismo cumple con lo establecido en el Manual de Interventoría.

Se observó que el informe de interventoría N° 12 contiene información sobre las generalidades de los contratos de obra y de interventoría, fechas de suscripción y legalización de los mismos contratos, información sobre las garantías y vigencias de las mismas, número y descripción de los convenios asociados, relación detallada de los estudios y diseños del proyecto y documentación de referencia entregada por el IDU, información ambiental, SST y social, programa de implementación del plan de manejo ambiental PIPMA, plan de acción de acción SG-SST, y ambiental de la interventoría, certificaciones de afiliaciones y de pagos de la seguridad social por parte del contratista, certificaciones de afiliación y de pagos de la seguridad social por parte de la interventoría, relación de pagos de salarios, documentación relacionada con la maquinaria, equipos y vehículos a ingresar a la obra, plan de gestión social del contratista, plan de acción social de la interventoría, informe de investigación de redes en las vías, entre otra información.

La DTC presentó el acta de cambio de etapa N° 7 de fecha 13 de junio de 2018, relacionada con la terminación de la etapa de preliminares e inicio de la etapa de construcción, del contrato IDU-1579-2017, cuyo objeto es "Interventoría técnica , administrativa, legal, financiera, social, ambiental, y SST, para la construcción de las obras de recuperación y estabilización de la Avenida de los Cerros entre calles 23 Sur y Transversal 17 B Este, acceso al Barrio Amapolas, en la Localidad de San Cristóbal Sur, en Bogotá D.C.

Por lo anteriormente expuesto, se corrobora que se está dando cumplimiento a lo planteado en la descripción de esta actividad, como es el recibo de los contratos legalizados, y la ejecución de las actividades tendientes a que se obtengan los productos de la etapa preliminar acorde con lo definido en los contratos.

Actividad crítica Nº3: Realizar Seguimiento a la Ejecución del Proyecto de Construcción

El equipo auditor solicitó al personal que atendió la auditoría, la relación de los informes mensuales de interventoría relacionados con el contrato de obra IDU-1662-2014, y el contrato de interventoría IDU-1688-2014, de los meses de julio de 2017 a junio de 2018.

Con esta información, se revisó la relación de los informes de interventoría desde el N° 31 de julio de 2017, hasta el N° 42 de junio de 2018, los cuales fueron radicados para cada uno de los componentes como son el técnico, ambiental, forestal, social y de SST.

Se observó que hay informes de interventoría que fueron radicados en el IDU, posterior a los diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de corte mensual del contrato IDU-1688-2014, que es el 27 de cada mes. (ver Anexo tabla N° 2, en los anexos del proceso).

Se observó que la Dirección Técnica de Construcciones, dando cumplimiento a un plan de mejoramiento externo, realiza seguimiento mensual a la entrega de los informes de interventoría de los diferentes contratos que tiene a cargo. En el seguimiento se relaciona: el número del contrato, el nombre del proyecto, y la relación de los informes técnicos, de SST, ambiental, y forestal. Se cuenta con la información relacionada de los meses de noviembre de 2017 a mayo de 2018, y por cada uno de ellos se tiene el número del informe, la fecha de corte, la fecha máxima de radicado, el radicado IDU con el que el contratista entregó el informe, y los días de atraso de la entrega, si los hay. Así mismo la fecha de devolución con su respectivo oficio de salida del radicado IDU y la fecha y radicado IDU de aprobación del informe final.

Se evidenció que se cuenta con los documentos soporte, de las solicitudes para adiciones, como es el caso de la solicitud realizada por la interventoría mediante oficio radicado en el IDU 20175260712522 de fecha 04 de octubre de 2017, para el contrato de obra IDU-1662-2014 y para el contrato de interventoría IDU-1688-2014; el memorando enviado a la Dirección Técnica de Gestión Contractual por la Dirección Técnica de Construcciones STESV 20173360255903 de fecha 26 de octubre de 2017, solicitando la adición respectiva; y el documento con la adición N° 3 y la modificación N° 5 del contrato de obra IDU-1662-2014 firmado el 03 de noviembre de 2017.

Se constató que se tienen el respectivo oficio de la interventoría radicado con el número 20145261948852 del 25 de noviembre de 2014, en donde se entrega el PAC y la Programación de la Interventoría para la revisión y aprobación por parte del IDU, y el PAC, la programación general del proyecto y el Plan de Inversión del Anticipo del contratista revisados y aprobados por la interventoría.

Se verificó que se tiene archivados los diferentes oficios radicados por la interventoría y los oficios del IDU enviados a la interventoría con observaciones, devoluciones y/o aprobaciones relacionados con temas como el PIPMA, el PMT, el informe de la gestión social, del plan de gestión social, tratamientos de vegetación, el inventario forestal, las zonas verdes y los nidos, y los tratamientos silviculturales, entre otros.

Se observó que se tiene copia de los oficios radicados por la interventoría en el IDU relacionados con la remisión de análisis de precios no previstos, y las respuestas dadas por el IDU, objetando, o no objetando los mismos. Se verificó que se diligenció el acta N° 53 de fijación de precios no previstos N° 17, del contrato de obra IDU-1662-2014, de fecha 21 de marzo de 2014; además de un acta con el cuadro de reversión de precios no previstos, firmada el 21 de marzo de 2018.

Se verificó que se cuenta con un acta en donde se relaciona la entrega de varios predios para la obra del contrato IDU-1662-2014, firmada en enero de 2017, por la DTDP, la SGI y la DTC y la

entrega de dichos predios para la obra, dejando constancia de su recibo el contratista y la interventoría. Se observó que también se tienen actas de definición de competencias de pago con ESP, como es el caso de la EAB, ETB y Codensa.

Se verificó que se tienen registros financieros de los contratos de obra IDU-1662-2014, y de Interventoría IDU-1688-2014, entre los que se encuentran los registros presupuestales de compromiso de los mismos contratos.

Se comprobó que la interventoría entregó mediante oficio que tiene como radicado el N° 20145261838982 de fecha 10 de noviembre de 2014, las hojas de vida del personal de la interventoría; y que el IDU, mediante varios oficios, fue aprobando las diferentes hojas de vida.

Además, se encontró que mediante oficio radicado con el N° 20145261937292 del 24 de noviembre de 2014, la interventoría entregó al IDU la aprobación de las hojas de vida del personal del contratista.

Se evidenció que, mediante oficios, el IDU fue aprobando los diferentes informes mensuales de interventoría. La DTC presentó los oficios mediante los cuales se aprobaron los informes, a saber:

Radicado N° 20173361375631 del 12 de diciembre de 2017, aprobando el informe N° 34,
Radicado N° 20183360142451 del 28 de febrero de 2018, aprobando el informe N° 35,
Radicado N° 20183360142731 del 28 de febrero de 2018, aprobando el informe N° 36,
Radicado N° 20183360274501 del 05 de abril de 2018, aprobando el informe N° 37,
Radicado N° 20183360333821 del 23 de abril de 2018, aprobando el informe N° 38,
Radicado N° 20183360541961 del 08 de junio de 2018, aprobando el informe N° 39, y
Radicado N° 20183360627701 del 03 de julio de 2018, aprobando el informe N° 40.

Además, se verificó que se tiene copia de las actas de pago de interventoría con las respectivas facturas de soporte y los cuadros de control financiero.

Por lo anteriormente expuesto, se evidenció que se está dando cumplimiento a lo planteado en la descripción de esta actividad, como es el efectuar las actividades de seguimiento al desarrollo del proyecto, acorde a las obligaciones pactadas con los contratistas de obra e interventoría.

Actividad crítica Nº4: Realizar Seguimiento al Recibo Final y Liquidación de los Contratos

Para esta actividad, se verificó que se tiene el acta N° 58 de terminación del contrato de obra IDU-1662-2014, cuyo objeto es “Complementación o actualización o ajustes o diseños y la construcción de la Avenida Ciudad de Cali, desde la Avenida Bosa hasta Avenida San Bernardino”, firmada el 13 de junio de 2018.

Se comprobó que se cuenta con el acta N° 42 de terminación del contrato de Interventoría IDU-1688-2014, cuyo objeto es la “Interventoría técnica, administrativa, legal, financiera, social, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo para la complementación o actualización o ajustes o diseños y construcción de la Avenida Ciudad de Cali desde la Avenida Bosa hasta la Avenida San Bernardino”, firmada el 13 de junio de 2018.

Para esta etapa, se realizó la auditoría al contrato de obra IDU-1259-2014, cuyo objeto es “Complementación y/o actualización y/o ajustes y/o diseños y construcción de la Avenida Colombia (carrera 24), entre la calle 76 y la Avenida Calle 80, en Bogotá D.C., y al contrato de

interventoría cuyo objeto es la "Interventoría técnica, administrativa, financiera, legal, social, ambiental y S&SO, para la complementación y/o actualización y/o ajustes y/o diseños y construcción de la Avenida Colombia (carrera 24), entre la calle 76 y la Avenida Calle 80, en Bogotá D.C.

Se observó que se cuenta con el acta N° 29 de terminación del contrato de obra firmada el 14 de enero de 2016, con el acta de recibo final de obra N° 35 de fecha 26 de julio de 2016, y el acta de liquidación N° 41 del 25 de mayo de 2018. Además, se observó que se cuenta con el acta N° 28 de recibo final y liquidación del contrato de interventoría de fecha 28 de mayo de 2018.

Se comprobó que se cuenta con el acta de cierre ambiental de obra, firmada el 08 de noviembre de 2017, el acta de cierre social N° 1 de fecha 14 de junio de 2016, el acta de aprobación de garantías aprobada por al DTGC el 06 de junio de 2018, el memorando DTAI 20163750261103 de fecha noviembre 28 de 2016 en donde la Dirección técnica de Administración de Infraestructura aprueba el informe de seguimiento a contratos con garantía de estabilidad y /o calidad.

Se verificó que hay un memorando STESV 20183360101493 de fecha 02 de mayo de 2018, por medio del cual, la DTC traslada a la DTE un CD con los datos de los planos y la base de datos geográfica del contrato de obra IDU-1259-2014, y el memorando DTE 20182150106973 de fecha 07 de mayo de 2018, en donde la DTE informa a la DTC que la información contenida en los archivos de formato CAD se ajusta a los requerimientos establecidos por el IDU en el Instructivo para la presentación de planos y archivos IN-IC-01.

Se constató que hay actas de entrega de activos de redes de servicios públicos a la EAB; acta de recibo de obra por parte de la ETB, paz y salvo de Gas Natural, paz y salvo de Movistar, entre otros.

Por lo anteriormente expuesto, se corrobora que se está dando cumplimiento a lo planteado en la descripción de esta actividad, como es el de ejecutar las actividades tendientes a la supervisión del cierre del proyecto y liquidación de los contratos de obra e interventoría.

Actividad crítica Nº5: Evaluar Indicadores de Gestión

Se realizó la trazabilidad a la revisión realizada por la Oficina de Control Interno-OCI a los indicadores de gestión de la DTC, STEST y STESV.

- El 27 de junio de 2018, se realizó la trazabilidad de la revisión realizada por la Oficina de Control Interno a los indicadores de gestión de la DTC, STEST y STESV.

  En relación a los indicadores de gestión, se indica que la OCI, realizó recomendaciones a cada una de las caracterizaciones de los mismos, las cuales fueron atendidas por las dependencias, previamente revisadas, ajustadas y verificadas por la Oficina Asesora de Planeación, como se menciona a continuación, para las dependencias que hacen parte de este proceso:

  ✓ Trazabilidad indicadores de la DTC:

  * Memorando enviado por la Oficina de Control Interno OCI 20181350113293 a la Dirección General, el cual tuvo como respuesta el memorando DTC 20183350130563, atendiendo las recomendaciones de la OCI.

* La DTC envió el memorando DTC 20183350141793, a la OAP solicitando la reprogramación de los indicadores de gestión.
* La OAP dio respuesta a la DTC mediante memorando OAP 20181150148833.

✓ Trazabilidad indicadores de la STEST
* Memorando enviado por la Oficina de Control Interno OCI 20181350111423 a la Dirección General, el cual tuvo como respuesta el memorando STEST 20183460129533, atendiendo las recomendaciones de la OCI.
* Memorando de la Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema de Transporte STEST 20183460083323, a la OAP solicitando los ajustes a los indicadores de gestión.
* Memorando de la Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema de Transporte STEST 20183460135733, a la OAP solicitando ajustes a los indicadores de gestión.
* Memorando de la Oficina Asesora de Planeación- OAP 20181150101583 a la Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema de Transporte, dando respuesta al memorando STEST 20183460083323.

✓ Trazabilidad indicadores de la STESV.
* Memorando enviado por la Oficina de Control Interno OCI 20181350113283 a la Dirección General, el cual tuvo como respuesta el memorando STESV 20183360139023, con copia a la OAP, atendiendo las recomendaciones de la OCI.

Se cuenta con un acta de reunión entre la STESV y la OAP de fecha 30 de mayo de 2018, en donde se deja constancia de la revisión de los indicadores de gestión.

Teniendo en cuenta lo planteado en la descripción de esta actividad, se observa que se está dando cumplimiento a la misma, toda vez que las observaciones a los indicadores de gestión dadas por la OCI y la revisión y ajuste realizados por la DTC, STEST y STESV, conllevan a aplicar indicadores de gestión que realmente sirvan para evaluar el estado y avance del proceso.

Actividad crítica Nº6: Generar Acciones de Mejora

Salidas No conformes

Se realizó la revisión de la información relacionada con el Informe del Producto No Conforme, la cual se encuentra disponible en google drive (https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Baz6tMuxBlUv1yGAYFYsTYVu6QNHGbg2E8Y0-d-vOx0/edit#gid=1575626381),

El registro correspondiente a la DTC se encuentra actualizado hasta el mes de enero de 2018, faltando la información correspondiente a los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio de 2018.

Lo anteriormente mencionado conlleva a no dar cumplimiento con lo establecido en el Procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes. Numeral 6. Políticas de Operación, porque no se mantiene actualizado el Registro de Salidas No conformes del Proceso de Ejecución de Obras, en el formato FO-AC-13 Informe de Producto No Conforme, el cual se encuentra disponible en google drive.

Como evidencia se cuenta con el oficio número 20185260119872 radicado al IDU por la Interventoría el 12/02/2018, en el cual se entrega el informe mensual ambiental N° 38

correspondiente al periodo de actividades del 28 de diciembre de 2017 a 27 de enero de 2018. El IDU, mediante oficio STESV 20183360143281, presenta observaciones al mismo, con el fin de que sean ajustadas y entregadas conforme a lo establecido en el manual de interventoría.

El 03 de abril de 2018, la interventoría entrega al IDU el informe mensual ambiental N° 38 ajustado, mediante oficio con radicado 20185260298592. El 11 de abril de 2018, el IDU mediante oficio STESV 20183360289911 de abril 11 de 2018, da concepto favorable al informe ambiental N° 38.

Al no estar actualizada la información relacionada con el informe del producto no conforme, se debe dar cumplimiento a lo planteado en la descripción de esta actividad, como es el de generar acciones de mejora frente a las observaciones, no conformidades, hallazgos e informes de auditoría.

Gestión de riesgos del proceso

Se llevó a cabo la evaluación del diseño de los controles para el riesgo R.EO.04 “Demora en la ejecución de la Obra”, el cual está relacionado con la actividad N° 3 “Seguimiento a la Ejecución de Proyectos de Construcción”, del Proceso de Ejecución de Obras.

Se identificaron controles en los que no está definida la periodicidad para llevarlos a cabo. Algunos de ellos son los siguientes:

- Comités de seguimiento realizados por la Dirección General y/o Subdirección General de Infraestructura y/o Dirección Técnica de Construcciones.
- Elaborar comunicaciones oficiales entre áreas y/o Interventoría, reportando las situaciones, para hacer cumplir los requisitos mínimos establecidos o inicio del proceso sancionatorios a que haya lugar.
- Lista de chequeo Verificación de requisitos para inicio de la fase de ejecución de obra. FO-C-155.
- Aplicación del Manual de Gestión Predial en lo concerniente a la expedición del concepto de viabilidad predial. Que el 100% de los predios que integran el área del proyecto se encuentren con oferta de compra debidamente notificada y, que se cuente con la disponibilidad del 80% del área requerida para el proyecto. Es entendido que el 20% restante del área requerida, no podrá estar integrada por un número plural de predios que representen más del 80% de los inmuebles que se deba adquirir, caso en el cual, no se expedirá el certificado de viabilidad predial.
- Comités de seguimiento realizados por la Dirección General y/o Subdirección General de Infraestructura y/o Dirección Técnica de Construcciones.
- Memorandos y reuniones, solicitando, explicando y anexando la información requerida para que se emitan conceptos técnicos y/o jurídicos.
- Registro y seguimiento en aplicativo ZIPA.
- Ajuste de Cronogramas por parte del contratista.
- Se llevan a cabo reuniones de concertación a lo largo del proyecto en los puntos CREA, con la participación de la comunidad, Contratista, Interventoría y el IDU.
- Cierre de acciones interpuestas por la comunidad.

Se estableció que, en los siguientes controles, no está definido el responsable ni la periodicidad para llevarlos a cabo:

- Comités interinstitucionales.
- Aplicación de la Guía GUIN02 Coordinación IDU, ESP Y TIC en Proyectos de Infraestructura.
- Aplicación de la Ley de Infraestructura 1682 de 2013.
- Comunicaciones oficiales.

Se estableció que, para los siguientes controles, no es clara su relación con la causa del riesgo establecido, por lo que se recomienda reconsiderar su inclusión en la matriz de riesgos:

- En el manual de Gestión Contractual, se establece en el numeral 6,1,3 los lineamientos para el manejo de los Ítems no previstos.
- Formato 4-MIN-C-M-23 Acta de fijación de precios no previstos, (en cada una de las Subdirecciones Técnicas, se tienen asignadas a dos personas para la revisión y verificación de los precios no previstos que se generan en los contratos)
- Procedimiento PR-GAF-058 Expedición certificados disponibilidad y registro presupuestal y Procedimiento PR-GAF-087 Modificaciones presupuestales, para consecución recursos adicionales.
- Los plazos se definen en la fase de Diseño del Proyecto.

Información documentada del Proceso

Se revisó el procedimiento PR-C-044 Ejecución de Proyectos de Construcción de Infraestructura Vial y Espacio Público, versión 2.0, adoptado mediante Resolución IDU el 05 de septiembre de 2012, el cual hace parte del Proceso de Ejecución de Obras. Se observó que este procedimiento está desactualizado, en consideración de lo siguiente:

- En el procedimiento, se establece en el numeral 3° Políticas de autocontrol, que los Subdirectores Técnicos de Ejecución del Subsistema Vial y de Ejecución del Subsistema de Transporte, deben designar por escrito a los supervisores de los contratos, contrario a lo establecido en el Manual de Interventoría y/o Supervisión de Contratos del IDU, versión 4.0, numeral 5.4.4 Designación de la supervisión.
- En cuanto al Marco normativo, falta actualizarlo con algunas normas vigentes como por ejemplo: Ley 1508 de 2012, Ley 1564 de 2012, Ley 1682 de 2013, Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015 y el Decreto 1082 de 2015 entre otros.
- En el diagrama de flujo del procedimiento, se relaciona la dependencia Dirección Técnica de Diseño de Proyectos DTD, la cual en la nueva Estructura Organizacional del IDU adoptada mediante el Acuerdo 02 del 25 de enero de 2017, no aparece porque fue fusionada con la Dirección Técnica de Proyecto.

Aspectos transversales verificados:

Conocimiento de directrices.

Se validó con el personal de enlace del proceso de Ejecución de Obras el conocimiento y apropiación de las directrices de los Subsistemas de Gestión de la Calidad (SGC); Gestión Ambiental (SGA); y Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST).

Normatividad asociada al proceso

Se verificó las actualizaciones realizadas al normograma del proceso de Ejecución de Obras tanto en el mes de diciembre de 2017, como en el mes de junio de 2018.

- En el tema del Normograma, se evidenció que, mediante correo electrónico del 1 de diciembre de 2017, la DTC, envió el normograma ajustado con las normas actualizadas y las retiradas porque están derogadas, a la SGJ.
- La SGJ, mediante correo electrónico enviado a la DTC, el 15 de diciembre de 2017, manifestó que se realizó la revisión a las normas y enviaron las correcciones a las mismas.
- La DTC envió por correo electrónico el normograma corregido a la SGJ el 18 de diciembre de 2017.
- El 26 de junio de 2018, la DTC, envió el normograma ajustado y actualizado a la SGJ.

Matriz de aspectos e impactos ambientales.

Al realizar la revisión en el Mapa de procesos del IDU, de la matriz de aspectos e impactos ambientales del proceso de Ejecución de Obras, se observa que no tiene la fecha de la última actualización, lo cual impide que se tenga claridad si la misma fue o no revisada y ajustada en el último año.

Plan de tratamiento del Riesgo:

Al revisar en el mapa de Procesos del IDU, la matriz de los planes de tratamiento del riesgo 2017 - 2018, del proceso de Ejecución de Obras, se observa que se tiene planes de tratamiento para los riesgos R.EO.04 Demora en la ejecución de la Obra; y R.EO.05 Mayor valor de obra al presupuestado inicialmente, los cuales tienen acciones a desarrollar con fecha de inicio del 04 de agosto de 2017 y fecha de finalización el 31 de diciembre de 2017. Sin embargo, en la misma matriz se observa que no hay información sobre el seguimiento al mismo Plan de Tratamiento del Riesgo. La DTC manifestó que mediante memorando DTC 20183350003033 de fecha 11 de enero de 2018, reportó el plan de tratamiento del riesgo del proceso de ejecución de obras. Al consultar el memorando en el sistema ORFEO del IDU, se observó que, en la pestaña de documentos, está incluido el documento en Excel con la información correspondiente al plan de tratamiento del riesgo, con fecha de seguimiento 31 de diciembre de 2017.

3.11.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes, numeral 6. Políticas de Operación**. "*El Líder del proceso, líder operativo o su representante es responsable de consolidar mensualmente la información de las salidas no*	**No Conformidad No 1: Incumplimiento reporte de Salidas No conformes.** Se evidenció que la Dirección Técnica de Construcciones, responsable del proceso de ejecución de obras, desde febrero de 2018 no reporta salidas no conformes del proceso, incumpliendo lo establecido en el numeral 6 del

	conformes identificadas en su proceso" **NTC ISO 9001:2015, numeral 8.7 Control de las salidas No Conformes,** (…) "*La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios*".	procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes, y el numeral 8.7 de la NTC ISO 9001:2015, situación que podría dificultar el tratamiento oportuno de las salidas no conformes y la caracterización de las mismas para la adopción de las acciones correspondientes.

3.12 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas de la caracterización del proceso, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría:

Actividad crítica 1. Planear la ejecución de recursos financieros y actividades necesarias para el desarrollo del proceso y cumplimiento de metas institucionales.

Por su naturaleza de área ejecutora en la Dirección Técnica de Mantenimiento - DTM, la planeación de recursos económicos está sujeta al número de contratos de conservación determinados que serán ejecutados o liquidados en la vigencia, en los instrumentos de planificación financiera dispuestos para tal fin. Actualmente, el área realiza la supervisión a 18 contratos de obra, 6 se encuentran en etapa de terminación y 27 en liquidación. Fue revisado el plan de acción de DTM y fue identificada una oportunidad de mejora en la actualización de la información contenida sobre los contratos a cargo de la DTM y las metas de cumplimiento definidas en él.

Actividad crítica 2. Planear recurso humano y físico para la conformación del equipo de apoyo a la supervisión de los contratos y convenios de ejecución de la conservación

Como parte de la trazabilidad en la DTM, se verificó que la forma en la cual se conforma el equipo de profesionales de apoyo a la supervisión y los controles sobre el perfil especializado requerido por la naturaleza de la supervisión colegiada, es la adecuada, según las políticas institucionales.

Aunque para esta actividad crítica definida en la caracterización, se establece como responsable a la DTM, durante la entrevista efectuada a los responsables del proceso en la Dirección Técnica de Administración de Infraestructura - DTAI, se evidenció que en esta área se realiza la planeación de las cargas de trabajo y el plan de trabajo para el seguimiento a las pólizas de estabilidad.

Actividad crítica 4. Supervisar los contratos de interventoría y hacer seguimiento a los contratos de obra y convenios en la fase de ejecución hasta el recibo final de las obras, con el fin de verificar y controlar el cumplimiento de las obligaciones

Se evidenció en la DTM, los soportes del control que el supervisor del contrato 1275 de 2017, contrato seleccionado en la muestra, ejerce sobre el cumplimiento del interventor, a través de un informe mensual. Como el informe describe varios componentes, cada profesional de apoyo revisa, genera observaciones o aprueba, el componente a su cargo. Por otro lado, se evidenció que existe un rezago de más de cuatro (4) meses sobre los informes aprobados sobre el contrato seleccionado; situación que genera exceso de trabajo y cuellos de botella sobre la revisión de los informes, que son la aproximación de estado y cumplimiento del contrato mencionado. Esto se está tratando en un plan de mejoramiento actual, razón por la cual, no se levantará una no conformidad al respecto.

Para el mismo contrato se realizó visita al frente de obra ubicado en la Av 15 entre calles 76 y 78. El sitio cumple con todas las pautas de señalización definidas por la Entidad. Los trabajadores del contratista utilizan los Elementos de Protección Personal - EPP y, al ser entrevistados, manifiestan que conocen las políticas de seguridad y salud en el trabajo del contratista. Posteriormente, fue visitado el campamento de obra con el fin de indagar sobre el manejo de los RCD´s y el plan de mantenimiento de maquinaria. Sobre estos dos aspectos se evidenció un control efectivo, como se puede apreciar en el capítulo de anexos asociados a este proceso.

Al indagar sobre los soportes de evaluación de las características de las losetas instaladas en el contrato, no se evidenció un control por parte del interventor o contratista de obra. El Supervisor técnico del contrato explicó que en el frente de obra se está levantando un muro de contención, razón por la cual, en el campamento de obra, se le preguntó al residente de obra y a la interventoría sobre el control a los equipos de medición, sobre lo cual explicaron que se utiliza nivel y no existe registros o controles al respecto y que el muro se está levantando con el método de plomada. Esta situación puede generar un riesgo de incumplimiento sobre el requisito de control de recursos de seguimiento y medición bajo los parámetros de la norma ISO 9001:2015.

Finalmente, frente al manejo de Salidas No Conformes, se verificó con el profesional responsable, el correcto reporte, de forma específica, el día 15 de febrero, donde fue reportada una desviación sobre el informe de la interventoría.

Actividad crítica 6. Realizar el seguimiento a la estabilidad y calidad de las obras con póliza vigente

Al verificar el seguimiento a pólizas realizado por la DTAI dentro de sus actividades críticas, los responsables del proceso explicaron la secuencia del proceso, los controles aplicados, las comunicaciones con los contratistas de obra y los soportes de la ejecución, así como las correcciones a los problemas identificados en el Contrato 928 de 2013, derivadas por inspecciones realizadas por parte del equipo de seguimiento a pólizas. Con el fin de verificar el cumplimiento al procedimiento PRAC05 SALIDAS NO CONFORMES, fue entrevistado el responsable del equipo sobre el reporte de las desviaciones encontradas para el contrato, evidenciándose el reporte de las desviaciones encontradas sobre el contrato en el mes de febrero de 2018 y la entrega de la información a la facilitadora SIG del área. Al revisar la coherencia con la información consolidada, fue evidenciado su correcto reporte.

Actividad crítica 13. Evaluar la Gestión

El facilitador del equipo SIG de la DTM presentó su caracterización de indicadores. Fue elegido como muestra para evidenciar su cumplimiento, el indicador 3556 Aprobación de informes. El indicador es controlado de forma adecuada. Se recomienda cambiar el nombre de aprobación por oportunidades, porque la fórmula de cálculo incluye, además de informes aprobados, informes con objeciones.

Continuando con el enfoque de auditar la muestra de actividades críticas asociadas al grupo de seguimiento a pólizas responsabilidad de la DTAI, fue realizado el análisis de la trazabilidad al indicador 3571 Contratos de obra con póliza de estabilidad vigente y seguimiento. Sobre el indicador, fue evidenciado el cumplimiento en el manejo de la información para el cálculo.

Actividad crítica 14. Generar acciones de mejora.

Con el fin de conocer la forma de aplicar las metodologías para la identificación de causas raíces en DTM, fue tomada como muestra el plan de mejora asociado con el hallazgo “Incumplimiento fecha de entrega de informe mensual por parte de la interventoría”. El análisis cumple con las etapas establecidas; sin embargo, la metodología de lluvia de ideas no fue aplicada según los lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión en la utilización del formato respectivo. Sobre la gestión de riesgos, fue revisada la matriz en la fase de análisis documental, pero por falta de tiempo, no se auditó en el área.

Sobre las matrices de riesgo y oportunidades en DTAI, fueron revisadas las oportunidades del proceso. El responsable del equipo de seguimiento a pólizas, soportó la identificación de la oportunidad "Desarrollo de nuevos aplicativos que permitirán la consolidación de procesos como licencias de excavación y seguimiento a pólizas y de espacio público". Sobre dicha oportunidad, se evidenció el cumplimiento de las fechas definidas en la Matriz de Oportunidades del proceso.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Fueron valorados aspectos del Subsistema de Gestión Ambiental, Subsistema de Gestión de Calidad y Seguridad y Salud en el trabajo, sobre los cuales se evidencia cumplimiento en los aspectos fundamentales de gestión definidos para los subsistemas (Indicadores, riesgos, etc.) y los estándares mínimos de SST establecidos por la Resolución 1111 de 2017. A continuación, se resaltan algunos de ellos:

- Al equipo delegado por la DTM para atender la auditoría, se le preguntó sobre la separación en la fuente de los residuos generados en la oficina y sobre su participación en las actividades de la campaña Psicopausas. Sobre la separación en la fuente, respondieron de forma acertada, demostrando conocimiento sobre los criterios de reciclaje definidos en el IDU. Sin embargo, frente a su participación en la campaña Psicopausas, no fue posible evidenciar su participación a través de los sellos colocados o firmas a cada participante en el carné “Esquema de vacunación contra el estrés”.

- Al indagar sobre el seguimiento a la utilización de elementos de protección personal de los colaboradores que realizan las visitas de obra en el grupo de seguimiento a pólizas, no se evidenció un soporte al respecto.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. Mediante correo electrónico del 21/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad Nº1: Fallas en la verificación o control de materiales utilizados en obra.

> La SGI registró lo siguiente en su respuesta: "*A partir de la revisión de la cartilla de andenes y las especificaciones técnicas del IDU aplicables para el contrato IDU-1275-2017, se evidenció que no se exigen pruebas sobre las losas prefabricadas en concreto que llegan a la obra. Cabe anotar que, la especificación IDU-ET-2011, Sección 701-17 "Especificación Técnica de adoquines de concreto para superficies de tránsito peatonal y vehicular" establece los ensayos que deben cumplir las losetas, entonces el fabricante al expedir el certificado de calidad y acompañarlo de los ensayos garantiza el cumplimiento de la especificación.*
>
> *Adicionalmente, al momento de recibo de las losetas en obra, la interventoría verifica el certificado de calidad de las mismas. Se anota que, las pruebas de calidad de los materiales se adelantan en fábrica y son avaladas para recibo, pues deben suministrarse este tipo de materiales por proveedores certificados.*
>
> *Cabe anotar que los controles realizados en obra para el material prefabricado como las losetas incluyen el monitoreo al proceso constructivo para garantizar la adecuada instalación de los elementos.*
>
> *En consecuencia, la no realización de pruebas de calidad a las losetas en obra, no genera riesgos de incumplimiento en las especificaciones técnicas, reprocesos ni retrasos en la entrega de la obra. Por lo cual de manera atenta se solicita retirar la no conformidad del informe definitivo".*

De acuerdo con las observaciones remitidas al informe preliminar, basados en la entrevista realizada a los residentes de obra e interventoría, no se evidenció ningún control o prueba de calidad sobre las losetas, al consultar la EDT 701-17. Efectivamente, son descritos parámetros técnicos, que deben incluir las losetas adquiridas y que no son incluidas en el informe de lote que especifica los atributos de los materiales, pero que no se evidencia que se encuentren bajo las especificaciones de la EDT 701-17. En todo caso, no se establece como pruebas válidas las realizadas por el fabricante, que son indicativas y debería tener constataciones sobre los parámetros definidos para el IDU. Adicionalmente, las residentes no realizaron explicación alguna al respecto, situación que genera mayor incertidumbre sobre la aplicación de controles. Por esta razón se mantiene la Nº conformidad No. 1 del informe preliminar.

No Conformidad Nº2: Fallas en la aplicación de la metodología de lluvia de ideas

La SGI registró lo siguiente en su respuesta: "*El equipo auditor argumenta que: "Se evidenció que no fue aplicada correctamente la metodología de lluvia de ideas, toda vez que no se establecieron sucesivos análisis para depurar sistemáticamente las ideas e identificar las principales ideas/causas que son la base de la formulación de acciones, incumpliéndose lo establecido la metodología definida en el formato FO-MC-01 PLAN DE MEJORAMIENTO-Lluvia de Ideas, situación que puede generar la identificación de causas superficiales como hipótesis para estructurar un plan de mejora, dificultado la definición de acciones que ataquen efectivamente las causas de la no conformidad."*

Al respecto se aclara que si bien el formato "FO-MC-01 PLAN DE MEJORAMIENTO - Lluvia de Ideas" revisado con el equipo auditor en el mes de julio de 2018, presentaba errores en su diligenciamiento, la

causa principal definida y consignada en el Plan de Mejoramiento para cada uno de los hallazgos analizados corresponde a la causa base para la formulación de acciones de mejora. Esto evidencia que la metodología si fue aplicada correctamente, pero por error involuntario en el formato de lluvia de ideas las causas se consignaron en la casilla equivocada. En conclusión, el plan de mejoramiento se formuló de manera coherente con las causas principales identificadas y en ese sentido se definieron acciones de mejora que permiten subsanar cada uno de los hallazgos.

Por lo expuesto, de manera atenta se solicita retirar la no conformidad del informe definitivo, puesto que se fundamenta en un error de forma y no de fondo en la metodología de análisis de causas".

Según las observaciones al informe preliminar, se aclara que la auditoría parte del muestreo para inferir el estado del Sistema. En este sentido, al momento de preguntar sobre la forma de identificar la causa raíz, se evidencia que el formato lluvia de ideas no fue diligenciado correctamente. Pese a ser un problema de forma, el formato es el lineamiento metodológico, que, al ser diligenciado de forma errónea, evidencia falencias en la aplicación de la metodología. Por las razones expuestas, se ratifica la No conformidad Nº 2 del informe preliminar.

3.12.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 8.4.2 Tipo y alcance del control**, literal d). "*Determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos."* **Numeral 8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio literal C**. "*La implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;"* **Contrato 1257 de 2017, Cláusula 21.** "(…) *Realizar los ensayos de laboratorio requeridos con el fin de corroborar la calidad de los materiales y de la obra, de conformidad con las especificaciones contratadas para el proyecto (…)"*	**No Conformidad Nº1: Fallas en la verificación o control de materiales utilizados en obra.** No se evidenció la realización de pruebas de calidad a las losetas instaladas en el frente de obra de la Av 15 entre calle 76 y calle 78, en el marco de la ejecución del contrato 1257 de 2017, ya que al realizar entrevista con el residente, manifestó que no se realizan pruebas y que la interventoría no había aportado evidencias del control de calidad o seguimiento sobre las características de éstas, incumpliéndose lo establecido en los numerales 8.4.2 y 8.5.1 (literal c) de la norma ISO 9001:2015 y de la cláusula 21 de dicho contrato, situación que puede generar riesgos de incumplimiento en las especificaciones técnicas, retrasos en la entrega de obras o reprocesos en la obra. Es de anotar que, de acuerdo con información suministrada por el residente, no se hicieron pruebas y sólo se evidenció certificado de especificaciones del lote emitido por el proveedor.

Nº	Criterio	Descripción
NC2	**Formato FO-MC-01 PLAN DE MEJORAMIENTO-Lluvia de Ideas.** **Numeral, 1.7.1.5 Identificar y Analizar las Causas.** *"(…) Identificar y analizar las causas de los hallazgos conforme a la metodología establecida. Podrán utilizarse las siguientes metodologías, lluvia de ideas, diagrama causa efecto y 5 porqués las cuales están en los formatos FOMC150, FOMC151, y FOMC152 respectivamente (…)".*	**No Conformidad Nº2: Fallas en la aplicación de la metodología de lluvia de ideas** Se evidenció que no fue aplicada correctamente la metodología de lluvia de ideas, para las acciones 1339 y 1340, toda vez que no se establecieron sucesivos análisis para depurar sistemáticamente las ideas e identificar las principales ideas/causas que son la base de la formulación de acciones, incumpliéndose lo establecido la metodología definida en el formato FO-MC-01 PLAN DE MEJORAMIENTO-Lluvia de Ideas, situación que puede generar la identificación de causas superficiales como hipótesis para estructurar un plan de mejora, dificultado la definición de acciones que ataquen efectivamente las causas de la no conformidad.

3.13 PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

Para iniciar con la presentación de los resultados, se resalta y agradece a los responsables del proceso, por facilitar la información y atender la auditoría, destacándose la calidad profesional de los funcionarios que participaron en la misma y que hacen parte del proceso.

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría y las temáticas susceptibles de evaluación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría adelantada por el equipo auditor:

Actividad crítica 1. Consolidar el plan anual de adquisiciones de bienes y servicios (PAA)

El producto de esta actividad crítica es el Plan Anual de Adquisiciones, el cual se ha regulado a través del procedimiento PRGC-11 "*Elaboración y Administración del Plan Anual de Adquisiciones IDU"*, en su versión Nº1 del 15 de octubre de 2015. Como responsable de liderar esta actividad, se identificó a la Oficina Asesora de Planeación, por tanto, la entrevista directa se aplicó en esta dependencia. Se constataron las Actividades de planeación a través del reporte de necesidades de las dependencias y el proyecto de presupuesto, para así consolidar la información y posterior publicación del Plan Anual de Adquisiciones.

Se verificó que los registros resultantes de la gestión de la OAP frente a este plan, reposan en el expediente Orfeo 20161150160000001E, que corresponde a la serie documental N°50 planes subserie N°16 Planes Operativos Anuales de Inversión (POAI) y examinando la tabla de retención documental de la OAP, publicada en el proceso de Gestión Documental, se encuentra que en esta subserie documental, se identifica el tipo documental *planes de contratación,* encontrando de esta forma conformidad en el almacenamiento y recuperación de la información.

Posteriormente, en el memorando Orfeo 20161150254803, se evidenció las orientaciones que la OAP remitió a las áreas para recolectar la información del Plan Anual de Adquisiciones, el cual se cargó en el sistema, tal como lo establece el procedimiento en la actividad 1.1.6.10. Como soporte de la información, la OAP mantiene una base de datos, la cual se va modificando según las solicitudes de las áreas ejecutoras. Para el caso de la presente auditoría, la verificación del

cumplimiento del requisito de incluir todos los procesos de contratación en el PAA, se realizó en cada uno de los expedientes contractuales revisados.

Sin embargo, al verificar el envío de la información por las Dependencias para el PAA vigencia 2018, no corresponde a la establecida en el formato código FO-GC-18 "Formato Actualización Plan Anual de Adquisiciones SECOP – CAV".

La identificación y trazabilidad de la información contenida en el PAA, se revisó posteriormente a través de la constatación en los cuatro procesos de contratación seleccionados, de lo correspondiente a la planeación de la contratación, mediante la existencia del código de clasificación de bienes y servicios (UNSPSC), la definición de la necesidad por parte del área ejecutora y la planeación de los recursos.

Actividades críticas de la N°2 a la N°8.

Continuando con la presentación de resultados de la auditoría, tal como se explicó en la metodología, se verificó en la muestra seleccionada la aplicación de las siguientes actividades críticas:

Actividad Nº2. "*Elaborar estudios y documentos previos*": en esta actividad se verificó lo relacionado con la gestión del área ejecutora para determinar la necesidad de contratación, junto con los requisitos previos de recursos, información e insumos necesarios, los cuales se verifican en los documentos ficha ECO, plan de adquisiciones y la identificación del Código UNSPSC correspondiente al bien o servicio a adquirir, y otros requisitos previos establecidos en las listas de control de documentos que el proceso ha implementado, como son los estudios y diseños, cuando aplique para proceso de selección de obra pública.

Actividad Nº3. "*Iniciar el trámite del proceso de selección":* esta actividad se verificó con la radicación por parte del área ejecutora, y las consecuentes gestiones de revisión y corrección por parte de Dirección Técnica de Procesos Selectivos hasta constituir los pliegos definitivos u otros documentos.

Actividad Nº4. "*Efectuar la recepción y evaluación de las ofertas":* se verificó según el cronograma del acto administrativo de apertura del proceso y la verificación con las actas de entrega de documentos.

Actividad Nº5. "*Efectuar la selección del contratista":* de conformidad con la propuesta seleccionada, se realizó la verificación con acta de la audiencia de adjudicación. Estas actividades se relacionan con los requisitos del numeral 8.4.1, en la definición de las necesidades de adquirir productos y servicios proporcionados por proveedores externos, destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la entidad y lo relacionado con la determinación y aplicación de criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos.

Actividad Nº6. "*Elaborar, suscribir y legalizar los contratos y convenios":* para esta actividad se revisó el contrato debidamente suscrito y publicado en SECOP.

Actividad Nº7. *Elaborar, suscribir y legalizar las modificaciones a contratos y convenios":* se verificaron las modificaciones surtidas en los contratos de la muestra.

Actividad Nº8. ***"Efectuar apoyo jurídico durante la ejecución de los contratos y convenios celebrados por el IDU":*** esta actividad, al ser por demanda de las áreas ejecutoras, según se manifiesta por los participantes en la auditoría, se verificó sólo en los casos que aplicaba.

Es de anotar que, en lo correspondiente a la verificación de los productos y servicios adquiridos, se constató directamente en los expedientes contractuales seleccionados, la existencia de documentación soporte de la ejecución del contrato, aunque en el proceso no se cuente este ítem como actividad crítica ni se identifique como interacción con otros procesos.

A continuación, se describen los resultados de la revisión de cada uno de los expedientes de los contratos seleccionados:

Expedientes contractuales revisados

CONTRATO IDU-1491-2017
Modalidad: Licitación Pública
Proceso de selección: IDU-LP-SGI-019-2017
Objeto: OBRAS DE CONSERVACIÓN DE PUENTES VEHICULARES EN BOGOTÁ D.C., INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS - GRUPO 2
Contratista: J M V INGENIEROS S A S
Solicitud de trámite del proceso de selección: 20172250171913 del 31/07/2017
Publicación proyecto de pliego en SECOP: 18/08/2017
Apertura del proceso de selección: 05/09/2017
Fecha de suscripción del contrato: 04/12/2017
Expediente ORFEO: 20174351909000018E
Estado actual: En ejecución

Se verificó la planeación de la contratación a través del plan de adquisiciones, en donde se ubicó el proceso en el plan anual publicado en el SECOP, vinculado a los códigos de clasificación de bienes y servicios UNSPSC 72103300 "*Servicios de mantenimiento y reparación de infraestructura*[24]*",* UNSPSC 81101500 *"Servicios de ingeniería y arquitectura"* y UNSPSC 81102200 "*Servicios de ingeniería de transporte"*. La planeación de los recursos se pudo apreciar con los Certificados de Disponibilidad Presupuestal 3039, 3040, 3041 y 3042.

Se evidenció la solicitud de trámite del proceso de contratación y para el efecto se revisaron los documentos contenidos en la lista de chequeo FOGC02 "*LISTA DE CHEQUEO TRÁMITE DE PROCESOS DE SELECCIÓN*" y la "PLANILLA CONTROL DE DOCUMENTOS DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN" FOGC17, que reposan en el expediente y se pudo corroborar el cumplimiento de los requisitos.

En el estudio previo se cotejó la definición de la necesidad de la contratación, el cual se relaciona con la conservación de puentes vehiculares, actividad del quehacer misional de la entidad. Se define que la intervención del proceso de conservación, se realizará según el estado de deterioro observado y se ejecutarán según el caso actividades de mantenimiento rutinario, correctivo,

[24] Consulta en https://www.colombiacompra.gov.co/clasificador-de-bienes-y-servicios

rehabilitación o mantenimiento por emergencia y se especifican las actividades a realizar en el objeto de la contratación[25]; así mismo se estableció el valor de la contratación en $20.778.849.586. La fecha de publicación de esta información corresponde al 18 de agosto de 2017, concomitante con el proyecto de pliego de condiciones y coincidente con el cronograma previsto el aviso de convocatoria pública. Como fecha de cierre (recepción de ofertas) se definió el 19 de octubre de 2017, lo cual se pudo evidenciar en el documento "acta de cierre" de la misma fecha publicada en SECOP, dentro del término legal establecido.

La adjudicación se realizó en audiencia pública y mediante resolución 006115 de 2017, de esta forma, se verificó lo concerniente a la selección de proveedores (numeral 8.4.1): La validación del control de la provisión externa y de la información para proveedores externos, se realizó a través del expediente ORFEO 20174357190900000 18E, y la revisión de producto, correspondió al informe de diagnóstico entregado con radicado 20185260415942 del 30 de abril de 2018, respecto del cual , mediante Orfeo 20183560390081 del 4 de mayo de 2018, se da la "*no objeción"* a los productos recibidos de la etapa de preliminares correspondientes a: 1. Inventario de descripción de daños, 2. Informes de Diagnósticos, 3. Formatos de Inspección Visual, 4. Planos de levantamiento geométrico y descripción de daños, 5. Presupuesto y 6. Memoria de cálculo. De esta forma se verificó los numerales 8.4.2 y 8.4.3 de la NTCISO9001:2015.

CONTRATO IDU-1413-2017

Modalidad de selección: Mínima Cuantía inferior al 10% de la menor cuantía
Proceso de selección: IDU-MC10%-SGGC-020-2017
Objeto: Realizar un proceso de pre auditoría sobre el sistema de gestión ambiental y un proceso de auditoría de certificación de acuerdo con las oportunidades de mejora identificadas.
Contratista: BVQI Colombia Ltda.
Solicitud de trámite del proceso de selección: 20171150222633 del 19/09/2017
Proyecto de pliegos en SECOP: N.A.
Apertura del proceso de selección / invitación: 05/10/2017
Fecha de suscripción del contrato/carta de aceptación: 31/10/2017
Expediente ORFEO: 20174351913000000 8E
Estado actual: Liquidado 06/03/2018

Se verificó la planeación de la contratación a través del plan de adquisiciones, en donde se ubicó el proceso en el plan anual publicado en el SECOP, vinculado al código de clasificación de bienes y servicios UNSPSC 77101802 "S*ervicios de auditoría ambiental de empresas"*. La planeación de los recursos se pudo apreciar con los Certificados de Disponibilidad Presupuestal 3631 y 3632 de 13 de septiembre de 2017.

Se evidenció la solicitud de trámite del proceso de contratación y para el efecto se revisaron los documentos contenidos en la lista de chequeo FOGC02 "*LISTA DE CHEQUEO TRÁMITE DE PROCESOS DE SELECCIÓN*" y la "PLANILLA CONTROL DE DOCUMENTOS DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN" FOGC17, que reposan en el expediente y se pudo corroborar el cumplimiento de los requisitos.

En el estudio previo se verificó la definición de la necesidad de la contratación, que se relaciona con la realización de una pre auditoría y una auditoría de certificación al Sistema de Gestión

[25] Ver https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=17-1-178963.

Ambiental, los cuales aumentan la capacidad de la institución para el cumplimiento de requisitos en su quehacer misional.

Se definieron las obligaciones específicas relacionadas con la planeación, ejecución y resultados de pre auditoría y auditoría de certificación del SGA. Para los recursos, inicialmente se estimó una apropiación de $32.377.917, que en la adjudicación al proponente se precisó según la oferta presentada en $21.693.194. La fecha de publicación de esta información fue el 5 de octubre de 2017, concomitante y coincidente con el cronograma previsto en la invitación pública. Como fecha para cierre (recepción de ofertas), se definió el 19 de octubre de 2017, lo cual se verificó en el documento "*acta de cierre"*, de la misma fecha publicada en SECOP, dentro del término legal establecido.

