

MEMORANDO



OCI

20191350263733

Al responder cite este número

FECHA: Bogotá D.C., agosto 29 de 2019

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

DE: Jefe Oficina de Control Interno

REFERENCIA: INFORME FINAL AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN SIG - 2019

Respetada Doctora Yaneth Rocío:

Reciba un cordial saludo. En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, fue desarrollado el ciclo anual de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión SIG - 2019, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como parte de la evaluación independiente, abarcando los Subsistemas de Gestión de Calidad, Gestión Ambiental, Seguridad de la Información y Seguridad y Salud en el Trabajo.

La auditoría anunciada mediante memorando 20191350134413 de 05/06/2019, fue realizada durante junio y julio, abarcó los 22 procesos que integran el Instituto y fue desarrollada por parte del equipo de auditores internos de las diferentes dependencias.

Como resultado de la evaluación realizada, se presenta el informe final de auditoría SIG, que consolida los resultados de auditoría, las No Conformidades y las Recomendaciones/ Oportunidades de mejora identificadas en cada proceso, de acuerdo con 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, generando las correcciones, las acciones correctivas y/o de mejora, para subsanar la raíz de las deficiencias encontradas, conforme a lo

1

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

MEMORANDO



OCI

20191350263733

Al responder cite este número

establecido en el procedimiento PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento, asegurando que los hallazgos no sean reiterativos.

Para diligenciar el formato de Plan de Mejoramiento, es necesario diligenciar previamente uno de los instrumentos de análisis de causas adoptados por el Instituto, tales como: lluvia de ideas, diagrama causa efecto o los cinco porqués.

De acuerdo con lo establecido en la política operacional del procedimiento PR-MC-01 en mención, se cuenta con ocho (8) días hábiles, a partir de la fecha, para la presentación del plan de mejoramiento en atención a la totalidad de 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 29-08-2019 04:52 PM

Anexos: Informe Final de Auditoría Interna al SIG; Anexo 1 y Anexo 2. Registro fotográfico Conservación Inf.
cc Oscar Rodolfo Acevedo Castro - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema de Transporte
cc Jaime Augusto Bermudez Diaz - Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema Vial
cc Guiovanni Cubides Moreno - Subdirección Técnica de Tesorería y Recaudo
cc Hernando Arenas Castro - Dirección Técnica de Apoyo a la Valorización
cc Salvador Mendoza Suarez - Dirección Técnica Administrativa y Financiera
cc Monica Alejandra Granados Rodriguez - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema Vial
cc Lucy Molano Rodriguez - Oficina de Atención al Ciudadano
cc Hector Yesid Luengas Caicedo - Oficina de Control Interno
cc Ernesto Diaz Morales - Dirección Técnica de Proyectos
cc Oscar Fabian Cortes Manrique - Oficina Asesora de Comunicaciones
cc Leydy Yohana Pineda Afanador - Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos
cc Miguel Geovanny Torres Burgos - Oficina de Control Interno
cc Edgar Francisco Uribe Ramos - Subdirección General de Infraestructura

2

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

MEMORANDO



OCI

20191350263733

Al responder cite este número

cc José Antonio Velandia Clavijo - Subdirección Técnica de Operaciones
cc Gustavo Montaño Rodríguez - Dirección Técnica de Administración de Infraestructura
cc Lina María Ruge Correa - Oficina Asesora de Planeación
cc Hector Pulido Moreno - Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos
cc Jaime Andres Gomez Toro - Subdirección Técnica de Recursos Físicos
cc Nestor Fabian Gomez Carvajal - Oficina Asesora de Planeación
cc Juan Carlos Duque Valencia - Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema de Transporte
cc Claudia Amparo Mojica Cardona - Subdirección Técnica de Recursos Humanos
cc Camilo Oswaldo Barajas Sierra - Oficina de Control Interno
cc Diego Fernando Aparicio Fuentes - Oficina de Control Interno
cc Luis Ernesto Bernal Rivera - Dirección Técnica de Mantenimiento
cc Ligia Stella Rodríguez Hernández - Subdirección General de Gestión Corporativa
cc José Fernando Suarez Venegas - Dirección Técnica de Gestión Judicial
cc Erika María Stipanovic Venegas - Oficina de Control Interno
cc Ferney Baquero Figueredo - Dirección Técnica de Procesos Selectivos
cc Yeniffer Lizeth Guevara Mejía - Subdirección Técnica de Ejecución del Subsistema Vial
cc John Alexander Quiroga Fuquene - Oficina Asesora de Planeación
cc Consuelo Mercedes Russi Suarez - Oficina de Control Interno
cc Andrea Milena Moreno Muñoz - Subdirección Técnica de Operaciones
cc Julieth Viviana Monroy Rodríguez - Oficina Asesora de Planeación
cc William Orlando Luzardo Triana - Subdirección General de Desarrollo Urbano
cc Wilson Guillermo Herrera Reyes - Oficina de Control Interno
cc Jose Javier Suarez Bernal - Dirección Técnica de Proyectos
cc María Del Pilar Grajales Restrepo - Dirección Técnica de Predios
cc Martha Alvarez Escobar - Subdirección Técnica de Recursos Físicos
cc Isauro Cabrera Vega - Oficina Asesora de Planeación
cc Carlos Francisco Ramirez Cardenas - Subdirección Técnica Jurídica y de Ejecuciones Fiscales
cc Monica Liliana Gutierrez Salinas - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema de Transporte
cc Carlos Fernando Campos Sosa - Oficina Asesora de Planeación
cc Jorge Enrique Sepulveda Afanador - Subdirección Técnica de Recursos Humanos
cc Fernando Garavito Guerra - Oficina de Control Interno
cc Sebastian Zafra Florez - Oficina Asesora de Planeación
cc Vladimiro Alberto Estrada Moncayo - Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad
cc Hugo Alejandro Morales Montaña - Dirección Técnica de Construcciones
cc Martha Liliana González Martínez - Subdirección General Jurídica
cc Luis Fernando Leiva Sanchez - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema Vial
cc Carlos Andres Espejo Osorio - Oficina Asesora de Comunicaciones
cc Onisalba Segura De Arbelaez - Dirección Técnica de Mantenimiento
cc Patricia Del Pilar Zapata Oliveros - Oficina de Control Disciplinario
cc Paula Tatiana Arenas Gonzalez - Subdirección Técnica de Recursos Humanos
cc Nohra Lucia Forero Cespedes - Oficina de Control Interno
cc Juan Carlos Abreo Beltran - Subdirección Técnica de Mantenimiento del Subsistema Vial
cc Joanny Camelo Yopez - Dirección Técnica Estratégica
cc Luisa Fernanda Aguilar Peña - Oficina de Atención al Ciudadano
cc Adriana Mabel Nino Acosta - Oficina de Control Interno
cc Ivan Abelardo Sarmiento Galvis - Dirección Técnica de Gestión Contractual

Elaboró: Yully Maritza Montenegro Suarez-Oficina De Control Interno

| | | | |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN SIG

INSTITUTO DE DESARROLLO
URBANO IDU

2019

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

“En la tabla de contenido, puede dar Ctrl + Clic, para ir automáticamente al capítulo que desee consultar”

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|--------|--|-----|
| 1. | INFORMACIÓN GENERAL | 4 |
| 2. | METODOLOGÍA | 6 |
| 3. | RESULTADOS DE LA AUDITORÍA..... | 9 |
| 3.1 | PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA..... | 9 |
| 3.1.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 22 |
| 3.2 | PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO | 25 |
| 3.2.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 31 |
| 3.3 | PROCESO GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA..... | 31 |
| 3.3.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 46 |
| 3.4 | PROCESO DE GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL..... | 48 |
| 3.4.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 56 |
| 3.5 | PROCESO DE COMUNICACIONES..... | 57 |
| 3.5.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 72 |
| 3.6 | PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS | 77 |
| 3.6.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 85 |
| 3.7 | PROCESO GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN | 87 |
| 3.7.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 112 |
| 3.8 | PROCESO DE FACTIBILIDAD DE PROYECTOS..... | 115 |
| 3.8.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 121 |
| 3.9 | PROCESO DE DISEÑO DE PROYECTOS..... | 122 |
| 3.9.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 129 |
| 3.10 | PROCESO GESTIÓN PREDIAL..... | 131 |
| 3.10.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 152 |
| 3.11 | PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS | 153 |
| 3.11.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 178 |
| 3.12 | PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA | 180 |
| 3.12.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 202 |
| 3.13 | PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL..... | 203 |
| 3.13.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 219 |
| 3.14 | PROCESO GESTIÓN LEGAL | 223 |
| 3.14.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 235 |
| 3.15 | PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST | 237 |
| 3.15.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 251 |
| 3.16 | PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | 254 |
| 3.16.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 267 |
| 3.17 | PROCESO GESTIÓN FINANCIERA | 270 |
| 3.17.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 278 |
| 3.18 | PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO..... | 278 |
| 3.18.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 285 |
| 3.19 | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL..... | 285 |
| 3.19.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 294 |
| 3.20 | PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN..... | 294 |
| 3.20.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 327 |
| 3.21 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | 332 |
| 3.21.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 337 |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| | | |
|--------|---|-----|
| 3.22 | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO..... | 338 |
| 3.22.1 | REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO..... | 344 |
| 4. | RECOMENDACIONES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA..... | 345 |
| 4.1 | PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA..... | 345 |
| 4.2 | PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO..... | 346 |
| 4.3 | GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA..... | 347 |
| 4.4 | PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL..... | 348 |
| 4.5 | PROCESO COMUNICACIONES..... | 349 |
| 4.6 | PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS..... | 350 |
| 4.7 | PROCESO GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN..... | 350 |
| 4.8 | PROCESO FACTIBILIDAD DE PROYECTOS..... | 351 |
| 4.9 | PROCESO DISEÑO DE PROYECTOS..... | 352 |
| 4.10 | PROCESO GESTIÓN PREDIAL..... | 353 |
| 4.11 | PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS..... | 354 |
| 4.12 | PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA..... | 354 |
| 4.13 | PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL..... | 355 |
| 4.14 | PROCESO GESTIÓN LEGAL..... | 356 |
| 4.15 | PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST..... | 357 |
| 4.16 | PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS..... | 358 |
| 4.17 | PROCESO GESTIÓN FINANCIERA..... | 359 |
| 4.18 | PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO..... | 360 |
| 4.19 | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL..... | 360 |
| 4.20 | PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN..... | 361 |
| 4.21 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL..... | 363 |
| 4.22 | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO..... | 363 |
| 5. | CONCLUSIONES..... | 364 |
| 6. | ANEXOS..... | 372 |
| 7. | EQUIPO AUDITOR..... | 373 |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|--------|------------|
| Tipo de Informe | Preliminar <input type="checkbox"/> | Final <input checked="" type="checkbox"/> | Fecha elaboración de informe: | de del | 28/08/2019 |
| Proceso/Objeto Auditado | Subsistemas de Gestión de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información, aplicables para los Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Mejora del Instituto de Desarrollo Urbano - IDU. | | | | |
| Líder del proceso/ Cargo y dependencia | Líderes de los Subsistemas de Gestión y 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 | Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión SIG | | | | |
| 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, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información, evaluando además el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales aplicables y propios de la Entidad, como base para la mejora continua del Sistema. | | | | |
| Alcance | <p>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 las normas NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 45001:2018, ISO 27001:2013 y los requisitos legales aplicables, así como lo descrito en los manuales, guías, procedimientos, registros, formatos y demás documentos pertenecientes al Sistema Integrado de Gestión, como criterios evaluables de auditoría.</p> <p>Los aspectos a verificar comprendieron las actividades desarrolladas desde el 1 de julio de 2018 al 31 de mayo de 2019, de acuerdo con el alcance de cada Subsistema y las actividades críticas descritas en la caracterización por proceso.</p> | | | | |
| Criterios de Auditoría | <p>Requisitos de norma definidos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • NTC ISO 45001:2018. Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Requisitos con orientación para su uso. • NTC ISO 27001:2013. Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión la Seguridad de la Información. Requisitos. <p>Documentación perteneciente al Sistema Integrado de Gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizaciones de proceso. • Manual del Sistema Integrado de Gestión vigente. • Matriz de requisitos SIG vs procesos. • Documentación publicada en el Manual de Procesos del IDU. • Normograma Institucional. • Cuadro de mando de indicadores de gestión. | | | | |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Matriz de Riesgo institucional. • Planes de mejoramiento. • Normatividad legal aplicable a los subsistemas objeto de auditoría. |
| Fecha reunión de apertura | 07/06/2019 |
| Fecha reunión de cierre | 21/08/2019 |
| Equipo auditor/ Dependencia/ Rol | Equipo auditor relacionado en el Plan de Auditoría y relacionado a continuación: |

| EQUIPO AUDITOR | | | | |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| N° | NOMBRE | CARGO | ROL AUDITORÍA | PROCESO AUDITADO |
| 1 | Ismael Martínez Guerrero | Jefe Oficina de Control Interno | Gestor de auditoría | |
| 2 | Camilo Oswaldo Barajas Sierra | Profesional Especializado OCI | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Planeación Estratégica • Gestión Financiera |
| 3 | Wilson Guillermo Herrera Reyes | Profesional Especializado OCI | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Tecnologías de Información y Comunicación |
| 4 | Carlos Fernando Campos Sosa | Profesional Especializado OAP | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Gestión Social y Participación Ciudadana • Gestión del Talento Humano |
| 5 | Diego Fernando Aparicio Fuentes | Profesional Universitario OCI | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Conservación de la Infraestructura • Gestión Legal |
| 6 | John Quiroga Fúquene | Profesional Especializado OAP | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Innovación y Gestión del Conocimiento • Factibilidad de Proyectos |
| 7 | Julieth Monroy Rodríguez | Profesional Especializado OAP | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Gestión Interinstitucional |
| 8 | Luisa Fernanda Aguilar Peña | Profesional Especializado OTC | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Gestión Contractual |
| 9 | Héctor Pulido Moreno | Profesional Especializado STRT | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Gestión Documental |
| 10 | Claudia Amparo Mojica Cardona | Profesional Especializado STRH | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Recursos Físicos |
| 11 | Luis Fernando Leiva Sánchez | Profesional Universitario STMSV | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de Obras |
| 12 | Alejandra Granados Rodríguez | Profesional Universitario STMST | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Gestión Integral de Proyectos • Evaluación y Control |
| 13 | Onisalba Segura de Arbeláez | Profesional Especializado DTM | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de Proyectos |
| 14 | Jorge Sepúlveda Afanador | Profesional Especializado STRH | Auditor Acompañante Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y Control • Mejoramiento Continuo |
| 14 | Consuelo Mercedes Russi Suárez | Profesional Contratista OCI | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la Valorización y Financiación • Gestión Predial |
| 15 | Yully Maritza Montenegro Suárez | Profesional Contratista OCI | Auditor Líder | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicaciones • Gestión Ambiental, Calidad y SST |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| EQUIPO AUDITOR | | | | |
|----------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|---|
| N° | NOMBRE | CARGO | ROL AUDITORÍA | PROCESO AUDITADO |
| 16 | Fabio Ayala Rodríguez | Profesional Universitario OCI | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Gestión de la Valorización y Financiación Gestión Predial |
| 17 | Fernando Garavito Guerra | Profesional Especializado OCI | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Gestión del Talento Humano Gestión Documental |
| 18 | Nohra Lucía Forero Céspedes | Profesional Contratista OCI | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Diseño de Proyectos Gestión de Recursos Físicos |
| 19 | Andrea Moreno Muñoz | Profesional Especializado STOP | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Planeación Estratégica |
| 20 | Ernesto Díaz Morales | Profesional Universitario DTP | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Innovación y Gestión del Conocimiento |
| 21 | Lina María Ruge Correa | Profesional Universitario OAP | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Gestión Interinstitucional Factibilidad de Proyectos |
| 22 | Jaime Andrés Gómez Toro | Técnico Operativo STRF | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Gestión Integral de Proyectos Gestión Ambiental, Calidad y SST |
| 23 | Yeniffer Guevara Mejía | Profesional Especializado STESV | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Comunicaciones Mejoramiento Continuo |
| 24 | Mónica Gutiérrez Salinas | Profesional Universitario STMST | Auditor Acompañante | <ul style="list-style-type: none"> Ejecución de Obras |
| 25 | Erika Stipanovik Venegas | Profesional Especializado OCI | Experto técnico | <ul style="list-style-type: none"> Gestión Contractual Gestión Legal |
| 26 | Adriana Mabel Niño Acosta | Profesional Especializado OCI | Experto técnico | <ul style="list-style-type: none"> Gestión Social y Participación Ciudadana Tecnologías de Información y Comunicación |
| 27 | Yesid Luengas Caicedo | Profesional Universitario OCI | Experto técnico | <ul style="list-style-type: none"> Gestión Financiera |
| 28 | Miguel Torres Burgos | Profesional Contratista OCI | Experto técnico | <ul style="list-style-type: none"> Conservación de la Infraestructura |

2. METODOLOGÍA

De acuerdo con el Plan de Auditoría al Sistema Integrado de Gestión SIG, presentado mediante memorando 20191350134413 de 05/06/2019, con alcance mediante memorando 20191350235653 de 09/08/2019, la auditoría interna a los 22 procesos del Instituto, fue desarrollada entre el 10 de junio y 26 de julio del presente, periodo durante el cual, cada equipo auditor realizó la planeación y ejecución de auditorías y posterior documentación de resultados de auditoría, consolidados por la Oficina de Control Interno en el presente Informe de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión SIG.

Se definieron como principales criterios de auditoría los aplicables para los Subsistemas de Gestión de la Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información, según las actividades críticas del proceso, establecidas en la caracterización y demás documentación a saber, con base en los cuales, se realizó revisión documental y entrevistas con

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

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).