El acto de adjudicación se formalizó con la aceptación de la propuesta del 31 de octubre de 2017 (radicado 20174151190521 del 31 de octubre de 2017), de esta forma, se pudo evidenciar lo concerniente a la selección de proveedores (numeral 8.4.1). La verificación del control de la provisión externa y de la información para proveedores externos, se realizó a través del expediente 2017435719090000018E; sin embargo, no se encontraron registros de la ejecución, ni en este expediente, ni publicados en el SECOP, ni fueron presentados por el encargado de seguimiento al momento de la entrevista, reposando únicamente el acta de liquidación del 6 de marzo de 2018. Es de anotar que en el expediente no se encontraron soportes de la ejecución.

CONTRATO IDU-1408-2017

Modalidad de selección: Contratación directa
Proceso de selección: IDU-ID-SGGC-PSP-1267-2017
Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS DE INTERVENTORÍA DE LAS OBRAS CONTRATADAS POR EL IDU A CARGO DE LA SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE EJECUCIÓN DE SUBSISTEMA VIAL.
Contratista: ALDO FABIAN ALCARAZ IBATA
Publicación SECOP: 31/10/2017
Fecha de suscripción del contrato: 26/10/2017
Expediente ORFEO: 20174351912000132 1E
Estado actual: terminado

Se verificó la planeación de la contratación a través del plan de adquisiciones, en donde se ubicó el proceso en el plan anual publicado en el SECOP, vinculado al código de clasificación de bienes y servicios UNSPSC 801116 *"Servicios de personal temporal"*. La planeación de los recursos se pudo apreciar con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal 3933 del 3 de octubre de 2017.

En el estudio previo se definió la necesidad de la Subdirección Técnica de Ejecución Subsistema Vial de contar con una persona natural, con título profesional en ingeniería civil, de transporte y vías, arquitectura y/o afines. Se revisaron los soportes de la contratación, entre ellos el registro y la tarjeta profesional de arquitecto de mayo de 2003 y la idoneidad del profesional reflejada en la experiencia de 37 a 48 meses, que fue debidamente soportada en el expediente. De esta forma, se pudo verificar lo concerniente a la selección de proveedores (numeral 8.4.1).

La verificación del control de la provisión externa y de la información para proveedores externos, se realizó a través del expediente ORFEO 20174351912000132 1E y los respectivos informes de cumplimiento.

Es de anotar, que la "lista de chequeo para verificación documental de contratación" FOGC10, en lo relacionado a los contratos de prestación de servicios profesionales / apoyo a la gestión, incluye el documento memorando dependencia solicitante, que en la actualidad no se utiliza, pues se cuenta con el aplicativo Sistema de Información de Acompañamiento Contractual SIAC.

Igualmente, se resalta la importancia de verificar los documentos aplicables a la contratación, dado que, en el estudio previo se hace mención a la resolución 005087 de 2017 "*Por la cual se adopta la tabla de honorarios de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión del IDU*", la cual no se encontraba vigente en el momento de celebrar el contrato. Para el efecto, regía la Resolución 010345 de 2016.

CONTRATO IDU-945-2017

Modalidad de selección: Contratación directa
Objeto: EL ARRENDADOR SE COMPROMETE PARA CON EL ARRENDATARIO, A ENTREGAR A TÍTULO DE ARRENDAMIENTO EL USO Y GOCE DEL INMUEBLE EDIFICIO ALFONSO HURTADO, UBICADO EN LA CALLE 20 N° 9- 20/22/38/42, DE LA NOMENCLATURA ACTUAL DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., A EXCEPCIÓN DEL LOCAL COMERCIAL EXTERNO, DENOMINADO LOCAL 101
Contratista: EMPRESA INMOBILIARIA Y DE SERVICIOS LOGISTICOS DE CUNDINAMARCA
Fecha de suscripción del contrato: 05/04/2017
Expediente ORFEO: 20174351902000001E
Estado actual: liquidado: 26/04/2018

Se verificó la planeación de la contratación a través del plan de adquisiciones, en donde se ubicó el proceso en el plan anual publicado en el SECOP, vinculado al código de clasificación de bienes y servicios UNSPSC 951217[26] "*Edificios y estructuras públicos"*. La planeación de los recursos se pudo apreciar con los Certificados de Disponibilidad Presupuestal 1651 y 1739. Se definió el valor del contrato por $975.489.945 y se ubicó en SECOP, la publicación de esta información el 6 de abril de 2017.

En los estudios previos se definió la necesidad de infraestructura para desarrollar el quehacer misional, estableciendo como objeto de la contratación el arrendamiento del edificio Alfonso Hurtado. De esta forma, se pudo verificar lo concerniente a la selección de proveedores (numeral 8.4.1).

La verificación del control de la provisión externa y de la información para proveedores externos, se realizó a través del expediente ORFEO 20174351902000001E. En la minuta del contrato, clausula 9 se establecieron las obligaciones del arrendatario entre las que se cuenta: "…*3. Mantener el inmueble en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso y goce del mismo"*.

En la liquidación del contrato publicada en SECOP, se encuentra que las partes suscribieron el acta respectiva el 26 de abril de 2018, estando conformes en los debidos cuidados que se tuvieron sobre la propiedad del proveedor.

Es de anotar, que en la "LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACIÓN DOCUMENTAL DE CONTRATACIÓN" FOGC10, en lo relacionado a los contratos de "2.1. ARRENDAMIENTO / COMPRAVENTA Y/O COMODATO INMUEBLES", se evidenció el cumplimiento de los requisitos.

[26] Ver https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=17-12-6462664

Publicación de informes/constancias de seguimiento en los portales de contratación
Con la expedición del Decreto 103 de 2015 "***Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones", compilado en el*** Decreto Único Reglamentario 1081 de 2015 "*Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República",* se precisó la obligatoriedad de publicar en el SECOP la información precisa sobre la ejecución contractual.

El citado Decreto dispone: "*Artículo 2.1.1.2.1.8. Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato."*

A efectos de dar cumplimiento a la anterior disposición, se generaron los memorandos 20164350100803 y 20174350188953, a través de los cuales se precisaron temas operativos para su cumplimiento.
En la muestra seleccionada, una vez revisado el SECOP, se evidenció respecto a la publicación de los informes de ejecución lo siguiente:

TABLA No 1 Registro de fechas de publicación de certificados de cumplimiento

Nº CONTRATO	CONTRATO/ACTA DE INICIO	CONSTANCIAS / CERTIFICADOS DE EJECUCION	ESTADO
IDU-1413-2017	Acta de inicio 20/11/2017	No registra	Liquidado 06/03/2018
IDU-945-2017	Acta de inicio 05/04/2017	No registra	Liquidado 26/04/2018
IDU-1408-2017	Contrato 26/10/2017	Certif. nov - publicado19/06/2018 Certif. dic - publicado 03/01/2018	Terminado 31/12/2017
IDU-1491-2017	Acta de inicio 14/02/2018	No registra	En ejecución

Fuente: Registros SECOP

De acuerdo con la información de la tabla anterior, es evidente la ausencia de certificados/constancias de ejecución (salvo en el contrato PSP-IDU-1408), situación que ha surgido de manera reiterada en diferentes evaluaciones adelantadas por la OCI.

Ahora bien, dentro del análisis general se deben reconocer gestiones por parte de la Dirección Técnica de Gestión Contractual-DTGC tendientes a dar cumplimiento institucional a esta obligación legal, como se puede evidenciar a través de los memorandos 20184350028103, 20184350067703 y 20184350067683; sin embargo, estas gestiones no han sido suficientes, ni efectivas.

Adicionalmente, se debe recordar, que estos informes/constancias de ejecución deben ser publicados en el término general de tres (3) días hábiles, que operativamente se ha vinculado en el Manual de Interventoría y/o supervisión de contratos y en el Manual de Gestión Contractual.

Dado que este tema ha sido reiterativo, que se evidenció y registró con anterioridad en el informe de seguimiento a las publicaciones en los portales de contratación, remitido a la Dirección General con memorando 20181350156003 del 29 de junio de 2018 y que actualmente se encuentra en ejecución un plan de mejoramiento al respecto, no se registra como No conformidad en este informe.

De otra parte, es pertinente recordar que las disposiciones contenidas en el Acuerdo 522 de 2013 "*Por medio del cual se dictan normas para fortalecer la participación y la veeduría ciudadana en el seguimiento, evaluación y control de la contratación en el Distrito Capital*", se encuentran vigentes, y que si bien para la vigencia 2017, inconvenientes de carácter técnico impidieron la operatividad del Portal de Contratación a la Vista, es importante tomar las medidas necesarias para reactivar las publicaciones en el Portal de Contratación a la Vista CAV, una vez superados estos inconvenientes.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Gestión de Riesgos del proceso. De la matriz de riesgos del proceso, se evaluaron los 14 controles asociados a los riesgos R.GC.02 "*Mayor tiempo en la proyección de actos administrativos relacionados con Sancionatorios – Liquidación*", y R.GC.05 "*Deficiente elaboración de los pliegos de condiciones*", para evaluar los controles descritos en la matriz, encontrando lo siguiente:

- R.GC.02 "*Mayor tiempo en la proyección de actos administrativos relacionados con Sancionatorios – Liquidación"*

Para la causa "*Cambio y/o rotación del personal en las áreas involucradas.*", se identifican 3 controles, respecto a los cuales se observa de manera particular en relación con el 1 y 3, lo siguiente:

El control "*1. Existe proceso para entrega de la información y presentación de informe de gestión, acta de entrega y formato de paz y salvo del personal que se retira o finaliza su contrato. (Se debe anexar CD de la información*)"; constituye un control transversal que no se encuentra bajo la gobernabilidad del proceso de Gestión Contractual, y por lo cual no so obtuvo la evidencia de su ejecución.

El control "*3. Plan de Contratación de PSP*", no fue evaluado, teniendo en cuenta que tal y como se encuentra descrito no es clara la actividad a realizar.

Para la causa "*Demora en la entrega y/o inconsistencia del concepto técnico, y del documento de las etapas precontractual, contractual, frente al desarrollo de los procedimientos administrativos.*", se identifican 2 controles, respecto a los cuales se observó lo siguiente:

Para los controles "*1. Aplicación del procedimiento de declaratoria de incumplimiento para la imposición de multa, cláusula penal, caducidad y/o afectación de la garantía única de cumplimiento.*" y "*2. Aplicación del procedimiento para la liquidación de contratos y/o convenios*.", se precisa que en la misma descripción se provee la aplicación de procedimientos, siendo esta una actividad genérica no susceptible de cotejar en su integridad, por lo cual se sugiere que para la causa "*Demora en la entrega y/o inconsistencia del concepto técnico, y del documento de las etapas precontractual, contractual, frente al desarrollo del procedimientos administrativos"*, los controles permitan la oportunidad y precisión para una adecuada gestión del riesgo.

- R.GC.05 "*Deficiente elaboración de los pliegos de condiciones*"

Frente a los controles "*2. Capacitación para la elaboración de pliegos*." y "3*. Revisión de pliegos por parte de equipo revisor (Siempre y cuando se cuente con el personal requerido*)", de acuerdo

con la verificación realizada, no se encuentran documentados en los procedimientos del Proceso de Gestión Contractual y respecto al control Nº3, éste se encuentra condicionado a la existencia del personal, por lo tanto, genera inseguridad tanto en la aplicación como en la gestión.

Frente al control "*5. Aplicación de los procedimientos: * PRGC01 Mínima cuantía contratación hasta el 10 de la menor cuantía, * PRGC02 Licitación pública, * PRGC03 Selección abreviada menor cuantía, * PRGC04 Concurso de méritos abierto o con precalificación, *PRGC07 Selección abreviada subasta inversa*.", como se mencionó anteriormente, en la misma descripción se provee la aplicación de procedimientos, siendo esta una actividad genérica no susceptible de cotejar en su integridad, por lo cual se sugiere que para las causas "*Estudios previos con inconsistencias en los requerimientos técnicos", "Desconocimiento de los aspectos técnicos y financieros para la elaboración de los pliegos*" y "*Alta rotación de personal*", los controles permitan la oportunidad y precisión para una adecuada gestión del riesgo.

Para el control "*8. Aprobación de los modelos de pliegos por Comité de Contratación.",* al realizar la verificación, se encontró que el acta del Comité realizado en el mes de abril de 2018 estaba sin firma, y a pesar de haber sido aprobados los pliegos en el mes de abril, fueron publicados transcurridos 2 meses.

- R.GC.03 "*No publicación oportuna o incompleta de la documentación precontractual y contractual en el portal de contratación pública SECOP*"

Dada su materialización, la Dirección Técnica de Procesos Selectivos-DTPS, mediante memorando 20184150088463 del 18 de abril de 2018, actualizó este riesgo en cuanto a la denominación del riesgo, causas y controles y remitió la información a la Oficina Asesora de Planeación – OAP. Al respecto, el equipo auditor verificó la matriz de riesgos publicada en la Intranet, encontrando que la última fecha de actualización corresponde al 8 de mayo de 2018 sin que las actualizaciones hayan sido registradas para el Proceso de Gestión Contractual. Teniendo en cuenta lo anterior, no se evaluó los controles correspondientes a este riesgo.

Sistema de Gestión ambiental. Se verificó que el Proceso de Gestión Contractual, tuviera la matriz de Aspectos e Impactos Ambientales, información que se constató en la intranet, en el siguiente link: http://intranet/manualProcesos/Gestion_Contractual/10_SIG/Matriz_aspectos_ambiente.pdf, la cual registra como fecha de última actualización del 31 de julio de 2016, encontrándose desactualizada, conforme a lo establecido en el instructivo IN-AC-02 "*Identificación y valoración de aspectos ambientales*", Versión 1 del 29 de diciembre de 2017, numeral 5.3 *Revisiones. […Se deberá realizar la revisión de las distintas matrices de aspectos e impactos ambientales como mínimo 2 veces al año*…].

De otra parte, se realizó entrevista en puesto de trabajo al personal ubicado en el piso 9, realizando preguntas para saber su nivel de conocimiento sobre las directrices establecidas para su proceso como ubicar en dónde se encuentran publicadas las directrices y políticas, cómo aporta a su proceso el Sistema de Gestión Ambiental y quiénes son los responsables para su implementación y mantenimiento, donde se identificaron los diferentes componentes del sistema de gestión ambiental, sin observaciones.

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. La verificación se realizó a través de la verificación de la matriz de riesgos publicada en la intranet en el link https://www.idu.gov.co/page/transparencia/informacion-de-interes/sigi/seguridad-y-salud-en-el-

trabajo. Se evidenció mediante la aplicación de entrevistas directas, el conocimiento de las directrices y lineamientos del SGSST, a través de la cotejación de lo establecido en el riesgo ergonómico, y los registros de pausas activas que mantienen los involucrados en el proceso.

Indicadores de gestión. En cuanto al tema de indicadores, debido a la existencia del documento 20181350105013 del 7 de mayo de 2018, en el cual se realizaron observaciones a los mismos, se reitera a la dependencia las recomendaciones ya emitidas por la OCI, como es la revisión de la caracterización de los indicadores 4351 en su formulación y 4352 en cuanto a la fuente de datos, que en revisión del cuadro de mando a 30 de junio, no reporta modificaciones con respecto a las recomendaciones realizadas sobre el cuadro de mando a 31 de marzo.

Planes de mejoramiento. A la fecha de la auditoría, el proceso de Gestión Contractual no contaba con acciones vencidas. Se revisaron las acciones 1175, 1177 y 1179, generadas de la auditoría realizada al periodo del 01/06/16 al 01/06/2017 según Orfeo 20171350257083. Estas acciones se encontraban en estado terminadas, en espera de verificación de la eficacia, a lo cual se procedió a verificar de la siguiente forma.

Acción 1175, corresponde a la publicación oportuna en los portales de contratación. La acción se encuentra cumplida, sin embargo, a raíz del informe ORFEO 20181350156003 de seguimiento a la publicación, se generaron hallazgos que serán gestionados en el marco de un nuevo plan de mejoramiento, por tanto, se solicitó al auditor realizar el cierre cumplido e incluir la observación relacionando que se encuentra sujeta al plan de mejoramiento resultado de dicho informe.

En la acción 1177 la DTPS propuso la realización de acompañamiento, según demanda de las áreas, para la formulación de los estudios previos. Se evidenció acta de reunión de la DTPS con la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos-STRT, para la revisión de los estudios previos del proceso de contratación de la seguridad perimetral. Se estableció que la acción se cumplió y fue efectiva, por tanto, se solicitó al auditor realizar el cierre respectivo en el CHIE.

De la acción 1179, se procedió a solicitar al auditor el cierre, por parte del auditor, dado que se realizó la solicitud de actualización del mapa de riesgos, mediante memorando 20184150088463.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. Mediante correo electrónico del 22/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad Nº1: Deficiencias en los soportes de controles de los bienes o productos adquiridos externamente-Contrato IDU-1413-2017.

La DTGC registró lo siguiente en su respuesta:

> *"En atención a la **No Conformidad** evidenciada por el equipo auditor es pertinente solicitar aclaración del responsable de la formulación del Plan de Mejoramiento luego de quedar en firme el informe de Auditoria (Acciones correctivas y preventivas), ya que como se describe en el informe preliminar de auditoria, las actividades correspondientes a la Dirección Técnica de Procesos Selectivos y la Dirección Técnica de Gestión*

Contractual fueron adelantadas de acuerdo a lo establecido en el procedimiento, el hallazgo se presentó en la etapa de ejecución y de acuerdo a lo establecido en el Manual MG-GC-01 Manual de Interventoría y/o Supervisión de contratos, numeral ***5.4.2 Facultades de la Supervisión*** *" (…) el supervisor debe exigir la calidad de los bienes y servicios adquiridos por la entidad estatal, o en su defecto los exigidos en el contrato y en las normas técnicas obligatorias y certificar el recibo a satisfacción (…)" Sin embargo se señala que esta Dirección estará presta para apoyar las acciones que consideren necesarias en la ejecución del Plan de Mejoramiento"*

Previamente a evaluar la observación formulada por la DTGC, es conveniente mencionar que, para futuras ocasiones, la respuesta sea remitida directamente por el responsable/líder de proceso.

Frente a lo mencionado por la DTGC en su respuesta, el equipo auditor considera que, teniendo en cuenta que el requisito 8.4.2 de la norma ISO 9001:2015 *"Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente"*, se encuentra en el Proceso de Gestión Contractual, según se evidencia en la Matriz de Requisitos del Sistema Integrado de Gestión, formato FO-AC-16, con fecha de actualización 28/02/2018, publicado en la intranet, se mantiene la no conformidad para este proceso. No obstante, en la construcción del plan de mejoramiento, y derivado del análisis de causas, se puede identificar la necesidad de involucrar otros procesos que hacen parte de este control y formular con ellos, si es el caso, el respectivo Plan de Mejoramiento.

3.13.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**NTC ISO 9001:2015, numeral 8.4.2 Tipo y alcance del control.** "*(…) La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes*. *La organización debe: a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad (…)".*	**No Conformidad Nº1: Deficiencias en los soportes de controles de los bienes o productos adquiridos externamente-Contrato IDU-1413-2017.** No se evidenció información del seguimiento a la ejecución del contrato IDU-1413-2017, ni la verificación realizada sobre los productos contratados y la información relacionada con la gestión de pagos, en el expediente físico de dicho contrato, situación que va en contradicción de lo establecido en la NTC ISO 9001:2015, numeral 8.4.2 tipo y alcance del control, lo cual puede generar dificultades para el seguimiento de la ejecución contractual y el reporte a las partes interesadas sobre la misma.

3.14 PROCESO GESTIÓN LEGAL

Se agradece a los responsables del proceso, por facilitar la información y atender la auditoría, destacándose la calidad profesional de los funcionarios y contratistas que participaron en la auditoría y que hacen parte del proceso.

En relación con la implementación del SGC y SGA; se evidenció la correcta afiliación a la ARL y el pago del mes de junio de 2018 de los contratistas que participan en el proceso.

Del proceso auditado se resaltan las siguientes actividades críticas que hacen parte de la caracterización del proceso vigente, así:

Actividad 1. Planear el proceso de prevención del daño antijurídico.

El proceso cuenta con la caracterización de proceso correspondiente a CP-GL-01 V 2.0 y con seis (6) procedimientos a saber: PRGJ056 Recepción y Trámite de Acciones de Tutela V 2.0, PRGL01 Cumplimiento de Sentencias y MASC V 3.0, PRGL02 Prevención del Daño Antijurídico V 4.0, PRGL03 Conciliación Prejudicial y Judicial V 3.0, PRGL04 Actualización y Evaluación Normograma Institucional, V 6.0, PRGL05 Atención de Procesos Judiciales V 4.0 y PRGL06 Solicitud y Trámite Requerimientos Conceptos Jurídicos V 1.0.

En la auditoría, en sitio, se evidenció que la DTGJ adelanta acciones de evaluación de las sentencias desfavorables al IDU, con el fin de identificar las causas generadoras del fallo (mayor cantidad de obra, mayor permanencia en obra, desequilibrio económico, entre otros), con el fin de identificar políticas de prevención del daño antijurídico.

De igual forma, tanto el personal de planta como los contratistas, deben proponer políticas de prevención del daño antijurídico, los primeros en sus compromisos laborales y los segundos, de acuerdo con una obligación contractual, las cuales son evaluadas y llevadas a Comité para su aprobación.

Respecto a la existencia de la política de prevención del daño antijurídico, programada para el primer semestre del año, se evidenció acta del Comité de Defensa Judicial, Conciliación y repetición, de 29 de junio de 2018, mediante la cual se aprueba la política en mención; sin embargo, ésta se encuentra sin firmas, lo que ha imposibilitado la expedición del "*Instructivo jurídico donde se establecen estrategias de prevención del daño antijurídico*", producto de esta actividad, que adopta la política aprobada.

Actividad 2. Elaborar Conceptos e Instructivos Jurídicos

Se evidenció expedición del memorando de Instrucción Jurídica No 20184050120703, del 23 de mayo de 2018, mediante el cual se imparten instrucciones sobre la Formulación de Estrategias, para dar cumplimiento a los pronunciamientos judiciales de las acciones populares en los tiempos dispuestos por las autoridades.

No obstante lo anterior, al revisar el Sistema de Información ORFEO, se evidenció memorando de solicitud de concepto jurídico con radicado 20181450022643, el cual fue asignado para trámite el 13 de febrero de 2018, el cual, a la fecha de la auditoría, no registra respuesta; sin embargo, la Subdirección General Jurídica, como producto de una auditoría de Gestión adelantada por la Oficina de Control Interno, estructuró un plan de mejoramiento en el cual propuso acciones de mejora tendientes a subsanar dichas irregularidades. Dicho plan fue cargado en el sistema CHIE, con posterioridad a las fechas de corte de la presente auditoría, razón por la cual, el equipo auditor no declara esta situación como no conformidad, hasta tanto se evalúe la efectividad en la implementación de la acción correctiva.

Actividad 3. Llevar a cabo la estructuración jurídica y/o control de legalidad de respuestas a órganos de control

De acuerdo con la verificación realizada, se estableció que cuando se reciben respuestas a órganos de control de manera extemporánea, la Subdirección General Jurídica, no adelanta ningún tipo de acción de mejora para evitar el incumplimiento de los términos de respuesta. Lo anterior, de acuerdo con los comunicados radicados en Orfeo:

a. 20185260043502 de la Personería, cuyo vencimiento estaba previsto para el 26/01/2018 y la respuesta - radicado temporal 20180000026131, fue radicada en SGJ el 29/01/2018, fecha en la que fue devuelta para suscripción por parte del Subdirector General del área generadora.
b. 20185260049272 con respuesta - radicado temporal 20180000087991, donde el área técnica solicitó 10 días de prórroga; éste venció y fue devuelto el 29/01/2018.
c. 20185260480122 de la Contraloría con radicado temporal 20180000479891 venció el 23/05/2018, y fue devuelto el 24/05/2018.
d. 20185260468592 de la Contraloría con radicado temporal 2018000049681 venció el 23/05/2018 y fue devuelto el 24/05/2018.

Así mismo, la Subdirección General Jurídica, no identifica las solicitudes que versan sobre temas de "Alto Impacto", tal como lo dispone el numeral 1 del artículo 6 de la Resolución 7903 de 2016, el cual delega en dicha área la identificación de los temas que son de impacto para la Entidad.

Con base en lo anterior, se evidenció que el área líder del proceso no controla los posibles riesgos que se puedan generar como producto de la ejecución de esta actividad crítica, según lo definido en el numeral 6 "Etapas de la Administración del Riesgo" del Manual de Riesgos V 7.0, ya que no se evidenció identificación, evaluación, calificación e identificación de acciones de mitigación de los posibles riesgos, por lo que sería recomendable realizar la actualización de la matriz de riesgos, identificando eventos asociados a las actividades descritas.

Actividad 4. Asesorar y acompañar otras dependencias – Estrategias para casos de alto impacto y asesoría externa

Se identificó que se cuenta con cuatro (4) contratos de asesorías externas, correspondientes a los números IDU-983-2017, 1581-2017, 1207-2018 y 1221-2018, cuyos objetos incluyen las asesorías especializadas en diferentes áreas de interés institucional. Se observó que la Subdirección General Jurídica, como área supervisora de los contratos, no remite a la Dirección Técnica de Gestión Contractual, los informes de ejecución de estos contratos, para proceder a la publicación de éstos en el SECOP, según lo dispuesto en el artículo 2.1.1.2.1.8 "Publicación de la Ejecución de Contratos" del Decreto 1081 de 2015, que define publicación de las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.

Actividad 5. Consolidar y elaborar Normograma IDU

Dentro de la revisión adelantada, se evidenció que se actualizó el procedimiento PR-GL-04 Versión 6.0 el 17 de mayo de 2018, en cuyo numeral 7 “Políticas Operacionales”, segunda viñeta, se estableció que: *“La actualización del normograma se realizará semestralmente en abril y octubre de cada año”*. Con base en lo anterior, no fue posible verificar la actualización del normograma correspondiente al mes de abril, toda vez que el procedimiento entró en vigencia con posterioridad a dicha fecha; sin embargo, la Subdirección General Jurídica actualizó el

normograma con corte al mes de junio de 2018, razón por la cual, se verificó el cumplimiento de los requisitos del procedimiento bajo la luz de la versión anterior.

Es preciso mencionar que el normograma se encuentra publicado acorde con la normatividad aplicable, en su última actualización en la Intranet; sin embargo, allí no se refiere la fecha de la última actualización.

Actividad 8. Verificar la inclusión de las estrategias de prevención del daño antijurídico

Al efectuar la revisión documental, se identificó que no se ha cumplido con el trámite de suscripción del acta del Comité de Defensa Judicial, Conciliación y Repetición, de fecha 29 de junio de 2018, mediante la cual se aprueba la política de prevención del daño antijurídico para el primer semestre de 2018, por lo tanto, se ha imposibilitado la expedición de la instrucción jurídica que la adopta y por ende no ha sido posible verificar la implementación de las estrategias adoptadas, según los términos establecidos en el procedimiento PRGL02 Prevención del Daño Antijurídico V 4.0.

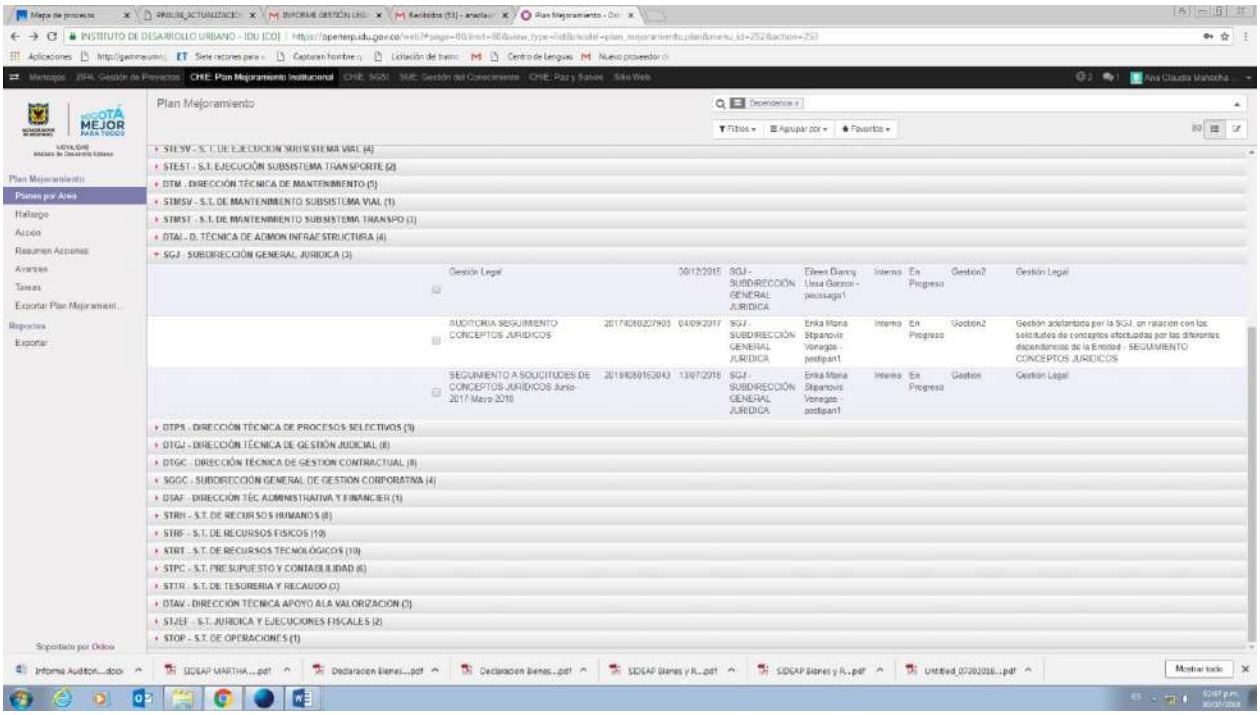
Actividad 9. Evaluar indicadores de gestión

Al revisar el informe de indicadores con corte a marzo 31 de 2018, para la Dirección Técnica de Gestión Judicial, se evidenció que se encuentran acordes con las funciones y metas propuestas para la dependencia; sin embargo, para la Subdirección General Jurídica, no fue posible conocer las evidencias, con base en las cuales se obtuvieron los resultados de la medición de cada indicador, desconociendo la trazabilidad de los resultados reportados.

Así mismo, se evidenciaron indicadores que no miden las actividades estratégicas del proceso, como es el caso del indicador Nº 4056 “Intervención de la cultura organizacional”, para el cual, al indagar sobre las actividades desplegadas para obtener el cumplimiento del 100% en su calificación, se indicó que se había celebrado en el área el día de la mujer y el día del hombre. No obstante, lo anterior, la Subdirección General Jurídica, eliminó dicho indicador con posterioridad al alcance de la presente auditoría, ya que esta situación había sido identificada por la Oficina de Control Interno.

Actividad 10. Generar acciones de mejora

Se adelantó una revisión del aplicativo CHIE, en el módulo de Planes de Mejoramiento y no se identificaron acciones de mejora vencidas. Sin embargo, se registra un plan de mejoramiento, con fecha de vencimiento el 31 de diciembre de 2015, cuyo estado registra “En Progreso”, aun cuando las acciones del plan han sido cerradas, situación que no es entendible para el equipo auditor, ya que debe actualizarse el estado tanto de los hallazgos como del plan en el aplicativo, por parte de la Oficina de Control Interno.



Generalidades del Sistema Integrado de Gestión:

Gestión de riesgos. Se verificó la Matriz de Riesgos del proceso de Gestión Legal, el cual cuenta con seis (6) riesgos, los cuales están asociados a las actividades críticas desarrolladas por la Dirección Técnica de Gestión Judicial; se evaluaron los controles establecidos y se estableció que de dichas actividades críticas no se han materializado riesgos.

No obstante lo anterior, al revisar las actividades críticas a cargo de la Subdirección General Jurídica (Elaboración de conceptos e instructivos jurídicos, llevar a cabo la estructuración jurídica y/o control de legalidad de respuestas a órganos de control, asesoría y acompañamiento a otras dependencias – Estrategias para casos de alto impacto, consolidar y elaborar el Normograma, verificar la inclusión de estrategias de prevención del daño antijurídico y evaluar indicadores de gestión), no se identificaron riesgos ni acciones de mitigación, a pesar de evidenciarse incumplimientos, que generan riesgos para el proceso.

Conocimiento del SIG: Dentro del proceso auditor, se identificó que, en el área líder operativa del proceso, en términos generales, tanto el personal de planta como contratistas son conocedores de la directriz de Calidad y de Gestión Ambiental, y cómo contribuyen desde la ejecución de sus funciones y/u obligaciones contractuales a su cumplimiento. No obstante, al indagar con el líder del proceso, no se tiene claridad sobre las directrices de Calidad y de Gestión Ambiental, al igual que desconocen quiénes son los delegados de la Dirección General para impulsar los dos subsistemas evaluados. De igual forma, se desconoce la ubicación en la intranet y/ en la página web de la información transversal relacionada con los Sistemas Integrados de Gestión.

Con base en lo anterior, se recomienda fortalecer en el equipo de trabajo de la Subdirección General Jurídica el conocimiento y la ubicación en la página web y en la intranet de dicha información.

3.14.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Resolución 7903 de 2016** Artículo 6 numeral 1: "*Delegar la suscripción de las respuestas a los derechos de petición de la Entidad, de conformidad con el Acuerdo 002 de 2009 del Consejo Directivo y el Manual de Funciones y Competencias Laborales, así: 1. Delegar en el(la) Subdirector(a) General Jurídico(a), la suscripción de las respuestas a los derechos de petición sobre los temas que sean considerados por la Dirección General como de alto impacto, y de los requerimientos efectuados por los órganos de control, las cuales serán previamente proyectadas y consolidadas por las distintas dependencias responsables de la información, de conformidad con las funciones asignadas a cada área mediante el Acuerdo del Consejo Directivo 002 de 2009 y el Manual de Funciones y Competencias Laborales del Instituto.* *En caso de que estos derechos de petición requieran solicitud de prórroga, ésta deberá ser hecha y suscrita por el Subdirector General del área competente para dar respuesta a la solicitud.* *Del mismo modo, en caso de que la respuesta a la solicitud se pretenda radicar en la Subdirección General Jurídica fuera del término establecido en el Memorando de Instrucción Jurídica vigente, ésta deberá ser suscrita por el Subdirector General del área competente sin perjuicio de la responsabilidad administrativa y disciplinaria que corresponda al responsable de dar respuesta."*	**No Conformidad Nº1. Falta de control de términos de respuesta ante requerimientos efectuados por los órganos de control y respuestas a los derechos de petición sobre temas de alto impacto.** Se estableció que cuando se reciben respuestas a órganos de control de manera extemporánea, la Subdirección General Jurídica, no adelanta ningún tipo de acción de mejora, para evitar el incumplimiento de los términos de respuesta y así mismo, no identifica las solicitudes que versan sobre temas de "Alto Impacto", situación que adicionalmente, no se evidencia contemplada en la matriz de riesgos del proceso, incumpliendo el numeral 1 del artículo 6 de la Resolución 7903 de 2016 y el numeral 6 "Etapas de la Administración del Riesgo" del Manual de Riesgos V 7.0, generando riesgo de sanciones, multas o procesos legales para el Instituto. Lo anterior se evidenció de acuerdo con los siguientes comunicados radicados en Orfeo: a. 20185260043502 de la Personería con radicado temporal 20180000026131, venció el 26/01/2018 y fue devuelto el 29/01/2018. b. 20185260049272 con radicado temporal 20180000087991 donde el área técnica solicitó 10 días de prórroga; éste venció y fue devuelto el 29/01/2018. c. 20185260480122 de la Contraloría con radicado temporal 20180000479891, venció el 23/05/2018, y fue devuelto el 24/05/2018. d. 20185260468592 de la Contraloría con radicado temporal 2018000049681, venció el 23/05/2018 y fue devuelto el 24/05/2018.

Nº	Criterio	Descripción
	Manual de Riesgos V 7.0. numeral 6 "Etapas de la Administración del Riesgo", que define la "*identificación, evaluación, calificación e identificación de acciones de mitigación de los posibles riesgos"*	
NC2	**Decreto 1081 de 2015,** Artículo 2.1.1.2.1.8: "*Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato*." **NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios**. "*Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que: a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: 1) Cualquier requisito legal y reglamentario aplicable; 2) aquellos considerados necesarios por la organización (…)"*	**No Conformidad Nº2. Incumplimiento en la publicación de la ejecución de contratos, en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.** Se evidenció que la Subdirección General Jurídica no remite, a la Dirección Técnica de Gestión Contractual, los informes de ejecución de los contratos de asesorías externas que tienen a su cargo, para proceder a la publicación de éstos en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP; tal como lo dispone el artículo 2.1.1.2.1.8 "Publicación de la Ejecución de Contratos" del Decreto 1081 de 2015 y por ende incumpliendo el numeral 1 del literal a) del numeral 8.2.2 de la Norma ISO 9001:2015, generando posibles sanciones para el Instituto. Lo anterior, se evidenció para cuatro (4) contratos de asesorías externas, correspondientes a los números IDU-983-2017, IDU-1581-2017, IDU-1207-2018 e IDU-1221-2018, cuyos objetos incluyen las asesorías especializadas en diferentes áreas de interés institucional.
NC3	**NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación. 9.1.1 Generalidades**. "*La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos (…)"*	**No Conformidad Nº3. Ausencia de métodos de medición, que soporten los resultados de indicadores de gestión del proceso.** No se evidenció fuente de información, con base en la cual se obtienen los resultados de cada indicador, según informe de indicadores con corte a marzo 31 de 2018, desconociendo la trazabilidad y método de medición de los resultados reportados a la OAP, incumpliendo con lo dispuesto por los literales a) y b) del

Nº	Criterio	Descripción
		numeral 7.5.3.2 de la Norma ISO 9001:2015, situación que puede generar incertidumbre sobre la confiabilidad de los resultados generados.

3.15 PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas de la caracterización del proceso, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría:

Actividad 1. Diagnosticar el cumplimiento de los subsistemas

SGC y SGA. Como parte de los productos definidos como salidas de esta actividad, se realizó la verificación del producto 1. "*Diagnóstico de los Subsistemas*", encontrado como soporte un archivo en formato Excel, identificado como "Plan de transición", en el que se evidenció la identificación de brechas existentes realizada al iniciar la vigencia 2018, respecto a los nuevos requisitos de los Subsistemas de Gestión de Calidad SGC y Ambiental SGA, de acuerdo con lo definido en la versión de las normas NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 14001:2015.

SST. Para el caso de la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SST, según lo definido en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 1111 de 2017, se observó que los responsables en la Subdirección de Gestión Corporativa, en cumplimiento de la primera fase de adecuación, transición y aplicación para la implementación de los estándares mínimos de SST, realizaron la autoevaluación inicial del sistema, en los periodos de tiempo establecidos normativamente (de junio a agosto de 2017), con base en la cual se identificaron prioridades y necesidades en SST.

Actividad 2. Planear estrategias y mecanismos de cumplimiento a requisitos

SGC y SGA. Con base en el diagnóstico realizado, respecto al SGC y SGA, se evidenció la estructuración de un Plan de transición, el cual cuenta con la descripción de la brecha identificada para cada uno de los requisitos de norma, además de las acciones propuestas, los responsables, la duración según fecha de inicio y fin definidas y el estado de avance de cada una, proyectando como fecha de cumplimiento el mes de mayo de 2018.

SST. Por su parte, respecto al SST, se evidenció, de acuerdo con la autoevaluación inicial realizada, la estructuración del Plan Anual SST, estructurado de acuerdo con los estándares mínimos definidos en el anexo técnico de la Resolución 1111 de 2017, cuyo periodo de ejecución según la Resolución, es de enero a diciembre de 2018 y con base en el cual se han definido todas las acciones propias del IDU y a cargo de la ARL Positiva, que deben ser implementadas para asegurar que los aspectos de SST, sean interiorizados y evidenciados de manera transversal, garantizando el cumplimiento de la totalidad de los estándares mínimos.

Actividad 3. Desarrollar los mecanismos de cumplimiento

SGC y SGA. Para la fecha de la auditoría (julio 2018), se evidenció avance del Plan de transición del 59,67%, de acuerdo con el cual se realizó revisión aleatoria de éste, con énfasis en los siguientes requisitos nuevos o aquellos que requieren modificaciones sustanciales, cuyo plazo de implementación no ha sido cumplido en las fechas inicialmente planeadas:

- Requisito 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Se identificó que, como parte del Plan Estratégico, ha sido incluida la relación de partes interesadas pertinentes tanto para el componente de Calidad, como el Ambiental, incluyendo contratistas de obra, entes de control, ciudadanía, entre otras, para cada una de las cuales se han definido "*Propuestas de valor*", como resultado del análisis de necesidades y expectativas de las mismas.

  No obstante, no es clara la forma en la que se realiza el seguimiento y la medición, respecto al cumplimiento de necesidades y expectativas de las partes interesadas, identificadas en este caso como "Propuestas de valor". Así mismo, se evidenció que el personal del proceso, no identifica sus partes interesadas, ni las propuestas de valor definidas para las mismas.

- Requisito 5.1.1 Liderazgo y compromiso. Para el cierre de la brecha, se definió "*Actualizar la Resolución 447 de 2012, para incluir los lineamientos de rendición de cuentas*", para el 24/04/2018; sin embargo, en auditoría se argumentó, que esta acción no ha sido terminada debido a que depende de la claridad de algunas directrices que debe emitir la Alcaldía, en referencia al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, esto para que la entidad cuente con una sola resolución, que abarque todas las responsabilidades frente a los sistemas implementados.

- Requisito 5.1.2 Enfoque al cliente. Esta actividad, relacionada con la actualización del MGPE018 Manual de Administración del Riesgo, la GUPE20 Metodología para la Gestión de Alertas de Riesgos de Corrupción, la GUPE21 Guía de Riesgos Materializados y el INP010 Instructivo de Alineación de Controles de Riesgos, para entre otros, ampliar la cobertura de la metodología de administración de riesgos a bienes y servicios, no ha sido terminada en su totalidad, toda vez que se evidencian documentos como el INP010 Instructivo de Alineación de Controles de Riesgos, que aún permanece en versión 1.0 del año 2012.

- Requisito 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades de la organización. El cumplimiento de este requisito está relacionado con la actualización de la Resolución 447 de 2012, mencionada frente al requisito 5.1.1. Liderazgo y compromiso.

- Requisito 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades. El cierre de brecha de este requisito, está relacionado con el ajuste del procedimiento PRAC116 Planificación del SIG, para incorporar como entrada los riesgos y oportunidades identificadas a los subsistemas, los productos y servicios y el contexto estratégico; sin embargo, para la fecha de auditoría, no se evidenció actualización de este procedimiento, el cual se mantiene con fecha de elaboración de 2014.

  Por su parte, aunque no se evidencian actividades adicionales en el Plan de transición y teniendo en cuenta que este es uno de los requisitos nuevos y críticos de la NTC ISO 9001:2015, se verificó como parte del alcance de esta auditoría al SIG, la implementación de la metodología de gestión de riesgos, evidenciando tal como se mencionó en el proceso de Planeación Estratégica que lidera este componente, que se cuenta con un Plan de trabajo

de gestión de riesgos 2018, que aporta al cumplimiento de este requisito y para el cual, de manera adicional, se ha realizado la identificación y gestión de oportunidades, evidenciada en el FOPE12 Matriz de Oportunidades, demostrando, de esta forma, la planificación de acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Por su parte, según lo mencionado respecto al requisito 5.1.2 Enfoque al cliente, se ratifica la necesidad de actualizar el MGPE018 Manual Administración del Riesgo y el INPL010 Instructivo Alineación de controles de riesgos, toda vez que se evidenció que la metodología institucional para la gestión de riesgos, no se encuentra alineada con los lineamientos dados en la "*Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles, en entidades públicas*" del DAFP (febrero 2018), por cuanto no están claramente definidas las responsabilidades, para las diferentes etapas de la metodología, tal como se evidencia en los capítulos de Identificación, Tratamiento y Monitoreo de los riesgos.

- Requisitos 6.1.1 Generalidades (NTC ISO 14001:2015). Al revisar este requisito, se programó en el Plan de transición, entre otros, "*Actualizar la matriz de aspectos e impactos de acuerdo con el enfoque del ciclo de vida";* sin embargo, sólo se evidenció información relacionada con el ciclo de vida de los proyectos, pero no de los servicios ofrecidos por el instituto, a pesar de ser éste uno de los requisitos críticos de la nueva versión de la norma ambiental.

  Por lo anterior, es necesario acotar la forma en la que se está asegurando la implementación de este requisito en el Instituto, teniendo claro que se están teniendo en cuenta los aspectos ambientales significativos, asociados con el ciclo de vida de los proyectos, los cuales hacen parte de la misionalidad del Instituto. No obstante, es necesario definir claramente los aspectos ambientales de los servicios, entendiendo que éstos, en relación con los proyectos misionales, presentan un menor impacto ambiental, que de igual forma se debe controlar.

- Requisito 6.1.2. El cumplimiento de este requisito está relacionado con la actualización de los documentos mencionados, frente al requisito 5.1.2 Enfoque al cliente, mediante los cuales se busca incorporar el enfoque de oportunidades (riesgos positivos), ampliar la cobertura de la metodología de administración de riesgos a bienes y servicios y evaluar la eficacia de las acciones de tratamiento de los riesgos. No obstante, como ya se mencionó, estos documentos no han sido actualizados en su totalidad.

- Requisito 6.3 Planificación de cambios. Para este requisito, se planeó unificar un procedimiento de Gestión del Cambio, teniendo en cuenta la existencia de los procedimientos PRAC09 Gestión del Cambio en Seguridad y Salud en el Trabajo y PRTI08 Gestión de Cambios en el marco de las buenas prácticas de ITIL; sin embargo, aunque esta actividad ha tenido dos reprogramaciones en la fecha inicial de ejecución, aún no se ha terminado.

  Por su parte, considerando que la nueva versión de las normas de Calidad y Ambiental, representan la necesidad de cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, el equipo auditor considera que el Plan de transición, también se convierte en un insumo para el cumplimiento de este requisito, puesto que es la manera de evidenciar que los cambios se han llevado a cabo de manera planificada, según lo define la NTC ISO 9001:2015.

  No obstante, llama la atención el hecho, que las fechas inicialmente programadas en el Plan de transición, para algunas acciones hayan sido ajustadas, sin evidenciar trazabilidad y sin ningún tipo de restricción, generando incertidumbre, respecto a la disponibilidad de recursos

y adecuada asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades, con base en los cuales se realizó la planificación de los cambios.

- Requisito 7.1.6. Conocimientos de la organización. Siendo este uno de los nuevos requisitos de la norma de calidad, se realizó verificación de la forma en la que se asegura su cumplimiento, observando que fue documentado el DU-IC-01 "*Aproximación a la Gestión del Conocimiento y la Innovación en el IDU*", frente al cual se argumentó que fue construido y consolidado con la participación de la Subdirección General Corporativa SGGC y la Dirección Técnica Estratégica DTE, entre otras, de acuerdo con una encuesta de Gestión del Conocimiento, cuyos resultados aparecen plasmados a lo largo del documento. De acuerdo con la información suministrada por el equipo auditado, este documento soporta el modelo de conocimiento del Instituto, mediante el cual se pretende asegurar el cumplimiento de este requisito, en relación con conocimientos adquiridos con la experiencia, lecciones aprendidas y los resultados de las mejoras en los procesos, productos y servicios, según lo definido por norma.

  No obstante, no es clara la forma en la que se asegura la implementación de este componente de manera transversal, entendiendo que dicho documento, ha sido recién documentado, sin evidenciar fecha de aprobación, ni registro de aprobación de la DTE (líder del proceso al que se encuentra vinculado el documento), observando en cambio, firma de elaborado y aprobado por la OAP.

  Este aspecto fue verificado a su vez, en auditoría al proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento, en el cual la líder operativa (Directora Técnica Estratégica), expresó que "*dicho documento fue expedido sin su consentimiento y sin incluir sus observaciones*".

- Requisito 8.7 Control salidas no conformes. Como parte del cumplimiento de este requisito, se definió "*Ajustar los procedimientos de mantenimiento, para definir la manera de gestionar el "mantenimiento*", identificando adecuada gestión al respecto con los procesos de Ejecución de Obras y Conservación de la infraestructura.

  Por su parte, se verificó de qué forma, se ha asegurado la implementación de este requisito de acuerdo con lo definido en la nueva versión de la norma de calidad, evidenciando que el procedimiento fue actualizado para la vigencia 2018 y se realizaron capacitaciones en mayo, en las cuales se trató el tema en cuestión.

  Como parte de la verificación, se revisó el reporte de salidas no conformes, evidenciando entre 2017 y 2018, un total de 335 salidas no conformes identificadas y reportadas por los procesos misionales a la OAP. No obstante, al indagar al profesional de la OAP, acerca de la verificación de la información reportada por las dependencias, para garantizar que se esté realizando en concordancia con lo definido en el Plan de calidad para tratamiento de no conformes, establecido para cada proceso, se argumentó que dicha verificación no es realizada, lo cual llama la atención, teniendo en cuenta que dichos Planes, son la base para identificar, reportar y tratar aquellos productos o servicios relacionados con los procesos y al no ser verificados, se pueden estar omitiendo nuevas salidas no conformes que ameriten la actualización de dichos Planes, o en su defecto, los procesos pueden estar dando tratamiento a productos/ servicios, que no aportan a la gestión de salidas no conformes, afectando la disponibilidad de recursos del mismo.

Adicionalmente, el procedimiento PRAC05 Salidas no conformes, define en el numeral 7.12, que "*La OAP consolida la información y prepara un informe de salidas no conformes, el cual estará disponible para su consulta en los medios más convenientes definidos por la Entidad"*, sin embargo, al indagar por los medios en los que se puede encontrar el informe consolidado, se argumentó que este informe es el mismo archivo consolidado de salidas no conformes, que reportan las diferentes dependencias.

De acuerdo con el seguimiento realizado en el marco de esta auditoría, aunque es notoria la gestión realizada desde el proceso, se evidenció que las fechas inicialmente programadas para algunas acciones, han sido ajustadas periódicamente, para lo cual no se cuenta con una Política Operacional, impartida por parte del líder del proceso, lo que ha permitido efectuar estos cambios sin mayores restricciones y sin dejar trazabilidad de los mismos.

Es necesario mencionar que, como resultado de auditoría realizada a este proceso en el mes de septiembre de 2017, se identificó que aún no se había avanzado en la estructuración del Plan de transición para implementación de la norma NTC ISO 9001:2015, situación que inicialmente fue declarada como No Conformidad por el equipo auditor, teniendo en cuenta que el plazo para la implementación de los cambios es el mes de septiembre de 2018 y para la fecha de la auditoría en mención, ya se debería contar con un plan, de acuerdo con los cambios de la norma, en cuanto a gestión documental, gestión de riesgos, liderazgo del sistema, gestión de compras, entre otros, que aplican e impactan directamente los procesos del Instituto.

Sin embargo, en la reunión de cierre de dicha auditoría, el líder del proceso argumentó que, tras la auditoría externa, programada para octubre de 2017 y como insumo para la siguiente Revisión por la Dirección, se adelantaría este proceso, por lo cual esta No Conformidad, fue cambiada por Observación, dejando clara la responsabilidad del proceso auditado. No obstante, pasados 9 meses y a 2 meses de vencerse el plazo para la implementación de los cambios de norma, y teniendo en cuenta el avance de ejecución del Plan (59.67%), de acuerdo con verificación realizada, es necesario acelerar la ejecución de las actividades que se encuentran pendientes, con el objetivo de dar pleno cumplimiento a los requisitos adicionales establecidos en las nuevas versiones de las normas citadas, de cara a la auditoría externa a realizarse.

SST. Por otro lado, respecto al Plan Anual SST, se evidenció que éste es ejecutado con el acompañamiento de la ARL Positiva, en coherencia con la autoevaluación de estándares mínimos realizada, presentando un avance del 96%, A continuación, se mencionan algunos aspectos que fueron verificados, según el avance de cumplimiento reportado:

- Actas de reunión y listados de asistencia, con la ARL, en la cual se evidencia seguimiento a las actividades programadas.
- Cronograma de acciones Orden y Aseo, que abarca entre otros, divulgación de temas asociados e inspecciones programadas.
- Identificación de peligros en obra y necesidad de actualización del procedimiento.
- Relacionamiento y toma de acciones, de acuerdo con Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST.
- Capacitaciones y divulgación de temas SST al personal.
- Capacitación al comité COPASST, con base en el cual se identificó que, tras la auditoría realizada en noviembre de 2017, aún no se ha asegurado la capacitación de 50 horas a los integrantes del COPASST. Sólo 2 de 8 integrantes han realizado el curso.

Con base en el Plan Anual SST, se asegura el cumplimiento de la fase de ejecución en el periodo de tiempo establecido normativamente, dando paso a la fase de Seguimiento y plan de mejora, que debe ser ejecutada de enero a marzo de 2019.

Actividad 4. Evaluar el grado de implementación

De acuerdo con lo definido en el MGAC01 Manual del Sistema Integrado de Gestión, se verificó la medición de las directrices y objetivos de los Subsistemas de Gestión de Calidad y Ambiental, evidenciando como parte del Cuadro de control de indicadores de gestión que, para cada subsistema, se cuenta con un indicador, que mide el cumplimiento de los planes de acción propuestos. No obstante, estos indicadores son de tipo "Eficacia" y miden las actividades ejecutadas respecto a las actividades planeadas, por lo que este indicador siempre va a arrojar un resultado de 100%, toda vez que no mide la oportunidad en el cumplimiento de lo planeado.

De acuerdo con el avance de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST, se evidenció, a través de acta de reunión, que junto con la ARL se realizó seguimiento al grado de implementación del Sistema, reflejando un resultado de 98%, que es reportado para el indicador de cumplimiento de planes de acción, mencionado en el párrafo anterior.

Adicionalmente, se evidenció que el profesional a cargo en la OAP, consolida la información de cumplimiento de indicadores de los 7 subsistemas, en un archivo Excel que no se encuentra controlado por el SIG, aun cuando esta dependencia cuenta con una herramienta específica (Cuadro de control de indicadores), sobre la cual se podría llevar el control particular de las metas, indicadores y avances de cada subsistema.

Actividad 5. Generar acciones de mejora

Planes de mejoramiento.

Durante la verificación realizada al Sistema de Gestión de la Calidad, se evidenció que desde este proceso, se generó una acción de mejora relacionada con el manejo, mantenimiento y actualización de la documentación de todos los procesos, para la cual se generó un aplicativo in-house. Esta acción no fue documentada, en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE, de acuerdo con lo establecido en la Política de Operación "*Los planes de mejoramiento derivados de las Auditorías Internas de Gestión, SIG, Autocontrol y de entes certificadores, se formularán de conformidad con el presente procedimiento*", del procedimiento PRMC01 Formulación monitoreo seguimiento a planes de mejoramiento internas.

Como parte del seguimiento a las acciones de planes de mejoramiento, que con corte al 31 de mayo de 2018 se encuentran en estado terminado y que pertenecen al proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, se encontró:

El proceso cuenta con 27 acciones, las cuales se encuentran en estado terminado en el aplicativo CHIE Planes de Mejoramiento Institucional. De estas acciones, cuatro (4) corresponden al plan de mejoramiento presentado a COTECNA, cuyo cierre está supeditado a los resultados de la auditoría de certificación programada para este año. Nueve (9) son acciones programadas para cumplimiento durante el 2018, por lo tanto, es necesario evaluar posteriormente, para poder verificar su efectividad e impacto según los hallazgos identificados.

De acuerdo con lo anterior, se realizó la verificación de efectividad de las siguientes acciones, las cuales no han sido efectivas:

Acción	Hallazgo	Acción propuesta	Evaluación de efectividad
1118	(…) se evidenció: a. El componente Ambiental, realiza sensibilizaciones, de acuerdo con publicaciones ambientales, programa de orden y limpieza, entre otros, sin embargo no se ha definido un Plan de capacitación, para asegurar la toma de conciencia con la política ambiental, los impactos y aspectos ambientales significativos, las responsabilidades para el logro de los requisitos del SGA, entre otros. b. El componente de Calidad, argumenta que se han realizado capacitaciones con los procesos en temas asociados al SGC, sin embargo al preguntar por los registros de las mismas, éstos no fueron suministrados, evidenciando que no se llevan registros ni control de las capacitaciones. Adicionalmente, no se cuenta con un Plan de Capacitación que permita lograr la competencia necesaria para el logro de los requisitos del SGC. c. Resultado de auditoría interna SIG, se evidenció en procesos como Gestión Legal, Gestión Social y participación Ciudadana, Factibilidad de Proyectos, entre otros, falta de claridad de directrices de los subsistemas, conformación de brigadas de emergencia, conformación y responsabilidades del COPASST, riesgos laborales y aspectos ambientales, entre otros (…)	Oficiar a STRH para que se incluya en el PIC los temas del SGA y SGC. Estado de la acción: Vencida.	Se evidenció memorando 20171150313743, remitido a la OAC con copia a la STRH, sin embargo, no se evidencia de qué forma se formalizó ante la STRH la necesidad de incluir como parte del PIC capacitaciones del SGA y SGC, ni de los temas propuestos para la vigencia 2018. Por su parte, se evidenció la inclusión de temas ambientales y de SST en el PIC 2018. Adicionalmente, como parte del Plan Anual SST se evidenció su inclusión como parte de la inducción a personal nuevo y el desarrollo de capacitaciones en temas SST, sin embargo, es reiterativo que el componente de calidad, no esté incluido como parte del PIC, ni cuente con una programación anual de las capacitaciones requeridas por el proceso, aun cuando se han realizado en el marco de los nuevos requisitos de norma. Situación que refleja que la acción propuesta, no fue efectiva, toda vez que el hallazgo está siendo reiterativo.
1185	En la sede del IDU de la Calle 17, se identifica que en la cafetería no se está realizando la clasificación de los residuos sólidos, de acuerdo con lo establecido en el SIG de la Entidad (…)	Cambiar los rótulos de los puntos ecológicos por unos más claros y llamativos. Acción terminada el 15/12/2017	Aunque se evidenció el cambio de los rótulos, no se observa que los funcionarios y contratistas, estén realizando una adecuada disposición final de residuos, lo cual fue evidenciado, en recorrido

Acción	Hallazgo	Acción propuesta	Evaluación de efectividad
			por los pisos de la calle 22 y ratificado en auditoría al proceso de recursos físicos. Ver anexo Inadecuada disposición de residuos sólidos.
1121	(…) se evidenció: a. El proceso de Factibilidad de Proyectos durante la vigencia 2017, no ha presentado el informe mensual de producto no conforme correspondiente. (…) b. No se evidencia el uso del formato FOAC12 Registro de producto no conforme, argumentando que los procesos misionales están realizando el reporte directamente sobre el formato FO-AC-13. c. No se evidencia que la OAP elabore un informe bimestral de PNC, ni que sea publicado en intranet, ni remitido por correo a los líderes de proceso, según lo definido en las políticas de operación del procedimiento PRAC05. La anterior situación evidencia el incumplimiento del requisito 8.3 “Control del producto y/o servicio no conforme”, de las normas NTCGP 1000:2009 y NTCISO 9001:2008, en cuanto a que “… la entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados.	Verificar y establecer los puntos de control en el procedimiento Acción terminada el 30/05/2018	Se evidenció consolidado de 335 salidas no conformes identificadas y reportadas por los procesos misionales a la OAP, entre 2017 y 2018, sin embargo, esta información no es verificada por el responsable de la OAP, para garantizar su coherencia con lo definido en el Plan de calidad para tratamiento de no conformes. Adicionalmente, no se evidenció el informe consolidado, al que se hace referencia en el numeral 7.12 del procedimiento PRAC05 Salidas no conformes. Razón por la cual, los hallazgos en relación con salidas no conformes (antes: producto no conforme), siguen siendo reiterativos.

Gestión de Riesgos del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos, se observó que el proceso cuenta con tres (3) riesgos, de los cuales uno (1) está calificado en nivel de riesgo inherente “Alto”, uno (1) en “Moderado” y (1) en “Inferior”.

De acuerdo con los aspectos verificados en esta auditoría, se identificó que para el riesgo R.AC.01 “*Implementación inadecuada del sistema integrado de gestión*”, que se encuentra en nivel de riesgo inherente inferior, han sido implementados los controles según lo definido en la matriz; sin embargo, se evidenció que existe el control “*Actualización del normograma periódicamente*” sin especificar con qué frecuencia se debe efectuar la actividad. Adicionalmente, no es posible identificar o no la materialización del riesgo, siendo necesario ser más específicos en la descripción de este riesgo, según el objetivo y alcance del proceso, toda vez que distintas situaciones pueden ser interpretadas como “Implementación inadecuada”.

Para el riesgo R.AC.02 "*Que la documentación publicada se encuentre desactualizada y/o incompleta*", el cual se encuentra calificado con tipo de riesgo inherente Moderado y residual Inferior, se verificaron los controles asociados al mismo, evidenciando que éstos no han sido suficientes, y adicionalmente, se ha identificado la materialización del riesgo, teniendo en cuenta que resultado de esta auditoría al SIG, se ha encontrado información documentada, desactualizada y derogada, asociada a los diferentes procesos del Instituto.

Para el riesgo R.AC.03 "*Accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales*", que se encuentra en nivel de riesgo inherente Alto y residual Inferior, se evidenció materialización de acuerdo con el Informe de accidentalidad del Instituto, generado por la ARL Positiva, con corte al 31/12/2017, con base en el cual, según la siguiente imagen, se evidenció un total de 41 accidentes de trabajo reportados durante 2017, por lo cual es necesario, reevaluar la identificación de este riesgo, puesto que según como está definido, la probabilidad de ocurrencia siempre va a ser Alta, en relación en gran medida, con los proyectos y actividades misionales desarrolladas por el Instituto.

ACCIDENTES DE TRABAJO REPORTADOS

Mes Ocurrencia del Accidente	Accidentes NO Mortales	Accidentes Mortales	Total Accidentes
Enero	4	0	4
Febrero	5	0	5
Marzo	10	0	10
Abril	4	0	4
Mayo	2	0	2
Julio	2	0	2
Agosto	1	0	1
Septiembre	5	0	5
Octubre	3	0	3
Noviembre	4	0	4
Diciembre	1	0	1
Anual	**41**	**0**	**41**

Fuente de la información: SIARP

CARACTARIZACIÓN DE LA ACCIDENTALIDAD

Para la vigencia del año 2017 se evidencia que el agente del accidente que predomina es el ambiente de trabajo y otros no clasificados, asociado a caídas de personas y a sobreesfuerzos realizados respectivamente, en donde la mayor parte del cuerpo afectada es miembros inferiores y ubicaciones múltiples, en accidentes considerados propios del trabajo y de tipo deportivo.

Fuente: Informe de accidentalidad IDU. ARL Positiva. 2017

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Información documentada del proceso. Verificada la información documentada, se evidenció que en la CPAC01 Caracterización del proceso, se hace referencia en términos generales, a la planeación, implementación, evaluación y toma de acciones, para los subsistemas que componen el SIG; sin embargo, no es clara la forma en la que se articulan los tres subsistemas evaluados, toda vez que en su desarrollo participan la Subdirección de Desarrollo Urbano, la Subdirección de Gestión Corporativa y la Subdirección Técnica de Recursos Humanos, con el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación, sin embargo, no son claras las responsabilidades de acuerdo con el enfoque de procesos del Instituto.

Esta situación fue ratificada en la auditoría al proceso de Gestión del Talento Humano, en la que se definió: *"(…) para la actividad N°6 "Ejecutar los Planes y programas de Seguridad de Salud Ocupacional", no es claro el alcance desde el proceso de Gestión del Talento Humano, comparado con el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST (…) Así mismo, se detectó que la redacción y descripción de las actividades del proceso son de carácter general y no se identifican plenamente las actividades críticas que se gestionan, ni los responsables a cargo*".

Información documentada del SIG. Por su parte, resultado de la auditoría realizada a los 22 procesos del Instituto, se identificaron deficiencias en la creación, actualización y control de la información documentada, que soporta el actuar de cada uno de los procesos, la cual es extractada en el Anexo Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada del SIG, en el capítulo de anexos asociados a este proceso, entendiendo que es responsabilidad del proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, asegurar el cumplimiento de este componente, requisito de norma.

Normatividad asociada al proceso. Se identificó que con fecha 26/06/2018, fue remitido a la Subdirección General Jurídica, por parte de un profesional de la OAP, correo con asunto: "*Actualización normograma institucional - 1° semestre 2018*", que menciona:

"Remito los Normogramas de los procesos a cargo o son de responsabilidad de la OAP.
1. El proceso de "Ambiental, Calidad y SST" la OAP solo es responsable de los dos primeros componentes, mientras que SST está a cargo la SGGC y STRH, quienes se encargarían de reportarlo, por lo cual ustedes deberán consolidarlos en uno solo. El componente Ambiental fue enviado por el Ing. Nestor.
2. El proceso de "Evaluación y Control" y "Mejoramiento Continuo", la OAP indica una parte de las normas que le competen, mientras que la OCI y OCD complementan respectivamente con lo que reportaran las normas que le aplican a sus áreas, por lo cual ustedes deberán consolidarlos en uno solo.
3. El proceso de "Planeación Estratégica" y "Gestión Integral de Proyectos" (sin cambios), no dependen de otra dependencia por lo tanto se mantiene como se anexa".

Respecto a este correo, no se evidenció respuesta alguna, ni requerimiento adicional, emitido por la SGJ.

Con base en lo anterior, se identificó en esta auditoría, la necesidad de realizar la gestión, para que sean remitidos a la SGJ, los normogramas por proceso, tal como aparecen cargados en la intranet, aunque en el mismo se encuentren involucradas varias dependencias. Esto teniendo en cuenta que, al remitir la normatividad asociada por dependencia, genera duplicidad en la información y adicionalmente reprocesos, entendiendo que la SGJ debe procesar 31 normogramas remitidos por dependencia, cuando el total de procesos es 22.

Esta situación fue verificada en el procedimiento PRGL04 Actualización y evaluación del Normograma Institucional;, sin embargo, en este no se evidenció información que permita definir incumplimiento al respecto, por lo que es recomendable aclarar el tema, de acuerdo con lo mencionado anteriormente.

Toma de conciencia. Como parte de la verificación del conocimiento e interiorización de las directrices y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad y del Sistema de Gestión Ambiental, en términos generales, como parte de los aspectos transversales evaluados en esta auditoría interna al SIG, se evidenció en los procesos de Gestión Integral de Proyectos, Gestión Ambiental, Calidad y SST y Gestión Financiera, que el personal no conoce la directriz de Calidad y de Ambiental, la forma de ubicarlas a través de la intranet o en la página Web del Instituto, ni la contribución de su proceso al cumplimiento de las mismas.

Mediante correo electrónico del 24 de agosto de 2018, desde el proceso evaluado, se remitieron observaciones al informe preliminar; no obstante, no fueron consideradas por el equipo auditor, al haber sido remitidas de manera extemporánea, dado que el plazo para presentación de observaciones al informe preliminar de auditoría, venció el 22 de agosto de 2018.

3.15.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 6.3 Planificación de los cambios:** "*Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; b) la integridad del sistema de gestión de la calidad; c) la disponibilidad de recursos; d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades"*.	**No conformidad Nº1: Inadecuada planificación y control de cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad** Se evidenció que las fechas inicialmente programadas en el Plan de transición de la NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 14001:2015, fueron ajustadas para algunas acciones definidas para el cierre de brechas, sin evidenciar trazabilidad de las mismas, ni una Política Operacional, impartida por parte del líder del proceso y del SIG, que avale este tipo de modificaciones a un Plan, sin ningún tipo de restricciones, incumpliendo así lo definido en el numeral 6.3 de la NTC ISO 9001:2015 y generando incertidumbre, respecto a la disponibilidad de recursos y adecuada asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades, con base en los cuales se realizó esta planificación de los cambios. Evidencia de esto, es que el Plan de transición, fue proyectado inicialmente con fecha de cumplimiento para mayo de 2018, sin embargo, para la fecha de la auditoría (julio 2018), se evidenció avance del 59,67%, lo cual indica que existen acciones que no se cumplieron en los plazos inicialmente definidos.
NC2	**MGPE018 Manual de administración del riesgo. Numeral 6.4 ETAPA 4. VALORACIÓN DEL RIESGO. 6.4.2 Nivel de Riesgo Residual. "***El concepto de Riesgo Residual, corresponde a la calificación que se hace del riesgo teniendo en cuenta el efecto de los controles existentes. Este proceso es producto de la calificación que se haya realizado de los controles y el grado en el que afecta la Probabilidad y/o el Impacto*". **GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados, numeral 6.3 Reporte de un evento**:	**No conformidad Nº2: Materialización de riesgos del proceso** Se evidenció materialización de los riesgos R.AC.02 "*Que la documentación publicada se encuentre desactualizada y/o incompleta*" y R.AC.03 "*Accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales*", los dos con nivel de riesgo residual Inferior, razón por la que no cuentan con Plan de tratamiento de riesgos materializados, sin encontrar adicionalmente, evidencias de reporte de materialización, incumpliendo lo definido en el numeral 6.4.2 del MGPE018 Manual de administración del riesgo, el numeral 6.3 de la GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados y el numeral 6.1.1 de la NTC ISO 9001:2015; presentando incertidumbre respecto a la adecuada valoración de los riesgos y al impacto de su materialización tanto para el proceso como para el Instituto.

Nº	Criterio	Descripción
	"*Identificada la ocurrencia de un evento de riesgo materializado, la dependencia líder del proceso registra la información general del evento ocurrido en el formato de Eventos de Riesgos Materializados. La información a ser incluida es la siguiente*: (…) *El área líder del proceso donde se identificó el riesgo enviará un reporte con el registro de la información a la Oficina Asesora de Planeación, para su consolidación de eventos de riesgos materializados*". **NTC ISO 9001:2015 numeral 6.1.1** "*Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe…determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: c) prevenir o reducir efectos no deseados"*	Lo anterior pudo ser evidenciado de acuerdo con los resultados asociados con información documentada de los procesos, según Anexo Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada del SIG y el Informe de accidentalidad IDU - ARL Positiva. 2017, mencionado en este informe.
NC3	**NTC ISO 9001:2015, numeral 7.3 Toma de conciencia:** *"La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad".* **NTC ISO 14001:2015, numeral 7.3 Toma de conciencia:** *"La organización debe asegurarse de que las personas que realicen el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política ambiental; (…) c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión ambiental, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño ambiental; d) las implicaciones de no satisfacer los requisitos del sistema*	**No conformidad Nº3: Falta de conciencia por parte del personal, de aspectos transversales propios del SIG.** Se evidenció en los procesos de Gestión Integral de Proyectos, Gestión Ambiental, Calidad y SST y Gestión Financiera, que el personal no conoce la directriz y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad y del Sistema de Gestión Ambiental, ni la forma de ubicarlas a través de la intranet o en la página Web del Instituto, ni la contribución de su proceso al cumplimiento de las mismas, incumpliendo lo definido en el numeral 7.3 de la NTC ISO 9001:2015 y de la NTC ISO 14001:2015, generando que el personal del Instituto, desarrolle sus funciones sin el pleno conocimiento de aspectos propios del Sistema Integrado de Gestión SIG, que deben ser asegurados de manera transversal desde cada proceso.

Nº	Criterio	Descripción
	de gestión ambiental, incluido el incumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos de la organización.	
NC4	**GUAC01 Guía documentación Sistema Integrado de Gestión.** **NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5 Información Documentada –** **7.5.2 Creación y actualización:** **"***Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia); b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación*". **7.5.3 Control de la información documentada.** **7.5.3.1** **"***La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;* *b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).* **7.5.3.2** *Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición (…)"*	**No conformidad Nº4. Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada del SIG.** Se evidenciaron como resultado de la auditoría realizada a los 22 procesos del Instituto, deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada, que soporta el actuar de cada uno de los procesos, incumpliendo lo establecido en los numerales 7.5.2, 7.5.3.1 y 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015, ocasionando que la información que hace parte del SIG, no esté acorde con la operación y gestión de los procesos, generando uso inadecuado de los documentos y confusiones al realizar consultas. La evidencia de esta situación puede ser consultada de manera específica, en el componente de Información documentada de cada proceso registrado en este informe de auditoría y adicionalmente, de manera general en el Anexo Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada del SIG, de este proceso.
NC5	**PRMC01 Formulación, monitoreo y seguimiento a**	**No conformidad Nº5: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas**

Nº	Criterio	Descripción
	planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión, numeral 1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento: "*Formular las acciones del Plan de Mejoramiento, las cuales deben estar encaminadas a corregir la no conformidad o el hallazgo detectado y a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad*". **NTC ISO 9001:2015, numeral 10.2.1** "*Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: …b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte*".	Se evidenció que las acciones 1118, 1185 y 1121, no fueron efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, los hallazgos han sido recurrentes, incumpliendo lo definido en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PRMC01 y afectando el cumplimiento del numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015, generando que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen, afectando el normal desempeño del proceso. Lo anterior, se pudo establecer de acuerdo con las siguientes situaciones que demuestran que las acciones propuestas, no fueron efectivas, toda vez que los hallazgos son reiterativos: a. El componente de calidad, no se encuentra incluido como parte del PIC, ni cuenta con una programación anual de las capacitaciones requeridas por el proceso, aun cuando se han realizado en el marco de los nuevos requisitos de norma. b. Los funcionarios y contratistas, no realizan una adecuada disposición final de residuos, lo cual fue evidenciado, en recorrido por los pisos de la calle 22 y ratificado en auditoría al proceso de recursos físicos. c. Se evidenció que las salidas no conformes identificadas y reportadas por los procesos misionales a la OAP, no es verificada para garantizar su coherencia con lo definido en el Plan de calidad para tratamiento de no conformes. Adicionalmente, no se evidenció el informe consolidado, al que se hace referencia en el numeral 7.12 del procedimiento PRAC05 Salidas no conformes.

3.16 PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

De acuerdo con la caracterización del proceso de Gestión de Recursos Físicos, se establecieron las actividades críticas a revisar, para las cuales, a continuación, se resumen los resultados obtenidos:

Actividad crítica 1. Planear los servicios de la Entidad.

Se observó que el proceso considera para la planeación de la prestación de los servicios, los insumos e información relevante entre los que se destacan: los compromisos del plan estratégico, el análisis de la infraestructura, presupuesto y necesidades específicas, información estadística de consumos de servicios y solicitudes de demanda. Se verificó el cumplimiento de los productos generados de la actividad 1, como el plan de Mantenimiento, la información relacionada con el plan de adquisiciones y planes de acción. Se observó que el plan de seguridad vial, aún no cuenta con la aprobación del organismo de tránsito, según lo definido normativamente.

Actividad crítica 3. Ejecutar las acciones programadas, administrar los recursos físicos contratados y proporcionar los bienes y servicios internos.

Se verificaron los siguientes servicios contemplados en la actividad 3 de la caracterización del proceso:

- Servicio de aseo y cafetería. Mediante entrevista realizada al coordinador del contrato, se revisaron los requisitos de acuerdo con la lista de verificación, encontrándose que los servicios de aseo y cafetería se prestan conforme a lo establecido en el contrato outsourcing, a través de “Colombia Compra Eficiente” N° CCE – 14701 – 2017.

- Servicio de vigilancia. Se evidenció que se realiza un estudio de necesidades de los puestos de vigilancia, los requerimientos de cámaras de vigilancia, los puestos con dotación armada, los arcos de detección metálica y los vigilantes con caninos a cargo, acorde a las necesidades de las sedes del IDU.Manejo de inventarios. Se revisaron a través de muestreo, pruebas de existencia de elementos bajo custodia del almacén y de igual manera se procedió a comprobar los formatos diligenciados de entrada y salida de elementos a cargo de los funcionarios IDU, encontrándose ajustados a las listas de verificación llevadas a cabo durante la entrevista con la coordinadora del Almacén. Así mismo, se realizó visita de inspección a la bodega de Panalpina. En el anexo se relacionan los registros fotográficos tomados.

- Servicio de Transporte y Administración del Parque Automotor. Se realizó reunión con los servidores públicos encargados de la coordinación de los servicios de transporte, a fin de identificar los puntos de control implementados para su seguimiento, identificándose las bitácoras de algunos vehículos, en el que se registra la asignación de los servicios diarios internos.

  En el servicio de Transporte y Administración del parque automotor, se observaron desviaciones con respecto a la aprobación del Plan Estratégico de Seguridad Vial, por parte del organismo de tránsito.

- Mantenimiento locativo y Mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes muebles y equipos. Se revisó el plan de mantenimiento, y se revisaron registros de mantenimiento a las plantas eléctricas, bombas hidráulicas e instalaciones eléctricas. Derivado de este ejercicio, se recomienda evidenciar en el archivo de Excel del seguimiento al plan de mantenimiento, el registro de cada una de las diferentes plantas eléctricas, considerando las diferencias en cuanto a las especificaciones y frecuencias de mantenimiento.

  Se revisaron las solicitudes de servicios que los funcionarios y colaboradores IDU realizan por medio del correo institucional “solicitud.serviciosSTRF@idu.gov.co”, observándose que se realiza un control y seguimiento, en archivo Excel, de los trámites realizados. Para solicitudes que por diferentes motivos no se puedan resolver inmediatamente, se recomienda identificar las acciones o estrategias a seguir en este tipo de casos.

Actividad crítica 4. Analizar el comportamiento de los servicios prestados mediante los indicadores de gestión establecidos.

Se revisaron los indicadores asociados a la iniciativa estratégica de modernización física, en cuanto al sistema de distribución eléctrica y la instalación de ascensores, los cuales para el corte a 31 de marzo se encuentran en cumplimiento de las metas programadas.

Actividad crítica 6. Evaluar el desempeño del proceso.

- **Gestión de riesgos del proceso.** Con respecto a la verificación de la información de los riesgos y los controles asociados, se aplicó el instrumento de valoración de riesgos, revisando los controles definidos para el proceso en cuanto al riesgo R.RF.04 "*Prestación inadecuada del servicio de mantenimiento en las sedes del IDU*", asociado con la actividad de "*Adecuación y mantenimiento locativos*" y al riesgo R.RF.05 "*Inadecuada atención y agilidad en la definición de siniestros y reclamaciones por parte de la aseguradora*", en relación con la actividad de "*administración de seguros*".

  Aunque no se tiene evidencia de la materialización de riesgos, las observaciones se realizan en cuanto a que, en la matriz de riesgos, no está definido explícitamente el responsable de ejecutar los controles y para algunos, no se especifica la frecuencia de aplicación del control, por lo que es necesario verificar que en la actualización de la nueva matriz de riesgos de gestión 2018 FOPE06, se especifiquen dichos parámetros.

- **Indicadores de gestión.** Se revisaron los indicadores del proceso, los cuales al corte de 31 de marzo presentaban un avance de acuerdo con lo programado, con algunas desviaciones leves, que permitieron un avance general del 90%.

- **Planes de mejoramiento**. Con respecto a los planes de mejoramiento con corte a 31 de marzo, el indicador presentó un avance del 95%, anteriormente observado por la evaluación que realiza la OCI. (El equipo auditor no realizó verificación de acciones terminadas por planes de mejoramiento, toda vez que habían sido sujeto de verificación recientemente por la OCI).

3.16.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Decreto 1079 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Transporte, artículo 2.3.2.3.2. Registro, adopción y Cumplimiento**. "*Las organizaciones, empresas o entidades públicas o privadas de las que trata el artículo 2.3.2.3.1 del presente Decreto deberán registrar los Planes Estratégicos en materia de Seguridad Vial, ante el organismo de tránsito que corresponde a la jurisdicción en la cual se encuentra su domicilio, o quien haga sus veces. Los organismos de tránsito donde se efectúe el registro revisarán técnicamente los contenidos del Plan Estratégico de Seguridad Vial, emitirán las observaciones de ajuste a que haya lugar y avalarán dichos planes a través de un concepto de aprobación (…)*".	**No conformidad N°1: No registro del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) ante el organismo de tránsito.** No se evidenció registro del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) del IDU, ante el organismo de tránsito, incumpliendo el plazo y los requisitos técnicos establecidos en el Decreto 1079 de 2015 y Decreto 1310 de 2016 y lo establecido en el numeral 5.1.2. de la Norma NTC ISO 9001:2015, lo cual puede exponer al Instituto a sanciones, por no atender el mandato legal. Este hecho se evidenció según comunicado SDM-DSVCT-30762-17 del organismo de tránsito, el cual cuenta con radicado de ingreso IDU N°20175260221702 del 29/03/2017, mediante el cual se informó acerca del incumplimiento técnico, y requirió al IDU el ajuste del PESV, dando como término para su ajuste un plazo de 2 meses, caso

Nº	Criterio	Descripción
	Decreto 1310 de 2016. Por el cual se modifica el Decreto 1079 de 2015, en relación con el Plan Estratégico de Seguridad Vial, artículo 1, parágrafo 2: "*Las entidades, organizaciones o empresas públicas o privadas, tendrán plazo hasta el último día hábil del mes de diciembre de 2016, para efectuar la entrega del Plan Estratégico de Seguridad Vial", (…)* Parágrafo 4°. "*Las entidades, organizaciones o empresas públicas o privadas que a la fecha de entrada en vigencia del presente parágrafo hayan efectuado la entrega del Plan Estratégico de Seguridad Vial en cumplimiento de los plazos indicados en los decretos 2851 de 2013 y 1906 de 2015, podrán ajustarlo y modificarlo teniendo como plazo de entrega el indicado en el parágrafo 2° de este artículo, sin perjuicio de implementarlo preventivamente hasta que sea evaluado y aprobado por la entidad correspondiente*". **Norma NTC ISO 9001:2015, numeral 5.1.2.** a. "… *asegurar que se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables*".	contrario, el PESV debería ser registrado como nuevo. A partir de esa fecha, no se encontró evidencia del registro del PESV por parte del IDU.

3.17 PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

La auditoría al proceso de Gestión Financiera, se realizó conforme las actividades descritas en la Caracterización del proceso CPGP01_V2.0, e información documentada del mismo, como se describe a continuación:

Actividad crítica 1. Realizar la consolidación de las proyecciones de ingresos, gastos e inversión.

Esta actividad crítica, conforme a lo verificado con la Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad y la Subdirección Técnica de Tesorería y Recaudo, se encuentra documentada en el procedimiento PRPE02 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto V3.0 del 30 de septiembre de 2014, dispuesto en el proceso de Planeación Estratégica.

Analizado el procedimiento, se evidenció que las actividades Nº 1, 2 y 3 son las utilizadas para esta actividad crítica, no obstante, no presentan ningún punto de control en ellas, por parte del proceso financiero. El procedimiento contiene normatividad derogada, como la Resolución 0660 del 29 de diciembre de 2011, de la Secretaría Distrital de Hacienda, "*Por la cual se adopta el Manual de Programación, Ejecución y Cierre Presupuestal de las entidades que conforman el Presupuesto Anual del Distrito Capital".* La reglamentación vigente es la Resolución Nº SDH -

000191 del 22 de septiembre de 2017, *"Por medio de la cual se adopta y consolida el Manual de Programación, Ejecución y Cierre presupuestal del Distrito Capital".*

Dentro del listado "*Compromiso de Actualización Documental 2018*", sin suscribir por los líderes o representantes del proceso y entregado al equipo auditor por los líderes operativos del mismo, no está programada la actualización del procedimiento, PRPE02 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto V3.0.

Por lo anterior, es necesario actualizar el "Compromiso de Actualización Documental 2018", con el fin de atender las necesidades reales y presentes de la institución, dando cumplimiento a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015.

Actividad crítica 2. Realizar la programación, reprogramación, seguimiento y control mensual del programa anual mensualizado de caja - PAC (Giros)

Esta actividad crítica se ejecuta según lo definido en el procedimiento PRGF06 V3.0 Gestión del Programa Anual de Caja – PAC. Mediante memorando OCI20181350145963 del 20 de junio de 2018, la Oficina de Control Interno presentó el informe definitivo de Auditoría al proceso de Gestión Financiera, en el que se mencionaba la desactualización del documento, al cual se respondió con memorando STPC 20185460157843 del 03 de julio de 2018, adjuntándose el plan de mejoramiento para la actualización de este procedimiento.

Actividad crítica 3. Realizar el estudio, verificación y expedición de las solicitudes de CDPs y CRPS y Modificaciones Presupuestales

Para esta actividad, se cuenta con el procedimiento PRGF01 Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos V1.0, relacionado en el documento "Compromiso de Actualización Documental 2018", entregado por los líderes operativos del proceso al equipo auditor y en el cual se indica que no requiere actualización.

En la página web del IDU, https://www.idu.gov.co/page/transparencia/presupuesto/ejecuciones-presupuestales, se evidenció la publicación mensual de la ejecución presupuestal a mayo de 2018 y en la página de la SHD http://www. shd.gov.co/ shd/sites/ default/ files/ documentos /II_02_204_188.pdf, se evidenció la publicación mensual de la ejecución presupuestal del IDU.

Respecto al procedimiento PR-PE-01 Modificaciones presupuestales V1.0, se evidenció que según memorando OCI20181350145963 del 20 de junio de 2018, la OCI presentó informe de Auditoría al proceso de Gestión Financiera, en el que se mencionaba, entre otros aspectos, la desactualización del mismos. El responsable del proceso respondió con memorando STPC20185460157843 del 03 de julio de 2018, adjuntándose el plan de mejoramiento correspondiente.

Actividad crítica 4. Autorización del pago por el Ordenador

Actividad evidenciada mediante GUGF01 Guía de Pago a Terceros V_7.0, de diciembre 15 de 2014. Está incluida en el listado "Compromiso de Actualización Documental 2018", en el cual está programada su actualización, para el 31 de julio de 2018. Las órdenes de pago, se digitalizan en el Sistema Orfeo.

El nombre de la actividad crítica presenta algunas diferencias con respecto a la descripción de ésta, por lo que se pone a consideración del proceso, ajustar la actividad o la descripción de la misma.

Actividad crítica 5. Registro de las transacciones contables (Hechos económicos)

Esta actividad crítica, acorde con lo informado por los líderes operativos del proceso, está documentada en la Resolución Nº 000245 de 2018 "*Por el cual se adopta el Plan de Sostenibilidad del Sistema Contable para el Instituto de Desarrollo Urbano - IDU*" del 31 de enero de 2018, la cual contempla normatividad hasta el 2003, desactualizada respecto al POT, así:

El Decreto 619 de 2000 "***Por el cual se adopta el Plan de Ordenamiento Territorial para Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital l", recuperado de*** *http:/ /www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3769http://www.alcaldiabogota.gov.co/ sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3769****, ha tenido las siguientes modificaciones:***

Revisado por el Decreto Distrital 469 de 2003
Compilado por el Decreto Distrital 190 de 2004
Derogado por el art. 565, Decreto Distrital 364 de 2013
Suspendido por el Auto 624 de 2014 Consejo de Estado

También el art. 6 de la Resolución 193 de 2019 deroga la Resolución 357 de 2008, a partir del 1 de enero de 2018.

Además, el Plan de Sostenibilidad del Sistema contable del IDU, no es la única fuente de documentación de esta actividad crítica.

Por otro lado, el procedimiento para la evaluación del control interno contable, estipulado en la Resolución 193 de 2016 "*Por la cual se incorpora, en los procedimientos transversales del régimen de contabilidad pública, el procedimiento para la evaluación del control interno contable*", determina en el numeral *2.2. Las etapas del proceso contable,* como parte de los aspectos conceptuales relacionados con el proceso contable. Realizado el respectivo análisis, se evidenció que la actividad crítica Nº5 hace referencia únicamente a la sub - etapa del numeral 2.2.1.4 Registro. La única salida de la actividad, es el producto "*Registros Contables y Presupuestales en los sistemas de información utilizados y las conciliaciones correspondientes",* excluyendo las demás etapas, sub – etapas (2.2.1 y 2.2.2) y posibles productos del proceso contable del proceso de Gestión Financiera del IDU, utilizables en la toma de decisiones e información para las partes interesadas.

Es importante revisar y registrar los proveedores de la información de esta actividad, toda vez, que el marco normativo de las entidades de gobierno también puede configurarse como suministro de información, además, investigar y definir puntualmente los principales clientes (usuarios) y concluir con las agrupaciones necesarias. Los usuarios registrados actualmente los agrupan de la siguiente manera: Todos los procesos y Otras entidades públicas y privadas.

En cuanto a los conceptos Técnico Contables, sobre dictamen pericial contable financiero solicitados por la Dirección Técnica de Gestión Judicial, se realizó seguimiento a solicitudes de información, realizada a los líderes del proceso de Gestión Financiera, por parte de las dependencias de los procesos usuarios de la información, más precisamente de la Dirección Técnica de Defensa Judicial - DTDJ, evidenciándose que la Subdirección Técnica de

Presupuesto y Contabilidad, sustenta que "(…) *no tiene competencia para dar opinión sobre un dictamen pericial…"* como se observa en los memorandos STPC20175460272133 del 14 de noviembre de 2017 y STPC20185460027973 del 16 de febrero de 2018.

Frente a lo anterior, es necesario definir al interior de la entidad, el mecanismo a través del cual se adelantarán actividades asociadas a peritos contables, y reflejarlo en la caracterización del proceso que corresponda, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 002 de 2009, " *Por el cual se establece la Estructura Organizacional del Instituto de Desarrollo Urbano, las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones*".

Actividad crítica 6. Administración de los recursos monetarios

A continuación, se hace mención al estado de actualización de procedimientos asociados a esta actividad crítica:

- El procedimiento PRGAF054 Conciliación Bancaria V4.0, de octubre 04 de 2012, se encuentra relacionado en el Plan de actualización documental del proceso, no contaba con fecha de actualización.

- El PRGF09 Traslados entre Cuentas Bancarias V2.0, incluido en el Plan de actualización documental, estaba en proceso de actualización para el 31 de Julio de 2018.

- El PRGF04 Administración de Inversiones de Tesorería V4.0, incluido en el Plan de actualización documental, estaba en proceso de actualización para el 31 de Julio de 2018.

Para la actividad relacionada con el pago compensatorio de estacionamientos, se realizó revisión de la documentación asociada a la misma, encontrándose lo siguiente:

1. La caracterización de productos/ servicios CSGF01 V1.0, a través del formato FOAC03 V3.0, se encuentra en una versión diferente a la publicada en el proceso Gestión Ambiental Calidad y SST que es FO-AC-03 V5.0.

2.Se cuenta con los procedimientos PR-GF-07 Administración del Fondo para el Pago Compensatorio de Parqueaderos o Estacionamiento V4.0 y PR-GF-08 Administración del Fondo para el Pago Compensatorio de Obligaciones Urbanísticas V1.0; este último, está en el formato FOAC04 V.2.0, el cual difiere del publicado en http://intranet/Mapa procesos/ Intenas Main /apoyo/ ambiental.asp, publicado con FO-AC-04 V 3.0.

En consideración de lo anterior, es necesario revisar las versiones de los formatos, con el fin de documentar la información institucional en las versiones vigentes.

Actividad crítica 7. Realizar la revisión y giros de las órdenes de pago autorizadas

Para evidenciar el producto abono en cuentas bancarias, se revisó documento Stone "Estado de pagos a terceros – OCCIRED", el cual consta de los datos del beneficiario (Beneficiario, Nit, descripción, producto destino, producto débito, tipo de producto, entidad financiera, oficina de pago, entidad financiera, fecha cobro, fecha pago, forma de pago, valor de pago, comisión, IVA, número de transacción, estado del pago, causal de rechazo, número de factura, información

adicional, número de comprobante, indicador aviso, estado aviso, medio utilizado, fecha aviso y usuario creador).

En relación con el registro en los aplicativos o sistemas de información del IDU, el equipo auditor obtuvo mediante impresión ORDENES DE PAGO MULTIPLES, documento 3070 – Número 68150 del 26/04/2018 por valor de $240.962.151, mediante el cual se evidencia el registro de las órdenes de pago en el aplicativo STONE – Sistema Administrativo y Financiero del IDU.

Respecto a embargos y cesiones, se evidenció documento suscrito por el Subdirector Técnico de Tesorería y Recaudo, sobre la información de la Orden de Pago Nº 1061, NIT 900.784.753, nombre UNION TEMPORAL TECNO-POSSO 025, Información de la medida cautelar Nº 1054, nombre del juzgado: DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN, Número del proceso: 200456112, demandado: TECNOCONSULTAS S.A.S. NIT: 860.032.681 y la liquidación de la medida cautelar, entre otros, soportado con la consignación en depósitos judiciales por valor de $32.582.195.

También, se evidenció el Formato FO-GAF-001 Cesión de Derechos Económicos Futuros, V2.0, con diligencia de reconocimiento de firma y contenido de documento privado – art. 68 decreto 960 de 1970 y decreto 1069 de 2015, autenticados por la Notaría 5 y 11 del Círculo de Bogotá, de febrero de 2018.

Se obtuvo del líder operativo del proceso - Subdirección Técnica de Tesorería y Recaudo -, la Constitución de Cuentas por Pagar en poder del tesorero al 31 de diciembre de 2017, suscrito por el Ordenador del Gasto, es decir el Director Técnico Administrativo y Financiero, por el Contador y el Subdirector Técnico de Tesorería y Recaudo.

Actividad crítica 8. Realizar el cierre presupuestal

Se evidenció que, atendiendo la programación de cierre presupuestal de la vigencia 2017, según Circular Nº4 del 15 de junio de 2017, la Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad, mediante radicado STPC 20185460014631 de enero 18 de 2018, envió a la Dirección Distrital de Presupuesto, los documentos de cierre presupuestal 2017, así:

- Formato 11-F-10 Acta de fenecimiento Nº5 de 31 de diciembre de 2017 por la cual fenecen saldos de reservas presupuestales y se constituyen pasivos exigibles para la vigencia 2018.
- Formato 11-F-15 Fuentes de financiación pasivos exigibles.

Igualmente, se evidenciaron las siguientes resoluciones, por las cuales se reconocen obligaciones por concepto de pasivos exigibles a cargo de las Subdirecciones Generales del IDU, para la vigencia 2018:
20184050000426 - RESOLUCION NUMERO 000042 del 15 de enero de 2018- SUBDIRECCION GENERAL JURIDICA
20185050000746 - RESOLUCION NUMERO 000074 del 17 de enero de 2018 - SUBDIRECCION GENERAL DE GESTION CORPORATIVA.
20185050000756 - RESOLUCION NUMERO 000075 del 17 de enero de 2018 - SUBDIRECCION GENERAL DE GESTION CORPORATIVA.
20182050000766 - RESOLUCION NUMERO 000076 del 17 de enero de 2018 - SUBDIRECCION GENERAL DE DESARROLLO URBANO.
20182050000776 - RESOLUCION NUMERO 000077 del 17 de enero de 2018 - SUBDIRECCION GENERAL DE DESARROLLO URBANO.

20183050000796 - RESOLUCION NUMERO 000079 del 18 de enero de 2018 - SUBDIRECCION GENERAL DE INFRAESTRUCTURA.

En la página web del IDU, http://fs01cc01/ Archivos Portal/ 2018/ Transparencia/ Presupuesto/Ejecuciones%20presupuestales/01%20Enero/12%20Ejecuciones%20Presupuestales%20Diciembre%202017.pdf, se evidenció la ejecución de presupuesto de rentas e ingresos, Informe de ejecución del presupuesto de Gastos e Inversiones, Informe de ejecución de reservas presupuestales vigencia 2017, incluido diciembre. Con el indicador de seguimiento a la ejecución presupuestal del IDU, la STPC, reporta ejecución de inversión directa, reservas presupuestales y pasivos exigibles por dependencia del IDU.

De igual manera, en la página de la SDH, http://www.shd.gov.co/ shd/sites/ default/ files/ documentos/II_02_204_179.pdf , se evidenció, el reporte de ejecución presupuestal de la vigencia 2017. Para este informe, se hace énfasis en la ejecución presupuestal al 31 de diciembre de 2017.

Actividad crítica 9. Elaborar los informes Financieros, contables y declaraciones tributarias

Se evidenció, en el Sistema Consolidador de Hacienda e Información Financiera Pública - CHIP de la Contaduría General de la Nación -CGN-, http://www.chip.gov.co/schip_rt/index.jsf la presentación de información contable pública y de operaciones recíprocas del Instituto así:

- CGN 2015_001_si_Convergencia Estado de situación financiera de apertura – Convergencia
- CGN 2005_001_saldos y movimientos: Balance General a 31 de diciembre de 2017, Notas a los Estados Financieros al 31 de diciembre de 2017, Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental 1 de enero al 31 de diciembre de 2017.
- CGN 2015_002_Operaciones Recíprocas al 31 de diciembre de 2017.
- CGN 2005_001_saldos y movimientos Convergencia: Balance General a 31 de marzo de 2018, Notas a los Estados Financieros al 31 de marzo de 2018, Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental 1 de enero al 31 de marzo de 2018. Estado de Cambios en el Patrimonio al 31 de marzo de 2018.
- CGN 2015_002_Operaciones Reciprocas _ Convergencia, al 31 de marzo de 2018.