A continuación, 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 |
|-----------------------------------|---|
| PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | <p>La auditoría al Sistema Integrado de Gestión, realizada al Proceso de Planeación Estratégica, fue ejecutada teniendo en consideración que la Oficina de Control Interno, durante el primer semestre efectuó Seguimiento a la gestión de Riesgos a cargo del citado proceso, según memorando 20191350131713 del 31/05/2019, con base en el cual, fue verificada la actividad crítica “8. Estructurar la administración de Riesgos y Oportunidades” y cuyo informe es del conocimiento del líder del proceso; por tal motivo, esta auditoría excluyó esta actividad crítica, al igual que las actividades: “1. Identificar condiciones esenciales para la actualización del Plan Estratégico del IDU”, “2. Realizar diagnóstico estratégico”, “3. Actualizar la Plataforma Estratégica del IDU” y, “4. Protocolizar y socializar el Plan Estratégico del IDU”, por cuanto estas actividades se realizan de manera periódica al inicio de cada período de gobierno y en este momento no procede su aplicación. Adicionalmente, se excluyó la actividad crítica “7. Armonizar los instrumentos de planeación y gestión de la Entidad”, toda vez que, por su descripción, hace parte de las actividades cuatrienales asociadas a la materialización del Plan distrital de desarrollo.</p> |
| GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL | <p>En desarrollo de la auditoría, se auditaron los convenios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9-07-30500-0612-2015 con la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, cuyo objeto es “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”. • IDU-853-2016 con Gas Natural cuyo objeto es “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-1457-2017 con el tercero Comunicación Celular S.A. COMCEL S.A. cuyo objeto es “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”. • IDU-1430-2017 con la Corporación Colegio Nueva Granada cuyo objeto es “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”. <p>Se revisó el siguiente acto administrativo:</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| PROCESO | ASPECTOS PARTICULARES REVISADOS PARA EL PROCESO |
|----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Resolución 01076 de 2019 de la Secretaría Distrital de Planeación, Zima 26 cuyo objeto es: <i>"Intervenir la vía ubicada en la calle 24 entre carrera 25 hasta final vía cerrada contra culata cementerio hebreo (etapa ejecución de obra)"</i>. |
| COMUNICACIONES | <p>Se realizó verificación de los siguientes contratos interadministrativos, para los cuales se revisaron aspectos como cumplimiento de obligaciones y entregables definidos contractualmente, estado de avance, según información registrada en los Aplicativos SIAC, SIG PAGOS y la información entregada en desarrollo de la auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> IDU-1160-2019 con la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá S.A E.S.P. cuyo objeto es <i>"Desarrollar estrategias, campañas, conceptos creativos y producción audiovisual, así como el acceso a espacios de divulgación en medios de carácter masivo, comunitarios, alternativos o digitales, para las campañas de comunicación y divulgación de los proyectos que adelanta el Instituto de Desarrollo Urbano IDU"</i>. IDU-1514-2018 con la Imprenta Nacional de Colombia, cuyo objeto es <i>"La Imprenta Nacional de Colombia se compromete con el IDU a prestar el servicio de producción e impresión de piezas de divulgación, elaboración y suministro de material POP para la divulgación de la gestión de la entidad, en lo relacionado con los proyectos que adelanta el Instituto de Desarrollo Urbano IDU"</i>. |
| FACTIBILIDAD DE PROYECTOS | <p>Como muestra de auditoría, para verificar la gestión del proceso, se seleccionaron los siguientes proyectos de prefactibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extensión troncal Carrera 10 entre la Calle 31 Sur hasta la Av. Caracas. Estudio de prefactibilidad Calles Comerciales a cielo abierto, dicho estudio fue realizado in house, liderado por el profesional de la DTP, persona que fue entrevistada y atendió la auditoría a dicho proyecto. Estudios y diseños del Ciclopunto Canal Molinos por auto norte en la ciudad de Bogotá D.C., proyecto ejecutado a través del contrato IDU-1525-2017. |
| EJECUCIÓN DE OBRAS | <p>Para efectos de la selección de la muestra para la auditoría al Proceso de Ejecución de Obras, se definió evaluar los siguientes contratos en la etapa de ejecución, que tuvieron etapa de Diseños y que tienen un valor inicial significativo dentro de los coordinados por la DTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrato de Obra IDU-1851-2015 con Unión Temporal Puente Mutis, cuyo objeto es: <i>"Complementación o actualización o ajustes o diseños y construcción de la Avenida José Celestino Mutis (calle 63), desde la avenida constitución (AK 70) hasta la avenida Boyacá (AK 72), código de la obra 116 y la intersección de la Avenida José Celestino Mutis (Calle 63) por la Avenida Boyacá (Ak 72), código de obra 115, según el acuerdo 523 de 2013, en Bogotá D.C."</i> Contrato de Interventoría IDU-1852-2015 con Consorcio Interavenidas, cuyo objeto es <i>"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 José Celestino Mutis (calle 63), desde la avenida constitución (AK 70) hasta la avenida Boyacá (AK 72), código de la obra 116 y la intersección de la Avenida José Celestino Mutis (Calle 63) por la Avenida Boyacá (Ak 72), código de obra 115, según el acuerdo 523 de 2013, en Bogotá D.C"</i> Contrato de Obra IDU-1550-2017 con Consorcio Cedros de Santa Bárbara, cuyo objeto es <i>"Construcción de la Avenida La Sirena (AC 153) desde la Avenida Laureano Gómez (Ak 9) hasta la Avenida Santa Bárbara (ak 19), Acuerdo 523 de 2013 de valorización en la ciudad de Bogotá D.C."</i> Contrato de Interventoría IDU-1537-2017 cuyo objeto es <i>"Interventoría Técnica, Administrativa, Legal, Financiera, Social, Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo para la Construcción de la avenida la sirena (ac 153) desde la Avenida"</i> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| PROCESO | ASPECTOS PARTICULARES REVISADOS PARA EL PROCESO |
|--|---|
| | <i>Laureano Gómez (ak 9) hasta la Avenida Santa Bárbara (ak 19), Acuerdo 523 de 2013 de valorización en la ciudad de Bogotá D.C."</i> |
| CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA | Para la elección de la muestra se consultó el desempeño de las metas plan de desarrollo a las cuales el proceso aporta, encontrando como resultado, que la meta 237 "Conservar 1,2 millones de m2 de espacio público", es la de menor desempeño con un 65.72% de avance en el cuatrienio a corte 30/06/2019. Verificada esta meta, en el archivo de territorialización de la inversión suministrado por la OAP, se encontraron 2 variables a saber: 1. Puentes peatonales, 2. Espacio público y ciclo ruta. De la variable de puentes peatonales, se encontraron 4 contratos que aportaron a esta meta y se seleccionó el de mayor meta física, contrato IDU-1509-2017 con 79.720 m2 de espacio público programado. De la variable de espacio público y Cicloruta se seleccionó el contrato IDU-1257-2017 con 31.151 m2 aportados. Esta muestra aplicó para la verificación de las actividades críticas de la N°1 a la N° 5 |
| GESTIÓN CONTRACTUAL | Se realizaron verificaciones en los Sistemas de Información CHIE, SIAC, SECOP y ORFEO frente a tareas aplicables al proceso y se revisaron, según el caso, expedientes contractuales en la Dirección Técnica de Gestión Contractual-DTGC. |
| GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST | Para efectos de verificación de acciones y cláusulas de confidencialidad, se definió como muestra los siguientes contratos: <ul style="list-style-type: none"> • IDU-1289-2019, cuyo objeto es: "<i>Prestación de servicios para la formación de auditores internos en el estándar de gestión de seguridad y salud en el trabajo SST ISO 45001 en el marco de la norma ISO 19011:2018</i>". • IDU-1365-2019, cuyo objeto es: "<i>Prestación de servicios para la formación de auditores internos integrales con enfoque en las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 27001:2013 e ISO 22301:2012</i>". |
| GESTIÓN DOCUMENTAL | Esta auditoría se centró en la verificación del cumplimiento de los criterios asociados a las Normas del Sistema Integrado de Gestión, señaladas como criterios de auditoría, a través de las actividades que constituyen el quehacer diario del proceso, en consideración a que el proceso de Gestión Documental fue objeto de auditoría de gestión, en el primer semestre de 2019, como consta en informe radicado mediante memorando Orfeo 20191350101723 del 06/05/2019. |
| TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | Se estableció como principal alcance de la auditoría, la verificación del avance de implementación del producto Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información con base en la norma NTC-ISO-IEC 27001:2013. Se efectuaron pruebas en relación con los aplicativos CHÍE: Módulo Gestión TIC y Aranda, que son utilizados para apoyar la gestión de usuarios, recursos y servicios de tecnología del Instituto. |

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

El equipo auditor presenta los resultados de acuerdo con cada una de las actividades críticas establecidas para efectuar la verificación.

Para iniciar, se destaca la buena disposición por parte del personal entrevistado para atender la auditoría y proporcionar la información solicitada tanto en entrevista como por medio físico y electrónico.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Actividad crítica N° 5: “Identificar la Estructura Financiera de la Vigencia Fiscal”:

Se evidenció que el proceso define la estructura financiera de la entidad durante la vigencia del Plan de Desarrollo Distrital, teniendo en cuenta los objetivos y metas del Plan Estratégico del IDU. Esta actividad está liderada por la Oficina Asesora de Planeación, área que adelanta el ejercicio de manera cuatrienal, en el primer año de cada período de gobierno.

Por otro lado, se observó que la elaboración del anteproyecto de presupuesto se encuentra documentado en el procedimiento PR–PE–02 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto, del 30/09/2014, que incluye las actividades contenidas en la actividad crítica y a la vez algunas actividades contempladas en la actividad crítica “1. Realizar la consolidación de las proyecciones de ingresos, gastos e inversión”, descrita en la caracterización del proceso Gestión financiera, con código CP-GF-01 - versión 3.

Sin embargo, no se evidenció en que parte del proceso se encuentra como producto el presupuesto definitivo de ingresos, gastos e inversión, incluido en el decreto de liquidación respectivo.

Actividad crítica N° 6 “Realizar el seguimiento y gestión a la estructura financiera” (SIC):

En la descripción de la actividad no se evidenció lo pertinente a “...seguimiento... a la estructura financiera”, toda vez que trata de variaciones presupuestales en pro de la optimización de la ejecución presupuestal, lo cual se materializa en el procedimiento PR-PE-01 Modificaciones Presupuestales, versión 2 del 29/08/2018.