En la página web IDU, https://www.idu.gov.co/page/transparencia/presupuesto/estados-financieros se evidenció la publicación mensual de los estados financieros, siendo la última a mayo de 2018.

Actividad crítica 10. Verificar los indicadores de gestión

Se llevó a cabo revisión de la caracterización de los indicadores de gestión por actividad crítica del proceso así:

Actividad crítica	Indicador asociado
Actividad 1. Realizar la consolidación de las proyecciones de ingresos, gastos e inversión	No se evidencia caracterización de indicadores de gestión para esta actividad.

Actividad crítica	Indicador asociado
Actividad 2. Realizar la programación, reprogramación, seguimiento y control mensual del programa anual mensualizado de caja- PAC (Giros)	3055 Nivel de cumplimiento del PAC; 5561 Seguimiento al Plan Anual Mensualizado de Caja PAC Realizados e indicador transversal
Actividad 3. Realizar el estudio, verificación y expedición de las solicitudes de CDPs y CRPS y Modificaciones Presupuestales	5461 Nivel Ejecución Presupuestal; indicador transversal reservas y pasivos exigibles; 5462 Seguimiento Ejecución Presupuestal
Actividad 4. Autorización del pago por el Ordenador	5564 Órdenes de pago giradas
Actividad 5. Registro de las transacciones contables (Hechos económicos)	5463 Conciliación Convenios (Contable, Presupuestal); 5466 Reporte de avance de la Aplicación del Nuevo Marco Normativo Contable para sector Gobierno
Actividad 6. Administración de los recursos monetarios	5562 Recaudos en línea; 5563 Conciliaciones de convenios Interinstitucionales; 5565 Inversiones realizadas con excedentes de liquidez superiores a tasa de referencia DTF; 5566 Partidas Conciliatorias bancarias
Actividad 7. Realizar la revisión y giros de las órdenes de pago autorizadas	5564 Órdenes de pago giradas
Actividad 8. Realizar el cierre presupuestal	5462 Seguimiento Ejecución Presupuestal
Actividad 9. Elaborar los informes Financieros, contables y declaraciones tributarias	No se encontró indicador caracterizado

Se evidenció la existencia de indicadores caracterizados para el proceso, encontrando que los líderes del proceso ajustaron sus indicadores de gestión respecto a las recomendaciones realizadas por la OCI a corte 31 de marzo de 2018.

Actividad crítica 11. Generar acciones de mejora

Se evidenció que los líderes del proceso, han formulado planes de mejoramiento, según las no conformidades identificadas, las cuales se encuentran registradas y soportadas en el sistema CHIE.

El equipo auditor revisó aleatoriamente las acciones de mejora registradas, aprobadas e incluidas en CHIE en su momento, enfocando la verificación en las acciones en estado terminado y con avance del 100%.

Se evidenció que la acción 718 "*Solicitar a la Subdirección Técnica de Recursos Humanos, fortalecer y socializar a los servidores públicos involucrados en el proceso de Gestión Financiera sobre Normas Ambientales y Seguridad en el Trabajo.",* no ha sido efectiva, toda vez que el equipo auditor evidenció que un 32% del personal no pudo demostrar la apropiación del conocimiento, de la Política de Calidad y la Política Ambiental, los Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.

Respecto a la acción 719 "*Realizar una revisión general en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, para establecer los indicadores de gestión para la vigencia 2017 al proceso de Gestión Financiera, acordes con la nueva plataforma estratégica*", los integrantes del proceso (líderes) entregaron las respectivas evidencias de la revisión integral de los indicadores de gestión (Coherencia) por solicitud de la OCI con corte a 31 de marzo de 2018, pudiendo evidenciar que el proceso y sus actividades críticas cuentan con indicadores de gestión en la batería de la institución; sin embargo, el equipo auditor verificó que algunas actividades del proceso no se están midiendo, por tanto, se pone a consideración del proceso, una recomendación, en este sentido.

Se recomienda a los líderes del Proceso Gestión Financiera, verificar la efectividad y el impacto en el tiempo, de las acciones de mejoramiento por formular, formuladas y terminadas, para eliminar las causas que generan las no conformidades identificadas, acorde a lo estipulado en el numeral 10.3 Efectividad, de la GUPE018 V.4.0 Guía de seguimiento a la gestión IDU: (…) "La efectividad está relacionada con las respuestas que demos al interrogante ¿para qué se hizo?; (…) los resultados alcanzados frente a los bienes o servicios generados a los clientes y usuarios".

Gestión de riesgos del proceso. Se verificó la coherencia entre la definición de los riesgos en la matriz de riesgos vs la matriz de contexto estratégico del proceso gestión financiera, tomando como fuente el conocimiento y referenciación de los funcionarios y contratistas delegados y responsables (Líder y líderes operativos) sobre la labor realizada al respecto, además de la documentación publicada en el mapa de procesos de la institución, concluyendo:

- La información del FOPE12 Matriz de oportunidades, no es igual a la información FOPE14 Contexto estratégico del riesgo. Faltó incluir en la matriz de oportunidades (mayo) la actividad: "Capacitaciones para el manejo de nuevos módulos del Sistema Financiero Stone, permitiendo la optimización de consultas y desarrollo de aplicaciones".

- El formato FOPE12 no contiene la oportunidad "Virtualización de trámites a través de la Ventanilla Única de la Construcción VUC, de la Secretaría del Hábitat para el pago compensatorio de estacionamientos".

- Al verificar los resultados del contexto estratégico, se observó lo siguiente:

  a. La amenaza política no es considerada en la matriz de riesgos.
  b. La amenaza financiera no es considerada en la matriz de riesgos.
  c. La amenaza partes interesadas se consideró en la matriz de riesgo.
  d. La amenaza tecnológica no es considerada en la matriz de riesgos.
  e. La amenaza legal no es considerada en la matriz de riesgos.
  f. La actividad crítica Nº1 "Realizar la consolidación de las proyecciones de ingresos, Gastos e inversión del proceso gestión financiera", no fue considerada en la matriz de riesgo.

Por lo anterior, se recomienda implementar las medidas necesarias, para tratar, en lo posible, la totalidad de las amenazas y debilidades del proceso gestión financiera.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

a. Información documentada del proceso

- Se evidenció que el Código de la Caracterización del Proceso de Gestión Financiera CPGP01, no corresponde al código Institucional asignado CPGF01, siendo pertinente implementar las medidas para corregirlo.

- Revisada la documentación relacionada en el listado maestro de documentos del IDU, versus procedimientos o formatos publicados para el proceso de Gestión Financiera, se evidenció que los siguientes documentos presentan estructura que los codifica diferentes a los utilizados actualmente en el IDU, aun cuando se encuentran vigentes:

CODIGO	DEPENDENCIA	TIPO DOCUMENTO	NOMBRE	VERSION	ESTADO
4-DTAC-FO-GF-01	STPC	Formato	Autorización de Pago de Servicios Públicos	1.0	Vigente
PR-GAF-053	STPC	Procedimiento	Gestión financiera	1.0	Vigente
PR-GAF-064	STTR	Procedimiento	Embargos y cesiones	2.0	Vigente
PR-GAF-054	STPC	Procedimiento	Conciliación Bancaria	4.0	Vigente
FO-GAF-005	STTR	Formato	Conciliación Bancaria	1.0	Vigente
FO-GAF-120	STTR	Formato	Acta de Liquidación de Embargos Pago a Predios	1.0	Vigente
FO-GAF-142	STTR	Formato	Traslados diarios entre cuentas de tesorería	1.0	Vigente
FO-GAF-156	STPC	Formato	Registro de Costos en Convenios	1.0	Vigente

Fuente: Listado maestro de documentos mayo de 2018.

Lo anterior, puede generar uso y reporte de información documentada en formatos con códigos que no referencian directamente el estado actual de la estructura orgánica y gestión por procesos, pudiendo generar incertidumbre y falta de completitud sobre la información reportada en éstos.

Por su parte, mediante Resolución Nº 1863 del 11 de junio de 2010 "*Por la cual se adoptan los documentos (…) PR-GAF-053 Gestión Financiera V. 1.0, GU-GAF-003 Programación y reprogramación del PAC V 1.0, GU-GAF-004 Documentos para pago a terceros V. 5.0 y el IN-GAF-003 Pago a contratista de apoyo a la gestión V.1.0 que pertenecen al Proceso de Gestión Administrativa y Financiera*", se evidenció lo siguiente:

- PR-GAF-053 Gestión Financiera: el código está desactualizado, el proceso que referencia es proceso de gestión administrativa y financiera, el cual ya no existe en la institución. Se evidenció, que mediante memorando OCI20181350145963 del 20 de junio de 2018, se presentó el informe definitivo de Auditoría al proceso de Gestión Financiera, al cual se respondió con memorando STPC 20185460157843 del 03 de julio de 2018, adjuntándose el plan de mejoramiento para la actualización de este procedimiento.

- GU-GF-01 Guía pago a terceros V. 7.0: última actualización el 15_12_2014. Este documento se encuentra vigente y está incluido en el documento "*Compromiso de Actualización Documental 2018*".

- 4DTACFOGF01 Autorización de pago de servicios públicos del 26 de agosto de 2005: el formato está desactualizado, documento vigente.

- FO-GAF-120 Acta de liquidación de embargos pago a predios V.1.0.: el formato está desactualizado, documento vigente.

Los líderes del proceso presentaron a la auditoría plan de actualización documental, donde se puede identificar las fechas de actualización de la documentación del proceso, reportadas a la OAP. Por tal motivo, se recomienda oficializar el documento y cumplir las fechas para el seguimiento respectivo.

En el listado maestro de documentos, se tiene el acta de reunión con las siguientes características: FOPE14 Acta de reunión V4.0, vigente desde junio 08 de 2018 y en el cuadro caracterización _ documental, se encuentra el FOIDU131 Acta de Reunión V4.0, por lo que se debe implementar los controles para utilizar la documentación vigente.

En el proceso se encuentra publicada la cartilla didáctica presupuestal con fecha de creación 2001, ubicada en: http://intranet/ manualProcesos/ Gestion Financiera /02 Planes Manuales y documentos/CARTILLA%20 PRESUPUESTAL.pdf La institución origen es la Secretaría Distrital de Hacienda Dirección Distrital de Presupuesto. Verificada la página de la SDH, la cartilla no se encontró publicada, por tal motivo, se recomienda al líder operativo STPC su respectiva actualización, en caso que aplique.

b. Normatividad asociada al proceso

Según memorando OCI 20181350145963 del 20 de junio de 2018, informe definitivo de Auditoría al proceso de Gestión Financiera, se evidenció que el nomograma del proceso de Gestión Financiera publicado, se encuentra desactualizado, toda vez que cuenta con normatividad pendiente de actualización y/o normatividad derogada, contraviniendo lo establecido en el numeral 1.1.6.8 del PR-GL-04 Procedimiento de Actualización y evaluación del normograma, situación que podría inducir a error o imprecisiones en decisiones o documentos que se adopten al interior del proceso.

No obstante, mediante memorando STPC20185460157843 del 03 de julio de 2018, se cuenta con plan de mejoramiento para la actualización del normograma del proceso.

c. Comprensión de conceptos básicos de Calidad y Ambiental

A través de preguntas preparadas por el equipo auditor y aplicadas al 20% del personal del proceso (14 funcionarios y contratistas), se midió el conocimiento general sobre NTC ISO 9001:2015 Norma Técnica de Calidad y NTC ISO 14001:2015 Norma técnica del subsistema de gestión ambiental, con el fin de validar con el personal del proceso, el conocimiento de las directrices del SGC y del SGA, en dónde se encuentran publicadas y cómo aportan al proceso evaluado.

De acuerdo con lo anterior, se evidenció que el 68% del personal entrevistado, identifica claramente la Política de Calidad y la Política Ambiental, los Roles, responsabilidades y autoridades en la organización, verificando así el nivel de cumplimiento del requisito Toma de conciencia, por lo cual se requiere solicitar y verificar la apropiación del conocimiento de los funcionarios y contratistas del proceso, sobre requerimientos de las respectivas normas, con el fin de garantizar la capacitación y toma de conciencia de la totalidad de los funcionarios y contratistas del IDU.

Respecto al componente ambiental, los funcionarios entrevistados identificaron con precisión el PIGA (Proceso Gestión Ambiental, Calidad y SST), link planes, manuales y documento (Intranet), Plan Institucional de Gestión Ambiental, Programas de gestión ambiental, Programa uso eficiente del agua, programa uso eficiente de la energía, programa de gestión integral de residuos (enmarca ordinarios, peligrosos, especiales, emisiones atmosféricas, vertimientos), Programa de Consumo Sostenible, Programa implementación prácticas sostenibles (movilidad urbana sostenible), aplicables en relación con el proceso de gestión financiera.

En general, los líderes del proceso y profesionales que atendieron las reuniones de auditoría, demuestran apropiación del objetivo, alcance, ciclo PHVA y sus actividades críticas definidas, de la misma manera, las entradas (Proveedores e insumos) y las salidas (Productos y usuarios). Los requisitos del proceso en la matriz de requisitos del Sistema Integrado de Gestión, indicadores de gestión y riesgos de gestión, entre otros.

d. Apropiación de conceptos básicos en SST

Frente al componente de SST, se verificaron aspectos relacionados con orden y aseo, matriz de peligros, capacitaciones SST, identificando su adecuada implementación. No obstante, se evidenció baja asistencia del personal del proceso de gestión financiera a los programas del SGSST.

Se verificó que el Proceso de Gestión Financiera, no tiene contratistas de prestación de servicios del IDU, con riesgo 5 ya que no ejecutan actividades en campo o fuera de la entidad.

3.17.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Este proceso no presenta no conformidades; sin embargo, se evidenció desactualización de la información documentada del proceso, además de Bajo nivel de conocimiento sobre requisitos básicos de SGC y SGA, situaciones independientes y declaradas como No conformidad para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, líder de este requisito transversal de norma, desde el cual se formulará el tratamiento correspondiente, frente a todos los aspectos documentales y toma de conciencia del SIG.

3.18 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas de la caracterización del proceso, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría:

Actividad crítica 1. Desarrollar la planeación de necesidades del personal:

El último estudio de cargas que se tiene en el proceso es del año 2012. En la actualidad, cuando se solicita desde las áreas, estudio de cargas, se realiza el levantamiento de las mismas con apoyo del personal de la dependencia solicitante.

Actividad crítica 2. Seleccionar el personal en Carrera Administrativa por medio de Concurso Interna y Externa

De acuerdo con la muestra seleccionada (Secretario Ejecutivo 425-03, Profesional Especializado 222-04 y Técnico Operativo 314-03), se revisaron los pasos del instructivo IN-TH-18 “Ingreso de personal en carrera, encargo y/o provisionalidad”, con el propósito de verificar los nombramientos y trámites necesarios para la posesión de los funcionarios del IDU. En este sentido, se verificaron los nombramientos de los cargos arriba mencionados en las carpetas de historias laborales correspondientes, evidenciándose conformidad en el procedimiento establecido.

El equipo de servidores involucrados en la actividad de selección de personal, mantienen como fortaleza que cada uno cuenta con las competencias para dar cumplimiento a los procedimientos de selección de personal de libre nombramiento y remoción, carrera administrativa y provisionales.

Actividad crítica 3. Realizar la vinculación del personal y gestión de nómina:

Dentro de esta actividad, se dio cobertura a: Vinculación, desvinculación, pago a contratistas y gestión de seguridad social.

Se verificó la implementación del Instructivo IN-TH-18 Ingreso de personal en carrera, encargo y/o provisionalidad; se tomó como muestra un servidor que ingresó el 7 de mayo de 2018 para el cargo de profesional especializado 222-04, se evidenció la resolución de nombramiento en periodo de prueba 1124 de 2018 del 5 de abril de 2018, cumpliendo el término de 10 días hábiles, sin embargo, en el libro de control de resoluciones, se observó que dicha resolución se recibió firmada de la Dirección General el 13 de abril de 2018, ocho días después de la fecha oficial de la resolución.

Se revisó proceso de desvinculación de servidor de libre nombramiento (Subdirector General) y se constató evidencias de renuncia voluntaria, aceptación de renuncia, acta de entrega del cargo, gestión de examen de egreso y reporte en cuadro de novedad de control interno del proceso.

Se evidenció que el cuadro de novedades que se mantiene internamente es un medio de comunicación eficaz que permite realizar las gestiones paralelas y consecutivas dentro del proceso. Se validó proceso de afiliación de seguridad social de tres servidores, se destaca la validación de entidades a las cuales están afiliadas las personas que se van a posesionar en el RUAF, con el fin de prevenir una inadecuada afiliación.

Se evidenció la oportuna afiliación a EPS, caja de compensación y continuidad en fondo de pensiones, oportuno reporte de novedades de ingreso y desvinculación a través de las planillas mensuales.

Se realizó trazabilidad del procedimiento PRTH12 Pago a contratistas de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión, en cuanto a las actividades que se ejecutan desde la STRH. Se evidenció el seguimiento y monitoreo de pagos de abril y junio, el reporte de novedades, pagos de seguridad social, la validación final del valor a cancelar y la generación de orden de pago. Para la mejora de estas actividades, se tiene en proceso de implementación, la digitalización del proceso de validación de pago a contratistas.

Se verificó la afiliación y pago de contratistas y se constató el pago por parte del IDU de contratistas en riesgo 5, los cuales, en la actualidad, son 251.

Actividad crítica 4. Realizar la Inducción, re inducción y Socialización:

Con el propósito de verificar las actividades de inducción y reinducción, se consultó el instructivo IN-TH-06 “Inducción, Reinducción y Entrenamiento en el puesto de trabajo”, mediante el cual se constató que los funcionarios seleccionados en la muestra de los diferentes niveles de la estructura organizacional (Director Técnico 009-05, Secretario Ejecutivo 425-03, Profesional Especializado 222-06 y Técnico Operativo 314-03), tuvieran en su historia laboral los registros que acreditaran el haber participado de estas actividades de inmersión al servicio público, en la cultura organizacional, en el sistema de valores de la entidad y conocimiento acerca de la misión, visión, objetivos institucionales, funciones de la dependencia en la que desempeñará sus funciones, encontrándose los registros escritos para los funcionarios de carrera y en un caso de libre nombramiento y remoción, no se evidenció registro de inducción.

Actividad crítica 5. Ejecutar el Programa de Capacitación:

De acuerdo con el Plan Institucional de Capacitación - PIC, se realizó la comprobación de la participación de los funcionarios seleccionados en la muestra (Profesional Especializado 222-05 y Técnico Operativo 314-03), encontrándose que todos registran en sus historias laborales, las certificaciones de estudio y capacitaciones realizadas.

Actividad crítica 6. Ejecutar los Planes y Programas de Seguridad de Salud Ocupacional:

Se verificó cómo se tienen en cuenta las necesidades y expectativas de áreas interesadas para la elaboración del Plan Anual de SST. Para realizar la trazabilidad en la cobertura y seguimiento de las actividades del programa de vigilancia epidemiológico de riesgo biomecánico, se cuenta con aplicación suministrada por proveedor de la ARL, con el cual se maneja confidencialmente los datos personales de los servidores del IDU. La cobertura a los contratistas se realiza dentro del alcance de las actividades de promoción y prevención.

Las capacitaciones del SST se encuentran incluidas dentro del PIC del IDU. Se evidenció la ejecución de actividades de seguridad vial y brigada de emergencias. Para algunas actividades se está realizando evaluación antes de iniciar el curso y después del mismo, para verificar el impacto y la efectividad de las mismas, por ejemplo, se realizó evaluación antes y después de la actividad de capacitación de seguridad vial para verificar su impacto.

Se resalta iniciativa para el desarrollo de la cartilla explicativa CA-TH-01 en temas de SST, que incluye temas como: Solicitud de citas médicas, reporte de actos inseguros, salidas a obra y accidentes laborales.

Se evidencia la necesidad de incluir el riesgo biológico en las actividades de administración de historias laborales y las que se desarrollan en el consultorio y salas de estabilización.

Actividad crítica 7. Realizar y ejecutar el Programa de Bienestar e Incentivos:

Se verificó cómo se tienen en cuenta las necesidades y expectativas de áreas interesadas, para la elaboración del Plan de Bienestar vigente, adoptado mediante Resolución 03316 de 2017, y se verificó, por muestreo, la ejecución y seguimiento del mismo.

Se comprobó que se han implementado prácticas dirigidas al cubrimiento de riesgos en actividades con asistencia masiva como: Visitas previas y solicitud de ambulancias.

Se identificó, por parte del equipo auditor, la necesidad de asegurar que las actividades del programa de bienestar, que se reprogramen o cumplen con otras actividades, se actualicen dentro de los cronogramas o que se evidencie su reprogramación.

Es importante que, dentro del proceso, se verifique la importancia de establecer medidas de seguimiento (indicador de efectividad), de las actividades que se realizan desde el proceso de Gestión del Talento Humano, con el fin de verificar la tendencia de los resultados y el impacto en los servidores y contratistas.

Actividad crítica 8. Administrar historias laborales:

Se verificó el cumplimiento de requisitos legales e internos para el manejo del archivo de historias laborales, evidenciando conformidad con los requisitos legales y la necesidad de actualizar el procedimiento PR-TH-03 “Creación y gestión documental de historias laborales”, además de asegurar que se definan los responsables y la metodología para acceso a historias laborales y que se culmine la actividad de digitalización de historias laborales (194 pendientes).

Actividad crítica 9. Realizar la Evaluación de desempeño y acuerdos de gestión:

Teniendo en cuenta que mediante memorando 20181350100573 del 30 de abril de 2018, se realizó seguimiento a la Evaluación del Desempeño Laboral-EDL y los Acuerdos de Gestión para el periodo 2017 y la suscripción de compromisos y acuerdos de gestión para el periodo 2018 del personal de planta del Instituto de Desarrollo Urbano, como también la verificación de la documentación asociada a la EDL del personal de carrera administrativa, correspondiente al periodo comprendido entre el 01/02/2017 y el 31/01/2018 y suscripción de compromisos para el periodo comprendido entre el 01/02/2018 y el 31/01/2019; y verificación de la documentación asociada a la evaluación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos para el año 2017 y los acuerdos de gestión suscritos para el año 2018; esta actividad no fue evaluada en el presente informe.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Se observó disposición y colaboración de servidores y contratistas para la atención de la auditoría interna.

A través de la verificación documental, entrevistas y recorrido por las oficinas, consultorio y salas de estabilización de la calle 22 y calle 20, se identificó la necesidad de:

- Fortalecer conocimientos generales del SIG,
- Incluir el riesgo biológico en las actividades de administración de historias laborales y las que se desarrollan en el consultorio y salas de estabilización.
- Gestionar la culminación de las actividades relacionadas con el sitio de almacenamiento temporal de residuos biológicos de la sede calle 20, con el fin de solicitar a Ecocapital la recolección de residuos en ese punto.
- Verificar el tipo de extintor con el que se cuenta en el área de archivo de historias laborales, teniendo en cuenta que, en caso de connato de incendio, estaría en riesgo la integridad de la información que se custodia en este lugar.
- Evaluar la posibilidad de incluir en el sistema integrado de gestión, los formatos de registro que se manejan en el día a día para el manejo de novedades.

- Verificar la importancia de identificar, valorar riesgos de gestión asociados al programa de bienestar.

El equipo auditor identificó cómo oportunidad de mejora gestionar una carpeta compartida en la que los servidores y contratistas puedan almacenar información relevante del proceso de consulta interna.

Indicadores de gestión. Los Indicadores a cargo del proceso, que se verificaron fueron los siguientes:

- Indicador 5163 Nivel de cumplimiento de objetivos. (Actividades de competencia de la STRH en Seguridad y Salud en el Trabajo realizadas)
- Indicador 5164 Plan Institucional de Capacitación PIC.
- Indicador 51610 Ejecución del Plan de Sensibilización para disminuir el contingente judicial.
- Indicador 51611Plan de Gestión Ética.
- Indicador 51612 Plan de Estímulos.
- Indicador 51613 Actividades del Proyecto de Transformación de la cultura IDU.

De acuerdo con lo anterior, se identificó que la STRH formuló 6 indicadores que están relacionados con las funciones del área y alineados con la estructura de la planeación estratégica de la entidad y 4 indicadores transversales que están relacionados con los planes de mejoramiento tanto internos como externos, ejecución presupuestal de reservas presupuestales y pasivos exigibles, con base en los cuales se analizó la pertinencia y coherencia, se evidenció que se realizaron ajustes a los mismos derivadas del informe realizado por la OCI en el mes de abril.

Planes de mejoramiento. Respecto a planes de mejoramiento, se realizó revisión de la acción 1025, relacionada con cláusula de confidencialidad para el personal de planta que ingresa a la entidad y hasta su retiro, según lo definido en el documento IDU de Declaración de aplicabilidad FO-TI-27 y la acción 1026, relacionada con la validación de competencias y revisión de requisitos frente a contratistas de apoyo a la gestión, las cuales se formularon en la auditoría SIG del proceso en el año 2017, para las cuales se observó la ejecución de las actividades propuestas y se encuentra en curso que la Oficina de Control Interno verifique la efectividad de las acciones en estado terminadas.

Teniendo en cuenta los antecedentes de acción se recomienda la reformulación de la acción ya que no se ha cumplido con lo observado en 2017.

Se evidenció que se han llevado a cabo actividades de mejora dentro del proceso, como ajuste a los indicadores con los cuales se mide el desempeño del proceso y monitoreo a la implementación de controles que se tiene para la gestión de riesgos.

Actividades de Planeación, verificación y actuación del proceso.

Se observó liderazgo, seguimiento y monitoreo por parte de la Subdirectora Técnica de Recursos Humanos sobre las actividades que componen el proceso de Gestión del Talento Humano, a través de, actas de reunión y cronograma de seguimiento.

Se identificó que la caracterización del proceso no está incluyendo todas las actividades que se lideran desde el mismo. Por ejemplo, para la actividad N°6 “Ejecutar los Planes y programas de

Seguridad de Salud Ocupacional", no es claro el alcance desde el proceso de Gestión del Talento Humano, comparado con el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST y no está adecuado al cambio del nombre de Seguridad de Salud Ocupacional a Seguridad y Salud en el Trabajo que se estableció en la Ley 1562 de 2012. Así mismo, se detectó que la redacción y descripción de las actividades del proceso son de carácter general y no se identifican plenamente las actividades críticas que se gestionan, ni los responsables a cargo.

RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2018, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión-SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. Mediante comunicado 20185160203363 del 22/08/2018 y dentro del término previsto para el efecto, desde el proceso evaluado se remitieron observaciones al mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad N° 1: Falta de implementación del programa de inducción para el personal directivo que ingresa al Instituto.

La STRH argumenta en sus observaciones: "*Al respecto debe indicarse que el proceso de inducción en el puesto de trabajo en el IDU, se adelanta de conformidad con lo definido en el Instructivo IN-TH-06 "INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO", el cual describe las acciones puntuales que se llevan a cabo para la inducción a los servidores que se vinculan a la Entidad. Así las cosas, en el formato FO-TH-23 "RUTA DE SEGUIMIENTO POSESIONES", se registra la fecha en que se realizan cada una de las actividades adelantas al dar posesión a un servidor, entre las cuales se destacan las siguientes que son útiles para el caso de la inducción:*

- *Inducción (Saludo Inicial y Bienvenida).*
- *Evaluación del Desempeño Laboral y/o Acuerdos de Gestión.*
- *Inducción en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo*.

(…) Tal como se observa, el IDU en la actualidad tiene implementado un programa de inducción que se aplica a todos los servidores que tomen posesión de un empleo, incluyendo a los Directivos, el cual cuenta con un instructivo y formatos debidamente oficializados en el Sistema de Gestión de Calidad.

De otra parte, debe señalarse que los criterios que en el informe preliminar se analizaron para registrar la No Conformidad No. 1 "Falta de implementación del programa de inducción para el personal directivo que ingresa al Instituto", no se comparten por las razones que a continuación se exponen:

Criterio	***Razones por las que la STRH no comparte el análisis realizado en el informe preliminar de auditoría al SIG***
Norma NTC ISO 9001:2015. Numeral 7.2 Competencia: "La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad, b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas, c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas, d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia". *Anexo técnico Resolución 1111 de 2017. Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes, numeral 1.2.2: "Todos los trabajadores,*	*La determinación de la competencia de que trata el numeral 7.2., se realiza al verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos previstos en el Manual de Funciones y Competencias Laborales vigente en el IDU, lo que permite, de un lado, expedir el acto administrativo de nombramiento y, de otro, dar posesión al servidor correspondiente. Lo anterior, lo señala la norma en comento en el literal b) al indicar que corresponde asegurarse de la competencia, basándose en el educación, formación y experiencia; criterios que se encuentran descritos en el manual de funciones del empleo. Ahora bien, la información documentada que acredita la verificación de las competencias del servidor, se encuentra en el formato FO-TH-32 "VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CARGO", el cual se diligencia previo a la expedición del acto de nombramiento. De otra parte, debe indicarse que en*

independientemente de su forma de vinculación y/o contratación y de manera previa al inicio de sus labores, reciben capacitación, inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros, la identificación de peligros y control de los riesgos en su trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales"	*el formato FO-TH-23 "RUTA DE SEGUIMIENTO POSESIONES", se tiene incluida de manera individual una actividad denominada "Inducción en Temas de Seguridad y Salud en el Trabajo", con lo cual cumple integralmente la exigencia prevista en el Anexo Técnico de la Resolución 1111 de 2017, pues precisamente esta actividad persigue dar a conocer al servidor posesionado todos los temas que hacen parte de Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.*
Decreto 1567 de 1998 "Por el cual se crean el Sistema Nacional de Capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado". CAPITULO II. INDUCCION Y REINDUCCION ARTICULO 7o. PROGRAMAS DE INDUCCION Y REINDUCCION. (…) a) Programa de inducción. Es un proceso dirigido a iniciar al empleado en su integración a la cultura organizacional durante los cuatro meses siguientes a su vinculación.	*De lo expuesto previamente se concluye que el IDU no solo cuenta con un programa de inducción claramente definido en el SIG, sino que el mismo se adelanta a todos los servidores que tomen posesión de un empleo público, independientemente del nivel jerárquico de que se trate.*

"Por las razones expuestas previamente, se solicita el retiro integral de la No. Conformidad No. 1 "Falta de implementación del programa de inducción para el personal directivo que ingresa al Instituto" del informe final de la Auditoría al SIG, en razón a que el IDU sí tiene implementado el programa de inducción para todos los servidores que se vinculan a la Entidad, incluyendo al equipo Directivo, lo cual cuenta con soportes documentales y los instructivos y formatos debidamente oficializados en el SIG".

Revisadas las observaciones realizadas al informe preliminar, el equipo auditor concluye:

1. Cambiar el nombre de la no conformidad, por "*Ausencia de evidencia de la inducción del personal directivo que ingresa al Instituto*".
2. Teniendo en cuenta que, en el momento de la auditoría, 4 de julio de 2018, al verificar la implementación del instructivo IN-TH-06 Versión 2, no fueron presentados los formatos "FO-TH-03 UBICACIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL SERVIDOR EN EL PUESTO DE TRABAJO" y "FO-TH-23 RUTA DE SEGUIMIENTO POSESIONES", para la muestra seleccionada del personal directivo que había ingresado desde julio de 2017, de acuerdo con lo definido en el numeral 6.1 – 2, se mantiene la no conformidad.
3. Se revisaron los criterios de acuerdo con lo expuesto en el memorando y se aclara que de la norma ISO 9001:2015, numeral 7.2 competencia, la no conformidad está dirigida a los literales c y d: (c. cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas y d. conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia"), es de aclarar que las acciones para adquirir competencias se refieren a la inducción.

Por lo anterior, se mantiene la no conformidad.

No Conformidad N° 2: Desprotección laboral en ARL

La STRH argumenta en sus observaciones:

> "*Respecto a la no conformidad, se presentan las siguientes razones jurídicas por las que la STRH se aparta del análisis contenido en el informe preliminar de la auditoría al SIG y que condujo a que se incluyera una no conformidad:*
>
> *El Decreto 1295 de 24 de junio de 1994, "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales", en su artículo 1° define dicho Sistema como "(…) el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencias del trabajo que desarrollan (…)".*

De igual forma, el artículo 4° de la norma precitada establece como características del Sistema, entre otras, que "la afiliación de los trabajadores dependientes es obligatoria para todos los empleadores", pero a la vez señala que "la cobertura del sistema inicia desde el día calendario siguiente a la afiliación".

A su turno, el artículo 2.2.4.2.1.3. del Decreto 1072 de 26 de mayo de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo", señala que "la afiliación se entiende efectuada al día siguiente de aquel en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora respectiva", lo cual evidencia que la fecha de inicio de la cobertura es un tema reglado por las normas vigentes en la materia y que no tienen ningún tipo de injerencia el Instituto para aplicarlo de otra manera.

Por otra parte, también debe hacerse mención de la normatividad relacionada con el acto de posesión en empleos de carácter público. Así pues, el Decreto 648 de 19 de abril de 2017, el cual modificó y adicionó el Decreto 1083 de 2015 Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, estableció en el parágrafo 4° del artículo 2.2.5.1.5 que "los nombramientos tendrán efectos fiscales a partir de la fecha de la posesión".

Esta norma señala igualmente en el artículo 2.2.5.1.7, en relación con los plazos para la posesión, que una vez "aceptado el nombramiento, la persona designada deberá tomar posesión del empleo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Este término podrá prorrogarse, por escrito, hasta por noventa días (90) hábiles más, si el designado no residiere en el lugar de ubicación del empleo, o por causa justificada a juicio de la autoridad nominadora"

Del mismo modo, el artículo 2.2.5.5.2 de dicho Decreto indica que "un empleado se encuentra en servicio activo cuando ejerce las funciones del empleo del cual ha tomado posesión". De las normas previamente citadas, se concluye lo siguiente:

- *El vínculo de los servidores públicos es de carácter legal y reglamentario, el cual surge una vez se toma posesión del empleo.*
- *La obligación del empleador para afiliar a los servidores públicos a la Administradora de Riesgos Laborales, se genera al momento de tomar posesión, sin que sea jurídicamente viable realizar un trámite de afiliación de quien no ha tomado posesión del empleo, al no encontrarse en servicio activo con la Administración, pero, sobre todo, una persona de la que no se tiene certeza respecto a si se posesionará en el cargo en el cual fue nombrada previamente.*

En este marco, la Corte Constitucional mediante sentencia No. T-457/92, se pronunció en el siguiente sentido: (…) La elección o nombramiento es un acto-condición que implica la designación que el Estado hace, por conducto del funcionario o corporación competente, en cabeza de una persona para ejercer las funciones, deberes y responsabilidades que el ordenamiento jurídico ha previsto respecto de un determinado cargo. Se ha entendido que el funcionario sólo adquiere los derechos y deberes propios del cargo en el momento en que tome posesión del mismo, por ser el nombramiento un acto-condición que se formaliza con el hecho de la posesión (…). (Énfasis fuera del texto). En este sentido es que la Administración de manera coherente con las normas expuestas, procede a realizar la afiliación a la ARL de sus servidores públicos, una vez los mismos se han posesionado en el cargo respectivo, por cuanto hasta ese momento se formaliza legalmente el vínculo del servidor con la Administración, y no antes, pues tal como lo ha señalado la H. Corte Constitucional, solo es hasta el momento de la posesión en el que el servidor adquiere derechos y deberes, al tiempo que los adquiere la Entidad.

Por último, debe anotarse que en la cartilla de Aseguramiento de Riesgos Laborales del Ministerio de Salud y Protección Social, se establece respecto a la afiliación a la ARL que, (…) los trabajadores con vínculo laboral vigente (dependencia laboral), deben ser afiliados por parte del empleador mediante el diligenciamiento del formulario de afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada la empresa. El empleador es el responsable del pago total de la cotización. Durante la vigencia de la relación laboral, los empleadores deben efectuar las cotizaciones obligatorias al Sistema General de Riesgos Laborales. (Énfasis fuera del texto).

Nótese que la norma refiere a la obligación del empleador a partir del momento en que surge la vinculación legal, que tratándose de servidores públicos se concreta con el acto de posesión; desconocer esta situación pondría en un alto riesgo jurídico a la Entidad por un eventual detrimento patrimonial producto de adquirir obligaciones consistentes en pago de cotización con la ARL respecto de servidores que podrían no posesionarse.

Conviene en este punto señalar que al denominar la no conformidad como "Desprotección laboral en ARL", se estaría indicando que la Entidad no cumple con su obligación legal de realizar la afiliación de los servidores, lo cual se aparta de la realidad, dado que queda ampliamente demostrado el hecho que el IDU da cumplimiento integral a la normatividad arriba citada. Lo que claramente ocurre, es que la norma tiene un vacío jurídico al prever que el efecto de la afiliación a la ARL se genera un día después de que surja el vínculo legal y reglamentario de un servidor público que se posesiona, situación que de ninguna manera puede imputarse al actuar del IDU.

En este punto debe indicarse que la forma como se mitiga el riesgo al que la misma norma ha expuesto a cualquier servidor público, es que el día en que se toma posesión del empleo, únicamente se realizan las actividades de inducción, afiliaciones y presentación con el jefe inmediato.

Por las razones expuestas previamente, se solicita el retiro integral de la No. Conformidad No. 2 "Desprotección laboral en ARL" del informe final de la Auditoría al SIG, dado que en los trabajadores con vínculo laboral vigente son afiliados a la ARL por el IDU en el mismo momento en que surge tal vínculo, es decir al momento de la posesión en el empleo público, quedando fuera del alcance de la Administración, la temporalidad que señala la norma para efectos de la cobertura".

Revisadas las observaciones realizadas al informe preliminar, el equipo auditor concluye:

1. Cambiar el nombre de la misma por "*Inexistencia de cobertura en riesgos laborales el primer día de trabajo de servidores de planta*".

2. Se aclara que se hace relación a desprotección laboral, ya que la misma está definida en la Ley 1010 de 2006 artículo 2, numeral 6, así: *Desprotección laboral: Toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador*.

3. La Ley 1295 de 1994 se viene implementando en Colombia desde hace 24 años y de acuerdo al alcance incluido en el Artículo 3º. Campo de aplicación. *El Sistema General de Riesgos Profesionales, se aplica a todas las empresas que funcionen en el territorio nacional, y a los trabajadores, contratistas, subcontratistas, de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general.*

4. Teniendo en cuenta que las acciones de mitigación expuestas, que se están implementando, no exoneran al IDU de los riesgos en cuanto a sanciones legales, de eventuales accidentes laborales que se presenten el primer día de trabajo, y que la probabilidad de ocurrencia de este tipo de eventos existe, el equipo auditor considera que en beneficio del Instituto de Desarrollo Urbano y de los futuros servidores de planta, se debe mantener la no conformidad y tomar las acciones necesarias al respecto.

Por lo anterior, se mantiene la no conformidad.

3.18.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Norma NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 7.2 Competencia**: "*La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su*	**No conformidad Nº1. Ausencia de evidencia de la inducción del personal directivo que ingresa al Instituto.** Se evidenció que entre el 01/07/2017 y el 22/01/2018, cinco directivos tomaron posesión de sus cargos; sin

Nº	Criterio	Descripción
	control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad, b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas, c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas, d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia". **Anexo técnico Resolución 1111 de 2017. Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes, numeral 1.2.2:** *"Todos los trabajadores, independientemente de su forma de vinculación y/o contratación y de manera previa al inicio de sus labores, reciben capacitación, inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros, la identificación de peligros y control de los riesgos en su trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales*" **Decreto 1567 de 1998** "Por el cual se crean el Sistema Nacional de Capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado". CAPITULO II. INDUCCION Y REINDUCCION ARTICULO 7o. PROGRAMAS DE INDUCCION Y REINDUCCION. (…) a) Programa de inducción. Es un proceso dirigido a iniciar al empleado en su integración a la cultura organizacional durante los cuatro meses siguientes a su vinculación.	embargo, no se evidenció registro de inducción (FO-TH-03, FO-TH-23) del actual Director Técnico de Procesos Selectivos, quien ingresó el 14 de agosto de 2017 y adicionalmente, de acuerdo con la entrevista realizada con el personal del proceso de Gestión del talento humano, se pudo establecer que a ningún otro directivo se le ha realizado inducción formal; incumpliendo lo establecido en el instructivo IN-TH-06 Inducción, reinducción y entrenamiento en el puesto de trabajo, el numeral 7.2 literales c y d de la NTC ISO 9001:2015, el numeral 1.2.2 del anexo técnico de la Resolución 1111 de 2017 y el literal a) del Artículo 7 del Capítulo II del Decreto 1567 de 1998, generando que el personal directivo que ingresa, desarrolle sus funciones sin el pleno conocimiento de aspectos transversales propios del Instituto y se dificulte su articulación a la cultura organizacional.
NC2	**Norma NTC ISO 9001:2015** ***Numeral 6.1.2*** *"La organización debe planificar: a) las acciones para*	**No conformidad Nº2. Inexistencia de cobertura en riesgos laborales el primer día de trabajo de servidores de planta.** Al revisar las evidencias de afiliación y certificados de cobertura de la administradora de riesgos laborales ARL Positiva, del profesional especializado 222-04, el Secretario ejecutivo 425-03

Nº	Criterio	Descripción
	abordar estos riesgos y oportunidades" **Decreto 1072 de 2015** *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo* ***Artículo 2.2.4.2.1.3.*** *Efectos de la afiliación. De conformidad con el literal k) del artículo 4° del Decreto Ley 1295 de 1994, la afiliación se entiende efectuada al día siguiente de aquel en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora respectiva.*	y el profesional universitario 219-03, de la muestra seleccionada, se identificó que las afiliaciones se realizaron el día de la posesión, generando riesgo de desprotección en riesgos laborales el día de ingreso de los servidores y riesgo para el IDU en cuanto a sanciones legales y el pago de las prestaciones asistenciales y económicas, en caso de accidentes laborales el primer día de trabajo, debido a que la cobertura de la ARL de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.2.1.3 efectos de la afiliación a la ARL y la Ley 1295 de 1994 artículo 4 literal k, aplica desde el día siguiente de haber recibido el registro de solicitud de afiliación, incumpliendo lo establecido en el numeral 6.1.2 de la NTC ISO 9001:2015 y el artículo 2.2.4.2.1.3 del Decreto 1072 de 2015.
NC3	**PRGL04 Actualización y evaluación del Normograma Institucional. Política operacional.** "*Los jefes de dependencias, líderes de los procesos y/o líderes operativos son responsables permanentemente, de identificar y reportar a la SGJ, los cambios en la normatividad (emisión de nuevas normas, derogación de las existentes), que regulan el proceso y las funciones establecidas para la dependencia a su cargo, con el fin de actualizar el normograma institucional y desarrollar las actividades posteriores establecidas en este procedimiento".*	**No conformidad Nº3. Desactualización del normograma del proceso** Se evidenció en el normograma del proceso de Gestión del Talento Humano y en la solicitud de actualización del mismo, dirigida a la SGJ en junio de 2018, que no se encuentra identificada la Ley 1857 de 2017 "*Por medio del cual se modifica la Ley 1361 de 2009 para adicionar y complementar las medidas de Protección de la Familia y se dictan otras disposiciones*", incumpliendo lo definido en la Política operacional del procedimiento PRGL04 Actualización y evaluación del normograma Institucional, situación que puede inducir a error o imprecisiones en decisiones o documentos que se tomen o adopten al interior del proceso.

3.19 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

En la ejecución de la auditoría, se contó con la participación activa de las personas designadas y de los colaboradores entrevistados. Es de resaltar la oportunidad en el suministro de la información y la disponibilidad para atender las inquietudes que se plantearon durante el desarrollo de la auditoría.

Se realizó la verificación de todas las actividades críticas contempladas en la caracterización del proceso, con los siguientes resultados:

Actividad crítica 1. Identificar políticas, lineamientos y estándares de la gestión documental

Como producto 2 de esta actividad, se encuentran establecidas, las tablas de retención documental, las cuales están publicadas en la intranet del IDU, por dependencias, como sigue: **105** DG, **115** OAP, **125** OTC, **135** OCI, **145** OAC, **155** OCD, **205** SGDU, **215** DTE, **225** DTP, **305** SGI, **315** DTD, **325** DTDP, **335** DTC, **336** STESV, **346** STEST, **355** DTM, **356** STMSV, **366**

STMST, **375** DTAI, **405** SGJ, **415** DTPS, **425** DTGJ, **435** DTGC, **505** SGGC, **515** DTAF, **516** STRH, **526** STRF, **536** STRT, **546** STPC, **556** STTR, **565** DTAV, **566** STJEF y **576** STOP.

Mediante radicado STRF 20175260207213 del 1 de septiembre de 2017, la Directora del IDU, solicitó a los Subdirectores Generales, Jefes de Oficina, Directores Técnicos y Subdirectores Técnicos, la revisión y firmas de la Tabla de Retención Documental, con el fin de asegurar la convalidación de las mismas.

Para este fin, se encuentran disponibles la GU-DO-01 Guía para la gestión documental del IDU V1.0, el DU-DO-01 Programa de Gestión Documental V2.0 y el MG-DO-01 Manual de gestión documental V17, dispuestos en la intranet, en el proceso de Gestión Documental.

Respecto al producto 4. Programa de Gestión Documental, se revisó una muestra de carpetas de archivos de gestión, activos que corresponde a los contratos IDU-708-2017, IDU-1233-2017, IDU-927-2017, IDU-1353-2017, IDU-914-2017, IDU-1429-2017, IDU-1081-2017, IDU-1088-2017, IDU-581-2017, IDU-1285-2018, verificando el diligenciamiento de las carpetas del archivo de gestión documental, según criterios establecidos: Código dependencia productora, código serie documental, código subserie documental, nombre del expediente, carpeta, tomo, folios, Nº Caja, fechas extremas: inicial y final.

En la conformación de dicho archivo de gestión, tanto funcionarios y contratistas del IDU, tienen como insumo la GU-DO-01 Guía para la Gestión Documental del IDU, cuyo objetivo es: "*Proporcionar a los Servidores Públicos del Instituto de Desarrollo Urbano — IDU, una guía para la Gestión Documental que informe y consolide las directrices, lineamientos, técnicas, procesos y procedimientos de tipo administrativo y técnico, que facilitan la adecuada organización de los documentos que se producen y reciben en ejercicio de las funciones y actividades del IDU, con la finalidad de conservar la memoria documental institucional, procurando la seguridad, trazabilidad y acceso a la información de la Entidad*." (Subraya fuera de texto).

Analizado el objetivo del documento anterior, además de lo definido en el numeral 4 del mismo, se considera pertinente revisar el público al que va dirigido, puesto que los servidores públicos son las personas que prestan sus servicios al Estado, a la administración pública. Según el artículo 123 de la Constitución de 1991 de Colombia, "*los servidores públicos son los miembros de las corporaciones públicas, lo empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios*", por lo que se estaría excluyendo personal contratado por OPS, que cuentan con este documento como insumo de sus actividades.

Actividad crítica 2. Determinar las necesidades del proceso de gestión documental

Esta actividad crítica, se documenta mediante los formatos y procedimientos implementados al interior de la entidad, para la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de la dependencia, lo cual fue constatado mediante entrevista realizada a los responsables del proceso.

Al corte del 30 de junio de 2018, conforme reporte enviado por la Dirección Técnica de Procesos Selectivos, se encuentra el siguiente proceso:

- IDU-LP-SGGC-002-2016; cuyo objeto es: "*Prestar servicios de gestión documental para el procesamiento técnico documental y digitalización de documentos en el sistema de información de gestión documental del Instituto de Desarrollo Urbano IDU*". Plazo del

contrato 8 meses. Presupuesto oficial $1.251.573.179. Fecha del contrato: 3 de febrero de 2017.

De igual manera, este proceso tiene que ver con la ejecución del plan de contratación, equivalente a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de la STRF, al 30 de mayo de 2018.

Actividad crítica 3. Administrar la producción documental

Resultado de las visitas realizadas a las instalaciones del archivo, del centro de documentación y las oficinas de archivo y correspondencia, verificado el producto 1. Documentos normalizados y controlados, de esta actividad, se observó que los documentos físicos y electrónicos del proceso, se encuentran dispuestos en la Documentación publicada en el Manual de Procesos del IDU.

Respecto al producto 2. Material bibliográfico, se observó que se encuentra en físico en los estantes del centro de documentación y de igual manera, dispuesto en https://webidu.idu.gov.co/pmb/ Sistema de Gestión de Bibliotecas - Centro de Documentación - Repositorio Institucional - Catalogo de Acceso.