Revisado el procedimiento mencionado, se verificó que el mismo hace referencia a actividades incluidas en esta actividad crítica, pero también a actividades de la actividad crítica “3. Realizar el estudio, verificación y expedición de las solicitudes de CDP’s y CRP’s y Modificaciones Presupuestales”, descrita en la caracterización del proceso Gestión financiera del proceso Gestión financiera, con código CP-GF-01 - versión 3.

Esta actividad crítica tiene asociado el riesgo G.PE.01 “Priorización deficiente de proyectos a incorporar en la proyección presupuestal”, el cual, de acuerdo con su definición, guarda completa concordancia con la definición de una causa de demora en el giro de recursos, generando cambios en el concepto presupuestal de “presupuesto de la vigencia” a “reserva presupuestal” o “pasivo exigible”, situaciones que son evidentes en el desempeño presupuestal de la entidad, tal como lo ha expresado la Contraloría de Bogotá D.C., en sus informes de Auditoría de Regularidad, por lo que deberían encontrarse incorporados registros de materialización de manera constante y plantearse medidas de mitigación contundentes, situaciones que no se evidenciaron en esta auditoría.

Actividad crítica N° 10 “Estructura Instrumentos de Monitoreo y evaluación”:

Se evidenció que, para este efecto, la OAP adelanta informes trimestrales en los cuales se registran los resultados de la gestión institucional, así como los aspectos principales de la administración de riesgos y oportunidades y la documentación del proceso.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

El contenido de los informes se encuentra reglado en la GU-PE-018 Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, en el aparte 11.1.1.4 Informe Trimestral (se toma como criterio la versión 5.0, actualizada al 21 de enero de 2019).

Como muestra para evaluar este aspecto, se tomaron aleatoriamente tres Informe generados en el abril de 2019, identificados con los siguientes radicados ORFEO: 20191150095603, 20191150096423, 20191150102253.

Estructura del Informe Trimestral 20191150095603:

| CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA | |  |
|---|--|---|
| DIRECCIÓN TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE INFRAESTRUCTURA - DTAI | | |
| INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS Y DEPENDENCIAS | | |
| Período: Enero 1 a Marzo 31 de 2019 | | |

Contenido

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Objetivos..... | 4 |
| 2. | Alcance..... | 4 |
| 3. | Generalidades..... | 4 |
| 3.1 | Sistema de Gestión MIPG-SIG..... | 4 |
| 3.2 | Índice de Transparencia..... | 5 |
| 3.3 | Gestión de la Documentación..... | 5 |
| 3.4 | Caracterización Indicadores y Plan de Acción Vigencia 2019..... | 6 |
| 4. | Informe por Proceso – Conservación de Infraestructura..... | 6 |
| 5. | Indicadores por Dependencia..... | 8 |
| 5.1 | Observaciones a la Ejecución Primer Trimestre Vigencia 2019..... | 10 |
| 6. | Reporte de Información..... | 10 |
| 7. | Reporte de Gestión de Riesgos..... | 11 |
| 8. | Recomendaciones Generales..... | 13 |

FUENTE: ORFEO Radicado 20191150095603

Estructura del Informe Trimestral 20191150096423 (Sin tabla de contenido):

1. *OBJETIVO*
2. *ALCANCE*
3. *INFORMACIÓN GENERAL*
4. *INFORMACIÓN POR PROCESOS – GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN*
 - 4.1 *Gestión de Indicadores*
 - 4.2 *Gestión de la Documentación*
5. *INDICADORES POR DEPENDENCIAS – STJEF*
6. *REPORTE DE INFORMACIÓN*
7. *REPORTE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS*
8. *RECOMENDACIONES GENERALES*

FUENTE: ORFEO Radicado 20191150096423

Estructura del Informe Trimestral 20191150102253:

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Informe de Gestión por Dependencia

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. OBJETIVO | 2 |
| 2. ALCANCE | 2 |
| 3. PLAN DE ACCIÓN E INDICADORES DE GESTIÓN | 2 |
| 4. REPORTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES | 5 |
| 5. DOCUMENTACIÓN PROCESO GESTIÓN TECNOLOGIAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | 7 |
| 6. REPORTE DE INFORMACIÓN | 10 |
| 7. RECOMENDACIONES GENERALES | 10 |

GRÁFICAS

| | |
|--|---|
| Gráfica 1. Detalle avance indicador para el área | 3 |
| Gráfica 2. Taxonomía Documental, corte 30 de Marzo de 2019 | 9 |

FUENTE: ORFEO Radicado 20191150102253

De acuerdo con la información anterior, si bien en los tres informes, se identificó que están contenidos los elementos requeridos en la GU-PE-018 Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, a saber: Objetivo, alcance, informe por procesos, indicadores por dependencia, reporte de información, reporte de administración de riesgos y recomendaciones, se observó que no se encuentra completamente estandarizada dicha estructura, dado que en algunos casos se invierte el orden de las variables o se denominan de una manera diferente a lo establecido en la Guías. En consideración de lo anterior, se recomienda unificar la estructura del informe de las diferentes dependencias, a fin de facilitar el análisis y consolidación de la información a partir de estas fuentes documentales.

Adicionalmente, es pertinente que se verifique la redacción del capítulo 12 de la Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, particularmente el numeral 12.1 Regla de Interpretación, toda vez que algunas instrucciones que se presentan, controvierten los resultados de la metodología de evaluación, como por ejemplo:

1. “...el resultado según el porcentaje de cumplimiento o la visualización cromática no siempre generará una acción preventiva o correctiva y **la descripción del rango no será siempre deficiente o aceptable...**”

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Lo anterior, aparentemente contradice lo expresado en la misma Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional – Página 59:

“11.1.1.1 Rangos de monitoreo a la gestión basada en indicadores.

Tabla 12. Rangos del resultado institucional basado en indicadores de gestión”

| RANGO | DESCRIPCIÓN DEL RANGO | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEPENDENCIA O PROCESO | ACCION RECOMENDADA | VISUALIZACION CROMÁTICA |
|-------|-----------------------|---|---|-------------------------|
| 1 | Deficiente | 0 - 50 | El Gerente público reforzará los ejercicios de autoevaluación y seguimiento y podrá presentar propuestas de mejoramiento, así como implementar acciones para disminuir riesgos frente a posibles incumplimientos. | Rojo |
| 2 | Aceptable | 51-80 | Ejercicios de autoevaluación y mantenerse en busca del logro de las metas propuestas. | Amarillo |
| 3 | Bueno | 81 – 100 | Ejercicios de autoevaluación, revisar la planeación del indicador y su meta si es pertinente. | Verde |
| 4 | - | > 100 | | Morado |

2. *“...Antes de tomar una decisión o presentar una observación según sea pertinente, se recomienda al gerente público, auditor y usuario de la información asesorarse, consultar, solicitar orientación, evidenciar e interpretar integralmente los resultados reflejado en el indicador de gestión...”*

La anterior disposición, tiene una aparente contradicción con lo expresado en la Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional – Página 24:

“...Es de precisar que los indicadores tienen sentido si se enmarcan en una visión estratégica de la organización, con políticas claras que le den sentido a los resultados y con significados compartidos que permitan asumir cursos de acción acordes con los parámetros de referencia que se estén empleando¹⁰. En general al establecer un sistema de indicadores se debe involucrar tanto los procesos operativos como los estratégicos, teniendo en cuenta la Misión, la Visión y los Objetivos Estratégicos de la entidad, lo anterior bajo la estructura de Alineación Total adoptada por la entidad...”

3. *“...**Nunca la orientación - bajo el contexto de la presente guía, tal como se mencionó inicialmente en esta sección - es establecer acciones de mejoramiento (Preventivas o correctivas).** La orientación entonces es la formulación estratégica de formas y resultados que permitan demostrar el comportamiento de una variable sujeta de medición contra ciertos referentes comparativos y así de esta manera, reorientar de ser necesario o mantener el enrutamiento del logro de metas institucionales y toma de decisiones.*

La anterior disposición, tiene una aparente contradicción con la Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional – Página 24:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

“... 1 OBJETIVO

*Esta guía de seguimiento y evaluación del desempeño institucional es un recurso que facilita y permite a la entidad generar una cultura y desarrollo de competencias relacionadas con el seguimiento de su gestión en forma eficaz, sistemática y objetiva, orientando la formulación, diagnóstico y **realimentación de la gestión en la marcha de la organización, así como criterios para la adopción de las acciones de mejora³ respecto del camino previsto...***

FUENTE: GUÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL – Página 10

“...8.1 ¿QUÉ ES UN INDICADOR?

Es una representación (cuantitativa preferiblemente) establecida mediante la relación entre dos o más variables, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el fin de medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado, ésta debe ser verificable objetivamente, la cual al ser comparada con algún nivel de referencia (denominada línea base) puede estar señalando una desviación sobre la cual se pueden implementar acciones correctivas o preventivas según el caso⁹ ...”

4. Adicionalmente, en el primer párrafo del numeral 12.1 Regla de Interpretación, se expresa que: “...El gerente público, auditor o usuario en general, realizará la interpretación integral de las cifras...” la nota al pie número 40 expresa:

“40. Se resalta y subraya por considerarse como orientación prioritaria para la institución, todo usuario de la información deberá antes de actuar, de ser necesario, observar regulación de mayor jerarquía, como normas, leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, directivas, circulares, manuales, procesos y procedimientos, entre otros. Recuerde que este documento es de la tipología Guía y que su objetivo principal es generar una cultura y desarrollo de competencias relacionadas con el seguimiento de su gestión en forma eficaz, sistemática y objetiva, orientando la formulación, diagnóstico y realimentación de la gestión en la marcha de la organización”

Lo cual es una interpretación parcial del objetivo de la Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional – Página 10

“... 1 OBJETIVO

*Esta guía de seguimiento y evaluación del desempeño institucional es un recurso que facilita y permite a la entidad generar una cultura y desarrollo de competencias relacionadas con el seguimiento de su gestión en forma eficaz, sistemática y objetiva, orientando la formulación, diagnóstico y **realimentación de la gestión en la marcha de la organización, así como criterios para la adopción de las acciones de mejora³ respecto del camino previsto...***

Finalmente, la guía tampoco cumple con la estructura de forma, solicitada dentro del proceso Gestión de Ambiental, Calidad y SST, la cual establece dentro del FOAC05 PLANTILLA GUIA V-4, en el capítulo de “Términos y definiciones” que debe contener lo siguiente:

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



5. TERMINOS Y DEFINICIONES

Los términos y definiciones aplicables al procedimiento pueden ser consultados en el micro sitio [DICcionario DE TÉRMINOS IDU](https://www.idu.gov.co/page/transparencia/informacion-de-interes/glosario) (<https://www.idu.gov.co/page/transparencia/informacion-de-interes/glosario>).

- *Enliste los términos y definiciones aplicables*

Lo anterior significa, que los términos y definiciones no deben incluirse dentro de la guía, sino deben ir para el diccionario de términos del IDU, evidenciando que la GU-PE-018 Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, nos e ajusta al formato solicitado.

Debe tenerse en cuenta que este documento es de carácter obligatorio, y no de carácter opcional, por lo que sus instrucciones deben ser claras y permitir la toma de decisiones a partir del Cuadro de mando, tal como es su finalidad. En este sentido, es pertinente que por parte del proceso se formule una oportunidad de mejora para afinar el contenido de la Guía mencionada.

De otra parte, al analizar el archivo de “1. CUADRO DE MANDO_31_MARZO_2019.xlsm” se evidenció lo siguiente:

- De los 318 indicadores, 104 se encuentran alineados a un objetivo estratégico institucional, de los cuales, el 89.42% (93 indicadores) se encuentran asociados al objetivo “*Alinear la estructura, los procesos, el talento humano y la cultura del IDU hacia el logro de las metas planteadas para los próximos 12 años*”.
- El Objetivo Estratégico: “Formular y concretar proyectos de infraestructura pública mediante el esquema de Asociaciones Público Privadas” a la fecha de corte (31/03/2019), no tiene asociado ningún indicador de gestión.
- No se cuenta con una ponderación de cada uno de los indicadores asociados a los objetivos estratégicos, por lo que por ejemplo, con respecto al Objetivo Estratégico: “Alinear la estructura, los procesos, el talento humano y la cultura del IDU hacia el logro de las metas planteadas para los próximos 12 años”, en el cual se identifican 93 indicadores asociados, la participación en el logro del objetivo sería del 1.075% para cada indicador, situación que no es necesariamente cierta, toda vez que cada actividad del objetivo puede tener un peso relativo diferente o cada una de ellas tener uno o más indicadores asociados.

Nuevamente se recomienda completar el ejercicio de alineación total con la ponderación de los Objetivos y metas, de manera que se mantenga un control adecuado de la gestión asociada a la Planeación estratégica.

Actividad crítica N° 11: Evaluar el desempeño en la Ejecución del Proceso e Identificar las Oportunidades de Mejora

Planes de mejoramiento: Para verificar el cumplimiento de esta actividad crítica, se revisó el aplicativo CHIE de planes de mejoramiento, donde se observaron las siguientes acciones en estado “Terminado”, pero no “Cerrado” de anteriores ejercicios de auditoría al proceso de Planeación Estratégica, para las cuales el equipo auditor realizó la evaluación de efectividad. A continuación, se presentan los resultados de dicha verificación:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Tabla N° 1. Evaluación de efectividades de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| 1517 | No se cuenta con evidencia, que permita conocer el resultado de los productos establecidos como salidas, en la caracterización del proceso. | Actualización y publicación de la Caracterización del proceso de Planeación estratégica, considerando la participación de los profesionales de la OAP en la revisión de la caracterización. Fecha Fin: 31/10/2018 | Se pudo verificar que se logró mejorar la caracterización del proceso, se incluyeron los productos y se comprobó que el hallazgo se dio por dificultades en la identificación del producto al momento de la auditoría. Se recomienda cerrar la acción. |
| 1525 | Falta de análisis y evaluación de los resultados de seguimiento y medición a los indicadores de gestión | Actualización de la GUPE18-Guía de Seguimiento de la Gestión del IDU, donde se establecerán los lineamientos para las publicaciones de las modificaciones. Fecha Fin: 31/01/2019 | En la Guía se ha aclarado el procedimiento para adelantar las modificaciones de los indicadores de la entidad. Se recomienda cerrar la acción. |
| 1526 | Falta de análisis y evaluación de los resultados de seguimiento y medición a los indicadores de gestión | Realizar y publicar el Cuadro de mando en el Manual de Procesos con los ajustes acordados en las mesas realizadas durante el segundo trimestre del 2018, derivados de las recomendaciones de la OCI y acordados con las dependencias. Fecha Fin: 30/09/2018 | Se verificó que se llevaron a cabo las reuniones para aclarar la pertinencia de los cambios y se adoptaron las que se consideraron necesarias. Se recomienda cerrar la acción. |
| 1527 | Materialización de riesgos del proceso | Realizar los ajustes y mejoras en las características y componentes del riesgo RPE01 contemplando el análisis y valoración de los controles para determinar el tratamiento del riesgo que se requiera. Fecha Fin: 30/11/2018 | Se pudo verificar que por la nueva descripción del riesgo, este continúa presentándose, situación que no comparte el área, toda vez que lo considera como una situación propia de la dinámica presupuestal. Se recomienda asesorarse con los especialistas de riesgos de la OAP y ajustar el riesgo. Se recomienda cancelar la acción y formular una nueva. |
| 1528 | Acciones de planes de mejoramiento no efectivas. | Actualización del normograma del proceso de planeación estratégica. Incluyendo la normatividad relacionada en el hallazgo. Fecha Fin: 30/09/2018 | Se verificó que la normatividad tiene novedades posteriores al cierre del período de actualización. Se recomienda cerrar la acción y actualizar el Normograma de acuerdo con lo identificado. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción | Evaluación de efectividad |
|--------|---|---|---|
| 1529 | | Socializar al equipo de la OAP el procedimiento del normograma. Fecha Fin: 31/10/2018 | |
| 1530 | Acciones de planes de mejoramiento no efectivas | Sensibilización al personal de la OAP en la estructuración de planes de mejoramiento y análisis de causas. (actividad definida en el marco del proceso de Mejoramiento Continuo) Fecha Fin: 31/10/2018 | Se requiere verificar la efectividad de la acción con posterioridad a este informe, con la formulación de nuevas acciones de planes de mejoramiento. Se MANTIENE la calificación de la acción en estado "Terminado". |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

En conclusión y de acuerdo con lo descrito en la tabla anterior, se observaron siete (7) acciones de las cuales, se pronuncia el equipo auditor: cinco (5) el equipo auditor considera que, de acuerdo con las verificaciones realizadas, son efectivas luego, se recomienda CERRAR; la acción 1527, no ha sido efectiva, por lo que se recomienda CANCELAR y atender el nuevo hallazgo que se formula. Finalmente, la acción 1530 queda pendiente la verificación su efectividad, después de formulados los planes de mejoramiento de esta auditoría, para proceder con el cierre de esta.

Gestión de riesgos del proceso. Como parte del seguimiento a riesgos, se realizó verificación de la materialización de los riesgos identificados. La totalidad de ellos se reportaron por el área como NO MATERIALIZADOS; sin embargo, de acuerdo con la evaluación adelantada por el equipo auditor, se pudo establecer que el riesgo identificado con código G.PE.01, correspondiente a: *"Priorización deficiente de proyectos a incorporar en la programación presupuestal"*, se materializó, toda vez que en la actual vigencia, se presentó un incremento de las Reservas Presupuestales, debido a la naturaleza de la forma de contratación de las obras que hace que no se pueda iniciar la etapa de construcción, y con ello los desembolsos asociados, hasta tanto se finalicen las etapas previas, situación que se encuentra contemplada como causa del riesgo identificado, a saber: *"4. Priorizar proyectos que no cuenten con la culminación de etapas predecesoras dentro del ciclo de vida del proyecto"*.

Durante la evaluación, los representantes del área manifestaron que la dificultad se encuentra en la definición del riesgo, toda vez que las situaciones que se describen en el riesgo y sus causas corresponden a situaciones administrativas que contempla la legislación vigente y para las que el Instituto se encuentra preparado con un procedimiento como es el de Modificaciones Contractuales (PR-PE-01 V.2)

Con respecto al riesgo de Seguridad de la Información: *"Pérdida o alteración de información relacionada con los entregables del proceso"*, el área ha manifestado que no se ha materializado; sin embargo, al indagar acerca de las fuentes de información que dieron lugar a esta manifestación, expresaron que no se cuenta con fuentes documentales asociadas que permitan evidenciarlo, tras lo cual se verificó que en el área no existe claridad acerca de la información que se ha planteado resguardar y de la cual hace referencia este riesgo.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

De otra parte, frente al riesgo “*No definición de la plataforma estratégica del IDU*”, se manifiesta por parte del equipo auditor que no se configura en un riesgo, toda vez que la definición de la plataforma estratégica es una obligación institucional y su ocurrencia es equivalente al incumplimiento del objetivo del proceso, lo cual técnicamente no es un riesgo.