Actividad crítica 4. Realizar el trámite documental

Esta actividad crítica, encuentra su soporte en el Sistema de Gestión Documental – ORFEO, versión 3.6.3 IDU, el archivo físico de la entidad y el MG-DO-01 Manual de gestión documental V17, de noviembre de 2014. De la misma manera, se encuentra documentada, en los siguientes procedimientos:

PR-DO-01 Tramite de comunicaciones oficiales recibidas
PR-DO-02 Tramite de comunicaciones oficiales enviadas internas recibidas
PR-DO-03 Organización de archivos de gestión
PR-DO-04 Organización del archivo intermedio
PR-DO-05 Consulta y préstamo de documentos
PR-DO-06 Tramite de comunicaciones oficiales internas

Respecto a los procedimientos PR-DO-01, PR-DO-02 y PR-DO-06, el área de Archivo y Correspondencia de la entidad, informó que se estaban actualizando, acorde a lo determinado en la norma como Gestión y tramite.

"*El Sistema de Información de Gestión Documental ORFEO, se constituye en el medio oficial de la Entidad para la radicación de todas las comunicaciones oficiales donde sólo el número y hora de radicación generada por el mismo, dará la validez para todos los efectos legales y administrativos.*

Este Sistema se constituye como una herramienta informática que apoya la gestión documental, desarrollada en Colombia por la Superintendencia de Servicios Públicos, bajo el esquema de código abierto con licenciamiento GPL que permite que su código fuente pueda ser modificado."[27]

[27] IDU. MANUAL DE GESTIÓN DOCUMENTAL - MG-DO-01 V-18. Pág. 14

La verificación al cumplimiento de esta actividad crítica, se realizó mediante entrevista a las personas designadas y visita a las instalaciones de archivo y correspondencia y el archivo de la entidad.

Actividad crítica 5. Gestionar la organización documental

Esta actividad crítica encuentra su soporte en el Sistema de Gestión Documental - Orfeo – Versión 3.6.3 IDU, el archivo físico de la entidad y el MGDO01 Manual de gestión documental V17 de noviembre de 2014.

Dentro de las políticas operacionales del procedimiento PR-DO-03 Organización de archivos de gestión, se determina que "Los *Servidores Públicos de la entidad tienen la responsabilidad de asignar adecuadamente la serie y/o subserie de acuerdo a la Tabla de Retención Documental de la dependencia, así como su control y seguimiento para su correcta aplicación*.", sin embargo, esta política no se aplica actualmente, siendo pertinente tener en cuenta la dinámica vigente del procedimiento.

De igual manera, el producto 2. Material Bibliográfico analizado, catalogado e indexado en el sistema de gestión de biblioteca y/o repositorio institucional, está dispuesto en https://webidu.idu.gov.co/pmb/ Sistema de Gestión de Bibliotecas - Centro de Documentación - Repositorio Institucional - Catalogo de Acceso.

Actividad crítica 6. Gestionar la disposición de los documentos

La actividad crítica se encuentra documentada, mediante el MGDO01Manual de gestión documental V17 de noviembre de 2014.

El producto 1. Inventario actualizado en el Sistema de Información de Gestión Documental y base de datos, de esta actividad, se relaciona con información reportada en el Sistema de Gestión Documental – ORFEO y se soporta en Acta del Comité de Archivo del 17 de diciembre de 2017.

Conforme el documento GUDO01 Guía para la gestión documental del IDU, en el numeral 14.2.11, se establece la ubicación del archivo virtual, así:

14.2.11 Archivo Virtual

- Ingresar al módulo de "Archivo" del Sistema de Información de Gestión Documental ORFEO, botón "Búsqueda Básica".
- Digitar el número del expediente en el campo que existe para este dato.
- Registrar la fecha del expediente en el cual se va a archivar.
- Buscar e ingresar por la palabra "No".

Fuente: Documento preliminar a la Guía GU-DO-01 V1.0

El archivo virtual, es gestionado por el área de Archivo y Correspondencia en un módulo, en el Sistema de Gestión Documental - ORFEO, versión 3.6.3 IDU, documentado según numeral

14.2.11 de la GUDO01, la cual contiene imágenes no nítidas, siendo pertinente implementar los correctivos para poder visualizarlas.

Al verificar el producto 3. Acta de eliminación documental, no se obtuvo evidencia relacionada, mientras que, para el producto 4. Transferencias secundarias, se realizan según aprobación de las TRD por el Archivo de Bogotá.

Para verificar esto, se realizó visita a las sedes del archivo, tanto en calle 22, como en calle 20, como se puede apreciar en los anexos asociados a este proceso.

Actividad crítica 7. Gestionar el desarrollo de colecciones

La actividad crítica se encuentra documentada, en el Manual de gestión documental MGDO01 V18 de junio 01 de 2018.

Al verificar el producto 3. Inventario anual, el centro de documentación, informó de las siguientes direcciones de inventarios:

INVENTARIO PLANOTECAS HORIZONTALES, dispuesto en https://docs. google.com/ spreadsheets/d/1BoZnO-espw_J0hKNOHn8d_KhPt2GrSZ4_En5BgkRvKGPmo/_edit?ts=_5b59_c 466#gid=0

INVENTARIO PLANOTECA PARED, dispuesto en https://docs. google. com/spreadsheets/_d/ 1fNRYY8CLE_x_hZ2l6Dc2QruJGuT9wMt0SuVRxETLH_k/edit?ts=5b59c540#gid=2073769941

INVENTARIO MATERIAL EN BODEGA: https://docs.google.com/_spreadsheets/_d/_1bkr3YN_ GG_TqMU4mQw11mR1LA7SmjhyDfbGpCW6ouFs/edit?ts=5b59ca41#gid=1339813287

INVENTARIO MEDIOS MAGNETICOS: https://docs.google.com/ spreadsheets/d/ 1tH3qb0zxc2qfeUYc0AP3LCKQQk01GsMRIdFC9ab04So/edit?ts=5b59c98b#gid=1883662054

En la entrevista realizada el 15 de junio en la oficina del centro de documentación, para el producto 4. Evaluación y descarte documental, se evidenció como soporte del Acta Nº 20 de baja documental, de 11 de abril de 2018, el formato STDO-024 Evaluación de colecciones, el cual está publicado en el mapa de procesos de intranet, pero no aparece referenciado en el Listado Maestro de Documentos. Adicionalmente, el encabezado del formato es como sigue:

> DIRECCION TECNICA DE APOYO CORPORATIVO (dependencia no vigente en IDU)
> SUBDIRECCION TECNICA DE RECURSOS FISICOS
> EVALUACION DE COLECCIONES

Por su parte, en el Procedimiento PR-DO-09 Servicios y gestión de las colecciones V3.0, del 18 de julio de 2017, se define en el numeral 1.2.1.27 Proceso Evaluación de Colecciones y descarte documental: "(…) *Los documentos seleccionados para descarte se registran en el formato 024 Evaluación de Colecciones, se elabora concepto y acta de descargue* (…)"

Actividad crítica 8. Proporcionar servicios de consulta y préstamo de documentos

En desarrollo de la presente evaluación esta actividad crítica se documentó, acorde al MGDO01 Manual de gestión documental V.17 de noviembre de 2014, adoptado mediante Resolución

Nº103701 de 2014 "*Por la cual se adopta la versión 17 del Manual de Gestión Documental del Instituto de Desarrollo Urbano IDU*", que define en el numeral 10. Consulta de documentos y/o préstamos.

Actividad crítica 9. Aplicar criterios de valoración documental

Según lo definido para la actividad crítica 6, se ratifica al verificar esta actividad, que no se obtuvo evidencia relacionada, con el producto 2. Acta de eliminación documental, mientras que, para el producto 4. Transferencias secundarias, se realizan según aprobación de las TRD por el Archivo de Bogotá.

Mediante el Decreto 2609 diciembre 14 de 2012, expedido por el Presidente de la República de Colombia, "*Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado* ", determina en el artículo 16º *Generalidades del sistema de gestión documental.*

Las entidades públicas deben contar con un sistema de gestión documental que permita:

a. Ejecutar procesos de eliminación parcial o completa de acuerdo con los tiempos establecidos en las TRD o TVD.

Los procesos de eliminación parcial o completa, son propios del Sistema de gestión documental de la entidad, sin embargo, en el IDU, este proceso no se ha realizado.

Mediante radicado 20185260656312 de 2018, el Consejo Distrital de Archivos de Bogotá D.C, informa al Subdirector General de Gestión Corporativa, que mediante el artículo 3º de la parte resolutiva del Acuerdo 6 del 23 de mayo de 2018, se dispuso convalidar la tabla de valoración documental, presentada por el Instituto de Desarrollo Urbano – IDU, sin embargo, no se ha convalidado la TRD del IDU.

Actividad crítica 10. Preservar la memoria institucional a largo plazo

La descripción de esta actividad crítica, es "*Brindar las condiciones físicas y ambientales para la manipulación, el almacenamiento, custodia y protección de la información independiente del medio, soporte y forma de registro durante su ciclo vital, incorporando nuevas tecnologías*".

No obstante, de acuerdo con los productos de esta actividad: 1. Documentos conservados, 2. Documentos digitalizados, 3. Documentos microfilmados, 4. Plan de migración de datos, se pudo evidenciar que no se cuenta con las condiciones físicas y ambientales adecuadas para la manipulación, el almacenamiento, custodia y protección del archivo físico, conforme a la normatividad vigente. La entidad debe determinar la forma de centralizar en un solo lugar la documentación del Instituto de Desarrollo Urbano – IDU, bajo condiciones físicas y ambientales establecidas a fin de garantizar la conservación, preservación y custodia de los documentos de forma adecuada. Ver anexo Condiciones físicas.

Lo anterior debe ser acorde con lo reglado por el Archivo General de la Nación en el Acuerdo 48 del 2000, Acuerdo 49 del 2000, Acuerdo 50 del 2000 y la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivos para Colombia), que establece las condiciones para los locales destinados como sedes

de archivos, estantería, mobiliario, contenedores y para la conservación preventiva de documentos.

Actividad crítica 12. Evaluar el desempeño del proceso e identificar oportunidades de mejora

Planes de mejoramiento: Producto de los informes de auditoría interna y externa, las dependencias estructuran planes de mejoramiento, diligenciados en el aplicativo CHIE, con base en lo cual, se revisaron las acciones de mejora en estado terminado y objeto de esta evaluación, para evaluar su efectividad. Se pudo evidenciar que la acción 766 cuyo objetivo es "*Prevenir la ocurrencia de extravío de documentos contenidos en las cajas, enviadas o recibidas del servicio de bodegaje*", pierde efectividad, ya que se identificó que, durante el traslado de información entre las sedes, se puede perder la información, puesto que esta es trasladada en una carretilla, sin mayor protección.

En este sentido, se evidencia que solamente se está tratando una parte del riesgo y la acción no cubre el nuevo riesgo evidenciado.

Por lo anterior, se recomienda a los líderes del Proceso Gestión Documental, verificar la efectividad de las acciones de mejoramiento terminadas, para no repetir las causas que generan las no conformidades ya tratadas. Acorde a lo estipulado en el numeral 10.3 Efectividad, de la GU-PE-018 V.4.0 Guía de seguimiento a la gestión _ IDU (…) "*La efectividad está relacionada con las respuestas que demos al interrogante ¿para qué se hizo?; (…) los resultados alcanzados frente a los bienes o servicios generados a los clientes y usuarios*". En este sentido, es necesario formular una nueva acción al respecto.

Gestión de riesgos: El conocimiento y referenciación de los riesgos identificados en las matrices de riesgos, fue proporcionada por el profesional encargado del tema en la Subdirección Técnica de Recursos Físicos - STRF - quien explicó la gestión realizada al respecto mediante entrevista presencial.

Al analizar la matriz de riesgos del proceso de Gestión Documental, se pudo establecer que no se identificaron riesgos relacionados con la amenaza "1) Catástrofes naturales (…) ver tabla 1.", que se encuentra en la matriz de contexto estratégico del riesgo del proceso evaluado, por lo que es necesario que se utilicen las herramientas institucionales para la identificación y valoración de los riesgos de gestión.

Tabla 1. Extracto contexto estratégico del riesgo.

AMENAZAS	
FACTOR	**ANÁLISIS**
Natural	1) Catástrofes naturales o factores que afecten la infraestructura física y operativa en donde se desarrolla el proceso de Gestión Documental y en los lugares donde se almacena y custodia la información."

http://intranet/Mapa_procesos/IntenasMain/apoyo/documental.asp

Teniendo en cuenta que en la matriz de riesgos institucional IDU abril 2018, se incluyen los siguientes riesgos:

R.DO.01 Que no se implemente completa y correctamente el Subsistema de Gestión Documental,
R.DO.02 Que se presente pérdida o deterioro de la información,

R.DO.03 Que se preste servicio ineficiente al usuario,
R.DO.04 Que el Centro de Documentación no cuente con la versión final de los documentos o que el existente se encuentre desactualizado; se recomienda implementar las medidas necesarias para administrar el riesgo que pueda generar esta amenaza por causa de un factor natural.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Además de evaluar las actividades criticas definidas en la caracterización del proceso de Gestión Documental, se evaluaron los siguientes aspectos:

- Información documentada del proceso

Se realizó cruce de información documentada del Manual de procesos de Gestión Documental y el listado Maestro de documentos, evidenciándose falta de control en la información documentada vigente, la derogada y la publicada en la intranet del IDU., evidenciando:

Los siguientes documentos están publicados en la intranet del IDU, no obstante, en el listado maestro de documentos, se encuentran derogados:

Listado maestro de documentos VRS - Proceso Gestión Documental					
CODIGO	**PROCESO**	**TIPO DOCUMENTO**	**NOMBRE**	**VERSION No**	**ESTADO**
FO-DO-05	Gestión Documental	Formato	Planilla entrega de documentos para digitalizar en Orfeo.	2.0	Derogado
FO-DO-07	Gestión Documental	Formato	Oficio de Salida	1.0	Derogado
FO-DO-08	Gestión Documental	Formato	Memorando	1.0	Derogado
FO-DO-09	Gestión Documental	Formato	Circular	1.0	Derogado
FO-DO-10	Gestión Documental	Formato	Resolución	1.0	Derogado
FO-DO-13	Gestión Documental	Formato	Entrega de inventario documental por traslado o retiro	1.0	Derogado
GU-DO-01	Gestión Documental	Guía	Guía para la gestión documental	1.0	Derogado
FO-DO-14	Gestión Documental	Formato	Tabla de valoración documental	1.0	Derogado

Fuente: Listado maestro de documentos - http://intranet/Mapa_procesos/index.asp -en mayo de 2018

Se observó que el formato FODO12 Requerimientos de archivo a la bodega de gestión documental V2.0, está publicado, sin embargo, en el listado maestro de documentos sólo aparece el formato FODO12 V1.0 que se encuentra derogado.

Por otro lado, se comprobó que los siguientes documentos están publicados y no están en el Listado Maestro de Documentos:

Listado maestro de documentos VRS - Proceso Gestión Documental					
CODIGO	**PROCESO**	**TIPO DOCUMENTO**	**NOMBRE**	**VERSION Nº**	**ESTADO**
FO-DO-16	Gestión Documental	Formato	Rotulo Carpeta de Archivo	1.0	Publicado
FO-DO-23	Gestión Documental	Formato	ENTREGA DE RADICADOS AL ARCHIVO CENTRAL	2.0	Publicado

Listado maestro de documentos VRS - Proceso Gestión Documental					
CODIGO	**PROCESO**	**TIPO DOCUMENTO**	**NOMBRE**	**VERSION Nº**	**ESTADO**
FO-DO-24	Gestión Documental	Formato	ENTREGA PRUEBAS DE ENTREGA A LAS DEPENDENCIAS	1.0	Publicado
FO-DO-25	Gestión Documental	Formato	HOJA TESTIGO Y/O REFERENCIA CRUZADA	1.0	Publicado
FO-DO-26	Gestión Documental	Formato	PRESTAMO DE DOCUMENTOS EN EL ARCHIVO CENTRAL	1.0	Publicado
PR-DO-09	Gestión Documental	Procedimiento	Servicios y gestión de las colecciones	3.0	Publicado
GU-DO-01	Gestión Documental	Guía	Guía para la gestión documental	1.0	Publicado

Fuente: Listado maestro de documentos - http://intranet/Mapa_procesos/index.asp -en 20/06/2018

Por lo anterior, es necesario implementar las respectivas medidas, para dar cumplimiento a la NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad y demás normatividad implementada en el Instituto de Desarrollo Urbano - IDU.

- **Normatividad asociada al proceso**

Se evidenciaron imprecisiones en el normograma del proceso, ya que relaciona exclusivamente algunos artículos a cumplir en el proceso, según cada una de las siguientes leyes, pudiendo ocasionar confusiones u omisiones a los colaboradores del proceso.

A continuación, se transcribe la “normatividad aplicable”, objeto de esta observación:

- Ley 734 de 2002 “*Por la cual se expide el Código Disciplinario Único*”; los artículos 34."*Deberes de los servidores públicos*"; y 35."*Prohibiciones de los servidores públicos*".

- Ley 1755 de 2015 *"Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo";* artículos 15. "Presentación y radicación de peticiones" y 16. "Contenido de las peticiones".

- Ley 1753 de 2015 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”; artículos 45. "Estándares, modelos y lineamientos de tecnologías de la información y las comunicaciones para los servicios al ciudadano"; 159. "Obligatoriedad de suministro de información" y 193. "Acceso a las TIC y despliegue de infraestructura".

- Ley 1437 de 2011 “*Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo*”; artículos 7. "*Deberes de las autoridades en la atención al público*" y 8. "*Deber de información al público*".

- Acuerdo 002 de 2009 **"***Por el cual se establece la Estructura Organizacional del Instituto de Desarrollo Urbano, las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones*" artículo 26.- Subdirección General de Gestión Corporativa. Tendrá las siguientes funciones (…) No obstante, la Dirección Técnica Administrativa y Financiera y la Subdirección Técnica de Recursos Físicos, son líderes operativos del proceso y también les aplica las funciones estipuladas en el Acuerdo 002 de 2009.

Por lo anterior, se recomienda revisar el normograma e implementar los correctivos a que haya lugar, para que este sea una herramienta que permita delimitar las normas que regulan sus actuaciones en desarrollo del objeto misional de las dependencias a cargo del proceso.

- **Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo**

Durante las visitas realizadas a los espacios de almacenamiento de información física o archivo, se evidenció que:

a. Gran parte del personal que manipula los archivos, no utiliza de manera correcta los elementos de protección personal, como se puede observar en el Anexo Uso deficiente de los elementos de protección personal.

b. Asimismo, algunos de los estantes que contienen documentación de entrada, no se encuentran asegurados a la pared, lo que se convierte en un riesgo para los trabajadores de esa zona, al poderse caer.

c. Se verificó con corte al 30 de abril de 2018, la afiliación y el pago de la Administración de Riesgos Laborales - ARL, por parte de los contratistas de prestación de servicios asociados a los siguientes contratos:

CONTRATO	HONORAR.	AREA	RIESGO	VR MENS	ARL 1	OBSERVACIONES
IDU-213-2018	$ 1.350.000	ARCHIVO	1	$ 781.242	$ 8.200	En la cláusula 12 del contrato tiene riesgo 1, sin embargo, se está pagando con riesgo 2
IDU-416-2018	$ 1.350.000	ARCHIVO	1	$ 781.242	$ 4.078	
IDU-187-2018	$ 1.350.000	ARCHIVO	1	$ 781.242	$ 4.078	
IDU-1150-2018	$ 1.900.000	ARCHIVO	1	$ 781.242	$ 4.078	
IDU-355-2018	$ 1.900.000	ARCHIVO	1	$ 781.242	$ 4.078	
IDU-356-2018	$ 2.450.000	ARCHIVO	1	$ 980.000	$ 5.116	
IDU-743-2018	$ 1.700.000	ARCHIVO	1	$ 1.000.000	$ 5.220	
IDU-184-2018	$ 1.350.000	ARCHIVO	1	$ 781.242	$ 4.078	
IDU-106-2018	$ 1.350.000	ARCHIVO	1	$ 781.242	$ 4.078	
IDU-702-2018	$ 1.900.000	CENTRO DE DOCUMENT.	1	$ 781.242	$ 4.078	

Fuente: Reporte y soportes STRF y Contratos SIAC

De acuerdo con la información suministrada en la tabla anterior, se recomienda que el contratista del contrato IDU-213-2018, efectúe las actividades respectivas para pagar, por concepto de ARL, el valor que corresponde por concepto de nivel de riesgo 1, ya que según el análisis de riesgo determinado por el IDU, en el contrato IDU-213-2018 – cláusula décima segunda – obligatoriedad de afiliación al sistema de riesgos laborales: el contratista (…) De acuerdo con el análisis del riesgo, se determinó que el contratista tiene el riesgo 1 para la afiliación a la ARL, toda vez que de acuerdo a las actividades que va a realizar, no requiere visitas a obras y/o fuera de la entidad.” No obstante, para los meses de abril y mayo de 2018, el contratista pagó nivel de riesgo 2, es decir $8.200 mensuales, acorde a la planilla de pagos de estos meses.

De otra parte, se evidenció que el proceso Gestión Documental, da manejo oportuno a los indicadores de gestión y mapas de riesgos del proceso, lo anterior se evidenció en los indicadores y reportes presentados por la STRF a la OAP.

- **Aspectos ambientales**

Durante el recorrido por las áreas donde se conserva el archivo, se pudo observar que se están apilando cajas en los pasillos. Ver Anexo Archivo apilado en los pasillos en el archivo anexo asociado a este proceso.

También se pudo evidenciar la existencia de tuberías de agua, lo que puede llegar a causar inundación y, por lo tanto, deterioro en la documentación. Además, se observó un agujero en la parte superior de una de las paredes, lo que puede convertirse en nido de plagas o roedores y/o permitir el ingreso de éstas, ya que aparenta ser un ducto de ventilación abandonado. Ver Anexo Condiciones físicas en el anexo asociado a este proceso.

Otro aspecto encontrado fue el mal manejo de los puntos ecológicos. En este punto se encontraron ganchos de legajar metálicos con sus componentes plásticos en la caneca azul, que está destinada para el papel, mientras que la caneca gris está prácticamente desocupada. Ver Anexo Utilización de los puntos ambientales en el anexo asociado a este proceso.

- **Indicadores de gestión**

Consultado el cuadro de mando (indicadores), con corte a marzo de 2018, se evidenció que el proceso realiza reporte y control del indicador 5263, “Nivel de cumplimiento del Programa de Gestión Documental (PGD)”, se encuentra en 86,42% de avance, lo cual está conforme con lo planeado y está en un nivel de cumplimiento adecuado (color verde).

3.19.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**Ley 594 de 2000. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Art. 19. Soporte documental**. “*Las entidades del Estado podrán incorporar tecnologías de avanzada en la administración y conservación de su archivos, empleando cualquier medio técnico, electrónico, informático, óptico o telemático, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos: (…) b) Realización de estudios técnicos para la adecuada decisión, teniendo en cuenta aspectos como la conservación física, las condiciones ambientales y operacionales, la seguridad,*	**No conformidad Nº1. Inadecuadas condiciones físicas y ambientales para la manipulación, el almacenamiento, custodia y protección del archivo documental del Instituto.** Se evidenció que no se cuenta con las condiciones físicas y ambientales adecuadas para la manipulación, el almacenamiento, custodia y protección del archivo físico, conforme a lo reglado por el Archivo General de la Nación en la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivos para Colombia), Acuerdo 48 del 2000, Acuerdo 49 del 2000, Acuerdo 50 del 2000 y el numeral 7.1.3 de la NTC ISO 9001:2015, generando riesgo de pérdida de información, que soporta la operación del Instituto, la cual debe estar salvaguardada y protegida, además de generar riesgos para la salud de los trabajadores. Lo anterior teniendo en cuenta que durante el recorrido por las áreas donde se conserva el archivo, se pudo observar

Nº	Criterio	Descripción
	perdurabilidad y reproducción de la información contenida en estos soportes, así como el funcionamiento razonable del sistema". **NTC ISO 9001:2015, numeral 7.1.3 Infraestructura**. "*La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA: La infraestructura puede incluir: a) edificios y servicios asociados (…)"*	que se están apilando cajas en los pasillos, exposición de tuberías de agua, agujero en la parte superior de una de las paredes, relacionados con condiciones físicas y ambientales establecidas a fin de garantizar la conservación, preservación y custodia de los documentos de forma adecuada.
NC2	**Anexo técnico Resolución 1111 de 2017, Estándar E4.2: Medidas de prevención y control para intervenir los peligros/riesgos, numeral 4.2.6**: "*Se les suministran a los trabajadores que lo requieran los Elementos de Protección Personal y se les reponen oportunamente conforme al desgaste y condiciones de uso de los mismos. Se verifica que los contratistas y subcontratistas que tengan trabajadores realizando actividades en la empresa, en su proceso de producción o de prestación de servicios se les entrega los Elementos de Protección Personal y se hace reposición oportunamente conforme al desgaste y condiciones de uso de los mismos*" **DUAC03 Matriz de Elementos de Protección Personal** – Subdirección Técnica de Recursos físicos - Centro de documentación.	**No conformidad Nº2: Uso no adecuado de los elementos de protección personal.** Se evidenció que el personal del centro de documentación, que manipula los documentos, archivos y carpetas, no utiliza de forma correcta los elementos de protección personal asignados, para protección de manos y sistema respiratorio, incumpliendo lo establecido en el numeral 4.2.6, del estándar E4.2, del Anexo técnico Resolución 1111 de 2017 y lo definido en la DUAC03 Matriz de Elementos de Protección Personal, lo que genera que los empleados se encuentren expuestos a distintos peligros relacionados con material particulado, lesiones en manos por manipulación de papel y elementos cortopunzantes, partículas de origen biológico (ácaros, moho, polvo de celulosa entre otros). Adicionalmente, en la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos 2018, no se encontró el riesgo o peligro de contraer enfermedades respiratorias por la manipulación de archivo con polvo o humedad.
NC3	**PRMC01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión, numeral 1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento:** *"Formular las acciones del Plan de Mejoramiento, las cuales deben estar encaminadas a corregir la no conformidad o el hallazgo*	**No Conformidad N°3. Acciones de planes de mejoramiento no efectivas** Se evidenció que la acción 766 no fue efectiva, toda vez que, aunque se encuentra terminada según lo planeado, los hallazgos han sido recurrentes, incumpliendo lo definido en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PRMC01 y afectando el cumplimiento del numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015, generando que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen, afectando el normal desempeño del Instituto.

Nº	Criterio	Descripción
	detectado y a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad". **NTC ISO 9001:2015, numeral 10.2.1** "*Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: …b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte*".	

3.20 PROCESO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

En el marco de lo establecido en el Plan de Auditoría Interna al SIG, se realizaron verificaciones de soportes, registros y documentación asociada con las actividades críticas establecidas en la caracterización del proceso Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación, de acuerdo con los criterios de auditoría, haciendo énfasis en las siguientes:

Actividad 1. Direccionamiento estratégico de TIC

Teniendo en cuenta la descripción de la actividad y de acuerdo con los productos generados, a partir del análisis y diagnóstico de tecnologías existentes y las necesidades identificadas de los usuarios, con el propósito de agregar valor a la gestión de la organización, se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Se evidenció que a la fecha de verificación (julio de 2018), no se dispone del "Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación - PETIC", conforme se venía desarrollando en las anteriores vigencias, según lo establecido en la Resolución 305 de 2008, expedida por «*Por la cual se expiden políticas públicas para las entidades, organismos y órganos de control del Distrito Capital, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones respecto a la planeación, seguridad, democratización, calidad, racionalización del gasto, conectividad, infraestructura de Datos Espaciales y Software Libre*»

  No obstante lo anterior, se estableció que la mencionada resolución 305 de 2008, ha sido modificada por otras resoluciones[28], que modificaron los aspectos relacionados con el término específico de presentación del citado Plan Estratégico, modificando su denominación por "Plan Estratégico de TIC" - PETI.

  Por lo anterior, es recomendable agilizar la formulación y adopción del "Plan Estratégico de TIC" – PETI, toda vez que se considera que, al mes de julio de 2018, sería pertinente disponer

[28] Resolución 02 de 2011 ("Por la cual se adoptan las políticas específicas, el reglamento general, los reglamentos específicos y los instrumentos para el desarrollo de la Infraestructura Integrada de Datos Espaciales para el Distrito Capital –IDECA-." y Resolución 004 de 2017, "por la cual se modifica la Resolución 305 de 2008 de la CDS".

de la planeación estratégica, que permita validar la ejecución del plan de acción, que actualmente realiza el proceso de Gestión de TI.

- Se cuenta con el producto 2. “Plan de adquisiciones/ Plan de contratación”, el cual está implementado y en desarrollo, en lo relacionado con los contratos establecidos y los recursos asociados a los profesionales que prestan sus servicios, a través de las órdenes de prestación de servicios.

- Se evidenció la disponibilidad del producto 3, registrado en la caracterización del proceso como “Plan de acción” y así mismo, del producto 4. “Indicadores de Gestión”, los cuales fueron formulados al inicio de la vigencia.

Actividad 3. Gestión de Infraestructura de TI

En relación con esta actividad, se priorizaron para su verificación, los siguientes productos definidos en la caracterización del proceso, a saber:

2. Backup de información ordinario
3. Backup de información por demanda
4. Información restaurada
8. Políticas de copias de seguridad de las bases de datos.

Como criterio principal para realizar la verificación de los productos mencionados anteriormente, se tomó el MG-TI-16 Manual Copias Seguridad V3.0, adoptado mediante resolución 494 de 2017, cuyo objetivo general consiste en “*definir lineamientos sobre la generación y restauración de copias de seguridad, que permitan la salvaguardia de la integridad de la información, y faciliten la continuidad de operación con un mínimo tiempo de interrupción*.”

Frente a los lineamientos descritos en el MGTI16 Manual de Copias de Seguridad V3.0, se realizó la verificación de actividades puntuales de control, solicitando los registros o información documentada asociada, identificándose las siguientes situaciones, frente a cada uno de los criterios verificados:

- Numeral 6. Políticas de respaldo y Conservación de la Información*, inciso cuarto, que establece que “(…) semestralmente se establecerá una planeación para la toma de copias de seguridad, la cual deberá ser realizada por el administrador del centro de cómputo y/o líder del grupo funcional de infraestructura.*

  Se identificó que la planeación para la toma de copias de seguridad está configurada y parametrizada en el equipo que contiene el software especializado que se utiliza para este tipo de trabajos (herramienta Symantec Backup Exec 15) y de acuerdo con la demostración y los registros a manera de pantallazos, realizada por el profesional a cargo en la STRT, contiene la programación para la realización de copias de seguridad asociadas a:

  a) Base de Datos Oracle
  b) Copia de Seguridad a Base de Datos SQL Server
  c) Copia de Seguridad de Archivos o Recursos Compartidos
  d) Copia de Seguridad de Servidores Web
  e) Copia de Seguridad de Servidores de Postgress

No obstante la demostración y soportes de registros de pantallazos presentados por el profesional a cargo, respecto a la planeación de la ejecución de copias de seguridad, no fue posible evidenciar, a través de los registros presentados, quién fue la persona que estableció la planeación, lo cual representa una debilidad en la gestión de información documentada, ya sea a través del software o a través de un registro en medio físico, de manera que se evidencie lo establecido en el numeral 6 del MGTI16 Manual de Copias de Seguridad.

- Numeral 7.1 Administrador del centro de cómputo*. Registro que acredite la designación del rol de administrador del centro de cómputo*.

  De acuerdo con lo informado por los profesionales a cargo, el rol de administrador del Centro de Cómputo corresponde al funcionario de planta con cargo Profesional Universitario 219-03, lo cual se verificó en el Manual de funciones, de acuerdo con el propósito principal y una de las funciones.

- Numeral 7.1 viñeta 5 *"(…) realizar cronograma de actividades para la toma de las copias de seguridad y mantenerlo actualizado periódicamente. (…)"*

  De acuerdo con la verificación realizada, no se evidenció que se generen registros asociados al cronograma para la toma de copias de seguridad, en relación con las actividades a cargo del profesional que tiene a cargo el rol de Administrador del Centro de Cómputo.

- Numeral 7.1. viñeta 6 *"(…) vigilar y controlar que el área encargada de supervisar el contrato de almacenamiento y custodia de los medios magnéticos en sitio externo, cumpla con las obligaciones pactadas con el IDU. (…)"*

  De acuerdo con la verificación realizada, no se evidenció que se generen registros asociados a la actividad de vigilar y controlar que el área encargada de supervisar el contrato de almacenamiento y custodia de los medios magnéticos cumpla con las obligaciones pactadas con el IDU; lo anterior en relación con las actividades a cargo del profesional que tiene a cargo el rol de Administrador del Centro de Cómputo.

- Numeral 7.2 Operador de Copias de Seguridad*. Relacionado con las actividades que debe realizar el rol de operador de copias de seguridad, en la viñeta 2 establece "(…) Presentar al Subdirector, informes de estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración realizados, de forma bimestral."*

  De acuerdo con la verificación realizada, no se evidenció que el profesional que ejerce el rol de Operador de Copias de Seguridad, presente a la Subdirectora Técnica de Recursos Tecnológicos, informes de estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración realizados, de forma bimestral.

- Numeral 9.3 Criterios para seleccionar las aplicaciones del IDU que serán respaldadas.

  Se identificó, a través de las visualizaciones y registros generados a manera de pantallazos, por el profesional a cargo, que se realizan copias de seguridad según los criterios establecidos en el numeral 9.3, lo cual se constató en el equipo que contiene el software especializado que se utiliza para este tipo de trabajos (herramienta Symantec Backup Exec 15), de la siguiente manera:

a) Base de Datos Oracle. Se realiza copia de seguridad de todas las aplicaciones que están asociadas con base de datos en ORACLE.
b) Copia de Seguridad a Base de Datos SQL Server. Se realiza copia de seguridad a las aplicaciones asociadas con bases de datos en SQL Server.
c) Copia de Seguridad de Archivos o Recursos Compartidos. Se realiza copia de seguridad a todos los recursos compartidos (carpetas que se crean a petición de las áreas en servidores de almacenamiento de red)
d) Copia de Seguridad de Servidores Web. Se realiza copia de Seguridad a las aplicaciones que corren bajo servidores Web.
e) Copia de Seguridad de Servidores de Postgress. Se realiza copia de seguridad a las aplicaciones que corren bajo servidores Postgress que se desarrollan bajo la filosofía de software libre como son: Sistema de Peticiones Quejas, Reclamos PQRs y OpenERP.
f) Copia de Seguridad de servidores Virtualizados. Se realiza copia de seguridad de los servidores virtualizados (VMware) que soportan aplicaciones como: Red inalámbrica y desarrollo de software libre en plataforma Open ERP.
g) Copia de Seguridad de Servidor de Correo. Se solicitan adicionalmente, registros que permitan evidenciar la realización de copias de seguridad del servidor de correo, de acuerdo con lo establecido en el numeral 9.3.7. Copia de Seguridad de Servidor de Correo.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo establecido en el Manual de Copias de Seguridad, actualmente el Instituto cuenta con el servicio de Google Apps Vault, complemento para Google Apps que permite conservar, archivar, buscar y exportar los mensajes de correo electrónico y de chat de la organización. El servicio Vault está totalmente basado en la Web, por lo que no hay necesidad de instalar o mantener ningún software.

- Numeral 9.8 Proceso de verificación de las Copias de Seguridad.

  De acuerdo con la verificación realizada, no se evidenció que el proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación, a través de los profesionales que ejercen los roles de Administrador del Centro de Cómputo y el Operador de Copias de Seguridad, realicen las actividades para definir cuál será la tarea a restaurar, de una parte y de otra la realización efectiva de la tarea de restauración, conforme a lo especificado.

  Así mismo, se evidenció que el formato Bitácora de Control de Restauraciones de Copias de Seguridad (FO-TI-24) fue retirado de la documentación del SIG, lo cual debilita el registro de controles asociados a la restauración de copias de seguridad.

Actividad 7. Gestión de Servicios de TI

De acuerdo con lo anterior y como parte de la verificación de esta actividad crítica, se efectuó revisión de algunos de los documentos asociados y unas pruebas en relación con los aplicativos CHÍE: Módulo Gestión TIC, utilizado para realizar la gestión de los usuarios de tecnología del Instituto, mediante el registro de solicitudes para creación, modificación o terminación de cuentas de usuarios en el directorio activo o sistema de información administrados por la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos, y Aranda, que es el Sistema de Gestión Mesa de Servicios de TI, utilizado para la gestión de recursos y servicios de tecnología del IDU.

- Respecto a la revisión documental, se identificaron aspectos que indican desactualización de algunos procedimientos y documentos asociados al proceso que forman parte del Sistema Integrado de Gestión – SIG, como:

  i. Procedimiento “Gestionar Usuarios Tecnológicos”, código PR-TI-02, versión 1:

  a. El numeral 1.1.3 “Marco Normativo” hace referencia a los documentos “Marco de Referencia Normativa” y “Guía Técnica de Seguridad de la Información”, los cuales no fueron encontrados dentro de la documentación del Sistema Integrado de Gestión, asociada al proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación, ni relacionados en el Listado Maestro de Documentos o en el Normograma del proceso.

     En validación con personal de la STRT, se confirmó que dichos documentos no existen, que la Política de Control de Acceso (a la que hace alusión el primer documento) se encuentra en el artículo cuarto de la Resolución IDU 34217 de 2015, que adopta “[…] *las políticas de Seguridad de la Información de acuerdo con el marco de referencia establecido en el Anexo A de la Norma NTC-ISO-IEC 27001:2013*” y que para la gestión de contraseñas (a la que hace alusión el segundo documento) se tienen en cuenta los lineamientos señalados en el numeral 6.1 del documento DU-TI-06 “Políticas Operaciones de TIC”.

  b. El numeral 1.1.6.2 “Diligenciar Formato de Solicitud” indica que “*El usuario solicitante deberá diligenciar el formato que corresponda según el tipo de solicitud que debe realizar*” y que para los casos de creación y restablecimiento “[…] *el usuario solicitante debe obtener el formato en el área correspondiente*”; sin embargo, actualmente no se utilizan formatos para solicitar, modificar o cancelar cuentas de usuario o permisos de acceso a los aplicativos o recursos tecnológicos del Instituto, sino que para ello se utilizan herramientas como Aranda o CHÍE: Módulo Gestión TIC.

  c. Igualmente, en el procedimiento PR-TI-02, versión 1, los numerales 1.1.6.3 “Solicitar Autorización”, 1.1.6.4 “Radicar Solicitud”, 1.1.6.5 “Recibir Solicitud”, 1.1.6.6 “¿Formato de solicitud correcto?”, 1.1.6.7 “Devolver para completar”, 1.1.6.8 “Generar Radicado de Solicitud”, 1.1.6.9 “Recibir Solicitud”, 1.1.6.10 “¿Formato de solicitud completo y autorizado?”, 1.1.6.17 “Final”, 1.1.6.25 “Final”, y 1.1.6.32 “Final” hacen referencia a formatos físicos que actualmente no se utilizan, toda vez que las actividades se efectúan a través de herramientas como Aranda o CHÍE: Módulo Gestión TIC.

  d. Los numerales 1.1.6.33 “FO-GAF-4PT-13” (Formato para el restablecimiento de contraseñas de usuario), 1.1.6.34 “FO-TI-01” (Formato para la cancelación definitiva de una cuenta de usuario), y 1.1.6.35 “FO-GAF-181” (Formato para la creación de nuevos usuarios), corresponden a formatos que se encuentran derogados o que no están registrados en la documentación del SIG.

  e. En la nota (1) del numeral 1.2.1.3 “Crear nuevo buzón” se señala que “*Para mayor claridad sobre los pasos que se deben seguir para crear adecuadamente un buzón en la aplicación correspondiente, se recomienda leer la versión actualizada del manual de Exchange*”. Exchange es una herramienta de Microsoft para correo electrónico; no obstante, actualmente el correo electrónico institucional es provisto a través de la plataforma G Suite de Google.

ii. Procedimiento “Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información”, código PR-TI-06, versión 2.0:

f. En el numeral 1.1.3 “Marco Normativo” no está incluida la Resolución 004 de 2017 de la Comisión Distrital de Sistemas, modificatoria de la Resolución 305 de 2008, “*Por la cual se expiden políticas públicas para las entidades, organismos y órganos de control del Distrito Capital, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones respecto a la planeación, seguridad, democratización, calidad, racionalización del gasto, conectividad, infraestructura de Datos Espaciales y Software Libre*”.

g. En el numeral 1.1.6.3 “Presentar Solicitud”, se indica que los usuarios pueden reportar eventos respecto a los recursos de tecnología o presentar solicitudes de servicio a través de diferentes canales, entre los que mencionan: “Sede Calle 20: vía telefónica en la extensión 3434, correo electrónico a la mesa de servicios — helpc120@idu.gov.co”. No obstante, se verificó que ese correo electrónico no está habilitado y la extensión está asignada a un contratista del grupo de Urbanizadores, de la Dirección Técnica de Administración de Infraestructura - DTAI.

h. No está establecido el tiempo de duración de la actividad 1.1.6.14 “Prestar soporte de segundo nivel” y en la actividad 1.2.1.9 “Informar y documentar la solución” el tiempo de duración de la actividad es de 0,01 minutos (no más de un segundo), el cual podría resultar insuficiente para “[…] *hacer una revisión general de la solución y su efectividad, el reportar a las partes interesadas sobre la solución dada al caso, y por último levar a cabo el cierre del caso en la herramienta de mesa de servicios con una descripción de las acciones emprendidas*”.

iii. Documento “Catálogo de Servicios de Tecnologías de la Información y la Comunicación”, código DU-TI-01, versión 2.0:

i. En este catálogo está registrado que el horario de atención es de lunes a viernes: 6:30 a.m. - 7:00 p.m. y sábados 8:00 a.m. - 12:00 m (ver numerales 4.1.1 “Atención de eventos de tecnología”, 4.1.2 “Instalación de Aplicaciones de Software”, 4.1.3 “Soporte sobre Aplicaciones de Software”, 4.1.4 “Préstamo de equipos Audiovisuales”, 4.1.5 “Préstamo Sala IDUCATE” y 4.1.6 “Servicio de digitalización de documentos e impresión en gran formato”). Sin embargo, según lo indicado por el coordinador de mesa de servicios, la disponibilidad es lunes a viernes: 6:00 a.m. - 7:00 p.m. y sábados 8:00 a.m. - 12:00 m.

iv. Instructivo “Solicitud de Soporte Técnico por Aranda USDK”, código IN-TI-02, versión 1:

j. En el numeral 3 “Marco Normativo”, relacionan la Norma Técnica NTC GP-1000 Calidad en la gestión pública[29], la cual ya no se considera vigente, toda vez que, actualmente, se aplica el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

k. Así mismo, está citado el Acuerdo 489 de 2012 “*Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012-2016, Bogotá Humana*”, que fue derogado por el Acuerdo 645 de 2016 “*Por el cual se adopta El Plan de*

[29] Adoptada a nivel nacional por el Decreto 4485 de 2009 el cual perdió vigencia una vez se derogó la Ley 872 de 2003, la cual fue derogada por el artículo 5 del Decreto Nacional 1499 de 2017.

Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 - 2020 "Bogotá Mejor Para Todos".

l. Por último, no está incluida la Resolución 004 de 2017 de la Comisión Distrital de Sistemas, modificatoria de la Resolución 305 de 2008, "*Por la cual se expiden políticas públicas para las entidades, organismos y órganos de control del Distrito Capital, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones respecto a la planeación, seguridad, democratización, calidad, racionalización del gasto, conectividad, infraestructura de Datos Espaciales y Software Libre*".

m. En el numeral 5.2 "Ingreso al Módulo", en el que se explica la manera de ingresar a Aranda, señalan "A través de la versión actual de la Intranet corresponde a" y presentan unas imágenes que no corresponden a la versión actual de la Intranet.

n. Además, en el último párrafo hacen mención de la extensión de soporte 3434, la cual, como ya se mencionó, no está habilitada para la mesa de servicio.

- En relación con el cumplimiento de procedimientos e instructivos y la revisión de aplicativos, se realizaron las siguientes verificaciones:

i. Se solicitó, a la STRT, el envío de los registros que dieran cuenta del desarrollo de las actividades de revisión de los derechos de los usuarios, efectuadas entre enero 1 y mayo 30 de 2018, según lo señalado en el instructivo "Revisión de los Derechos de Acceso a los Recursos de TI", código IN-TI-16, versión 1.0, numeral 5.1 "Revisión de los Accesos a la Red Institucional y a los Sistemas de Información Según el Perfil de Usuario", que indica, entre otras cosas:

"[...]

• Bimestralmente, el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación liderado por la STRT, generará un reporte de los usuarios que están registrados en el servicio del Directorio Activo para cada proceso.

• Este reporte será enviado a los Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina o líderes operativos de los procesos institucionales, a través de un correo electrónico.

• El líder operativo de cada proceso, deberá revisar dicho informe, corroborando que efectivamente los usuarios a su cargo corresponden con la realidad del proceso. Las diferencias encontradas deberán ser reportadas a través del correo electrónico a la mesa de servicios de TI, con las respectivas instrucciones para otorgamiento o revocación de permisos de usuarios existentes. [...].

• Si pasados cinco (5) días hábiles no se recibe un correo electrónico de parte de los notificados, se entenderá que la información relativa a los usuarios está correctamente parametrizada en el Directorio Activo.

• La Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos se encargará de actualizar la información correspondiente, en las herramientas a las que haya lugar.

• Por último, la STRT, notificará la realización de los cambios efectuados como una confirmación de las actividades solicitadas por el líder operativo de cada proceso, en lo referente a las cuentas de usuarios. [...]".

La STRT, frente a la solicitud mencionada, no dio respuesta mediante correo electrónico, sin embargo, en reunión efectuada el 6 de julio de 2018, manifestaron que, si bien se dispone de información relativa a permisos de acceso a los aplicativos, a la fecha de revisión, no se habían realizado las actividades de generación bimestral del reporte de usuarios registrados en el Directorio Activo para cada proceso ni de envío a Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina o líderes operativos, conforme a lo establecido en el instructivo, y por tanto, tampoco de la revisión de dicha información por parte de estos. Por lo tanto, se evidencia un incumplimiento al respecto.

ii. En relación con Gestión TIC, se encontró que existe una posible vulneración a la confidencialidad de la información, toda vez que era posible, para usuarios sin permisos al módulo, que ingresaran y observaran información de todas las solicitudes registradas. La verificación se efectuó copiando, directamente, la dirección web de uno de los casos tramitados en la barra de direcciones del navegador (https://openerp.idu.gov.co/web?#id=8105&view_type=form&model=tic.gestion.solicitud_usuario&action=276). Si bien, no era posible crear o modificar las solicitudes toda vez que no era posible visualizar los botones que ejecutan dichas acciones, por lo cual no se vería afectada la integridad de la información de solicitudes, se verificó que les era posible registrar mensajes o notas internas. Por lo tanto, se recomienda tomar las acciones pertinentes para evitar que esto siga ocurriendo.

iii. En relación con Aranda, se efectuó una solicitud de los casos registrados entre enero y mayo de 2018. La STRT entregó un archivo por cada mes. Estos archivos contenían, respectivamente, 8.768, 4.150, 3.015, 2.670 y 2.983 casos en los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo, para un total de 21.586, en dicho periodo, como se aprecia en la Tabla N.° 1 de los Anexos correspondientes al proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación.

Como se observa en dicha tabla, a la fecha de generación de los archivos (09/07/2018), el 99,52% (21.482) de los casos habían sido cerrados. No obstante, en la revisión de la información, se encontraron debilidades en los datos contenidos en los reportes y se evidenció incumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS), en varios de ellos, como se describe en los párrafos subsiguientes. Es importante mencionar que, para la solución de los casos, de acuerdo con lo indicado por el coordinador de mesa de ayuda, se cuentan 120 o 240 minutos, dependiendo de si el caso corresponde a un incidente o un requerimiento[30].

En relación con la revisión de los datos del reporte y la concordancia del mismo y de las parametrizaciones del software Aranda con procedimientos del Instituto aplicables, se encontraron situaciones como las siguientes:

- 19 casos se encuentran aún en el estado de “Registrado” y no tienen consignada información relativa a las fechas de atención (columna “Fecha Atención”) y solución (columna “Fecha Solución”), y tiempos de atención (columna “Tiempo Atención”) y solución (columna “Tiempo Solución”), campos que debería generar el aplicativo y que permiten verificar el cumplimiento de los ANS.

[30] Incidente corresponde a un evento en el cual hay interrupción de servicios, no hay funcionalidades para efectuar el trabajo, mientras que los Requerimientos son situaciones que no implican una afectación del servicio.