Teniendo en cuenta lo verificado, así como los argumentos de los auditados, se recomienda ajustar la Matriz de Riesgos, contando con la asesoría de los especialistas en riesgos de la OAP, para que realicen los análisis correspondientes para determinar el riesgo presente en las actuaciones presupuestales del Instituto y determinar la información a resguardar, así como los mecanismos de seguimiento y control que permitan determinar su materialización.

No se evidenció la existencia de un plan de acción asociado a la matriz de oportunidades identificadas, de manera que se establezca de forma concreta, cómo se dará lugar al aprovechamiento de la oportunidad.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Se efectuó revisión sobre el conocimiento del personal auditado, a los aspectos como, visión, misión, directriz, objetivos, sus partes interesadas y las responsabilidades que tiene el proceso desde cada uno de los subsistemas, donde se evidenció que se conocen estos aspectos.

Subsistema de Gestión de Calidad: Se considera pertinente mencionar que al realizar revisión documental del proceso, se observó que, en la FO-AC-16 Matriz de requisitos, este proceso presenta como requisitos aplicables de la NTC ISO 9001:2015, los numerales 5.1.2 Enfoque al cliente y 7.1.1 Generalidades, los cuales no hacen parte de los requisitos naturales de este proceso, toda vez que exceden su alcance y están cubiertos por otros procesos de la Entidad y así mismo, numerales como el 7.3 Toma de conciencia y 10.2 No conformidad y acción correctiva, que aplican de manera transversal para todos los procesos, no se encuentran relacionados en dicha matriz, por lo cual se recomienda revisar y ajustar los requisitos aplicables para el proceso, frente a cada una de las normas que rigen los Subsistemas de Gestión.

Numerales que no hacen parte de los requisitos naturales de este proceso, toda vez que exceden su alcance y están cubiertos por otros procesos de la Entidad.

Por su parte, si bien se evidenció que el proceso se encuentra trabajando en la implementación de la norma de “*Continuidad del Negocio*” y que la gestión que adelanta el profesional encargado de coordinar su implementación permite comprobar que se ha documentado la gestión, evidenciando que en términos generales se cumple con el numeral 6.3 Planificación de los cambios, se recomienda verificar la oportunidad de mantener en la caracterización del proceso la actividad “*9. Gestionar la Continuidad del Negocio*”, según su naturaleza y responsabilidades, elevando su carácter a proceso estratégico, con las modificaciones a que haya lugar, toda vez que los objetivos de los sistemas de gestión, deben guardar coherencia con los objetivos estratégicos de la entidad y es clara su importancia para la marcha adecuada de la gestión institucional.

En la misma línea, se debe analizar la pertinencia de incluir en la caracterización del proceso, las actividades “*5. Identificar la estructura financiera de la vigencia fiscal*” y “*6. Realizar (SIC) el seguimiento y gestión a la estructura financiera*”, toda vez que existen traslajos con el proceso

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



de “*Gestión Financiera*” y los procedimientos incluidos en el proceso de planeación estratégica, incluyen actividades propias del proceso de “*Gestión Financiera*”.

Adicionalmente, no se evidenció un documento de análisis del contexto estratégico para la actualización del proceso de planeación estratégica institucional, esta situación se intentó subsanar con el ejercicio de administración del riesgo por procesos, pero evidentemente su alcance es diferente.

En conclusión, este proceso cuenta con varios documentos cuya última actualización fue hace más de 3 años y en los que se evidenció desactualización, específicamente en los temas de normatividad legal y normatividad técnica (Procedimiento de Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto, Código PR-PE-02 V.3.0 del 30/09/2014 y Guía “Identificación y atención de necesidades de Infraestructura Física” GU-PE-19 V1.0 del 21/01/2016).

Así mismo, se considera adecuado incluir dentro de la documentación del proceso los documentos externos “*Manual operativo MIPG*” y “*Guía para la administración de riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información*” generados por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Subsistema de Gestión Ambiental: Igualmente, se encontró que el personal determina y conoce los aspectos ambientales para su proceso, los cuales se plasman en la respectiva matriz de aspectos e impactos ambientales; sin embargo, al verificar la disposición de residuos sólidos, se observó en la caneca ubicada en el corredor del piso 10, dispuesta para los residuos reutilizables (color gris), empaques de un almuerzo, situación que permite establecer que se requiere fortalecer la sensibilización en la materia para las personas que comparten este piso.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Con el fin de conocer la participación del proceso en la identificación de peligros y riesgos, se indagó a los auditados sobre este aspecto, identificando entre otros los siguientes:

- Biomecánicos: por posturas prolongadas, por empleo continuo de teclados
- Locativos: Caídas del mismo nivel y por las escaleras.
- Eventos naturales
- Físicos: Radiaciones no ionizantes
- Eventos públicos

Sin embargo, a pesar de que el proceso conoce la forma como debe realizar los reportes de accidentes, y con qué acciones deben responder en caso de presentarse una emergencia, con respecto al incidente del año anterior, en el cual se presentó la caída de un panel de vidrio, sin lesiones físicas para el personal del área, se verificó que el área no cuenta con los resultados de la investigación que debió realizar el COPASST para tomar los correctivos del caso.

Se recomienda evidenciar el reporte a los profesionales de SST y el superior jerárquico, de las salidas de personal fuera de las instalaciones de la entidad.

Subsistema de Seguridad de la Información: Se realizó seguimiento a la seguridad de la información donde se evidenció que, los auditados hacen uso de carpetas compartidas, en las que reposan los documentos de carácter definitivo de los temas que se trabajan en el proceso.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Estas carpetas se encuentran definidas por el área organizacional y guardan coherencia con las actividades adelantadas.

Por otro lado, se observó en el sistema de información CHIE: SGSI que el proceso realizó con posterioridad a la fecha límite, la actualización de los activos de información, y en el sistema se pudo evidenciar que no han finalizado la labor, toda vez que se encontraba en estado “ARQUEO” el inventario documental de un funcionario y duplicado el inventario de otro.

En cuanto al manejo de la confidencialidad de la información, se verificó en la carta de aceptación de oferta del proceso de selección de mínima cuantía No. IDU-MC10%-SGGC-002-2019. Contrato IDU-1289-2019, la inclusión de una cláusula en tal sentido:

“2. Guardar absoluta reserva sobre los resultados obtenidos en desarrollo del contrato, y no utilizar ni divulgar para fines distintos a los previstos en el mismo, los resultados de su trabajo, sin la autorización previa escrita del IDU.”

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, por el carácter de la contratación, esto es, una capacitación, debe ser revisada la redacción del clausulado, toda vez que el riesgo de pérdida de la información, no se contempla como parte del mismo.

En la misma revisión documental, se pudo evidenciar el uso de un logo correspondiente a una certificación que no corresponde a las que ostenta la entidad, así mismo, se verificó que las obligaciones generales N° 25, 26, 27 y 28 contenidas en la CLÁUSULA SEXTA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, no son aplicables a este tipo de contratación.

También se indagó por personal que se encuentra en teletrabajo, frente a lo cual se recibió la manifestación de que no hay personas que disfruten de este beneficio.

Finalmente, no se evidenció respuesta a los correos enviados desde la cuenta SEGURIDADDIGITAL@IDU.GOV.CO para verificar la actualización de los usuarios que pertenecen al proceso.

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Mediante correo electrónico del 21/08/2019, 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 26/08/2019 y dentro del término previsto para el efecto, el proceso evaluado remitió observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad 1. No se observó plan de tratamiento ante la materialización de riesgos, ni identificación de acciones para abordar riesgos.

El equipo auditado argumentó: *“Revisado el informe y la descripción del hallazgo, no encontramos la evidencia que soporte la No conformidad que demuestre la materialización de los 2 riesgos mencionados; por ejemplo: para el riesgo GPE01 cuáles son los proyectos priorizados deficientemente? o para el riesgo IPE03 cuál es la información que se perdió o alteró.*

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Para el riesgo GPE01 Se menciona como evidencia un informe de otra auditoria (Contraloría), sin embargo, no se observa la relación de causa con el riesgo mencionado.

*Para el riesgo IPE03, conforme a lo descrito en la matriz de riesgos hay diferentes responsables de la administración de la información (OAP, STRT, STRF), pero en el informe de auditoría no se observa cuáles son las **acciones previstas** a cargo de los responsables que no se han ejecutado para este riesgo, por lo que no se observa la evidencia que respalde este hallazgo.*

Por lo anterior la solicitud de la OAP es que se retire el hallazgo de no conformidad, o en su defecto, que se ajuste e incluya las evidencias para comprender y establecer el plan de mejoramiento razonable.”

Realizada la revisión por parte del equipo auditor, con respecto a la primera parte de la No Conformidad N°1, se observó que en la matriz de riesgos del proceso, el riesgo “*Priorización deficiente de proyectos a incorporar en la proyección presupuestal*”, cuenta con las siguientes consecuencias:

- “1. Inadecuada planeación presupuestal,*
- 2. Baja ejecución presupuestal*
- 3. Incumplimiento del Plan de Desarrollo”.*

Se pueden mencionar, a manera de ejemplo, los procesos IDU-LP-SGI-014-2018 y IDU-LP-SGI-015-2018, los cuales a 31/12/2018 estaban pendientes de inicio, mientras que el proceso IDU-CMA-SGDU-028-2018, no tuvo pliegos de manera definitiva, afectando, en cada uno de los casos, la proyección presupuestal del Instituto y la ejecución presupuestal del mismo. El inicio de procesos de selección de proponentes en el segundo semestre de cada vigencia presupuestal o la demora en el cambio de etapa del proyecto, de estudios y diseños a obra, tal como lo ha expresado la Contraloría de Bogotá D.C., en sus informes de Auditoría de Regularidad, son soporte también de la materialización del riesgo mencionado, tal como ha sido descrito por el proceso, dado que los hechos mencionados, reflejan la ocurrencia de las consecuencias relacionadas en la matriz de riesgos.