- 73 registros con estados “Cerrado” (64) y “Solucionado” (9) no tienen consignada información relativa a la fecha de solución (columna “Fecha Solución”).

- 1.277 casos tienen consignada una fecha de atención anterior a la de registro (columna “Fecha Registro”), lo cual genera dudas sobre el tiempo real de atención del caso y, por ende, del cumplimiento de los ANS.

- 32 casos tienen registrada una fecha de solución anterior a la de atención, lo cual genera dudas sobre el tiempo real de atención y solución del caso y, por ende, del cumplimiento de los ANS.

- 80 casos tienen registrada la fecha de atención, pero no tienen información del tiempo de atención.

- Como se mencionó, los tiempos de solución son de 120 o 240 minutos dependiendo de si son incidentes o requerimientos. No obstante, en el reporte generado, se encontró que la estimación del tiempo de solución (columna “Tiempo Solución Estimado”) varía entre 0 y 420 minutos[31], lo cual no corresponde con lo mencionado en el procedimiento PR-TI-06 “Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información”, que menciona 90 minutos para solucionar el caso y 90 más para cerrarlo (numerales 1.1.6.8 “Atender caso” y 1.1.6.10 “Cerrar caso en Aranda PN”[32]). Tampoco coinciden, completamente con los registrados en el DU-TI-01 “Catálogo de Servicios de Tecnologías de la Información y la Comunicación”, que menciona periodos de 2, 8 y 12 horas hábiles, en “Tiempo de Solución Normal”.

  En la Tabla N.° 2, de los Anexos correspondientes a este proceso, se relacionan los tiempos de solución estimados por tipo de caso, de la que se concluye que la mayor cantidad de casos registrados son ‘llamadas de servicio’, y para ellas se encuentra que el tiempo de solución estimado está entre 0 y 420 minutos, sin identificarse claramente el criterio de asignación de ese tiempo.

- En relación con los tipos de casos, en el procedimiento PR-TI-06 figuran el incidente y el requerimiento, sin embargo, en el aplicativo se habla de “Incidentes”, “Llamada de Servicio” y “Cambios” (columna “Tipo de Caso”), y en el numeral 5.2 “Ingreso al Modulo” (sic), del instructivo “Solicitud de Soporte Técnico por Aranda USDK”, código IN-TI-02, versión 1.0, señalan que la clasificación se hace “[…] *según las buenas prácticas de ITIL V3, bien sea como un Incidente, un Requerimiento o un Problema* […]”, lo cual no es concordante.

- El horario de atención de la mesa de ayuda es de lunes a viernes de 6:00 am a 7:00 pm (13 horas) y sábados de 8:00 am a 12:00 m (4 horas), exceptuando festivos. De acuerdo con ello, si se registra un caso fuera de este horario, el tiempo empieza a contar una vez inicie nuevamente el periodo de atención. Así, para el cálculo del tiempo transcurrido entre el momento del registro de un caso y su atención o el de su atención y solución, debería tenerse en cuenta dicho horario.

[31] Los valores en ese campo son 0, 60, 120, 200, 240, y 420 minutos.
[32] PN = Primer Nivel.

Sin embargo, se determinó que para el cálculo de la fecha máxima para la atención (columna “Fecha Max Atencion”) no se está teniendo en cuenta dicho horario, toda vez que para algunos casos calcula la fecha y hora máxima de atención contando desde las 7:00 am y hasta las 5:00 pm, y para otros contando desde las 6:00 am y hasta las 5:00 pm, sin que se identifique, además, por qué varía la hora de inicio de la atención. Es decir, para casos registrados con posterioridad a las 4:30 pm, la fecha y hora máximas de atención calculadas por el sistema corresponden al día siguiente, pero hay variación en la hora límite. Para el cálculo de la fecha máxima de solución (columna “Fecha Max Solución”), que se hace a partir de la fecha máxima de atención, sucede algo similar, situaciones que se visualizan en las tablas N.° 3 y 4 de los anexos asociados a este proceso.

Las situaciones mencionadas implican que, para el cálculo de los ANS, no se está tomando el tiempo completo de atención de la mesa de ayuda y pueden generar desviaciones al verificar su cumplimiento.

Se identificó que, en varios de los casos registrados entre enero y mayo de 2018, se superó el tiempo inicial de atención (tiempo transcurrido entre el registro del caso y la primera atención que brinda el agente de mesa de ayuda), establecido en 30 minutos, según la parametrización del aplicativo y el procedimiento PR-TI-06 “Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información”, como se observa en la Tabla N.° 5 de los anexos asociados a este proceso, de la que se concluye que en 16.202 casos (75,06 %) el tiempo transcurrido entre el registro y la atención estuvo dentro del establecido de 30 minutos. Sin embargo, para 5.285 casos (24,48 %) ese tiempo se superó, incumpliendo, así los ANS.[33]

- Así mismo, se identificó que, en varios de los casos registrados entre enero y mayo de 2018, se superó el tiempo de solución (tiempo transcurrido entre la atención del caso y la solución del mismo), como se observa en la tabla N.° 6 de los anexos asociados a este proceso. Esta información se generó con base en lo consignado en las columnas "Tiempo Solución" y "Tiempo Solución Estimado", entregadas por STRT en el reporte. Es de recordar que los tiempos estimados de solución que figuran en esta última, no coinciden completamente con los 120 o 240 minutos que aplican para la atención y solución de incidentes o requerimientos.

En 9.103 casos (42,17 %) el tiempo transcurrido entre la atención y la solución estuvo dentro del establecido en el aplicativo. Sin embargo, para 12.315 casos (57,05 %) ese tiempo se superó, incumpliendo, así los ANS[34].

Según las situaciones descritas, se observan hechos que dan cuenta de debilidades en el cumplimiento de procedimientos o en la aplicación de controles relacionados con la gestión de servicios de tecnologías de la información.

[33] Los 99 casos (0,46 %) que no tienen información del tiempo de atención se distribuyen así: 3 en estado “Anulado”, 64 en estado “Cerrado” (casos antes mencionados en este documento), 19 en estado “Registrado” (casos antes mencionados en este documento), 9 en estado “Solucionado” (casos antes mencionados en este documento) y 4 en estado “Suspendido”.

[34] Los 168 casos (0,78 %) que no tienen información del tiempo de solución se distribuyen así: 39 en estado “Anulado”, 64 en estado “Cerrado” (casos antes mencionados en este documento), 19 en estado “Registrado” (casos antes mencionados en este documento), 9 en estado “Solucionado” (casos antes mencionados en este documento), 32 en estado “Suspendido”, 2 en estado “Suspendido por Garantía” y 3 en estado “Suspendido por Repuesto.

Es de anotar que en la auditoría de gestión, efectuada en 2017 a este proceso, se evidenció la materialización, entre otros, del riesgo R.TI.3 "Incumplimiento de los acuerdos de atención de servicios en los términos pactados", razón por la cual, actualmente están en curso las acciones de plan de mejoramiento 1296 "*Realizar una reevaluación de los riesgos de gestión de la STRT teniendo en cuenta el MGPE018_ADMINISTRACION_DEL_RIESGO_V_6.0*", con vencimiento el 11/12/2018, y 1297 "*Realizar una revisión y ajuste de los ANS correspondientes a los servicios de TI registrados en el catálogo de servicios*", con vencimiento el 31/07/2018.

Actividad 13. Gestión de la optimización del proceso

i. **Evaluación gestión de riesgos y efectividad de controles.** A partir de los productos entregables establecidos por la Oficina Asesora de Planeación, en relación con la administración de riesgos de la vigencia 2017 y lo corrido de la vigencia 2018, y teniendo como documentos base las matrices de riesgos de gestión y de seguridad de la información vigentes para el proceso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en lo que concierne al alcance establecido, se realizaron las siguientes actividades:

- Verificación del diseño y registro de controles frente a la metodología vigente, y al instrumento específico formulado por la Oficina de Control Interno, a partir de las matrices de evaluación elaboradas específicamente para la auditoría.

  Para lo anterior se priorizó la evaluación de controles para dos (2) de los riesgos cuya calificación antes de controles fuera la más alta, resultando seleccionados los siguientes riesgos:

  - R.TI.02 Insuficiente asignación de recursos para el cumplimiento de los objetivos o actividades requeridas al proceso.
  - R.TI.03 Inadecuada gestión de la Infraestructura de TI.

- Verificación de la ejecución de las actividades de control definidas para cada uno de los riesgos identificados.

- Identificación de riesgos materializados, a partir de las diferentes actividades de auditoría.

- Evaluación de efectividad de controles para los diferentes riesgos identificados en el proceso.

- Entrevistas con los responsables de la gestión de riesgos del proceso.

Luego de la evaluación de los catorce (14) controles registrados en la matriz para los riesgos seleccionados se estableció que:

- Para el riesgo R.TI.02 "Insuficiente asignación de recursos para el cumplimiento de los objetivos o actividades requeridas al proceso", luego de la evaluación realizada a través del instrumento formulado por la OCI, el diseño de los controles resultante correspondió a "efectivo", lo cual, de alguna manera tiene incertidumbre frente al desempeño de dichos controles evidenciado en la auditoría realizada para la vigencia 2017, toda vez que el

riesgo se identificó como materializado, por lo cual a la fecha cursa una acción correctiva en el plan de mejoramiento derivado de dicha auditoría 2017.

- Para el riesgo R.TI.03 “Inadecuada gestión de la Infraestructura de TI”, de acuerdo con las evidencias aportadas, la entrevista realizada y los registros de implementación de los controles incorporados en la herramienta de evaluación, se identificó que 3 de los 10 controles presentan deficiencias.

Dado lo anterior, se recomienda que el proceso realice una autoevaluación del diseño de controles, con el fin de asegurar la toma de medidas preventivas que minimicen los potenciales hecho que impidan que el proceso cumpla sus objetivos.

ii. Otros asuntos evaluados. De la revisión efectuada en fase de planeación sobre la información documentada relacionada con el proceso (procedimientos, instructivos, guías y documentos), el listado maestro de documentos con corte a 30 de mayo de 2018, y las acciones de plan de mejoramiento a cargo de la STRT, se encontraron las siguientes situaciones que evidencian debilidades en la trazabilidad documental:

- En la revisión del Listado Maestro de Documentos, con corte a 30/05/2018, se encontró que:

a. La Caracterización del Proceso, código CP-TI-01, vigente es la 3.0 (no tiene fecha); sin embargo, la versión que aparece registrada como vigente en el listado es la 1.0.

b. El documento DU-TI-02 “Principios y estándares de la arquitectura de sistemas de información del IDU”, aparece vigente en las versiones 1.0 y 2.0, aunque en el Mapa de Procesos de la Intranet está publicada la versión más reciente.

c. No se relaciona derogada, la versión 1.0 del Instructivo “Restauración de la Aplicación Valoricemos”, código IN-TI-03, solamente aparece registrada la versión 2.0 del mismo (ver ítem 2).

- Según el control de versiones del Instructivo IN-TI-03 “Restauración de la Aplicación Valoricemos”, dicho documento está en su versión 2.0, del 30/05/2018. No obstante, en él no se puede identificar la existencia de la versión 1.0, que era del 11/09/2015, como se aprecia en la Imagen N.° 1 de los anexos asociados a este proceso (según revisión de la acción de mejora 1295).

- En la página web del IDU, secciones de “Transparencia” → “Información de Interés” → “SIGI” → “Sistema de Seguridad de la Información”, enlaces “Declaración de Aplicabilidad (Versión para Consultar)”[35] y “Declaración de Aplicabilidad (Original Firmado)”[36] se

[35] https://www.idu.gov.co/Archivos_Portal/Transparencia/Informacion%20de%20interes/SIGI/Sistema%20de%20seguridad%20de%20la%20informacion/2017/09%20Septiembre/01%20FO-TI-27%20Formato%20Declaracion%20de%20Aplicabilidad%20%20V_1.0%20-%20Diligenciado%20Dic2015.pdf.

[36] https://www.idu.gov.co/Archivos_Portal/Transparencia/Informacion%20de%20interes/SIGI/Sistema%20de%20seguridad%20de%20la%20informacion/2017/09%20Septiembre/02%20FO_TI_27_DECLARACI%C3%93N_DE_APLICABILIDAD..._MAR%2018-16%20(1).pdf.

encuentra publicado el formato FO-TI-27 “Declaración de Aplicabilidad (DDA) para Seguridad de la Información”, documento que fue derogado.

Es de anotar que el documento vigente correspondiente es el llamado “Declaración de Aplicabilidad para Seguridad de la Información IDU”, versión 1.0, identificado con el código DU-TI-05 y adoptado mediante Resolución 006756 del 28 de diciembre de 2017.

- Se verificó que el documento “Políticas Operacionales de Tecnologías de Información y Comunicación para el IDU”, versión 1.0 (20/12/2017), estaba identificado con el código DU-TI-05 (que hoy corresponde a la Declaración de Aplicabilidad), de acuerdo con lo informado a través de la cuenta de correo electrónico institucional comunicaciones@idu.gov.co. Sin embargo, posteriormente, dicho código fue modificado a DU-TI-06 (misma fecha), sin que se evidencie ese cambio en el control de versiones del documento.

- En la página web del IDU, secciones de “Transparencia” → “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”, en el enlace “1.4 Políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales” está publicado el documento “Manual Operativo para la Protección de Datos Personales”[37], código MG-TI-17, versión 1.0 (18/10/2017). No obstante, el mencionado manual está en su versión 2.0 (18/06/2017), al cual se puede acceder en el pie de página, en el enlace “Política de Privacidad y tratamiento de datos personales”[38]. (Según revisión de la acción de mejora 1300).

- La Matriz de Riesgos de Seguridad de la Información[39] del proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación, que se encuentra publicada en la Intranet, actualizada a 01/11/2017, código de formato FO-PE-06, tiene el instructivo del formato del “Contexto Estratégico del Riesgo”, código FO-PE-04, el cual no corresponde con la mencionada matriz.

- Frente al conocimiento y apropiación de las directrices de calidad, ambiental y lo correspondiente a la Resolución 1111 de 2017 Estándares Mínimos SST, a través de entrevistas con profesionales y técnicos, que gestionan el proceso, se aplicó la lista de verificación, de manera personal en cada uno de sus sitios de trabajo y con la disponibilidad de las diferentes herramientas e instrumentos provistos para el proceso, creando un ambiente distensionado para permitir una comunicación fluida durante la entrevista. Como resultado de las pruebas realizadas, se identificó que en el proceso Gestión de TI se tienen interiorizados los conceptos correspondientes al Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de Gestión Ambiental y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Mediante correo electrónico del 23 de agosto de 2018, desde el proceso evaluado, se remitieron observaciones al informe preliminar; no obstante, no fueron consideradas por el equipo auditor,

37 https://www.idu.gov.co/Archivos_Portal/Home/Proteccion%20a%20datos%20personales/MGTI17_MANUAL_OPERATIVO_PARA_LA_PROTECCION_DE_DATOS_PERSONALES_V_1.0.pdf.

38 https://www.idu.gov.co/Archivos_Portal/Home/Proteccion%20a%20datos%20personales/Manual_Operativo_para_la_Proteccion_de_Datos_Personales_V02.pdf.

39 La misma matriz fue descargada el 4 de mayo y el 26 de junio de 2018, verificándose que tenía el mismo instructivo que, como se mencionó, no corresponde con el formato.

al haber sido remitidas de manera extemporánea, dado que el plazo para presentación de observaciones al informe preliminar de auditoría, venció el 22 de agosto de 2018.

3.20.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 7.1.3 Infraestructura**: "*La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.* *NOTA La infraestructura puede incluir: a) edificios y servicios asociados; b) equipos, incluyendo hardware y software;* *c) recursos de transporte; d) tecnologías de la información y la comunicación."* (Subrayado fuera de texto) **MG-TI-16 Manual de Copias de Seguridad.** **a) Numeral 7.1 viñeta 5** "[…] *realizar cronograma de actividades para la toma de las copias de seguridad y mantenerlo actualizado periódicamente.* […]" b) Numeral 7.1. viñeta 6 "[…] *vigilar y controlar que el área encargada de supervisar el contrato de almacenamiento y custodia de los medios magnéticos en sitio externo, cumpla con las obligaciones pactadas con el IDU*. […]". *c)* Numeral 7.2 Operador de Copias de Seguridad. Relacionado con las actividades que debe realizar el rol de operador de copias de seguridad, en la viñeta 2 establece "[…] *Presentar al Subdirector, informes de estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración realizados, de forma bimestral*", y d) Numeral 9.8 Proceso de verificación de copias de seguridad".	**No Conformidad Nº1. Incumplimiento de actividades establecidas en el Manual de Copias de Seguridad.** No se evidenció la ejecución de algunas actividades incluidas en el Manual de Copias de Seguridad (realizar cronograma para la toma de copias, presentación de informes sobre el estado de los trabajos de copias), contraviniendo lo establecido en el numeral 7.1.3 "Infraestructura", de la norma NTC ISO 9001:2015 y los numerales 7.1, 7.2 y 9.8 del manual MG-TI-16 "Manual de Copias de Seguridad", situación que podría afectar la disponibilidad de la información para la operación de la entidad, en los casos en que sea necesario realizar restauración de copias de seguridad. Las situaciones específicas en las cuales no se evidenció el cumplimiento, tienen que ver con: a) Numeral 7.1., viñeta 5 "[…] *realizar cronograma de actividades para la toma de las copias de seguridad y mantenerlo actualizado periódicamente*". b) Numeral 7.1., viñeta 6 "[…] *vigilar y controlar que el área encargada de supervisar el contrato de almacenamiento y custodia de los medios magnéticos en sitio externo, cumpla con las obligaciones pactadas con el IDU*. […]". c) Numeral 7.2 Operador de Copias de Seguridad. Relacionado con las actividades que debe realizar el rol de operador de copias de seguridad, en la viñeta 2 establece "[…] *Presentar al Subdirector, informes de estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración realizados, de forma bimestral*." d) Realización de las actividades de definir cuál será la tarea a restaurar, de una parte y de otra, la realización efectiva de la tarea de restauración, conforme a lo especificado en el numeral 9.8 Proceso de verificación de copias de seguridad.
NC2	**NTC ISO 9001:2015.**	**No Conformidad Nº2. Incumplimiento en el envío de reportes para la revisión de los derechos de acceso a los recursos de TI**

Nº	Criterio	Descripción
	Numeral 7.1.3 "Infraestructura": "[…] *La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios* […]". **Instructivo IN-TI-16 "Revisión de los Derechos de Acceso a los Recursos de TI" Numeral 5.1 "Revisión de los Accesos a la Red Institucional y a los Sistemas de Información según el Perfil de Usuario"**. "[...] • *Bimestralmente, el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación liderado por la STRT, generará un reporte de los usuarios que están registrados en el servicio del Directorio Activo para cada proceso.* • *Este reporte será enviado a los Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina o líderes operativos de los procesos institucionales, a través de un correo electrónico.* • *El líder operativo de cada proceso, deberá revisar dicho informe, corroborando que efectivamente los usuarios a su cargo corresponden con la realidad del proceso. Las diferencias encontradas deberán ser reportadas a través del correo electrónico a la mesa de servicios de TI, con las respectivas instrucciones para otorgamiento o revocación de permisos de usuarios existentes.* [...]. • *Si pasados cinco (5) días hábiles no se recibe un correo electrónico de parte de los notificados, se entenderá que la información relativa a los usuarios está correctamente parametrizada en el Directorio Activo.* • *La Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos se encargará de actualizar* la *información correspondiente, en las herramientas a las que haya lugar.*	Se evidenció que no se ha generado ni enviado a los Directores, Subdirectores, Jefes de Oficina o líderes operativos de los procesos, bimestralmente, un reporte de usuarios registrados en el servicio del Directorio Activo para cada proceso, para verificación de los usuarios a su cargo, contraviniendo lo establecido en el numeral 7.1.3 "Infraestructura", de la norma NTC ISO 9001:2015 y el numeral 5.1 "Revisión de los Accesos a la Red Institucional y a los Sistemas de Información según el Perfil de Usuario" del Instructivo IN-TI-16 "Revisión de los Derechos de Acceso a los Recursos de TI", generando riesgo de manipulación o alteración de información por parte de usuarios no autorizados.

Nº	Criterio	Descripción
	• *Por último, la STRT, notificará la realización de los cambios efectuados como una* confirmación *de las actividades solicitadas por el líder operativo de cada proceso, en lo referente a las cuentas de usuarios.* [...]".	
NC3	**NTC ISO 9001:2015.** **Numeral 7.1.3 Infraestructura**: "[…] *La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios* […]". **Procedimiento "Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información", código PR-TI-06, versión 2, numerales 1.1.6.6** "Contactar al usuario", 1.1.6.8 "Atender caso", 1.1.6.10 "Cerrar caso en Aranda PN".	**No Conformidad Nº3: Inconsistencias en la información del reporte de casos atendidos** Se evidenciaron inconsistencias en la información contenida en el reporte de casos atendidos, generado desde el sistema Aranda, para el periodo de enero a mayo de 2018 e incumplimiento en los acuerdos de niveles de servicio, lo cual incumple el requisito 7.1.3 "Infraestructura", de la norma NTC ISO 9001:2015 y lo establecido en los numerales 1.1.6.6, 1.1.6.8 y 1.1.6.10 del procedimiento PR-TI-06 "Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información", situaciones que pueden afectar la toma de decisiones, en relación con la atención a los usuarios que hacen uso de los servicios de Tecnologías de la Información y la calidad del servicio ofrecido a los usuarios. Los hechos evidenciados fueron relacionados en la actividad 7. Gestión de Servicios de TI, del presente informe, asociado a este proceso.

3.21 PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas descritas en la caracterización del proceso, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría:

Actividad crítica 1. Formular el plan de acción de evaluación.

Para esta actividad, se evaluó que se usaran los insumos descritos en la caracterización para su ejecución, para lo cual se indagó a las personas delegadas de la Oficina de Control Interno OCI, sobre los proveedores e insumos, encontrando que se usan como insumos de esta actividad, el mapa de riesgos, los resultados de auditorías anteriores, el mandato legal, el marco estratégico, la instrucción de la Dirección General-DG y Subdirectores, todo ello ajustado a lo establecido en la caracterización.

Se evidenció el Plan Anual de Auditoría 2018, el cual contiene la relación de auditorías, informes obligatorios, seguimientos, entre otras actividades, a ser realizadas en la presente vigencia, el cual fue aprobado en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 29 de enero de 2018 y socializados a los responsables de proceso mediante correo electrónico.

Para la misma actividad, en lo que corresponde a la Oficina de Control Disciplinario-OCD, se indagó con la líder operativa y sus delegados, encontrando el actuar disciplinario ajustado a los

requisitos de la caracterización, teniendo en cuenta que su quehacer se fundamenta en el cumplimiento normativo de la Ley 734 de 2002, el manual distrital de procesos y procedimientos disciplinarios. Adicionalmente, la OCD ha trabajado en el último año para integrar su quehacer al SIG mediante la creación de manuales, procedimientos, cartillas y formatos que se han adoptado dentro del sistema documental, los cuales se encuentran vigentes, en uso y disponibles a través del Mapa de Procesos. La OCD alimenta también un sistema de información disciplinaria de carácter distrital, al que le realiza seguimiento constante para verificar que se encuentre actualizado.

Actividad crítica 4. Formular e implementar acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejoramiento a partir de la verificación del desempeño del proceso de evaluación y control

Gestión de riesgos: Se verificó la matriz de riesgos de gestión del proceso, en la que se encontró que se identificaron 10 riesgos, siete de los cuales tienen riesgo inherente moderado y los tres restantes bajo. Luego de aplicar los controles establecidos, se tiene solo uno en riesgo moderado y los otros nueve en riesgo inferior, por lo que no se tiene Plan de tratamiento de riesgos establecido, evidenciando seguimiento y control de los mismos.

Se identificó en el informe ejecutivo de revisión por la dirección, la necesidad de gestionar el plan de acción que determine la aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en lo referente a la administración de riesgos.

Evaluación de eficacia de acciones de planes de mejoramiento: Se verificó la ejecución de Planes de mejoramiento internos del proceso, encontrando que para la vigencia se encuentran terminadas las seis acciones propuestas para el proceso. En general, para todos los procesos de la entidad, la OCI realiza seguimiento trimestral al cumplimiento oportuno de las acciones propuestas.

Indicadores de gestión. Se verificó, según presentación realizada por la OCI, con corte al 25 de junio de 2018, donde se evidencia el cumplimiento de indicadores del proceso Evaluación y Control (diapositiva 46), en lo referente a las actividades correspondientes a la OCI, según lo planeado.

Por su parte, al verificar el informe de gestión 2018, basado en indicadores con corte 31 de marzo de 2018, proporcionado vía correo electrónico por la OAP, se observó que se encuentra estructurado por dependencias, con base en lo cual se revisó el de la OCI y OCD, encontrando que los informes no guardan una misma estructura y que la información reportada, no cumple con el objetivo enunciado en el informe *"Presentar a la Oficina de Control Disciplinario y a la Dirección General el estado de las metas programadas a través de los indicadores de gestión caracterizados para el periodo, 1 de enero al 31 de diciembre de 2018, con corte a 31 de marzo. El gerente público basado en el informe revisará los resultados y podrá tomar decisiones y formular los planes de mejoramiento que considere necesario."* Dado que i) no se presenta la información verificada, sino que se limita a reportar que el área indica que cumplió, ii) presenta gráficas donde no se evidencia el área evaluada, iii) los gráficos presentados en el informe no tienen ningún tipo de análisis, iv) no se describe cada uno de los indicadores, ni qué cumplimiento deben tener a la fecha de corte, es necesario que desde la Oficina Asesora de Planeación-OAP se identifiquen estrategias para fortalecer el análisis de la información en los reportes trimestrales sobre el cumplimiento del Plan de acción.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Se pudo observar que cada responsable entrevistado tiene conocimiento del proceso y del SIG. Se evidenció el uso y aplicación de los documentos establecidos en el sistema; se evidenciaron actualizaciones documentales en el proceso, derivadas de cambios normativos y revisiones de autoevaluación derivadas del cambio de jefe de oficina.

Como oportunidad de mejora, es necesario continuar con el trabajo de actualización documental, buscando satisfacer los requisitos normativos.

Respecto a aspectos tecnológicos, se evidenció el uso apropiado de las herramientas tecnológicas de las cuales dispone el proceso, preocupándose por acoger mejoras, producto de autoevaluaciones o recomendaciones de usuarios de otras áreas.

Se agradece a los líderes del proceso, Jefe de la Oficina de Control Interno y Jefe de la Oficina de Control Disciplinario, quienes atendieron personalmente la reunión de verificación, de conformidad con las actividades del proceso y las normas aplicables al mismo, resolviendo las inquietudes del equipo auditor; así como a las delegadas y todos los auditados por la buena disposición para atender al equipo auditor y facilitar con oportunidad la información requerida.

3.21.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Durante el desarrollo de la auditoría y el análisis de las evidencias, no se identificaron no conformidades para este proceso.

3.22 PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO

La auditoría se ejecutó de acuerdo con el plan establecido, contando con la participación de los líderes y delegados del proceso en las reuniones y entrevistas. Se evidenció interés por parte de los auditados, en la entrega oportuna de la información solicitada y el apoyo al equipo auditor para realizar la verificación de la aplicación de las normas en el desarrollo del proceso, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, con el liderazgo operativo de la Oficina de Control Interno y la Oficina de Control Disciplinario.

Producto de la verificación de los criterios establecidos para la auditoría, de acuerdo con las actividades críticas descritas en la caracterización del proceso, susceptibles de verificación, a continuación, se presentan los resultados de la auditoría:

Actividad critica 1. Planear mejoramiento continuo y sensibilización de la cultura organizacional.

Se evaluó el desarrollo de estrategias para sensibilizar la cultura organizacional sobre el mejoramiento continuo.

La OAP demostró el aporte en la mejora continua de la entidad, actualizando el procedimiento PRMC-01 con el fin de responder a las normas ISO y a través de la actualización del FO-MC-01 plan de mejoramiento, ajusta, normaliza y simplifica la tarea de verificación de los demás procesos de la entidad.

De acuerdo con la descripción de esta actividad, en cuanto a "*diseñar e implementar acciones preventivas que contribuyan a la disminución de la incidencia en conductas que puedan constituir falta disciplinaria*", el proceso establece el envío de un flash disciplinario mensual como estrategia de sensibilización a los servidores y contratista sobre temas de carácter disciplinario; sin embargo, la Oficina de Control Disciplinario OCD ha identificado otras alternativas de sensibilización, que promueven el tema y buscan innovar en la estrategia.

Actividad critica 2. Definir Oportunidades de Mejora y Consolidar Planes de mejoramiento y Actividad Crítica No 3 Desarrollar El Mejoramiento Continuo

Se evidencia que el "planear" y el "hacer" corresponde a cada uno de los procesos de la entidad, más no a la labor realizada por parte de las áreas líderes del proceso. De igual manera, los productos no responden a la actividad del proceso, sino que son productos generados en cada proceso de la entidad para la etapa "Actuar" del ciclo PHVA, situación que implica que sea conveniente adelantar la actualización de la caracterización del proceso.

Actividad crítica No 4. Revisar el estado del SIG, las estrategias y acciones de mejoramiento

Si bien se encuentran varios insumos para el desarrollo de la actividad, el proceso sólo identifica la "Revisión por la Dirección" como única fuente de revisión del estado del SIG. Teniendo en cuenta que las áreas líderes permanentemente asesoran y propenden por incrementar el desempeño de los procesos y del sistema en general, podrían documentarse en el mismo las demás actividades que se implementan.

De igual manera, se describe la revisión de resultados en el comité directivo del sistema de gestión, el cual se encuentra derogado y reemplazado por el Comité institucional de gestión y desempeño.

Actividad crítica No 6. Identificar oportunidades de mejora

Al igual que la actividad 4, se evidencia que el ejercicio para identificar oportunidades de mejora sólo se hace desde el comité de revisión por la dirección; adicionalmente, esta actividad se desarrolla en la verificación de cada proceso.

No se evidenció en el ejercicio de esta auditoría que la entidad desarrollara una oportunidad de mejora a partir de cambios normativos, como es el caso de la expedición del Decreto 1499 de 2017, pues si bien es cierto aún no se cuenta con lineamientos del orden distrital, el IDU a través de la Oficina Asesora de Planeación, puede establecer un plan de acción institucional para implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de manera coordinada y articulada por parte de las áreas responsables de las políticas y dimensiones del mismo y que éste se configure en el único marco de acción de la entidad para el desarrollo administrativo. Cabe anotar que la Oficina de control Interno a través de los informes pormenorizados al Sistema de Control Interno, ha dejado plasmada esta misma observación.

Por su parte, se evidenció ejecución y cumplimiento a planes de mejoramiento de anteriores auditorías e interés por mejorar el proceso para contribuir a la mejora continua de la entidad. Lo cual se observa a partir de las mejoras documentales que han realizado en el 2018, la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación.

Para el ejercicio de auditoría de este proceso, se destaca la revisión del sistema de información CHIE, el cual se define como un "*sistema de registro de las acciones, actividades y demás atributos que conforman el Plan de Mejoramiento definido por la Entidad, así como el avance, acompañamiento, seguimiento, evaluación y monitoreo de dichas acciones; que sirva como herramienta para el establecimiento de mecanismos de control, alertas tempranas, observaciones y recomendaciones que permitan garantizar la efectividad en su cumplimiento".* Se reconoce, que el sistema CHIE es una excelente herramienta que busca optimizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones que se formulan con ocasión de auditorías y/o ejercicios de autocontrol de todos los procesos de la entidad. No obstante, se pudo observar que el aplicativo no cuenta con instructivo adoptado en la documentación del sistema de gestión de calidad, pese a que la plataforma OPENERP sí contiene manuales para los perfiles de usuario.

De acuerdo con lo reportado por la OCI, se observó que el aplicativo permite consolidar informes de acuerdo con las solicitudes de órganos de control y ha sido reconocido a nivel distrital como una buena práctica, al ser una herramienta que facilita el seguimiento a los planes de mejoramiento.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Se evidenció que cada responsable entrevistado tiene conocimiento del proceso y de las directrices definidas para el Sistema Integrado de Gestión. Se informó igualmente en las reuniones realizadas con las áreas responsables del mismo, la necesidad de actualizar el proceso, pues su redacción es confusa frente a las responsabilidades de los líderes del mismo y del resto de procesos. Adicionalmente, los cambios normativos y documentales del mismo evidencian su desactualización.

Se destaca la asesoría y acompañamiento que desde este proceso se brinda a los demás procesos, teniendo en cuenta la transversalidad del mismo, lo cual se convierte en una oportunidad para mejorar el diseño y formulación de planes de mejoramiento y análisis de causas, a través de un taller general dirigido a los responsables de formular estas herramientas para cada proceso, con ocasión de la Auditoría al Sistema Integral de Gestión.

Gestión de riesgos: Se evidenció que, en la matriz de riesgos del proceso, no se encuentran riesgos identificados para las actividades críticas de socialización de la cultura organizacional, para la revisión por la dirección, ni para evaluar el desempeño del proceso (indicadores). La OCI remitió de conformidad con lo solicitado en la reunión de auditoría, las evidencias asociadas al riesgo R.MC.04 "*Que se desvirtúe el concepto de asesoría y se confunda con auditoría*", allegando copia de las actas de reunión entre los profesionales de la OCI, con diferentes áreas, realizando asesoría y reportando los controles asociados al mismo.
Indicadores de gestión: Los indicadores de gestión del proceso no fueron revisados ni analizados en la presente auditoria, toda vez que la OCI realizó seguimiento a la formulación de los mismos, con corte al 31 de marzo de 2018.

Es importante subrayar que el resultado de la evaluación corresponde al análisis de una muestra, por tal motivo es responsabilidad del proceso, efectuar una revisión de carácter general sobre los temas y aspectos evaluados. La revisión de las actividades críticas del proceso se realizó, identificando la responsabilidad de las áreas líderes del mismo.

3.22.1 NO CONFORMIDADES/ REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

Nº	Criterio	Descripción
NC1	**NTC ISO 9001:2015** **Numeral 4.4.1** La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización y debe: literal e. asignar responsabilidades y autoridades para estos procesos literal e. asignar responsabilidades y autoridades para estos procesos. **Numeral 7.5.2** Creación y Actualización, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado, literal b. los formatos y los medios de soporte.	**No conformidad Nº1: El sistema de Información CHIE no se ajusta integralmente a lo establecido en el formato FO-MC-01 Plan de mejoramiento interno V5.0** Se evidenció inconsistencia en la definición de responsabilidades para la ejecución de acciones consignadas en el plan de mejoramiento del proceso, toda vez que en el aplicativo de seguimiento a planes de mejoramiento CHIE, aparecen como responsables en el campo "Ejecutor" personas que no tienen ni las funciones (servidor público), ni las obligaciones (contratista), en el cumplimiento de cada acción de mejoramiento y en el formato de planes de mejoramiento no establece la obligatoriedad de definir un responsable por acción, sino que es el líder del proceso, el encargado de firmar y suscribir el mismo, situación que contraviene lo establecido en el numeral 4.4.1. y 7.5.2. de la NTC ISO 9001:2015 y que genera incertidumbre sobre la responsabilidad en la ejecución de las acciones y el seguimiento a las mismas A continuación, se citan algunos casos, en los que, a partir de entrevistas con los responsables de hacer el seguimiento al cumplimiento de las acciones registradas, en el sistema y/o por la verificación en el sistema, se evidenció la inconsistencia entre el responsable de la ejecución y el responsable de seguimiento, que es quien diligencia el mismo por aparecer como "ejecutor": • Acción 1302-OAP - Ejecutor: Paula Serrano. La acción corresponde a una tarea del área de presupuesto que no maneja el responsable asignado. • Acción 929 - DTM - Ejecutor: Laura Otero. Suscribir el acta de recibo final del contrato 1763 de 2015, acción que debe ser ejecutada por el coordinador técnico (Felipe Franco). No es responsable la persona designada como ejecutora. • Acción 959 - DTC - Ejecutor: Habib Mejía. Igualmente se trata de suscribir actas de recibo final de contratos que no están asignados ni son competencia del responsable del seguimiento en el sistema CHIE.
NC2	**NTC ISO 9001:2015 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.** **Numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva.** 10.2.1. Literales b) Evaluar la necesidad de acciones para	**No Conformidad No 2: Deficiencia en el análisis de causas generadoras de los hallazgos, al igual que un inadecuado seguimiento al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento.** Dentro de la verificación realizada, se estableció que, en el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá vigente a la fecha de la auditoría, el área operadora cuenta

Nº	Criterio	Descripción
	eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante… y d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. Numeral 1.5 Política Operacional en lo referente a las competencias de la Oficina de Control Interno, del procedimiento PM-RC-01 “FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS, AUDITORIAS EXTERNAS, AUTOEVALUACIÓN Y EVALUACIONES DE GESTIÓN"	con dos acciones vencidas, identificadas con los números 487 y 629, correspondiente a los hallazgos 2.2.2.1 y 3.4.2; la primera se encuentra vencida y no cumplida y la segunda, además de estar vencida y no cumplida, la acción propuesta por el área no guarda coherencia con el indicador. Lo anterior evidencia una debilidad en el proceso de "Mejoramiento Continuo", según lo establece el procedimiento "PMRC01 Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento", toda vez que dicha inconsistencia debió ser detectada dentro del proceso de acompañamiento metodológico en la formulación del plan de mejoramiento y aun así si se hubiese formulado con las inconsistencias, haberlas detectado dentro del proceso de seguimiento, asesorando al área operadora en la modificación del Plan de Mejoramiento dentro del plazo. Lo anterior contraviene lo establecido en el procedimiento PM-RC-01 “FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS, AUDITORIAS EXTERNAS, AUTOEVALUACIÓN Y EVALUACIONES DE GESTIÓN" numeral 1.5 “Política Operacional”, en lo referente a las competencias de la Oficina de Control Interno. Incumpliendo así, lo establecido en el numeral 10.2.1 Literales b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante… y d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada de la Norma NTC ISO 9001:2015 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4. RECOMENDACIONES

4.1 PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

4.1.1 Revisar la definición de niveles de responsabilidad y autoridad encomendados a las dependencias o a los líderes de las mismas, pues existen documentos, como la caracterización del proceso, que relacionan como líder del proceso y/o operativo a la dependencia y en otros se relaciona el cargo responsable de dicha dependencia.

4.1.2 Presentar ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la Política de administración del riesgo, para ser aprobada por el mismo, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 648 de 2017.

4.1.3 Actualizar los documentos del proceso, ajustando actividades, responsables y sus productos, las cuales pueden presentar modificaciones por los estilos de dirección que antecedieron a la administración presente.

4.1.4 Revisar y ajustar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018, de acuerdo con las observaciones realizadas en el literal iv, numeral 3, de este documento.

4.1.5 Ajustar la identificación de los riesgos por proceso, teniendo en cuenta las siglas de los procesos, definidos en el capítulo 8. Codificación de la GUAC01 Guía documentación Sistema Integrado de Gestión.

4.1.6 Ampliar el concepto de partes interesadas, en cuanto a que no se están teniendo en cuenta algunas que son importantes para la gestión del Instituto, como por ejemplo el Concejo de Bogotá.

4.1.7 Realizar las actividades necesarias para asegurar el cumplimiento oportuno del plan de acción de riesgos, toda vez que es insumo para el indicador 11511 Administración de riesgos, que reporta trimestralmente la OAP.

4.1.8 Revisar la metodología institucional para la gestión de riesgos descrita en el MGPE018 Manual Administración del Riesgo y el INPL010 Instructivo Alineación de controles de riesgos, con el fin de alinear las responsabilidades para las diferentes etapas de la metodología, según los lineamientos dados en la "Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles, en entidades públicas" del DAFP (agosto 2018).

4.1.9 Reforzar el conocimiento por parte del líder del proceso y los responsables de las distintas actividades, de las directrices y objetivos del Sistema Integrado de Gestión.

4.1.10 Fortalecer las medidas de control, frente a condiciones de seguridad y salud en el trabajo, por lo que fueron evidenciados obstáculos, cajas, archivos, en pasillos y escritorios, incrementando la probabilidad de riesgos físicos y ergonómicos.

4.1.11 Revisar la interacción con el proceso de Gestión interinstitucional en lo relacionado con la gestión aplicada a la formulación del Plan Distrital de Desarrollo-PDD y a la formulación de políticas públicas que afectan el quehacer misional, como es el Plan de Ordenamiento Territorial, a fin de asegurar que la definición del producto priorización de proyectos, se encuentre establecido en la guía de formulación del PDD.

4.2 PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

4.2.1 Revisar el tiempo de ejecución de las actividades del procedimiento PR-IC-02 Actualización del Sistema de Información Geográfica, versión 1.0, con el fin de facilitar que sea posible efectuar un mejor control de las tareas ejecutadas por la DTE y por dependencias (áreas técnicas) o entidades ajenas a ella.

4.2.2 Revisar periódicamente, el listado maestro de documentos y la publicación de los documentos en la intranet y la web del IDU, en lo relacionado con el proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento, para detectar y corregir posibles inconsistencias en la documentación relacionada con el mismo. En este sentido, y conforme a lo informado por la DTE, solicitar a la OAP la verificación de la correspondencia entre los informes generados por dicha Oficina y la respuesta emitida por la DTE, en lo atinente al listado maestro de documentos.

4.2.3 Efectuar una revisión general de la documentación del proceso, para verificar su actualización a la realidad del mismo, teniendo en cuenta que varios de los documentos datan de fechas anteriores a 2014 y no han sido objeto de revisión y la caracterización presenta una distribución de actividades que, por su descripción, pueden agruparse en una sola.

4.2.4 Mantener un listado o índice que permita tener trazabilidad de los documentos técnicos que ha elaborado el área, de manera que se garantice su trazabilidad y control, y que facilite verificar la completitud de la información dispuesta por el proceso. En este sentido, y de acuerdo con lo informado por la DTE, es necesario continuar con las gestiones asociadas a la implementación de la organización y distribución del proceso, con base en la maqueta web enviada a la OAC.

4.2.5 Establecer un repositorio de los documentos que se expusieron, así como las presentaciones realizadas, de manera que incrementen la memoria institucional y mantengan el acervo de los diferentes temas tratados, con la finalidad de mantener controlados los documentos que los expositores presentan en las actividades de divulgación realizados, aprovechando el borrador de maqueta web gestionada por el proceso.

4.2.6 Realizar las acciones necesarias para que, en virtud del proceso, se centralicen las actividades de innovación y gestión del conocimiento que realizan diferentes áreas del Instituto y se sistematice su gestión dentro de un modelo de Gestión del Conocimiento. Lo anterior, con la finalidad de evidenciar que el proceso de Innovación y Gestión del conocimiento no tiene como única fuente la labor que adelanta la Dirección Técnica Estratégica y que, en tal sentido, se deben coordinar las actividades que, de manera independiente, desde las obligaciones contractuales, las demás áreas del Instituto adelantan en materia de Innovación y Gestión del Conocimiento.

4.2.7 Implementar mecanismos de retroalimentación de los participantes en los eventos de divulgación realizados en el marco del proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento, de manera que los resultados de dicha retroalimentación no sean sólo de conocimiento de la Subdirección Técnica de Recursos Humanos y se permita el análisis de los mismos con el fin de identificar oportunidades de mejora.

4.2.8 Mantener un grado alto de alerta acerca de las actividades de cierre de los tramos de prueba y la documentación de sus resultados, de manera que se eviten riesgos en el traspaso de la propiedad, derechos de autor y cualquier otro aspecto que impliquen los procesos de innovación y gestión del conocimiento.

4.3 PROCESO GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

4.3.1 Validar la denominación de los documentos publicados en el mapa de procesos, frente a los productos establecidos en la caracterización del proceso, a fin de asegurar clara la lectura del proceso.

4.3.2 Verificar los formatos y procedimientos que se mencionan en los documentos propios del proceso, con el fin de mantener su articulación y actualización.

4.3.3 Verificar la información publicada en medios virtuales (Portal Web, Intranet, portales externos), especialmente en los que se mencionan números telefónicos de contactos, para complementar con el código de país y código de ciudad (Código país 57 – Código ciudad 1), dando cumplimento a las recomendaciones de la Ley de transparencia.

4.3.4 Solicitar a la instancia institucional encargada de la asignación de riesgo, la revisión del nivel de riesgo asignado al personal del proceso con el rol de Encuestador, dadas las condiciones de exposición al desarrollar sus funciones en campo.

4.4 PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL

4.4.1 Dar continuidad a la acción Nº 1032 del Plan de Mejoramiento de “Revisar, actualizar, modificar y/o retirar, el Instructivo IN-IN-014 de Coordinación de Elaboración, Suscripción Ejecución y Terminación de Convenios y Contratos Interadministrativos” con fecha de finalización 25 de octubre de 2018, en el sentido de unificar las actuaciones derivadas de las obligaciones suscritas en los convenios frente a los requisitos, plazos, periodicidad, entre otros, al igual que incluir la divulgación a las partes interesadas al interior del IDU.

4.4.2 Revisar la interacción con el proceso de Planeación estratégica en lo relacionado con la gestión interinstitucional aplicada a la formulación del Plan Distrital de Desarrollo-PDD y a la formulación de políticas públicas que afectan el quehacer misional, como es el Plan de Ordenamiento Territorial, a fin de asegurar que la definición del producto priorización de proyectos, se encuentre establecido en la guía de formulación del PDD que está en el proceso de Planeación.

4.4.3 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.4.4 Revisar la pertinencia de inscribir en el Sistema Único de Información de Trámites y Procedimientos –SUIT, como trámite u otro procedimiento administrativo, el acompañamiento a la implementación de los planes de regulación y demás instrumentos relacionados con cargas urbanísticas.

4.4.5 Realizar control permanente de los registros documentales de la evaluación de las propuestas de Asociación Público Privadas-APP, con el objeto de establecer características en los registros sobre el adecuado almacenamiento, protección, recuperación, retención y disponibilidad de la información.

4.4.6 Incluir en el sistema de gestión documental ORFEO, para el adecuado almacenamiento, protección, recuperación, retención y disponibilidad de la información, el formato denominado “Compromiso de confidencialidad suscrito por los miembros del grupo evaluativo de propuestas de Asociación Público Privadas”, el cual se solicita firmar por quien intervenga en el proceso de evaluación de las propuestas de APP.

4.4.7 Revisar la batería de indicadores que mide la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso, identificando si los indicadores relacionados con gestión del conocimiento y gestión ambiental aportan efectivamente a su medición.

4.4.8 Analizar los controles de la matriz de riesgos del proceso, para los que enuncian únicamente el marco legal general y no actividades específicas de control.

4.5 PROCESO COMUNICACIONES

4.5.1 Sensibilizar a los colaboradores del proceso, en el contenido de la documentación del proceso y específicamente, en la caracterización del mismo.

4.5.2 Gestionar la actualización de la matriz de aspectos ambientales, toda vez que la versión actual es de 31/07/2016, en razón a que en los últimos dos años se han implementado acciones y controles que impactan positivamente la valoración de aspectos e impactos ambientales.

4.5.3 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.5.4 Fomentar la participación de los colaboradores del proceso en las actividades de promoción de la salud y el autocuidado.

4.5.5 Replantear la meta para el cálculo del indicador 14513 “Aumento de la interacción en Twitter”, a fin que no se vea afectada por la estacionalidad o los eventos fortuitos de la opinión pública.

4.5.6 Revisar los riesgos del proceso para asegurar que su redacción evidencie el efecto de la incertidumbre sobre los objetivos del mismo.

4.5.7 Establecer controles que permitan el cumplimiento de las acciones de planes de mejoramiento, asegurando su efectividad sobre las causas de los hallazgos identificados.

4.5.8 Documentar en el módulo Plan de Mejoramiento del aplicativo CHIE, las iniciativas de mejora desarrolladas por el proceso, de acuerdo con la metodología institucional de mejoramiento, para que sean visibles como parte de las acciones de autocontrol.

4.5.9 Realizar sensibilización y seguimiento a la adecuada disposición de residuos por parte del personal del proceso.

4.6 PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS

4.6.1 Reforzar desde la OAP los conocimientos sobre el SGC y SGA a todo el personal involucrado en el proceso.

4.6.2 Realizar una verificación de los documentos que se encuentran dentro del Sistema Integrado de Gestión, actualizando adecuadamente la información que requieren los formatos utilizados y evitando así codificaciones erradas o nombres de procesos no adecuados o versiones desactualizadas, entre otros.