La redacción de este riesgo, de acuerdo con lo informado por el quipo auditado, en la ejecución de la auditoría, se dio en respuesta a que en la auditoría anterior se estableció la materialización del riesgo “*Deficiencia en la programación presupuestal*”. De acuerdo con los auditados, la redacción se debe a dificultades para establecer el riesgo de manera técnica, toda vez que las situaciones que se describen en el riesgo y sus causas corresponden a situaciones administrativas que contempla la legislación vigente y para las que el Instituto se encuentra preparado con un procedimiento como es el de PR-PE-01 Modificaciones Contractuales V.2. Ante este análisis del equipo auditor, con mayor razón cobra relevancia realizar la revisión de la pertinencia de las diferentes variables del riesgo, tal cual como está registrado actualmente en la matriz de riesgos del proceso.

Con respecto al riesgo de Seguridad de la Información: “*Pérdida o alteración de información relacionada con los entregables del proceso*”, el área manifestó que no se ha materializado, y el equipo auditor tampoco lo evidenció; sin embargo, al indagar al auditado acerca de las fuentes de información que dieron lugar a esta manifestación, expresaron que no se cuenta con fuentes documentales asociadas que permitan evidenciarlo, tras lo cual se verificó que en el área no existe claridad acerca de la información que se ha planteado resguardar, según el alcance del riesgo, por lo que no pueden determinar cuáles son los registros asociados que permitan su

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

medición y control, razón que fundamenta la No Conformidad. En este sentido, se precisa que la no conformidad no hace alusión a la materialización de este riesgo, sino a la no evidencia de soportes documentales que reflejen acciones para la prevención de este riesgo.

Por lo anterior, se ratifica la No Conformidad N°1. No se observó plan de tratamiento ante la materialización de riesgos, ni identificación de acciones para abordar riesgos.

No Conformidad 2. Falencias en actualización y control de la documentación interna y externa del proceso.

Observación del auditado: *“Para las 3 primeras situaciones documentales, la OAP considera que no son evidencias de incumplimiento, ya que los procedimientos tienen un carácter transversal, y es posible que se mencionen actividades e interacciones entre diferentes procesos. Tanto la OAP y demás áreas líderes asociadas a estos documentos (PRPE02, PRPE01, caracterizaciones) en la autonomía administrativa que cuenta han planeado llevar de esta manera dichos procedimientos y procesos. Para estas situaciones menciona la OAP no logra identificar cual es el requisito o criterio que se incumple ya que desde el enfoque de la información documentada no se observa incumplimiento.*

Así entonces se solicita que el hallazgo se ajuste retirando las 3 situaciones mencionadas anteriormente y se dejen las demás para enfocar el plan de mejoramiento a lo que consideramos realizable.”

Es importante tener presente que, a pesar de la autonomía de las dependencias, cada procedimiento no puede exceder la extensión y el alcance de cualquier proceso, aunque sea transversal. Las actividades incluidas en un procedimiento asociado a un proceso, no pueden ser las actividades propias de otro proceso, así sean llevadas a cabo por el área que lidera ese proceso, toda vez que para operar, el Instituto seleccionó un modelo de gestión por procesos, no por áreas, y en este sentido, los Procesos de Planeación Estratégica y de Gestión Financiera, deben mantener su independencia, en relación con el objetivo y alcance propios de cada uno de ellos, al margen de sus necesarias interacciones y la participación de la Oficina Asesora de Planeación y la Subdirección General de Gestión Corporativa, como líderes.

La situación descrita en la No Conformidad contraría el numeral 7.5.2 literal c de la norma técnica NTC-ISO 9001:2015, por cuanto, en los procedimientos PRPE02 y PRPE01, se documentan de una manera inadecuada los procesos de Planeación Estratégica y Gestión Financiera del Instituto de Desarrollo Urbano. Por las razones expuestas, es necesario que los líderes/responsables de los procesos de Gestión financiera y Planeación estratégica, entre otras acciones que estimen pertinentes, realicen una revisión de la información documentada de los mismos (caracterización, procedimientos), a fin que se tomen las acciones pertinentes, de tal forma que permita evidenciar la conveniencia y adecuación de su información, y se articulen frente al alcance de cada proceso.

Por lo anterior, se ratifica la No Conformidad N° 2. Falencias en actualización y control de la documentación interna y externa del proceso.

3.1.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| NC1 | MG-PE-18 Manual de Administración del Riesgo. | No conformidad N° 1: No se observó plan de tratamiento ante la materialización de |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|--|
| | <p>6.7 Gestión de Eventos de Riesgos Materializados (ERM): “Durante las fases de identificación y monitoreo de riesgos, las áreas líderes del proceso identificarán y mantendrán actualizada la información de las acciones de respuesta y/o contingencia que se deberían ejecutar en caso de un evento de riesgo materializado. Dichas acciones serán registradas en el formato de la matriz de Riesgos”.</p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. “La organización debe planificar: a) Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) La manera de: 1. Integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad”.</p> | <p>riesgos, ni identificación de acciones para abordar riesgos.</p> <p>No se evidenció plan de tratamiento para el riesgo G-PE-01 “Priorización deficiente de proyectos a incorporar en la programación presupuestal”, así como tampoco, se identificaron las acciones previstas por el proceso para abordar el riesgo I.PE.03 “Pérdida o alteración de información relacionada con los entregables del proceso”, contraviniendo lo dispuesto en el numeral 6.7 del Manual de Administración del Riesgo y el numeral 6.1.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede generar afectación en el normal desempeño del proceso, por falta de acciones oportunas ante la materialización de los riesgos.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>7.5.2 Creación y actualización: “Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado (...): c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación”.</p> <p>7.5.3.2. “La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar según sea apropiado, y controlar.”</p> | <p>No conformidad Nº 2: Falencias en actualización y control de la documentación interna y externa del proceso.</p> <p>Se evidenció que la caracterización del proceso incluye actividades no soportadas en el proceso de Planeación Estratégica, así como desactualización en información documentada del proceso, específicamente en los temas de normatividad legal y normatividad técnica y documentos externos soporte de la gestión no controlada, situaciones que contrarían los numerales 7.5. y 7.5.3.2. de la NTC ISO 9001:2015, literal a), impidiendo la mejora de los procesos y dando lugar a la posible ocurrencia de incumplimientos de carácter legal o normativos.</p> <p>Las situaciones documentales evidenciadas, se relacionan a continuación:</p> <p>*La elaboración del anteproyecto de presupuesto se encuentra documentado en el procedimiento PR-PE-02 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto, del 30/09/2014, que incluye las actividades contenidas en la</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|---|
| | | <p>actividad crítica y a la vez algunas actividades contempladas en la actividad crítica “1. Realizar la consolidación de las proyecciones de ingresos, gastos e inversión”, descrita en la caracterización del proceso Gestión financiera, con código CP-GF-01 - versión 3.</p> <p>*Revisado el PR-PE-01 Modificaciones Presupuestales, versión 2 del 29/08/2018, se verificó que el mismo hace referencia a actividades incluidas en esta actividad crítica, pero también a actividades de la actividad crítica “3. Realizar el estudio, verificación y expedición de las solicitudes de CDP’s y CRP’s y Modificaciones Presupuestales”, descrita en la caracterización del proceso Gestión financiera, con código CP-GF-01 - versión 3.</p> <p>*Las actividades “5. Identificar la estructura financiera de la vigencia fiscal” y “6. Realizar (SIC) el seguimiento y gestión a la estructura financiera”, presentan traslapos al momento de verificar evidencias, con el proceso de “Gestión Financiera” y los procedimientos incluidos en el proceso de planeación estratégica, incluyen actividades propias del proceso de “Gestión Financiera”.</p> <p>*Los procedimientos de Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto PR-PE-02 V.3.0 del 30/09/2014 y Guía Identificación y atención de necesidades de Infraestructura Física GU-PE-19 V1.0 del 21/01/2016, presentan desactualización, específicamente en los temas de normatividad legal y normatividad técnica, como por ejemplo.</p> <p>*Los documentos externos “Manual operativo MIPG” y “Guía para la administración de riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información” generados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, no están controlados como parte de los documentos externos del proceso.</p> |
| NC3 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>9.1.3 Análisis y evaluación. La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el</p> | <p>No conformidad Nº 3: Inconsistencias en disposiciones establecidas en la GU-PE-018 Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional frente a requisitos de análisis y evaluación del desempeño de los procesos</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|---|---|
| | <p>seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:</p> <p>“(…) g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.</p> | <p>Se evidenció inconsistencias en disposiciones establecidas en la GU-PE-018 Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional frente a requisitos de análisis y evaluación del desempeño de los procesos, en el sentido que la Guía dispone que <i>“...Nunca la orientación - bajo el contexto de la presente guía, tal como se mencionó inicialmente en esta sección - es establecer acciones de mejoramiento (Preventivas o correctivas)”</i>, hecho que se refleja en los informes basados en indicadores de gestión, toda vez que en ellos no se identifican acciones derivadas de los resultados de los indicadores, así como también, inconsistencias en el contenido de la Guía GU-PE-018 en el contenido del objetivo, definiciones, indicadores, informes trimestrales y estructura de la plantilla utilizada, situaciones que contravienen lo establecido en el numeral 9.1.3. literal g) de la NTC ISO 9001:2015, y que puede afectar la mejora continua del Sistema, en tanto se excluye la posibilidad de tomar acciones derivadas del análisis y evaluación de los instrumentos de seguimiento y medición con los que cuenta la entidad.</p> |

3.2 PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Se presentan a continuación los resultados de la auditoría interna al proceso de Innovación y gestión del conocimiento, para cada una de las actividades críticas evaluadas, según lo establecido en la caracterización del proceso:

Actividad crítica N° 1. Planeación de la gestión de la información y conocimiento y N° 2. Gestionar la información y el conocimiento.