4.6.3 Reforzar, la importancia de documentar las acciones de mejora, establecidas por cada uno de los procesos por autocontrol del mismo, ya que esto demuestra la mejora continua del Instituto.

4.6.4 Verificar la implementación de los controles definidos para la gestión de riesgos del proceso, asegurando su efectividad, de acuerdo con lo establecido en la Matriz de riesgos.

4.6.5 Incluir dentro de los documentos del SIG, la fecha de la última actualización para que se pueda realizar una adecuada trazabilidad de los mismos, ya que no fue posible evidenciar en la caracterización del proceso, ni en el listado maestro de documentos esta información.

4.6.6 Realizar actualización del normograma del proceso, ya que no se evidencia normatividad que está descrita dentro de los procedimientos que hacen parte del proceso auditado.

4.6.7 Realizar seguimiento a los compromisos generados a partir de las mesas de gobierno, para asegurar su adecuada implementación.

4.7 PROCESO GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN

4.7.1 Gestionar reportador de actividades y alertas en el sistema Valoricemos ante la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos STRT, con el objeto de minimizar los riesgos relacionados con prescripción de acción de cobro y configuración de silencio positivo.

4.7.2 Indicar en lo relacionado con la accesibilidad para prestar el servicio de Certificado de Estado de Cuenta para Trámite Notarial, a través del portal web del IDU que, para consulta en la Web, opera única y exclusivamente el CHIP.

4.7.3 Monitorear el cumplimiento a lo establecido en la matriz de oportunidades que, dentro del Plan acción – Actividades a realizar, indica “Incluir en los Acuerdos de gestión, el compromiso adicional del 5% en los Acuerdos de Gestión de los Gerentes asociados al proceso de Valorización realizando actividades de sensibilización y retroalimentación para fortalecer los conocimientos del SIG y su aplicación en el proceso.”

4.7.4 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.8 PROCESO FACTIBILIDAD DE PROYECTOS

4.8.1 Establecer, mediante información documentada asociada al proceso de Factibilidad de Proyectos, la política operacional a través de la cual se instituyan los criterios para definir la modalidad (interna o externa) mediante la cual se realicen las factibilidades de los proyectos priorizados para dicho fin.

4.8.2 Incluir un indicador asociado a los productos de factibilidad, ya que, en la caracterización de los indicadores, solo se da cuenta de los productos de prefactibilidad y de estudios y diseños.

4.8.3 Incluir las causas asociadas a incumplimiento, por parte del consultor e interventor para el riesgo RFP02 “Presentación inoportuna de los Estudios en las etapas de prefactibilidad y factibilidad”.

4.8.4 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.8.5 Describir específicamente el responsable de los controles incluidos en la matriz de riesgos, por cuanto se hace referencia solamente a la Dependencia (podría incluirse el cargo, o rol de quienes lo ejecutan).

4.8.6 Agilizar el cumplimiento del plan de mejoramiento relacionado con la documentación de los procedimientos para elaboración de la prefactibilidad y la factibilidad de proyectos por ser información relevante para garantizar el control de la operación del proceso. Dichos documentos se derogaron en vigencias anteriores y a la fecha de la auditoría los procedimientos continúan en trámite de actualización. En consonancia con lo anterior, se recomienda realizar las socializaciones pertinentes para implementar efectivamente los controles que se definan en los procedimientos.

4.9 PROCESO DISEÑO DE PROYECTOS

4.9.1 Adelantar jornadas de sensibilización para los nuevos funcionarios de la Dirección Técnica de Proyectos en el manejo de los aplicativos aplicables al proceso.

4.9.2 Fortalecer los conocimientos del personal del proceso en aspectos del Sistema de Gestión de la Calidad, Ambiental y SST.

4.9.3 Evaluar los controles aplicados en la Matriz de riesgo del proceso para el riesgo R.DP.02 y R.DP.05.

4.9.4 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.10 PROCESO GESTIÓN PREDIAL

4.10.1 Divulgar al interior de la Entidad los resultados de las gestiones y casos exitosos que son medidos por el proceso, toda vez que corresponden al componente social del proceso de Adquisición Predial, el cual requiere de un esfuerzo administrativo importante.

4.10.2 Divulgar el valor agregado generado dentro del proceso, a través de la implementación de la asesoría jurídico-social e inmobiliaria, implementada dentro del componente Social del proceso de Adquisición Predial.

4.10.3 Fortalecer en el personal, la ubicación en la página web y en la intranet de la directriz de Calidad y de Gestión Ambiental y la contribución del proceso al cumplimiento de la misma.

4.10.4 Evaluar la posibilidad de incluir dentro de la información documentada del proceso en el SIG, el formato denominado "Remisión de la Unidad Social", el cual se evidenció dentro de los expedientes revisados.

4.10.5 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.11 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS

4.11.1 Revisar si se cuenta con algún memorando o correo electrónico enviado por la DTC a la OAP, para establecer la fecha de la última actualización de la Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales, del Proceso de Ejecución de Obras.

4.11.2 Solicitar a la Oficina Asesora de Planeación, que se actualice la información correspondiente al reporte del Plan de Tratamiento del Riesgo del Proceso de Ejecución de Obras, que aparece en el Mapa de Procesos del IDU de acuerdo con el memorando DTC 20183350003033 de fecha 11 de enero de 2018, en donde la DTC envió el Seguimiento al Plan de Tratamiento de Riesgos del Proceso, con fecha a corte 31 de diciembre de 2018.

4.11.3 Evaluar los controles actuales, registrados en la Matriz de Riesgos, y asegurar su correspondencia frente a la causa del riesgo establecido, especialmente para el riesgo R.EO.04 “Demora en la ejecución de la Obra”.

4.11.4 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.12 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

4.13.1 Fomentar la participación de los colaboradores del proceso en las actividades de promoción de la salud y el autocuidado.

4.13.2 Evaluar la posibilidad de modificar la forma de pago a las interventorías, a fin que se incorporen completamente características asociadas a la oportunidad y calidad de los informes presentados o evaluar la posibilidad de trabajar informes separados por componente, porque, aunque existe la cláusula en el contrato asociada a la entrega de informes, se evidenciaron rezagos en la presentación de los mismos.

4.13.3 Fortalecer el uso de equipos de medición en el seguimiento o aplicación de procesos constructivos.

4.13.4 Evaluar la posibilidad de renombrar el indicador 3556-Aprobación de informes, porque la fórmula de cálculo incluye además de informes aprobados, informes con objeciones.

4.13.5 Tramitar oportunamente ante la OAP la actualización del plan de acción, teniendo en cuenta que ésta se ve afectada por situaciones exógenas al área.

4.13.6 Verificar constantemente el uso y cumplimiento de los elementos de protección personal, utilizados para las inspecciones ejecutadas por el equipo de seguimiento a pólizas.

4.13.7 Revisar la caracterización de procesos con el fin de incorporar actividades del planear a cargo de la DTAI, ya que actualmente sólo están descritas actividades para el Hacer, Verificar y Actuar, además de la información documentada del proceso, publicada en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.13 PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

4.14.1 Documentar la interacción de Gestión Contractual con los demás procesos, especialmente en lo relacionado con la ejecución de los contratos, donde el tema de seguimiento a los bienes y servicios contratados se realiza desde las áreas ejecutoras, al igual que la liquidación.

4.14.2 Continuar la difusión de actividades con las áreas involucradas, comunicando las condiciones, lineamientos para asegurar la ejecución controlada en el proceso de gestión contractual, tal como las realizadas para la mitigación del riesgo R.GC.05 “Deficiente elaboración de los pliegos de condiciones”.

4.14.3 Monitorear el cumplimiento del plan de mejoramiento encaminado a mejorar la publicación de información en los portales de contratación, según los resultados expuestos en el memorando ORFEO 20181350156003.

4.14.4 Continuar con la aplicación de pausas activas, invitando a todo el personal a su participación.

4.14.5 Fortalecer los controles asociados a la preparación y consolidación de información, tendientes a dar cumplimiento a los términos que se establezcan para la remisión de la información y/o reportes que se requieran.

4.14.6 Revisar la caracterización de los indicadores 4351 y 4352, en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, a fin de validar la fórmula actual para el cálculo del indicador. En el indicador identificado con número 4352, se sugiere ajustar el ítem correspondiente a la fuente de datos, toda vez que la información se genera mediante la consolidación del reporte SIVICOF y no de SIAC-ORFEO como aparece registrada.

4.14.7 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.14 PROCESO GESTIÓN LEGAL

4.15.1 Revisar la batería de indicadores del proceso, estructurándolos de acuerdo con el objetivo del proceso y con base en las funciones asignadas en el Acuerdo 2 de 2009 y las metas estratégicas programadas por la Dirección General.

4.15.2 Fortalecer en el equipo de trabajo de la Subdirección General Jurídica, los conocimientos en relación con la política de Calidad y su ubicación en la página web y en la intranet.

4.15.3 Agilizar la suscripción del acta del Comité de Defensa Judicial, Conciliación y Repetición del 29 de junio de 2018, mediante la cual se aprueba la política de prevención del daño antijurídico para el primer semestre de 2018 y por ende, la emisión del memorando de instrucción jurídica que adopta la política de prevención.

4.15 PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST

4.15.1 Considerar como parte de la actualización del MGPE018 Manual Administración del Riesgo y el INPL010 Instructivo Alineación de controles de riesgos, la “Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles, en entidades públicas” del DAFP (febrero 2018).

4.15.2 Definir claramente los aspectos ambientales de los servicios ofrecidos por el Instituto, entendiendo que éstos, en relación con los proyectos misionales, presentan un menor impacto ambiental, que de igual forma se debe controlar.

4.15.3 Priorizar el cierre de brechas para requisitos de norma como el de Planificación de cambios, considerando que se debe estandarizar una metodología, que permita identificar y planificar oportunamente cualquier cambio que afecte el SIG.

4.15.4 Adoptar la herramienta de Cuadro de control de indicadores, para realizar el reporte, control y seguimiento de las metas, indicadores y avances, de los indicadores para todos los subsistemas de gestión del Instituto.

4.15.5 Ajustar la descripción del riesgo R.AC.01 “Implementación inadecuada del sistema integrado de gestión”, según el objetivo y alcance del proceso, toda vez que distintas situaciones pueden ser interpretadas como “Implementación inadecuada”.

4.15.6 Realizar la gestión con la SGJ, para que sea ajustada la metodología de actualización de normogramas, minimizando reprocesos por el procesamiento de 31 normogramas remitidos por dependencia, cuando el total de procesos es 22.

4.16 PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

4.16.1 Realizar un análisis de las solicitudes de servicios de recursos físicos, con el líder del proceso y el equipo de trabajo, en especial de las categorías que puedan resultar de mayor complejidad, o que no se logren resolver de manera inmediata, con el objetivo de mejorar el seguimiento de dichas acciones y la oportunidad de solución para los clientes internos.

4.16.2 Especificar y detallar en el cuadro de control mediante el cual se administra el programa de mantenimiento, cada una de las plantas eléctricas, para facilitar el seguimiento, en especial, por cuanto tienen diferentes frecuencias de mantenimiento de acuerdo a las especificaciones técnicas.

4.16.3 Gestionar una carpeta compartida, en la que los servidores y contratistas puedan almacenar información relevante del proceso de consulta interna.

4.16.4 Realizar mantenimiento adecuado a la bodega de Panalpina, debido que en la visita realizada se constató que algunas tejas presentan grandes fisuras, permitiendo la filtración del agua lluvia.

4.16.5 Actualizar la caracterización del proceso de Gestión de Recursos Físicos, para evaluar la exclusión de la actividad 3 del servicio de "Archivo y correspondencia y centro de documentación", por ser un servicio asociado al proceso de gestión documental.

4.17 PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

4.17.1 Oficializar el documento plan de actualización documental vigencia 2018, con el fin de dar cumplimiento a la actualización de documentos del proceso en las fechas programadas, previo a la recertificación.

4.17.2 Evaluar la posibilidad de definir indicadores de gestión, en la batería de indicadores de gestión o cuadro de mando, para las actividades críticas Nº 1 y Nº 9, asegurando la medición y seguimiento total del proceso.

4.17.3 Actualizar la cartilla didáctica presupuestal publicada en intranet y emitida por la Secretaría Distrital de Hacienda _ Dirección Distrital de Presupuesto en caso que exista versión más reciente a la de la versión 2001.

4.17.4 Realizar revisión de la Matriz de riesgos y la Matriz de Oportunidades del proceso, teniendo en cuenta los aspectos identificados en el Contexto Estratégico del proceso.

4.17.5 Gestionar capacitación para los funcionarios y contratistas del proceso gestión financiera, sobre el conocimiento de requerimientos de la Resolución 1111 de 2017 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes."

4.17.6 Revisar y registrar los proveedores de la información de la actividad crítica Nº5, toda vez, que el marco normativo de las entidades de gobierno también puede configurarse como suministro de información, además, investigar y definir puntualmente los principales clientes (usuarios) y concluir con las agrupaciones necesarias.

4.17.7 Revisar, en conjunto con la Dirección Técnica de Defensa Judicial-DTGJ, el mecanismo más apropiado para que al interior de la entidad se aborde las solicitudes de información contable requerida en los procesos judiciales en los cuales, el Instituto de Desarrollo Urbano – IDU va a ejercer el derecho de objeción.

4.17.8 Verificar la efectividad y el impacto en el tiempo, de las acciones de mejoramiento por formular, formuladas y terminadas, para eliminar las causas que generan las no conformidades identificadas, acorde a lo estipulado en el numeral 10.3 Efectividad, de la GUPE018 V.4.0 Guía de seguimiento a la gestión IDU.

4.18 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

4.18.1 Establecer mecanismos que contribuyan a asegurar que los servidores del nivel directivo participen activamente, de los programas que se lideran desde el proceso de gestión del talento Humano, especialmente en la Inducción.

4.18.2 Adelantar las gestiones pertinentes para que, desde el nivel directivo, se cumpla oportuna y eficazmente con los compromisos relacionados con evaluación y acuerdos de gestión.

4.18.3 Ajustar la caracterización del proceso, teniendo en cuenta que el alcance no está incluyendo todas las actividades que se lideran desde el mismo. Por ejemplo, para la actividad N° 6 “Ejecutar los Planes y programas de Seguridad y Salud Ocupacional”, no es claro el alcance desde el proceso de Gestión del Talento Humano comparado con el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST y el nombre de la actividad, no corresponde con los cambios realizados por la Ley 1562 de 2012.

4.18.4 Actualizar el procedimiento PR-TH-03 Creación y gestión documental de historias laborales, para incluir las mejoras que se han implementado como las carpetas desacidificadas de 4 aletas, los responsables y la metodología para acceso a historias laborales.

4.18.5 Adelantar las gestiones pertinentes para que se culmine la actividad de digitalización de historias laborales (194 pendientes).

4.18.6 Incluir el riesgo biológico en las actividades de administración de historias laborales y las que se desarrollan en el consultorio y salas de estabilización.

4.18.7 Verificar el tipo de extintor con el que se cuenta en el área de archivo de historias laborales (agua a presión de 2.5 galones y solkaflam de 7000 gramos), debido a que a pesar que el extintor de agua a presión sirve para tratar un conato de incendio de papel, estaría en riesgo la integridad de la información que se archiva y que aún no se encuentra digitalizada en su totalidad.

4.18.8 Asegurar que las actividades del programa de bienestar que se reprogramen o cumplen con otras actividades, se actualicen dentro de los cronogramas o que se evidencie su reprogramación.

4.18.9 Establecer medidas de seguimiento (indicador de efectividad), de las actividades que se realizan desde el proceso de Gestión del Talento Humano, con el fin de verificar la tendencia de los resultados y el impacto de éstas en el personal de la entidad.

4.18.10 Fortalecer los mecanismos de seguimiento y control para asegurar que las resoluciones de nombramiento se entreguen firmadas oportunamente desde la Dirección General a la STRH.

4.18.11 Gestionar una carpeta compartida en la que los servidores y contratistas puedan almacenar información relevante del proceso de consulta interna.

4.18.12 Fortalecer con servidores y contratistas del proceso, los conocimientos generales del SIG (Política, objetivos del SIG, indicadores y sus resultados, funciones y miembros de COPASST y comité de convivencia, programas de SST y medio ambiente).

4.18.13 Gestionar la culminación de las actividades relacionadas con el sitio de almacenamiento temporal de residuos biológicos de la sede calle 20, con el fin de solicitar a Ecocapital la recolección de residuos en ese punto.

4.18.14 Evaluar la posibilidad de incluir en el Sistema Integrado de Gestión los formatos que se manejan para la administración de novedades de vinculación y desvinculación.

4.19 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

4.19.1 Revisar el normograma e implementar los correctivos a que haya lugar que permitan mantenerlo actualizado.

4.19.2 Analizar la amenaza, contenida en el contexto estratégico del riesgo IDU, abril 2018, "1) Catástrofes naturales o factores que afecten la infraestructura física y operativa en donde se desarrolla el proceso de Gestión Documental y en los lugares donde se almacena y custodia la información" e incluirla en la Matriz de riesgos institucional del IDU, acorde con la metodología de administración del riesgo del Instituto.

4.19.3 Revisar el público al que va dirigido, la Guía GUDO01 para la Gestión Documental del IDU, puesto que se estaría excluyendo personal por Contratos de Prestación de Servicios, que cuentan con este documento como insumo de sus actividades.

4.19.4 Verificar la afiliación y pago a la Administradora de Riesgos Laborales del personal contratista del proceso, de acuerdo con el análisis de riesgo realizado, según las actividades propias a ejecutar.

4.19.5 Revisar la política operacional del procedimiento PRDO03 Organización de archivos de gestión, realizando el ajuste correspondiente, acorde a la dinámica actual del procedimiento.

4.19.6 Revisar y actualizar la información documentada del proceso, publicadas en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.20 PROCESO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.20.1 Definir plan de acción interno, para formular el Plan Estratégico de TIC - PETI, de acuerdo con los nuevos lineamientos establecidos por la administración distrital, de manera que se disponga de dicho instrumento de planeación, a la mayor brevedad, toda vez que, con corte a julio de 2018, no se dispone del referente estratégico para la implementación de las actividades específicas del proceso, que impactan a toda la entidad.

4.20.2 Tomar las acciones pertinentes para evitar que usuarios no autorizados puedan observar la información de las solicitudes registradas en el sistema de información CHÍE: módulo Gestión TIC.

4.20.3 Revisar periódicamente, el listado maestro de documentos, en lo relacionado con el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación, para detectar y corregir inconsistencias en la documentación relacionada con el mismo.

4.20.4 Revisar, periódicamente, la información de documentación asociada al proceso Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación publicada en la intranet y en la página web, y de la cual sea responsable la STRT, para asegurar que esté permanentemente actualizada.

4.20.5 Realizar una autoevaluación del diseño de controles, con el fin de asegurar la toma de medidas preventivas, que minimicen los potenciales hechos que impidan que el proceso cumpla sus objetivos.

4.21 PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL

4.21.1 Continuar con la actualización documental de los procedimientos, formatos, guías e instructivos que permita al IDU contar con un proceso que evalúe y controle eficientemente el quehacer de la entidad y las actuaciones de sus servidores.

4.21.2 Validar el contenido de los informes de gestión basados en indicadores, de tal forma que cumplan el objetivo de presentar el estado de las metas programadas y servir de herramienta para la toma de decisiones, realizando retroalimentación a la OAP sobre las variables pertinentes.

4.22 PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO

4.22.1 Actualizar la caracterización del proceso, para propender por un control efectivo de las actividades críticas y sus productos, teniendo en cuenta que su redacción es confusa frente a las responsabilidades de los líderes del mismo y del resto de procesos, además de la información documentada del proceso, publicada en la intranet y la web del IDU, para detectar y corregir posibles inconsistencias en relación con el qué hacer propio del proceso.

4.22.2 Adoptar dentro del Proceso de Mejoramiento continuo un instructivo en los términos de la Guía GU-AC-01 Documentación Sistema Integrado de Gestión, para la formulación de planes de tratamiento a través del sistema CHIE, relacionando el mismo con el PR-MC-01 y el FO-MC-01, pues si bien en general el OPENERP contiene manuales para cada sistema, de acuerdo con los perfiles de los usuarios, éste no se integra con la gestión del proceso, en el sentido de vincular los campos a los objetivos del procedimiento de planes de mejoramiento.

4.22.3 Agrupar en el sistema CHIE, los tipos de planes de mejoramiento, de acuerdo con su origen, respondiendo de igual manera a lo estipulado en el Formato FO-MC-01, estos son:

AUDITORÍA Y/O EVALUACIÓN A PROCESOS
AUDITORÍA Y/O EVALUACIÓN A LA GESTION
AUDITORÍA Y/O EVALUACIÓN AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG)
AUDITORIAS ORGANISMOS DE CERTIFICACION
REVISION POR LA DIRECCIÓN
AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y/O LA GESTIÓN
ANÁLISIS DE INDICADORES
ANÁLISIS DE QUEJAS, RECLAMOS, SATISFACCIÓN…
CORRECCIONES
AUDITORIAS CONTRALORIA
RIESGOS
SALIDAS NO CONFORMES
OTRAS

Lo anterior, teniendo en cuenta que se evidencia en el sistema, la creación de planes de manera diferenciada de acuerdo a cada usuario- creador, encontrando 171 planes internos a los que se debe aplicar diferentes filtros para consultar y consolidar.

4.22.4 Establecer un plan de acción institucional para implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de manera coordinada y articulada por parte de las áreas responsables de las políticas y dimensiones del mismo.

4.22.5 Mejorar el diseño y formulación de planes de mejoramiento y análisis de causas, a través de un taller general dirigido a los responsables de formular estas herramientas para cada proceso, con ocasión de la presente Auditoría al Sistema Integral de Gestión.

5. CONCLUSIONES

Mediante la auditoría realizada se logró evaluar el cumplimiento de los requisitos aplicables definidos en la NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015 y en la Resolución 1111 de 2017, de acuerdo con las directrices de Calidad, Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo, concluyendo que, en términos generales, el Sistema Integrado de Gestión es conforme; sin embargo, se han identificado no conformidades para las cuales se debe priorizar su tratamiento, además de recomendaciones que es necesario sean valoradas y atendidas por los responsables de los procesos, a fin de asegurar el logro de las directrices y objetivos estratégicos trazados para el Sistema.

A continuación, se presenta la relación de los resultados de auditoría obtenidos para cada proceso objeto de auditoría, haciendo énfasis en la descripción de las **no conformidades (NC),** sobre las cuales se deben implementar las acciones correctivas pertinentes por parte de los líderes de proceso y el número de **recomendaciones (RCM)** realizadas para cada proceso, sobre las que es necesaria su revisión y valoración de implementación:

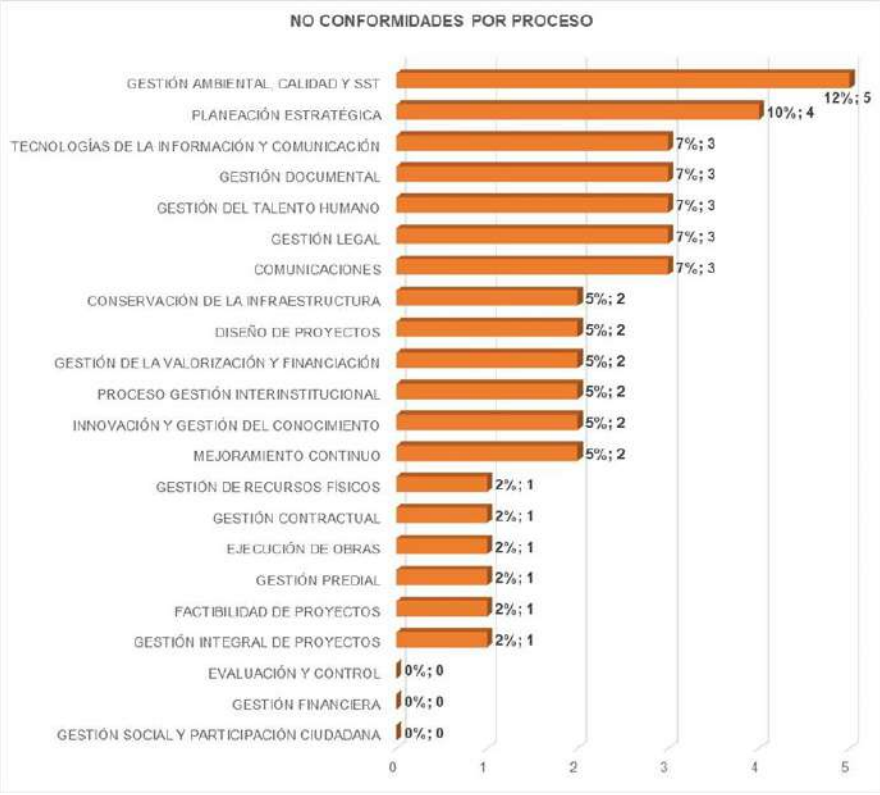
PROCESO	TOTAL NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES	TOTAL RCM
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	4	**No conformidad Nº1:** No se cuenta con evidencia, que permita conocer el resultado de los productos establecidos como salidas, en la caracterización del proceso.	10
		No conformidad Nº2: Falta de análisis y evaluación de los resultados de seguimiento y medición a los indicadores de gestión	
		No conformidad Nº3: Materialización de riesgos del proceso	
		No conformidad Nº4: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas	
INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	2	**No Conformidad Nº1**. Errores y diferencias en los enlaces de la información geográfica presentada en la web del IDU.	8
		No Conformidad N°2. No publicación de las versiones anteriores de las Especificaciones Técnicas en la intranet	
GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	0	Este proceso no presenta no conformidades; sin embargo, se evidenció desactualización de la información documentada del proceso, situación declarada como No conformidad para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, líder de este requisito transversal de norma, desde el cual se formulará el tratamiento correspondiente, frente a todos los aspectos documentales del SIG.	4
PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL	2	**No Conformidad N°1**: Incumplimiento en la elaboración del informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos con destino a la Dirección General.	8
		No Conformidad N°2. Incumplimiento a la Cláusula Décima Cuarta del Convenio IDU-1454-2017.	
COMUNICACIONES	3	**No Conformidad Nº1:** Fallas en el inventario de controles para la gestión de riesgos.	9
		No Conformidad Nº2: Desactualización de las Tablas de Retención Documental TRD	
		No Conformidad Nº3: Deficiencias en la formulación de acciones de planes de mejoramiento	
GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS	1	**No Conformidad Nº1**: Falta formulación de acciones por autocontrol de acuerdo con el procedimiento interno	7
GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN	2	**No Conformidad Nº1**. Errada clasificación de las cuentas por cobrar de Actos administrativos que no se encuentran plenamente ejecutoriados.	4
		No Conformidad Nº2: Materialización del riesgo R.VF.04 “Que la liquidación de la contribución de valorización presente inconsistencias”, sin tratamiento correspondiente.	
FACTIBILIDAD DE PROYECTOS	1	**No Conformidad Nº1**. Incumplimiento en la entrega de los productos de factibilidad, por parte de los consultores y/o interventores conforme a los cronogramas establecidos y aprobados.	6

PROCESO	TOTAL NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES	TOTAL RCM
DISEÑO DE PROYECTOS	2	**No Conformidad No 1**: Desactualización de la información consignada en el aplicativo SIAC	4
		No Conformidad No 2: Inefectividad de la Acción 1091 – Plan de mejoramiento interno	
GESTIÓN PREDIAL	1	**No conformidad Nº1**. No disposición de Resoluciones de oferta de compra firmadas en el sistema ORFEO	5
EJECUCIÓN DE OBRAS	1	**No Conformidad Nº1**: Incumplimiento reporte de Salidas No conformes.	4
CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	2	**No Conformidad Nº1**: Fallas en la verificación o control de materiales utilizados en obra.	7
		No Conformidad Nº2: Fallas en la aplicación de la metodología de lluvia de ideas	
GESTIÓN CONTRACTUAL	1	**No Conformidad No. 1**: Deficiencias en los soportes de controles de los bienes o productos adquiridos externamente-Contrato IDU-1413-2017.	7
GESTIÓN LEGAL	3	**No Conformidad Nº1**. Falta de control de términos de respuesta ante requerimientos efectuados por los órganos de control y respuestas a los derechos de petición sobre temas de alto impacto.	3
		No Conformidad Nº2. Incumplimiento en la publicación de la ejecución de contratos, en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.	
		No Conformidad Nº3. Ausencia de métodos de medición, que soporten los resultados de indicadores de gestión del proceso.	
GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST	5	**No conformidad Nº1**: Inadecuada planificación y control de cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad	6
		No conformidad Nº2: Materialización de riesgos del proceso	
		No conformidad Nº3: Falta de conciencia por parte del personal, de aspectos transversales propios del SIG. Esta NC se registró en este proceso, pero se identificó en los siguientes procesos: 1. Gestión Integral de Proyectos 2. Gestión Ambiental, Calidad y SST 3. Gestión Financiera	
		No conformidad Nº4. Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada del SIG. Esta NC se registró en este proceso, pero se identificó en los siguientes procesos: 1. Innovación y Gestión del Conocimiento	

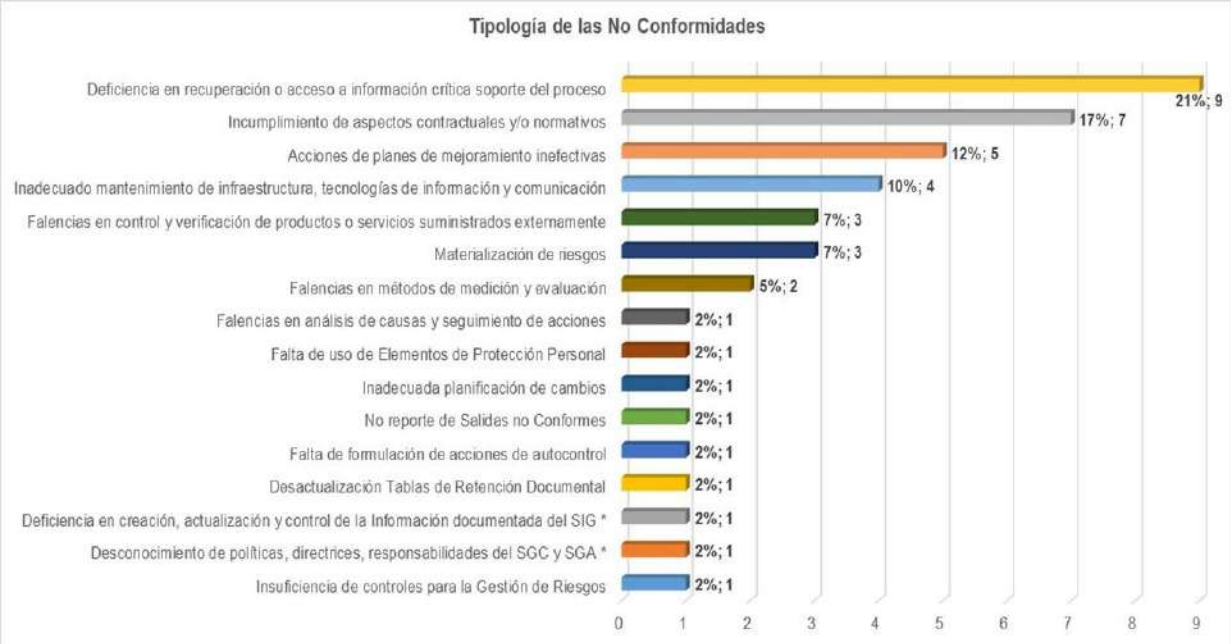
PROCESO	TOTAL NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES	TOTAL RCM
		2. Gestión Social y Participación Ciudadana 3. Gestión Interinstitucional 4. Comunicaciones 5. Gestión Integral de Proyectos 6. Gestión de la Valorización y Financiación 7. Factibilidad de Proyectos 8. Gestión Predial 9. Ejecución de Obras 10. Gestión Contractual 11. Gestión Financiera 12. Gestión Documental 13. Tecnologías de la Información y Comunicación 14. Mejoramiento Continuo	
		No conformidad Nº5: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas	
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	1	**No conformidad N°1:** No registro del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) ante el organismo de tránsito.	5
GESTIÓN FINANCIERA	0	Este proceso no presenta no conformidades; sin embargo, se evidenció desactualización de la información documentada del proceso, además de Bajo nivel de conocimiento sobre requisitos básicos de SGC y SGA, situaciones independientes y declaradas como No conformidad para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, líder de este requisito transversal de norma, desde el cual se formulará el tratamiento correspondiente, frente a todos los aspectos documentales y toma de conciencia del SIG.	8
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3	**No conformidad Nº1**. Falta de implementación del programa de inducción para el personal directivo que ingresa al Instituto.	14
		No conformidad Nº2. Desprotección laboral en ARL	
		No conformidad Nº3. Desactualización del normograma del proceso	
GESTIÓN DOCUMENTAL	3	**No conformidad Nº1**. Inadecuadas condiciones físicas y ambientales para la manipulación, almacenamiento, custodia y protección del archivo documental del Instituto.	6
		No conformidad Nº2: Uso no adecuado de los elementos de protección personal.	
		No conformidad Nº3. Acciones de planes de mejoramiento no efectivas	
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3	**No Conformidad Nº1**. Incumplimiento de actividades establecidas en el Manual de Copias de Seguridad.	5
		No Conformidad Nº2. Incumplimiento en el envío de reportes para la revisión de los derechos de acceso a los recursos de TI	

PROCESO	TOTAL NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES	TOTAL RCM
		No Conformidad Nº3: Inconsistencias en la información del reporte de casos atendidos	
EVALUACIÓN Y CONTROL	0	Durante el desarrollo de la auditoría y el análisis de las evidencias, no se identificaron no conformidades para este proceso.	2
MEJORAMIENTO CONTINUO	2	**No conformidad Nº1**: El sistema de Información CHIE no se ajusta integralmente a lo establecido en el formato FO-MC-01 Plan de mejoramiento interno V5.0	5
		No Conformidad Nº2: Deficiencia en el análisis de causas generadoras de los hallazgos, al igual que un inadecuado seguimiento al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento.	
TOTAL	**42**		**137**

De acuerdo con lo anterior, en los siguientes gráficos, se da a conocer el balance de no conformidades y de recomendaciones por proceso:



El siguiente gráfico, muestra la tipología general de las no conformidades, evidenciadas en la auditoría:



De acuerdo con la información consignada en la tabla anterior, a continuación, se presenta la relación de los principales criterios de auditoría en los que se detectó las no conformidades, con el proceso respectivo, en donde fueron identificadas:

REQUISITOS NTC ISO 9001:2015			
N°	**NUMERAL**	**REQUISITO AFECTADO**	**PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ**
1	4.4.1	Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos	Planeación Estratégica
			Mejoramiento Continuo
2	5.1.2	Enfoque al cliente	Gestión de Recursos Físicos
3	6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	Planeación Estratégica
			Comunicaciones
			Gestión de la Valorización y Financiación
			Gestión Ambiental, Calidad y SST
			Gestión del Talento Humano
4	6.3	Planificación de los cambios	Gestión Ambiental, Calidad y SST
5	7.1.3	Infraestructura	Tecnologías de la Información y Comunicación
6	7.2	Competencia	Gestión del Talento Humano
7	7.3	Toma de conciencia	Asignada a Gestión Ambiental, Calidad y SST, pero con evidencia de afectación en procesos misionales y de apoyo
8	7.5	Información documentada	Asignada a Gestión Ambiental, Calidad y SST, pero con evidencia de afectación en la mayoría de los procesos
9	8.2.2	Determinación de los requisitos para los productos y servicios	Gestión Legal
10	8.2.3.2	Revisión de los requisitos para los productos y servicios – Numeral	Innovación y Gestión del Conocimiento
11	8.4.2	Tipo y alcance del control	Factibilidad de Proyectos
			Gestión Contractual
			Conservación de la Infraestructura
12	8.5.1	Control de la producción y de la provisión del servicio	Conservación de la Infraestructura
13	8.7	Control de las salidas no conformes	Ejecución de Obras
14	9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	Planeación Estratégica
			Gestión Legal
15	10.1	Generalidades – Mejora	Gestión Integral de Proyectos
16	10.2.1	No conformidad y acción correctiva	Planeación Estratégica
			Comunicaciones
			Gestión Integral de Proyectos
			Diseño de Proyectos
			Gestión Ambiental, Calidad y SST

Del total de requisitos de la NTC ISO 9001:2015 afectados, se evidencia que los numerales con mayor afectación son:

a. **Numeral. 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades**: el cual presenta afectación por parte de 4 procesos, entre estratégicos, misionales y de apoyo, derivado de insuficiencia de controles, materialización de riesgos y falencias en el tratamiento de riesgos materializados.

   Por lo anterior, se hace necesario, reforzar las estrategias y acciones definidas para asegurar el cumplimiento de este requisito, teniendo en cuenta el enfoque basado en riesgos, en el que se encuentra enfocada la nueva versión de la NTC ISO 9001:2015, con lo cual se busca prevenir los efectos negativos asociados con el desarrollo de los procesos y la producción y prestación de servicios y aumentar la eficacia del SIG.

b. **Numeral 7.3 Toma de conciencia**: con afectación principalmente en 3 procesos, entre misionales y de apoyo, debido a desconocimiento de políticas, directrices, responsabilidades y aspectos transversales propios del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Gestión Ambiental.

c. **Numeral 7.5 Información documentada**: para el cual se evidenció afectación en la mayoría de los procesos, tanto estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y mejora, debido a deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada del SIG.

   Es importante aclarar que las evidencias relacionadas con los requisitos 7.3 Toma de Conciencia y 7.5 Información Documentada, fueron declaradas como No conformidad para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, líder de estos requisitos de norma, aplicables de manera transversal para todos los procesos, desde el cual se formulará el tratamiento correspondiente, frente a todos los aspectos documentales y toma de conciencia del SIG identificados.

d. Numeral 8.4.2 Tipo y alcance del control: el cual presenta afectación por parte de 3 procesos, entre misionales y de apoyo, en los que se identificaron falencias en control y verificación de productos o servicios suministrados externamente.

e. **Numeral 10.2.1 No conformidad y acción correctiva:** se evidenció afectación por parte de 5 procesos, entre estratégicos, misionales y de apoyo, debido a falta de efectividad de las acciones de planes de mejoramiento propuestas, entendiendo que durante la auditoría se identificó recurrencia de hallazgos, por lo que la formulación de acciones presenta un enfoque de corrección, más que correctivo.

REQUISITOS NTC ISO 14001:2015			
N°	**NUMERAL**	**REQUISITO AFECTADO**	**PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ**
1	7.3	Toma de conciencia	Asignada a Gestión Ambiental, Calidad y SST, pero con evidencia de afectación en procesos misionales y de apoyo
2	7.5	Información documentada	Asignada a Gestión Ambiental, Calidad y SST, pero con evidencia de afectación en la mayoría de los procesos
3	10.1	Generalidades – Mejora	Gestión Integral de Proyectos

Del total de requisitos de la NTC ISO 14001:2015 afectados, se evidencia que los numerales con mayor afectación son los que aplican de manera transversal para todos los procesos, que para el mismo caso de la NTC ISO 9001:2015, fueron declarados como No conformidad para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, líder de estos requisitos de norma, desde el cual se formulará el tratamiento correspondiente.

ESTANDARES MINIMOS ANEXO TÉCNICO RESOLUCIÓN 1111 DE 2017			
N°	**ESTÁNDAR**	**ESTÁNDAR**	**PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ**
1	E4.2	Medidas de prevención y control para intervenir los peligros/riesgos – Numeral 4.2.6 “Elementos de Protección Personal”	Gestión Documental

Respecto a los estándares mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo, que aplican de manera transversal para todos los procesos, se identificó una no conformidad por parte de un proceso de apoyo, no obstante, de manera general se evidenció conformidad respecto a los mismos.

Cabe aclarar que los resultados de esta auditoría, serán insumo para la auditoría de verificación del estado de la implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), a realizar en octubre de 2018, según lo definido en el Decreto 1072 de 2015, además de los estándares mínimos adoptados por la Resolución 1111 de 2017.

6. FIRMAS DE LÍDERES DE AUDITORÍA POR PROCESO

PROCESO AUDITADO	AUDITOR LIDER	FIRMA
Planeación Estratégica	Camilo Oswaldo Barajas Sierra	Original firmado
Innovación y Gestión del Conocimiento	Camilo Oswaldo Barajas Sierra	Original firmado
Gestión Social y Participación Ciudadana	Héctor Pulido Moreno	Original firmado
Gestión Interinstitucional	Consuelo Mercedes Russi Suárez	Original firmado
Comunicaciones	Francisco José Gallego Mendoza	Original firmado
Gestión Integral de Proyectos	Yully Maritza Montenegro Suárez	Original firmado
Gestión de la Valorización y Financiación	Consuelo Mercedes Russi Suárez	Original firmado
Factibilidad de Proyectos	Wilson Guillermo Herrera Reyes	Original firmado
Diseño de Proyectos	Luis Fernando Leiva Sánchez	Original firmado
Gestión Predial	Ana Claudia Mahecha	Original firmado
Ejecución de Obras	Cesar Miranda Rivas	Original firmado

PROCESO AUDITADO	AUDITOR LIDER	FIRMA
Conservación de la Infraestructura	Carlos Campos Sosa	Original firmado
Gestión Contractual	Diego Fernando Aparicio Fuentes	Original firmado
Gestión Legal	Ana Claudia Mahecha	Original firmado
Gestión Ambiental, Calidad y SST	Yully Maritza Montenegro Suárez	Original firmado
Gestión de Recursos Físicos	John Quiroga Fuquene	Original firmado
Gestión Financiera	Edynzon Gallego Londoño	Original firmado
Gestión del Talento Humano	Julieth Monroy Rodríguez	Original firmado
Gestión Documental	Camilo Oswaldo Barajas Sierra	Original firmado
Tecnologías de Información y Comunicación	Wilson Guillermo Herrera Reyes	Original firmado
Evaluación y Control	Alejandra Granados Rodríguez	Original firmado
Mejoramiento Continuo	Luisa Fernanda Aguilar Peña	Original firmado

7. ANEXOS

7.1 INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Tabla N°1. Duración de actividades incluidas en el procedimiento PR-IC-02, no ejecutadas por la DTE

Actividad	Ejecutante	Duración (minutos)
1.1.1.4 Diligenciar formato FO-IC-01	Área Técnica	30
1.1.1.10 Informar a la DTE el inicio del Contrato	Área Técnica	5
1.1.1.13 Reportar cambios de estado y tipo de intervención.	Área Técnica	5
1.1.1.18 Informar a la DTE de la terminación del contrato	Área Técnica	5
1.1.1.19 Revisar cumplimiento metas físicas	Área Técnica	8
1.1.1.20 Enviar archivos CAD y Geodatabase normalizados	Área Técnica	30
1.1.1.23 Enviar a la DTE planos e información pendiente antes de la liquidación del contrato	Área Técnica	30
1.1.1.26 Enviar información digital normalizada de acuerdo al instructivo para presentación de planos y archivos vigente	Área Técnica	30
1.1.1.33 Enviar a la DTE ya las área técnicas de información de factibilidad	Área Técnica	180
1.1.1.37 Descargar instructivo para presentación de planos y archivos	Entidad Distrital, Particulares	60
1.1.1.38 Entregar información y planos normalizados	Entidad Distrital, Particulares	30
1.1.1.43 Reportar las intervenciones	Entidad Distrital, Particulares	2
1.1.1.49 Reportar segmentos reservados para la intervención por parte de entidades distritales	Entidad Distrital, Particulares	2

Fuente: Procedimiento PR-IC-02 “Actualización del Sistema de Información Geográfica”, V 1. Elaboración: Equipo auditor.

Tabla N°2. Actividades del procedimiento PR-IC-02 cuya duración podría ser insuficiente

Actividad	Descripción	Ejecutante	Duración (minutos)
1.1.1.14 Revisar información recibida	Revisar la información contenida en el formato FO-IC-02, para ser cargada posteriormente en la base de datos	DTE	1
1.1.1.44 Revisar y Analizar información	El Profesional Especializado de la DTE revisa y analiza la información para verificar que no esté incluida la intervención en un programa del IDU.	DTE	3
2.1.1.4 Actualizar atributos	Si el Código de Identificación Vial o elemento de la sección transversal existe, deben ser actualizados sus atributos	DTE	3

Fuente: Procedimiento PR-IC-02 “Actualización del Sistema de Información Geográfica”, V 1. Elaboración: Equipo auditor.

Tabla N°3. Imprecisiones de trazabilidad documental Proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento

Código	Tipo de Proceso	Dependencia	Tipo Documento	Nombre	Versión	Estado	Observación
ET-GE-005	*Misional*	*DTE*	*Especificación Técnica*	*Agregados petreos a partir de concreto hidraulico reciclado* (sic)	*1.0*	*Vigente*	No existía o no estaba publicado en la intranet. El nombre corresponde a la especificación técnica identificada como Sección 452-11, versión 2.0. El proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento es estratégico y no misional, de acuerdo con lo establecido en el artículo segundo de la Resolución 64994 de 2015, “*Por medio de la cual se actualiza el modelo de operación por procesos y el Sistema Integrado de Gestión del IDU*” y en el Manual del Sistema Integrado de Gestión, código MG-AC-01, versión 9, numeral 11.1.

Código	Tipo de Proceso	Dependencia	Tipo Documento	Nombre	Versión	Estado	Observación
MG-IC-010[40]	*IDU*	*DTE*	*Manual de Gestión*	*Manual de especificaciones tecnicas generales de materiales y construccion para proyectos de infraestructura vial* (sic)	*3.0*	*Vigente*	No publicada en la intranet. Están publicadas las Especificaciones Técnicas, por secciones, pero no están referenciadas en el formato de los documentos del SIG, sino como secciones. El tipo de proceso "IDU" no se encuentra relacionado en el Manual del Sistema Integrado de Gestión, código MG-AC-01, versión 9, ni en la Resolución 64994 de 2015, "*Por medio de la cual se actualiza el modelo de operación por procesos y el Sistema Integrado de Gestión del IDU*".
FO-PE-129	*Misional*	*DTE*	*Formato*	*Registro de cotización no oficial* (sic)	*1.0*	*Vigente*	Relacionados como vigentes en el Listado Maestro de Documentos, corte 30/05/2018, sin embargo, no existían o no publicados en la intranet.
FO-PE-135	*Misional*	*DTE*	*Formato*	*Presupuesto de Consultoría* (sic)	*1.0*	*Vigente*	La sigla "PE" no está acorde con lo establecido en la guía "Documentación Sistema Integrado de Gestión", código GU-AC -01, v 7.0, numeral 8. "Codificación", que indica que la sigla para este proceso es "IC" Este proceso es estratégico y no misional, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 64994 de 2015, "*Por medio de la cual se actualiza el modelo de operación por procesos y el Sistema Integrado de Gestión del IDU*" y en el Manual del Sistema Integrado de Gestión, código MG-AC-01, versión 9.
FO-PE-136	*Misional*	*DTE*	*Formato*	*Matriz para Calculo de AIU* (sic)	*1.0*	*Vigente*	
CP-IC-01	*Estratégico*	*DTE*	*Caracterización*	*Caracterización de Procesos* (sic)	*1.0*	*Vigente*	En el referido Listado Maestro de Documentos aparecía como vigente la versión 1.0, pero la publicada en la Intranet es la versión 2, que, además, está identificada con el código CP-IN-01, lo cual no está acorde con lo establecido en la guía "Documentación Sistema Integrado de Gestión", código GU-AC -01, v 7.0, numeral 8. "Codificación", que indica que la sigla para este proceso es "IC".[41]
CU-IN-01		DTE	Cartilla	Guía Práctica de Galvanizado por Inmersión en Caliente	1		Este documento no aparece relacionado en el listado maestro de documentos. Además, está identificado con el código CU-IN-01, lo cual no está acorde con lo establecido en la guía "Documentación Sistema Integrado de Gestión", código GU-AC -01, v 7.0, numeral 8. "Codificación", que indica que la sigla para el tipo de documento "Cartilla" es "CA" y la sigla que identifica a este proceso es "IC".

[40] La Resolución 3243 del 18 de diciembre de 2013, por la cual se adoptó "[…] *la actualización del "Manual MG-IC-010 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS GENERALES DE MATERIALES Y CONSTRUCCIÓN PARA PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA VIAL Y DE ESPACIO PÚBLICO EN BOGOTÁ D.C. — IDU ET 2011, versión 3.0*" tampoco está publicada, en la Intranet, aunque sí en la página web, sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

[41] Es de recordar que la guía "Documentación Sistema Integrado de Gestión", código GU-AC -01, v 6.0, del 10 de julio de 2017, tampoco hace referencia a las siglas "IN" o "GE" como identificadoras del proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento.

Código	Tipo de Proceso	Dependencia	Tipo Documento	Nombre	Versión	Estado	Observación
							Adicionalmente, se encontró que el archivo pdf publicado en la intranet, correspondiente a esta guía, presenta, a partir de la página 9 y hasta la 23, un título diferente ("Guía para el reciclaje de pavimento asfáltico estabilizado con aditivos bituminosos y/o hidráulicos"), y además, no tiene código.
GU-GE-005[42]	*Misional*	*DTE*	*Guía*	*Metodologia para cálculo del estado superficial de ciclorutas* (sic)	*1.0*	*Vigente*	Documentos referenciados con la sigla "GE", la cual no se encuentra en la guía "Documentación Sistema Integrado de Gestión", código GU-AC -01, v 7.0, numeral 8. "Codificación", que indica que la sigla que identifica a este proceso es "IC". El proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento es estratégico y no misional, de acuerdo con lo establecido en el artículo segundo de la Resolución 64994 de 2015, "*Por medio de la cual se actualiza el modelo de operación por procesos y el Sistema Integrado de Gestión del IDU*" y en el Manual del Sistema Integrado de Gestión, código MG-AC-01, versión 9, numeral 11.1.
GU-GE-007[43]	*Estratégico*	*DTE*	*Guía*	*Uso de Geosintéticos* (sic)	*1.0*	*Vigente*	
GU-GE-010[44]	*Misional*	*DTE*	*Guía*	*PARA LA ESTABILIZACIÓN DEL MATERIAL PRODUCTO DEL RECICLAJE EN FRÍO DE PAVIMENTOS ASFÁLTICOS* (sic)	*1.0*	*Vigente*	
GU-GE-011[4]	*Misional*	*DTE*	*Guía*	*RECICLAJE DE PAVIMENTO ASFÁLTICO IN SITU ESTABILIZADO CON ADITIVOS BITUMINOSOS Y/O HIDRÁULICOS* (sic)	*1.0*	*Vigente*	

Fuente: Intranet y Listado Maestro de Documentos con corte 30/05/2018. Elaboración: Equipo de auditoría.

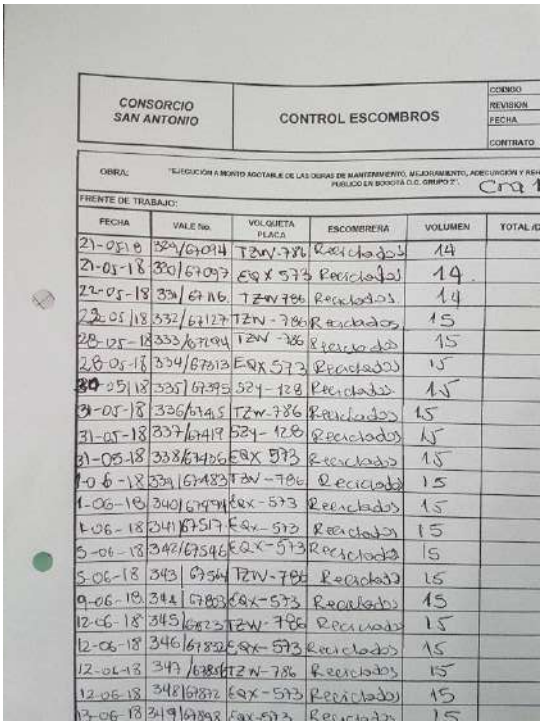
NOTA: El campo "Tipo de proceso" aparece vacío para la cartilla CU-IN-01 porque ésta no aparece relacionada en el Listado Maestro de Documentos.

[42] Adoptada mediante Resolución IDU 2315 del 23 de julio de 2010.
[43] Adoptada mediante Resolución IDU 4218 del 10 de octubre de 2011.
[44] Las guías GU-GE-010 y GU-GE-011 fueron adoptadas mediante Resolución IDU 4420 del 28 de octubre de 2011.

7.2 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

Reporte fotográfico visita al frente de obra Av. 15 entre calle 76 y 78.

Anexo 1. Detalle registro de control RCD



CONSORCIO SAN ANTONIO — CONTROL ESCOMBROS

FECHA	VALE No.	VOLQUETA PLACA	ESCOMBRERA	VOLUMEN	TOTAL/D
21-05-18	329/67094	TZW-786	Reciclados	14	
21-05-18	330/67097	ESX 573	Reciclados	14	
22-05-18	331/67116	TZW 786	Reciclados	14	
22-05-18	332/67127	TZW-786	Reciclados	15	
28-05-18	333/67194	TZW -786	Reciclados	15	
28-05-18	334/67313	ESX 573	Reciclados	15	
30-05-18	335/67395	524-128	Reciclados	15	
31-05-18	336/67415	TZW-786	Reciclados	15	
31-05-18	337/67419	524-128	Reciclados	15	
31-05-18	338/67426	ESX 573	Reciclados	15	
1-06-18	339/67483	TZW-786	Reciclados	15	
1-06-18	340/67494	ESX-573	Reciclados	15	
1-06-18	341/67517	ESX-573	Reciclados	15	
5-06-18	342/67546	ESX-573	Reciclados	15	
5-06-18	343/67564	TZW-786	Reciclados	15	
9-06-18	344/67883	ESX-573	Reciclados	15	
12-06-18	345/67823	TZW-786	Reciclados	15	
12-06-18	346/67852	ESX-573	Reciclados	15	
12-06-18	347/67854	TZW-786	Reciclados	15	
12-06-18	348/67872	ESX-573	Reciclados	15	
13-06-18	349/67893	ESX-573	Reciclados	15	

Placa: TBZ-00
Material: Reciclado
Fecha: 2018-05-12
Hora: 01:45
Recibido por: B.V
Firma: B.V

329
RECICLADOS INDUSTRIALES DE COLOMBIA S.A.S.
NIT. 900360954-1
Nº 67094
RES. No. Consorcio
Cliente: San Antonio
Placa: TZW-786
Material: Escombros
Fecha: 21/05/2018
Hora: 10:24
Recibido por: DV
Firma:
Origen: Cll 75 Cra 15
Conductor:
M³:

331
Nº 67116
S.A.S.
Origen:
Conductor:
TZW-786

Anexo 2. Detalle de la visita al frente de obra

Anexo 3. Construcción muro de contención

7.3 PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL

Tabla N°1. Convenios de Cooperación para Intervención Infraestructura Vial y Espacio Público a Cargo de Terceros

PROYECTO	CONVENIO	OBJETO	VALOR (Millones de pesos)
Plan Parcial la Felicidad	1233-2017	El promotor en cumplimiento de las obligaciones urbanísticas de carga general contenidas en el decreto 147 de 2008 y el decreto 386 de 2015, se compromete a realizar los estudios, diseños, la ejecución de las obras de infraestructura vial y espacio público	31.274
Plan de Regularización y Manejo del Colegio Nueva Granada	1430-2017	El promotor se compromete a realizar los estudios, diseños, gestión, cesión predial y construcción de un puente peatonal sobre la avenida de los cerros con transversal 1 e, según lo dispuesto en el plan de regularización y manejo del colegio nueva granada, ubicado en la carrera 2 este Nº 70 - 20 de Bogotá, D.C., a título de acción de mitigación urbanística.	1.591
Plan de Implantación Centro Comercial El Edén	1452-2017	Realizar los estudios, diseños, adquisición predial y la ejecución de las obras de infraestructura vial y espacio público, acordadas y contenidas en el plan de implantación del centro comercial Alsacia (el edén), a título de acciones de mitigación, con el acompañamiento del IDU.	33.770
Plan de Regularización y Manejo Clínica Nuestra Señora de la Paz	1453-2017	Realizar los estudios, diseños, adquisición predial y la ejecución de las obras de infraestructura vial y espacio público, acordadas y contenidas en el plan de regularización y manejo de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, a título de acciones de mitigación, con el acompañamiento del IDU.	814
Plan de Implantación Centro Comercial y Empresarial Plaza Claro Salitre	1457-2017	El promotor en cumplimiento de las obligaciones urbanísticas de carga en general contenidas en la resolución 1836 de 2016, se compromete a: realizar estudios, diseños y la ejecución de las obras de infraestructura vial y espacio público, acordadas y contenidas en el plan de implementación del centro comercial y empresarial plazo claro, a título de acciones de mitigación, con el acompañamiento del IDU.	5.374
Fideicomiso Lagos de Torca	1284-2018	Establecer reglas, parámetros, procedimientos y estipulaciones generales de cooperación y coordinación que delimitarán las cláusulas y obligaciones de los convenios específicos, que regirán el desarrollo, ejecución y entrega al IDU de las obras de carga general-incluyendo los suelos destinados a las mismas correspondientes a proyectos de infraestructura de transporte y espacio público, a cargo del fideicomiso lagos de torca, dentro del plan de ordenamiento zonal del norte "ciudad lagos de torca", en los términos del decreto 088 de 2017, modificado por el decreto 049 de 2018 y del contrato de fiducia.	

Fuente: Subdirección General de Desarrollo Urbano **Elaboración Propia:** Equipo Auditor

Tabla N° 1. Propuesta de APP de Iniciativa Privada en Etapa de Factibilidad:

NOMBRE DEL PROYECTO	NOMBRE DEL ORIGINADOR	OBJETO	FECHA DE RADICACIÓN
PROYECTO VIAL CHUSACA - CALLE 13	PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA ALO SUR S.A.S. conformada por: (CONCAY S.A. ICEIN SAS y PAVIMENTOS COLOMBIA SAS y Mario Alberto Huertas Cotes)	Diseño, Financiación, Construcción, operación y Mantenimiento de la Avenida Longitudinal de Occidente entre Chusacá y la Av. Calle 13.	24/02/2016

Fuente: Subdirección General de Desarrollo Urbano

Tabla N° 2. Propuestas de APP de Iniciativa Privada en etapa de Prefactibilidad:

Fecha Radicación	Nombre del originador	Nombre del Proyecto	Objeto
16/06/2017	GRUPO ATLANTIA (Autostrade dell' AtlanticoS.r.l.).	AUTOPISTA URBANA NORTE DE BOGOTÁ	Estudios, diseños, construcción. Rehabilitación, mantenimiento y operación del corredor vial ubicado en la autopista Norte entre la Calle 80 y la Calle 193 de la ciudad de Bogotá.
20/12/2017	Megaterra Colombia	Vía nueva construcción entre la Carrera 7ª a la altura de la calle 100 y carretera C50 (La Calera)	La iniciativa propuesta propone la construcción de una nueva vía desde la Calle 100 con Carrera 7ª de Bogotá y mediante un túnel llegaría hasta el actual embalse de San Rafael y desde ese punto a la carretera C50 nacional que atraviesa el municipio de la Calera.

Fuente: Subdirección General de Desarrollo Urbano

Tabla N° 3. Propuestas de APP etapa de Pre factibilidad en espera de revisión.

FECHA RADICACIÓN	NOMBRE DEL ORIGINADOR	NOMBRE DEL PROYECTO	OBJETO
29/02/2016	UC CONSULT, S.A.S. – ARCS, S.L. Termotécnica Coindustrial S.A., HB Estructuras Metálicas	AVENIDA LONGITUDINAL DE OCCI DENTE ALO CALLE 13 - AUTOPISTA SUR	Diseño, construcción, operación, mantenimiento, liquidación y reversión de la Avenida Longitudinal de Occidente, Tramo: Calle 13 – Autopista Sur, La propuesta consiste en la ejecución de una avenida urbana de 24 Kilómetros de longitud, con doble calzada y 2-3 carriles por sentido, incluye 4 puentes con unos 0,4 Km. de longitud conjunta. Segundo orden de inscripción en el RUAPP, la primera propuesta es el proyecto “Proyecto vial Chusacá - Calle 13”.

Fuente: Subdirección General de Desarrollo Urbano

Tabla N° 4. Convenios en Ejecución

AÑO CONTRATO	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA	OBJETO	CÓDIGO	NOMBRE CONTRATISTA
2015	21/07/2015	20/07/2019	Aunar esfuerzos, recursos económicos, administrativos y técnicos, para la ejecución de proyectos de infraestructura de transporte desarrollados por el IDU, de acuerdo con las competencias y funciones de cada entidad suscribiente.	9-07-30500-0612-2015	EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLA DO DE BOGOTÁ
2016	23/08/2016	22/08/2021	Establecer un entre el IDU y Codensa que permita aunar esfuerzos de carácter técnico y financiero para: 1) la identificación, protección o reubicación de las redes de propiedad de Codensa S.A. ESP que resulten afectadas con ocasión de la ejecución de proyectos de infraestructura de transporte del IDU, contemplados en el plan de ordenamiento	IDU-849-2016	CODENSA S.A ESP.

			territorial, plan de desarrollo de Bogotá d. c., y todos los proyectos que requiera la ciudad para su desarrollo. 2) la ejecución de las obras que tengan por objeto la expansión de las redes de propiedad de Codensa S. A. ESP.		
2016	7/09/2016	6/09/2021	Las partes se comprometen a aunar esfuerzos técnicos, financieros y administrativos de acuerdo con la competencia de cada entidad, para el desarrollo de las actividades propias de los proyectos de infraestructura de transporte del sistema de movilidad y espacio público a cargo del IDU y de la Infraestructura de redes y activos de distribución de gas natural a cargo de gas natural S. A. ESP, en cumplimiento de lo expuesto en la ley 1682 de 2013, dentro de los principios constitucionales y legales.	IDU-853-2016	GAS NATURAL S.A. E.S.P.
2016	7/12/2016	6/12/2021	las partes se comprometen a aportar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para el desarrollo de las actividades propias que se generen con ocasión de la ejecución de obras civiles telemáticas y demás actividades necesarias en las distintas etapas de los proyectos de infraestructura a cargo del IDU, en Bogotá, D.C.	IDU-1069-2016	EMPRESA DE TELECOMUNICACIONES DE BOGOTA S.A E.S.P. - E.T.B.
2017	10/11/2017	10/11/2022	Establecer reglas y procedimientos de cooperación y coordinación, de acuerdo con las competencias y funciones de cada parte, para el desarrollo y armonización de los proyectos de infraestructura de transporte del sistema de movilidad y espacio público a cargo del IDU y de la infraestructura de redes y activos de telecomunicaciones a cargo de Colombia telecomunicaciones, dentro de los principios constitucionales y legales.	IDU-1454-2017	COLOMBIA TELECOMUNICACIONES S.A. ESP

Tabla N° 5. Análisis de los indicadores del proceso

NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO	ANÁLISIS TRIMESTRE ENERO A MARZO 2018
Estudios previos con terceros	Liderar, orientar y realizar gestiones de coordinación interinstitucional con el sector privado para la estructuración y suscripción de convenios con terceros en virtud de cargas urbanísticas y otorgamiento de permisos voluntarios.	Durante el 1er. trimestre de 2018 la SGDU estructuró un (1) estudio Previo mediante radicado Nº 20182050008763 de 25/01/2018, la SGDU recomendó a la Dirección General la suscripción del convenio marco de cooperación para facilitar intervención de infraestructura vial y espacio público a cargo de Terceros para el Proyecto Ciudad Lagos de Torca. Los estudios previos estructurados son insumo de la recomendación a la Dirección General. Al cierre del 1er Trimestre de 2018, se dio un cumplimiento del 100% frente al total de la meta programada. 1/1
Identificación de compromisos de los actos administrativos adoptados en virtud de cargas urbanísticas	Identificar los compromisos a cargo de terceros y estimar sus cantidades y costos.	Durante el primer trimestre de 2018, se revisaron y analizaron los siguientes actos administrativos emitidos por la SDP: 1. Instituto Teológico Pastoral para América Latina- ITEPAL 2. Dispensario de Sanidad Militar FAC - ARC 3. Seminario Conciliar de Bogotá 4. Fundación Salud de los Andes 5. Data Center - ETB El Carmen 6. Universidad del Rosario - Sede Quinta de Mutis 7. Colegio de Estudios Superior de Administración - CESA

NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO	ANÁLISIS TRIMESTRE ENERO A MARZO 2018
		8. Fiscalía General de la Nación, Sede Nivel Central 2 - Sector Paloquemao 9. Plaza de Mercado La Perseverancia Al cierre del 1er Trimestre de 2018, se dio un cumplimiento del 90% frente al total de la meta programada. 9/10 El formato de ficha, se encuentra en proceso de ajuste para lograr consolidar un reporte integral del avance del instrumento al interior de la entidad.
Evaluación propuesta de APP de iniciativa privada como pública.	Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley 1508/12 y el Decreto 1082/15, en cuanto a las etapas de pre factibilidad y factibilidad.	Durante el primer trimestre de 2018, no se radicaron en el Institutito propuestas de APP de Iniciativa Privada, por lo tanto no hubo evaluación de APP y en este sentido no aplica programación de ejecución para este indicador, al cierre de este periodo.
Gestión y viabilización convenios marco con las Empresas de Servicios Públicos	Liderar, orientar y realizar gestiones de coordinación interinstitucional con las Empresas de Servicios Públicos y las entidades Nacionales, Departamentales y Distritales para viabilizar la suscripción de convenios marco para el desarrollo de los proyectos de infraestructura de transporte, vial y espacio público.	No se programó indicador de ejecución para el 1er. Trimestre de 2018. A nivel informativo, la SGDU continúa realizando las mesas de alto nivel con las ESP para la gestión y negociación de los convenios marco que se encuentra en trámite.
Divulgación y aplicación convenios marco con ESP	Realizar divulgación a funcionarios y contratistas PSP del IDU y contratistas externos sobre la aplicación y cumplimiento de los convenios marco con las ESP con el fin de brindar herramientas técnicas para fortalecer la gestión y desarrollo de los proyectos.	No se programó indicador de ejecución para el 1er. Trimestre de 2018.
Gestión y control ambiental	Efectuar gestión y control ambiental (sin incluir el componente SST) de los proyectos	Durante el 1er Trimestre de 2018, se emitieron veintiocho (28) recomendaciones y/o conceptos ambientales por contrato de interventoría, relacionados a continuación:

NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO	ANÁLISIS TRIMESTRE ENERO A MARZO 2018
	a cargo de la DTP, con el fin de verificar el cumplimiento normativo y los requerimientos de la entidad.	• Contrato 1407 de 2017 (Actualización sísmica y reforzamiento estructural de puentes, grupo B): 3 • Contrato 1565 de 2017 (Red peatonal Sabana, grupos 1 y 2): 2 • Contrato 1552 de 2017 (Paso a nivel en la Av. Luis Carlos Galán por Cra. 66 y andenes de la Cra. 93 entre calle 129 B Bis y calle 131 - Acciones populares 2007-00243 y 2010-00148: 2 • Contrato 1397 de 2017 (Av. José Celestino Mutis desde la Tr. 112 B Bis (Cra. 114(hasta cra. 122): 9 • Contrato 1512 de 2017 (Cuatro puentes vehiculares sobre cuerpos de agua): 5 • Contrato 1572 de 2017 (Av. Laureano Gómez (Cra. 9) desde Av San José (cll. 170) hasta la cll. 193: 2 • Contrato 1563 de 2017 (Red peatonal Zona Rosa): 2 • Convenio 1430 de 2017 (Puente peatonal colegio Nueva Granada): 2 • Contrato 1541 de 2017 (Reforzamiento estructural de cinco puentes peatonales atirantados): 1 Al cierre del 1er Trimestre de 2018, se cumplió con la generación de veintiocho (28) recomendaciones y/o conceptos ambientales por contrato de interventoría, frente al total de la meta programada. 28/15 Los soportes documentales de esta gestión, reposan en la SGDU para su respectiva consulta.
Transferencia de conocimiento en seguridad vial	Brindar conocimiento técnico en el tema de seguridad vial a funcionarios y contratistas del IDU para su aplicación en los proyectos de infraestructura vial a cargo de la entidad.	No se programó indicador de ejecución para el primer trimestre de 2018. A nivel informativo, la SGDU ha realizado once (11) sesiones para el periodo de enero a marzo de 2018, dirigidas a la SGI, DTP y DTE.
Generación de conceptos de planes parciales	Emitir los conceptos de planes parciales requeridos por la SDP en el marco de la gestión adelantada por esa Secretaría.	Durante el primer trimestre de 2018, se registra el siguiente avance de conceptos de planes parciales: Oficios de solicitud de la SDP al IDU 2018: 1. Radicado IDU 20185260006642 - Plan Parcial El Rosario Lagos de T. 90% 2. Radicado IDU 20185260011392 - Plan Parcial La Marlene. 80% 3. Radicados IDU 20185260127452 y 20185260267302 - PPRU Nodo Calle 72. - Radicado IDU Nº 20182050248921 Respuesta Solicitud Concepto Técnico acerca de la propuesta de patio de Regulación y plataforma de servicios zonales en inmediaciones de la Calle 72 y Carrera 15- PPRU Calle 72. 100% 4. Radicado IDU 20185260277022 - PPRU Centro Empresarial Ecopetrol. 0% Oficios de solicitud de la SDP 2017 gestionados por IDU en 2018:

NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO	ANÁLISIS TRIMESTRE ENERO A MARZO 2018
		5. Radicado IDU 20175260621242, PPD El Consuelo - Respuesta Radicado IDU 20182050198261 100% 6. Radicado IDU 20175260868962, PPD El Otoño, Respuesta Radicado IDU 20182050160921. 100% 7. Radicado IDU 20175260823152, PPD, El Bosque, Respuesta Radicado IDU 20182050103011. 100% 8. Radicado IDU 20175260665082, HB, avance del 75% Como resultado al cierre del I Trimestre de 2018, se registra un avance de cumplimiento del 81%, frente al total de la meta programada.

Fuente: Información publicada en Intranet, cuadro de mando a 30 de marzo de 2018 **Elaboración Propia:** Equipo Auditor

7.4 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS

Tabla 1. Relación de contratos a cargo de la DTC.

CONTRATOS DE LA D/T CONSTRUCCIONES											VALORES						
PROYECTO	PROCESO	AÑO	CONTRATO	S/T	TIPO	ETAPA ACTUAL	INICIO	FIN	CONTRATISTA	VALOR INICIAL	MAYORES CANTIDADES	ADICIONES	VALOR ACTUAL	VALOR ANTICIPO	TOTAL PAGADO	SALDO DEL CONTRATO	% AVANCE FINANCIERO
AV. RINCON TABOR	IDU-CMA-SGI-023-2014	2014	IDU-1727-2014	STESV	INTER	EO	10-dic-14	23-jul-19	CONSORCIO MAB - GIS II	$ 3.134.545.957		$ 3.255.361.444	$ 6.389.907.401		$ 1.920.634.612	$ 4.469.272.789	30,06%
AV. RINCON TABOR	IDU-LP-SGI-016-2014	2014	IDU-1725-2014	STESV	OBRA	EO	10-dic-14	23-jul-19	U.T. AVENIDA EL RINCON	$ 50.940.280.238		$ 19.093.323.976	$ 70.033.604.214	$ 4.148.598.059	$ 13.930.859.222	$ 56.102.744.992	19,89%
AV.BOSA	IDU-CMA-SGI-027-2014	2014	IDU-1864-2014	STESV	INTER	TERMINADO	09-feb-15	09-may-18	CONSORCIO INGE	$ 1.775.005.016		$ 3.471.788.185	$ 5.246.793.201		$ 3.770.199.637	$ 1.476.593.564	71,86%
AV. BOSA	IDU-LP-SGI-021-2014	2014	IDU-1807-2014	STESV	OBRA	TERMINADO	09-feb-15	31-may-18	UNION TEMPORAL DESARROLLO VIAL 2014 (ICEIN, ESTUDIOS Y DISEÑOS)	$ 48.181.038.168		$ 21.668.981.197	$ 69.850.019.365	4.263.510.964,00	$ 58.896.105.455	$ 10.953.913.910	84,32%
AV. CIUDAD DE CALI	IDU-CMA-SGI-025-2014	2014	IDU-1688-2014	STESV	INTER	TERMINADO	28-nov-14	12-jun-18	UNION TEMPORAL TECNO POSSO 025	$ 2.995.346.958		$ 1.888.570.615	$ 4.883.917.573		$ 3.650.851.611	$ 1.233.065.962	74,75%
AV. CIUDAD DE CALI	IDU-LP-SGI-019-2014	2014	IDU-1662-2014	STESV	OBRA	TERMINADO	28-nov-14	12-jun-18	PAVIMENTOS COLOMBIA SAS	$ 59.437.391.448		$ 19.032.822.722	$ 78.470.214.170	$ -	$ 69.409.594.780	$ 9.060.619.390	88,45%
AV. SAN ANTONIO	IDU-CMA-SGI-013-2014	2014	IDU-1804-2014	STESV	INTER	EO	08-ene-15	26-jun-18	CONSORCIO DICO - SERINCO 2014.	$ 1.741.806.440		$ 2.035.953.007	$ 3.777.759.447		$ 1.913.436.917	$ 1.864.322.530	50,65%
AV. SAN ANTONIO	IDU-LP-SGI-012-2014	2014	IDU-1300-2014	STESV	OBRA	EO	08-ene-15	26-jun-18	CONSORCIO ALIANZA SAN ANTONIO	$ 37.997.974.581	$ 12.415.827.356	$ 16.459.149.376	$ 66.872.951.313	$ 3.230.614.396	$ 47.661.966.402	$ 19.210.984.911	71,27%
CONEXIÓN DE LA CICLORUTA DE LA AVENIDA CALLE 26	IDU-CMA-DTC-013-2015	2015	IDU-1836-2015	STEST	INTER	TERMINADO	23-may-16	17-feb-18	INTERSA S.A.	$ 377.274.928		$ 434.546.760	$ 811.821.688		$ 600.422.805	$ 211.398.883	73,96%
CONEXIÓN DE LA CICLORUTA DE LA AVENIDA CALLE 26	IDU-LP-SGI-014-2015	2015	IDU-1829-2015	STEST	OBRA	TERMINADO	23-may-16	17-feb-18	CONSORCIO CICLOADMP	$ 1.550.937.898		$ 593.101.288	$ 2.144.039.186		$ 1.878.349.750	$ 265.689.436	87,61%

Tabla N° 2. Relación de Informes de Interventoría con fecha de recibido en el IDU

Componente	Fecha de corte No. Informe	RAD. INTERVENTORÍA 1	
		Nro.	Fecha
Técnico	Informe 31 27 C/mes	20175260511872	24/07/2017

Técnico	Informe 35 27 C/mes	20175260879192	29/11/2017
Forestal		20175260846602	20/11/2017
SST	Informe 36 27 C/mes	20175260959092	28/12/2017
SST	Informe 37 27 C/mes	20185260154712	21/02/2018
Técnico	Informe 38 27 C/mes	20185260175602	27/02/2018
SST		20185260154542	21/02/2018
Técnico	Informe 39 27 C/mes	20185260286002	28/03/2018
Técnico	Informe 40 27 C/mes	20185260388722	25/04/2018
Técnico	Informe 41 27 C/mes	20185260527302	29/05/2018
Ambiental		20185260464792	21/05/2018
SST		20185260497252	21/05/2018
Técnico	Informe 42 27 C/mes	20185260650032	27/06/2018
Forestal		20185260619832	20/06/2018

7.5 GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST

Inadecuada disposición de residuos sólidos. Calle 22 Piso 10

Inadecuada disposición de residuos sólidos. Calle 22 Piso 7

Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada del SIG

PROCESO	Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada
INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Se evidenció desactualización del procedimiento PRIC02 “Actualización del Sistema de Información Geográfica” versión 1, y las guías GUIC02 “Guía Sistema de Información Geográfica”, V 2.0 y GUIC03 “Guía Mantenimiento y Actualización del Sistema de Información Geográfica del IDU - SIGIDU”, V 1.0, relacionados con las actividades críticas del proceso 2 “Gestionar la información y el conocimiento” y 4 “Disposición de la información y respuestas a los (sic) solicitudes realizadas”, incumpliendo lo establecido en el requisito 7.5.3.1 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede llevar a incumplimiento de procesos y procedimientos. En la descripción de la actividad crítica 2 de los resultados de auditoría al proceso, se precisaron las situaciones evidenciadas para cada uno de los documentos mencionados anteriormente. Se evidenció la existencia del documento DU-IC-01 suscrito por el jefe de la Oficina Asesora de Planeación, documento que, según la líder del proceso (Directora Técnica Estratégica), se expidió sin su aprobación y sin haber realizado las modificaciones solicitadas.

PROCESO	Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada
GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Se evidenció información documentada del proceso, desactualizada y a la cual no se le da cabal cumplimiento según lo establecido, incumpliendo lo definido en el numeral 6 del procedimiento PRAC07 Gestión de la Información Documentada y el numeral 7.5.2 de la NTC ISO 9001:2015, generando incertidumbre respecto a la adecuada implementación de los procedimientos del proceso y los soportes que permiten evidenciar su cumplimiento. Esta situación se detectó en los siguientes documentos: • PRSC03 Observatorio de satisfacción y percepción ciudadana e imagen institucional: El marco normativo enuncia el Acuerdo Distrital 489 de 2012, derogado por art. 164 del Acuerdo Distrital 645 de 2016. Adicionalmente, en la actividad 1.1.6.19, se menciona el procedimiento PRAC108 Control de documentos, el cual se encuentra derogado. • PRSC01 Plan estadístico V 1.0: En la actividad 1.1.1.17 menciona el formato FOSC02 el cual se encuentra derogado.
PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL	Se evidenciaron inconsistencias y desactualización en la información documentada del proceso publicada en la página web y/o intranet institucional, contraviniendo lo establecido en el numeral 7.5.3.1 de la norma NTC ISO 9001:2015 y en el numeral 6 del Procedimiento PRAC07 Gestión de la Información Documentada V6.0 - Política operacional , situaciones que pueden afectar el control de uso de documentos que se consideran obsoletos para el proceso y confusiones frente a responsabilidades, competencias y operaciones del proceso. A continuación, se citan algunos casos en lo que se evidenció inconsistencias del registro del proceso: • En la página web de la Entidad se encontró que se encuentran publicados documentos derogados, así: 2GTMTM336 Gestión de Certificados de Disponibilidad Presupuestal para Proyectos TM, PRAI012 Cruce de Cuentas V. 3.0 y PRAI050 Seguimiento a la Estabilidad y Calidad de las Obras con Póliza Vigente V. 4.0 • En la Intranet se observó que en los documentos del proceso, capítulo “Caracterizaciones”, se encuentra un archivo denominado “MATRIZ RIESGO INSTITUCIONAL IDU ENERO 2017(20.02.2017).XLS”, el cual se encuentra desactualizado.
COMUNICACIONES	Se evidenció la publicación de documentación del proceso que se encuentra derogada y desactualizada, lo cual incumple el numeral 7.5.2 Creación y actualización, de las normas NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 14001:2015, ocasionando que la información disponible no esté acorde con la operación y gestión del proceso y genere confusiones en las partes interesadas de la misma. Lo anterior, se evidenció en los siguientes casos: a. La Caracterización del Proceso versión 3.0 y la Matriz de Riesgos versión 3.0, se encuentran desactualizadas, ya que citan el formato FO-CO-02 y los procedimientos PR-CO-026 y PR-CO-027, los cuales están derogados, de acuerdo con el listado maestro de documentos. Adicionalmente, se cita el documento MG-IDU-004 versión 2.0, que no se encuentra en dicho listado.

PROCESO	Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada
	b. La Caracterización de proceso, en el numeral 3, columna de insumos, presenta una numeración desordenada. c. En el mapa de procesos, se encuentran publicadas dos versiones de la matriz de riesgos de gestión, la versión 2.0 y la versión 3.0.
GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS	Se evidencia que en el Listado Maestro de Documentos, descargado de la intranet el día 21 de junio de 2018, existen dos caracterizaciones vigentes con diferente código para el proceso de Gestión Integral de Proyectos las cuales se encuentran clasificadas en dos tipos de procesos diferentes (Estratégico y Evaluación y Mejora) y se observa que el código CP-GP-01 se establece tanto para la caracterización del proceso auditado, como para el proceso de gestión predial, incumpliendo así lo establecido en la NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 14001:2015, numeral 7.5.2 Creación y actualización, lo cual puede generar un uso inadecuado de los documentos y confusiones al realizar su consulta.
GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN	Se evidenciaron inconsistencias y/o desactualización en información documentada del proceso, contraviniendo lo establecido en el numeral 7.5.3.1 de la norma NTC 9001:2015 y en el Procedimiento PRAC07 Gestión de La Información Documentada V6.0, numeral 6.- Política operacional, situación que puede afectar el control de uso de documentos que se consideran obsoletos para el proceso y confusiones frente a responsabilidades, competencias y operaciones del proceso. A continuación, se citan algunos casos en lo que se evidenció inconsistencias del registro del proceso: • Se observó que en la intranet se encuentra publicado el procedimiento PRCV059 Devolución de Dinero por Concepto de Valorización V1.0, (documento obsoleto), el cual fue reemplazado por el Instructivo IN-CV-004 Trámite de devoluciones por concepto de valorización V.1., y este último no está publicado en la intranet. • La matriz de requisitos del proceso no contiene el requisito contemplado en el MANUAL SIG V9.0 en el numeral 9.5.6 Anexo 6. Requisitos SGC, 8.5.5. Actividades posteriores a la entrega. • En la página web del IDU se evidencia el registro de procedimientos derogados así: 2-DTF-GF-2-2.1.6-Elaborar Concepto Técnico para Reclamaciones por Valorización V1.0 7.4.8-Sustitución de Contribuyentes 7.4.19 Pago por Abonos PR-GCV-06-Planeación e Implementación del Censo V1.0

PROCESO	Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada
FACTIBILIDAD DE PROYECTOS	Se evidenció desactualización de la "Guía GUFP02 Estructuración de Programas de Conservación para los Sistemas de Movilidad y Espacio Público Peatonal Construido en Bogotá V1.0" expedida el 15 de septiembre de 2015, en cuanto a responsabilidades para la ejecución de actividades descritas en la misma, lo cual afecta el cumplimiento de lo definido en el numeral 7.5 de la Guía Documentación del SIG V7.0 y del requisito "7.5.3. Control de la Información Documentada" de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede generar riesgo sobre el control operacional del proceso, en lo que hace referencia a las responsabilidades específicas sobre operaciones que anteriormente se realizaban en otro proceso. Entre otras desactualizaciones, se identificaron las siguientes: • Numeral 3 Responsabilidades: Se define como criterio principal para determinar las responsabilidades lo establecido en el Acuerdo 002 de 2009 "Por el cual se establece la Estructura Organizacional del Instituto de Desarrollo Urbano, las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones", lo cual ha cambiado mediante el Acuerdo 002 de 2017 "Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 002 de 2009", en lo que tiene que ver con funciones de la SGDU, DTP, DTDP y la eliminación de la Dirección Técnica de Diseño de Proyectos de la estructura organizacional. • Responsabilidades específicas que anteriormente estaban en cabeza de la Dirección Técnica de Diseño de Proyectos, en cuanto a: "Es responsabilidad de la Dirección Técnica de Diseño de Proyectos -DTD- elaborar los componentes técnicos de los pliegos de condiciones, guías de requisitos y presupuestos para la contratación de los programas para la conservación de la infraestructura existente de los sistemas de Movilidad y de Espacio Público construido a cargo de la entidad, obra e interventoría, ajustándose a los lineamientos establecidos en los programas estructurados por la Dirección Técnica de Proyectos. Para tal fin, la DTD, previo inicio del proceso pre-contractual deberá solicitar a la DTP el visto bueno a los pliegos de condiciones elaborados." • Numeral 8 Control "8.1 en la estructuración de pliegos de condiciones. En la elaboración de los componentes técnicos de los pliegos de condiciones, guías de requisitos y presupuestos para la contratación de los programas para conservación de los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido a cargo de la entidad (tanto de obra como de interventoría), la DTD se ajustará a los lineamientos establecidos en el programa estructurado por la DTP. Para tal fin, la DTD, previamente a la radicación en la DTPS de los documentos correspondientes para el inicio del proceso selectivo a que haya lugar, remitirá a la DTP el anexo técnico para avalar que éste se ajuste a los lineamientos técnicos establecidos en el programa de conservación estructurado por la DTP."
GESTIÓN PREDIAL	Se evidenció que para la entrega de los predios identificados con RT Nº 44175 y 44125, no se utilizó el formato FO-GP-55 V2.0 "Acta de recibo de predios", sino que se utilizó un formato no oficializado, contraviniendo lo establecido en los Literales a), c) y d) del numeral 7.5.3.2 Control de la información documentada de la Norma NTC ISO 9001:2015, lo que puede generar

PROCESO	Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada
	inadecuado control documental, de acuerdo con lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión.
EJECUCIÓN DE OBRAS	Se observó que el procedimiento PR-C-044 Ejecución de Proyectos de Construcción de Infraestructura Vial y Espacio Público, Versión 2.0, está desactualizado con relación a las políticas de autocontrol (políticas operacionales), la normatividad específica (marco normativo), y a la nueva estructura organizacional del IDU-Acuerdo 02 del 25 de enero de 2017, incumpliendo lo establecido en el numeral 7.5.2 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede generar confusiones e incertidumbre frente a responsabilidades, normatividad aplicables y puntos de control.
GESTIÓN CONTRACTUAL	Se evidenciaron documentos del proceso, asociados al Plan de adquisiciones y listas de chequeo que han sido derogados por el uso de sistemas de información, que optimizan el funcionamiento del proceso, pero que no han sido actualizados en los procedimientos y formatos; así como la matriz de aspectos ambientales, contraviniendo la NTC ISO 9001:2015 en su numeral 7.5.2, lo cual genera posibles confusiones por parte de los interesados y la aplicación de versiones que no están vigentes.
GESTIÓN FINANCIERA	Se evidenció falta de control y actualización de la información documentada del proceso; contraviniendo lo establecido en la NTC ISO 9001:2015 numeral 7.5.2 Creación y Actualización y los numerales 7.2 y 7.3 del Procedimiento PRAC07 Gestión de la información documentada y disposiciones establecidas en la Guía GUAC01 V 7.0 Documentación Sistema Integrado de Gestión, numeral 7.5, situación que puede generar confusiones frente a responsabilidades y competencias en la ejecución de actividades en la entidad. Lo anterior, se pudo evidencia de acuerdo con los resultados de auditoría registrados en la actividad 1, actividad 6 y el numeral Información documentada en el informe del proceso.
GESTIÓN DOCUMENTAL	Se evidenció que información documentada y publicada en el mapa de procesos de la Gestión Documental, no está controlada en el Listado maestro de documentos, contraviniendo lo establecido en la norma la NTC ISO-9001 Sistema de Gestión de la Calidad en su numeral 7.5.3 y en el CODIGO MG-AC-01 MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, en su numeral Numeral 11.3 Procedimientos, lo cual puede ocasionando utilización equivocada de procedimientos y formatos pudiendo invalidar la gestión e información que soporta.
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Se evidenció desactualización de los procedimientos PR-TI-02-“Gestionar Usuarios Tecnológicos” versión 1, PR-TI-06-“Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información” versión 2, del documento DU-TI-01-“Catálogo de Servicios de Tecnologías de la Información y la Comunicación”, versión 2.0 y el instructivo IN-TI-02 -“Solicitud de Soporte Técnico por Aranda USDK”, versión 1, relacionados con la actividad crítica 7 “Gestión de Servicios de TI” del proceso, así como del listado maestro de documentos y de la información publicada en la página web del IDU, de la cual es responsable la STRT, incumpliendo lo establecido en el requisito 7.5.3.1 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede llevar a incumplimiento de procesos y procedimientos. Las situaciones descritas fueron relacionadas en los resultados de la auditoría de este proceso, en el numeral 3.20.

PROCESO	Deficiencias en la creación, actualización y control de la Información documentada
MEJORAMIENTO CONTINUO	Se evidenció falta de control y actualización de la información documentada del proceso, contraviniendo lo establecido en el numeral 7.5 de la Guía GU-AC-01 Documentación Sistema Integrado de Gestión y en el numeral 7.5.2 Creación y actualización la norma NTC ISO 9001:2015, situación que genera inconsistencia en la documentación SIG del proceso auditado, induciendo a error por parte de todos los usuarios del sistema, teniendo en cuenta que el uso de documentos y formatos es de obligatorio cumplimiento por parte de todos los procesos de la entidad Lo anterior se pudo evidenciar, de acuerdo con las siguientes situaciones: a. El procedimiento PR-MC-03 Revisión por la Dirección actualizado el 16 de mayo de 2018, hace referencia en el numeral 6.9 del Procedimiento PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías versión 4.0, además del link de acceso al mismo. Sin embargo, este procedimiento, fue actualizado en versión 5.0, el 18 de junio de 2018, cambiando el nombre del mismo a "Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento de Auditorías Internas, Auditorías Externas, Autoevaluación y evaluaciones de Gestión". b. Con ocasión de la expedición del PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de Auditorías Internas, Auditorías Externas, Autoevaluación y evaluaciones de Gestión, el 5 de junio de 2018 se ajustó el formato FO-MC-01 versión 5.0 Plan de mejoramiento, vinculando en el mismo los formatos de análisis de causas, codificados con el mismo número, sin embargo se evidenció que permanecen publicados los formatos FO-MC-150 Lluvia de ideas, FO-MC-151 Diagrama causa efecto y FO-MC-152 “5 por qué”.

7.6 GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

Bodega Panalpina visita realizada el 20 de junio de 2018:

7.7 GESTIÓN DOCUMENTAL

Imagen 1. Condiciones físicas que presentan riesgo potencial para la información. Filtración de agua.

Imagen 2. Condiciones físicas que presentan riesgo potencial para la información. Posible nido de plagas.

Imagen 3. Uso deficiente de los elementos de protección personal

Imagen 4. Cajas de archivo en los pasillos

Imagen 5. Estante sin anclar a la pared.

Imagen 6. Mala ubicación y utilización de los puntos ecológicos.

7.8 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Tabla N° 1. Casos Aranda por estado enero – mayo de 2018

Mes	Anulado	Cerrado	Registrado	Solucionado	Suspendido	Suspendido por Garantía	Suspendido por Repuesto	Total
Enero	5	8.751	6	1	5			8.768
Febrero	10	4.128	4	3	5			4.150
Marzo	2	2.999	5	4	5			3.015
Abril	1	2.661	2		3	2	1	2.670
Mayo	21	2.943	2	1	14		2	2.983
Total	**39**	**21.482**	**19**	**9**	**32**	**2**	**3**	**21.586**

Fuente: STRT, herramienta Aranda. Elaboración: Equipo auditor.

Tabla N° 2. Tiempos de solución estimados por tipo caso

Tiempo Solución Estimado (minutos)	Cantidad de casos			
	Cambios	Incidentes	Llamada de Servicio	Total
0	99		302	401
60			26	26
120		213	19.300	19.513
200		1	1.563	1.564
240		5	76	81
420			1	1
Total	**99**	**219**	**21.268**	**21.586**

Fuente: STRT, herramienta Aranda. Elaboración: Equipo auditor.

Tabla N° 3. Ejemplos de casos: Cálculo de la fecha máxima para atención

Fecha Registro	Fecha Max Atención	Nº Caso	Tipo de Caso	Hora de inicio de atención
05/01/18 16:39:11	06/01/18 07:09:11	298451	LLAMADA DE SERVICIO	7:00 am
05/01/18 16:44:04	06/01/18 07:14:04	298452	LLAMADA DE SERVICIO	7:00 am
12/01/18 16:33:43	13/01/18 07:03:43	299307	LLAMADA DE SERVICIO	7:00 am
12/01/18 17:31:20	13/01/18 07:30:00	299316	LLAMADA DE SERVICIO	7:00 am
19/01/18 19:00:36	20/01/18 07:30:00	302196	LLAMADA DE SERVICIO	7:00 am
18/01/18 16:34:45	19/01/18 06:04:45	301576	LLAMADA DE SERVICIO	6:00 am
18/01/18 17:27:33	19/01/18 06:30:00	301609	LLAMADA DE SERVICIO	6:00 am
18/01/18 17:28:03	19/01/18 06:30:00	301610	LLAMADA DE SERVICIO	6:00 am
18/01/18 17:28:04	19/01/18 06:30:00	301611	LLAMADA DE SERVICIO	6:00 am

Fuente: STRT, herramienta Aranda. Elaboración: Equipo auditor.

Tabla N° 4. Ejemplos de casos: Cálculo de la fecha máxima para solución

Fecha Atención	Fecha Max Atención	Fecha Max Solución	Tiempo Solución Estimado	Nº Caso	Tipo de Caso	Hora de inicio de atención
03/01/18 16:15:18	03/01/18 16:45:06	04/01/18 09:45:06	240	297816	LLAMADA DE SERVICIO	07:00 a. m.

Fecha Atención	Fecha Max Atención	Fecha Max Solución	Tiempo Solución Estimado	Nº Caso	Tipo de Caso	Hora de inicio de atención
31/01/18 12:12:29	18/01/18 16:47:24	19/01/18 09:47:24	240	301551	LLAMADA DE SERVICIO	07:00 a. m.
18/01/18 18:24:03	18/01/18 16:50:19	19/01/18 09:50:19	240	301565	LLAMADA DE SERVICIO	07:00 a. m.
18/01/18 18:25:50	18/01/18 16:50:21	19/01/18 09:50:21	240	301566	LLAMADA DE SERVICIO	07:00 a. m.
25/01/18 17:59:10	25/01/18 15:21:39	26/01/18 06:21:39	120	304369	LLAMADA DE SERVICIO	06:00 a. m.
25/01/18 18:12:36	25/01/18 15:38:41	26/01/18 06:38:41	120	304391	LLAMADA DE SERVICIO	06:00 a. m.
19/02/18 14:33:53	19/02/18 15:02:47	20/02/18 08:02:47	240	309365	LLAMADA DE SERVICIO	07:00 a. m.
02/04/18 14:58:12	02/04/18 15:28:01	03/04/18 06:28:01	120	313706	LLAMADA DE SERVICIO	06:00 a. m.
06/04/18 16:08:43	06/04/18 16:38:35	07/04/18 10:38:35	240	314248	LLAMADA DE SERVICIO	07:00 a. m.
08/05/18 14:44:38	08/05/18 15:14:25	09/05/18 06:14:25	120	316949	LLAMADA DE SERVICIO	06:00 a. m.
10/05/18 14:56:24	10/05/18 15:25:39	11/05/18 08:25:39	240	317242	LLAMADA DE SERVICIO	07:00 a. m.

Fuente: STRT, herramienta Aranda. Elaboración: Equipo auditor.

Tabla N° 5. Tiempo de Atención (*) casos Aranda enero – mayo de 2018

Observación	Cantidad de casos					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
No se superaron los 30 minutos de atención	4.400	3.512	2.886	2.536	2.868	16.202
Sin información del tiempo de atención	21	31	19	13	15	99
Se superaron los 30 minutos de atención	4.347	607	110	121	100	5.285
Total	**8.768**	**4.150**	**3.015**	**2.670**	**2.983**	**21.586**

(*) Información basada en la columna "*Tiempo Atencion*" (sic), entregada en el reporte.
Fuente: STRT, herramienta Aranda. Elaboración: Equipo auditor.

Tabla N° 6. Tiempo entre Atención y Solución (*) casos Aranda enero – mayo de 2018

Etiquetas de fila	Cantidad de casos					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
Se superó el tiempo estimado de solución	5.360	2.321	1.604	1.439	1.591	12.315
No se superó el tiempo estimado de solución	3.379	1.788	1.385	1.211	1.340	9.103
Sin información del tiempo de solución	29	41	26	20	52	168
Total	**8.768**	**4.150**	**3.015**	**2.670**	**2.983**	**21.586**

(*) Información basada en las columnas "*Tiempo Solución*" (sic) y "*Tiempo Solución* (sic) *Estimado*", entregadas en el reporte.
Fuente: STRT, herramienta Aranda. Elaboración: Equipo auditor.

Imagen N° 1. Pantallazo de Instructivo Restauración de la aplicación Valoricemos

INSTRUCTIVO RESTAURACIÓN DE LA APLICACIÓN VALORICEMOS			
CÓDIGO IN-TI-03	PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN LA COMUNICACIÓN	VERSIÓN 2.0	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Instituto de Desarrollo Urbano

INSTRUCTIVO

RESTAURACIÓN DE LA APLICACIÓN VALORICEMOS

Control de Versiones

Versión	Fecha	Descripción Modificación	Folios
2.0	30/05/2018	Se ajusta el documento de acuerdo a la versión actual del sistema de información Valoricemos en ambiente Web	9

Imagen N° 2. Soporte de publicación y comunicación de novedades de actualización documental