En el marco de estas actividades, se realizó revisión de los diferentes componentes, mencionados en el objetivo del proceso.

Se realizó revisión de los instrumentos utilizados en el proceso para la planificación del mismo, informándose por parte de la Directora Técnica Estratégica DTE, de los siguientes documentos principalmente:

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



1. La caracterización del proceso: El documento tiene como fecha última de actualización del 28/12/2018, observándose una actualización reciente del documento. Sin embargo, se observa que la estructura del proceso desde su nombre “Innovación y Gestión del Conocimiento” comparado con el objetivo y alcance del mismo, no contempla la innovación y gestión institucional definida en los requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, ya que el proceso se orienta solamente a la gestión de la información y conocimiento de aspectos técnicos asociados a la infraestructura vial y espacio público. Por lo que se recomienda que, junto con la OAP, se analice dicho aspecto para determinar la necesidad de ajustar el proceso en su alcance y responsabilidades y ajustarse frente a la necesidad institucional.
2. El plan de acción por vigencia de la DTE: El documento se generó y publicó en la página web IDU en la sección de Plan de Acción, se observó cumplimiento de los requisitos de oportunidad y seguimiento por parte de la DTE por medio de los indicadores de gestión.

Se hace una recomendación a la caracterización del proceso, y en sí a la manera como está configurado el proceso, por cuanto no se observa que este proceso, contemple los requisitos establecidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión ordenado por el DAFP, específicamente para la política de Gestión del Conocimiento. Es recomendable que el Instituto, en especial la SGDU, DTE y la OAP, revisen estos lineamientos y definan los cambios que se requieran al proceso de innovación y gestión del conocimiento y su adecuación a la política mencionada por el MIPG.

Directorio de Proveedores: El proceso gestiona la información del directorio de proveedores, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento PRIC03 Actualización del directorio ambiental de proveedores versión 3. Que se enfoca en verificar el cumplimiento de los requisitos legales por parte de los proveedores para poder ser inscritos.

Se revisó la actualización la información en el enlace [HTTPS://WWW.IDU.GOV.CO/PAGE/SIIPVIALES/AMBIENTAL/PORTAFOLIO](https://www.idu.gov.co/page/siipviales/ambiental/portafolio) y se observó que los registros están vigentes, y que no se encuentran datos o proveedores con fechas vencidas.

Se evidenció que el proceso realiza la comunica al interior del IDU informando por medio de memorando las actualizaciones; evidencia del último ejercicio realizado a la fecha de auditoría es el memorando 20192150155253 de 14/06/2019, a través del cual se informó que fue publicada la actualización del Directorio Ambiental de Proveedores de Materiales de Construcción, Sitios de Disposición Final, Transformación y Aprovechamiento de Residuos de Construcción y Demolición RCD del IDU, reglamentado mediante la resolución IDU No. 001330 de 2019, en la página Web del Instituto.

Se revisaron los controles y gestiones que realiza el personal a cargo para actualizar la información y se observó que se generan las alertas oportunas a los proveedores informándoles sobre los vencimientos cercanos. El personal a cargo controla las fechas de vencimiento, y las comunicaciones y solicitudes que se generan con los terceros. Se ha dispuesto el correo electrónico directorio.proveedores@idu.gov.co, con base en el cual se hizo una revisión de los comunicados y se encontró que se atiende en oportunidad y se genera la información y respuestas a los terceros. Se encontró como evidencias de cumplimiento, las siguientes:

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- Comunicado del 20/06/2019 proveedor Reciclados Industriales de Colombia SAS.
- Solicitud de inclusión por parte del proveedor Goliat SAS, 2/05/2019, se requiere radicación Orfeo con 20191250554702, y la respuesta por parte del IDU es 20192150458851.
- Formato para inscripción y renovación FOIC07 y demás documentos requeridos.
- Comunicado proveedor SECAM JR EU, memorando 20192150102721.

Se encontró que el personal del grupo de Directorio, también solicita información a los proveedores, relacionada con precios de referencia, aunque dicho requisito no es exigible como obligatorio para el registro en el directorio de proveedores, en caso de que la información no sea entregada por parte de los proveedores. Se considera como una oportunidad de mejora para la información necesaria para los precios de referencia.

Gestionar la información y el conocimiento: El proceso se encarga de generar y mantener la información de los proyectos de infraestructura susceptibles de ser georreferenciada. Así entonces se revisaron las actividades y controles para generar información asociada al sistema de información de datos geográficos, la representación cartográfica de los elementos de la malla vial y espacio público, inventario IDU de los proyectos de intervención de la infraestructura, instrumentos para realizar diagnósticos y otros servicios de consulta de información geográfica.

Se observó que el proceso genera los productos en cumplimiento de los requisitos definidos en los documentos institucionales principalmente en: PRIC02 Actualización del sistema de información geográfica V1 y la Guía GUIC02 Sistema de información geográfica V2.

Como evidencia de los productos del proceso, se han gestionado y publicado los productos de sistema de información geográfica, Inventario de la infraestructura vial, inventario de puentes, Diagnóstico de la malla vial a 2016 y Diagnóstico de la malla vial Rural a 31/12/2018.

Se revisó que el proceso responda y tramite de forma oportuna la información de actualización que comunican los diferentes grupos de interés; de igual forma se revisó que el proceso genere las comunicaciones y alertas para que los terceros envíen la información necesaria para la actualización del sistema de información geográfica. Como evidencias asociadas se reportan las siguientes:

- San Cristóbal, elemento 2044425, memorando 20195260565332 del 8/05/2019.
- Oficio a las alcaldías semestrales donde informan el estado y se solicita actualización; 201921500033813401. Usaquén y Chapinero 4/01/2019.

Precios de referencia: Se realizó la auditoría a la actividad relacionada con la actualización de los precios unitarios de referencia, actividad necesaria para disponer la información a los usuarios internos y externos. Los requisitos están descritos principalmente en el procedimiento PRIC01 Actualización de la base de datos de precios de referencia V7, en el cual se requiere que la base de datos sea actualizada y publicada dos veces al año, requisito que la DTE cumple de acuerdo con las evidencias obtenidas, en la página WEB IDU (<https://www.idu.gov.co/page/siipviales/economico/portafolio>), donde se encuentran publicados los precios unitario de referencia desde el año 2014, uno por semestre. Para el 2019 se publicaron los precios de referencia con fecha de actualización del 26 de julio.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

El proceso ha definido los controles de revisiones y validaciones pertinentes, un análisis técnico y una valoración estadística de la información (separación por límites, desviación y varianza).

Se revisaron diferentes solicitudes para actualización de la información los cuales evidencian la gestión oportuna frente a los usuarios; memorando de solicitud 2019225018193, memorando 20192250166663, memorando 201921501767*-, Acta 9 de reunión con DTM-DTE para ítems 7967; para todos ellos se verificó su registro de actualización en el sistema de información.

Innovación - Especificaciones técnicas y documentos técnicos: En este grupo de trabajo, se revisaron las disposiciones definidas en el procedimiento de PRIC04 Investigación y desarrollo de los sistemas de movilidad y espacio público V2.0.

El procedimiento indica en su alcance, que inicia con el análisis de la información de fortalezas y deficiencias identificadas por los clientes, usuarios, oferentes, demandantes, externo e interno del IDU; sin embargo, en la primera actividad del flujograma en el procedimiento, al considerar si la iniciativa de investigación ofrecida es por un externo, se registra que de ser así, requiere irse al final del procedimiento, lo que se entiende que para éstos casos no aplica el procedimiento, evidenciándose una contradicción con el alcance del procedimiento, ya que precisamente lo observado en las entrevistas es que el proceso si considera el análisis de las propuestas radicadas por externos. Por lo anterior, es necesario que se actualice el procedimiento, toda vez que las actividades deben ser coherentes con el alcance. Por otro lado, aún se menciona al comité de SGDU (el cual ya no existe) y el procedimiento no ha sido revisado desde el 2014, por lo que ya no se ajusta a los estándares actuales de documentación.

Frente a las especificaciones técnicas, se encontró que la versión publicada en la página WEB IDU es la versión 2011; sin embargo, se realizó por medio del contrato de consultoría 791-2017 la actualización de las especificaciones técnicas versión 2018. A la fecha de cierre de la auditoría el documento se encontraba en proceso de adopción, pendiente de finalizar el trámite de aprobación del acto administrativo y su correspondiente publicación.

Frente a la propuesta de actualización de las especificaciones, se recomienda que, para futuras actualizaciones, se lleve un control de versiones en el sentido de describir los cambios más representativos para las especificaciones que sean modificadas.

Otros documentos relacionados con procesos de innovación son los contemplados por el protocolo para la presentación de productos, técnica o tecnologías innovadoras versión 2 (INIC19). Se revisaron las propuestas realizadas por Aritrec y Ecotecnología, asociados a transferencias de conocimiento, ejecutadas el 12/03/2019 y el 1/05/2019, según memorandos 20192150388871 y 2019450659621, las cuales se hacen por medio de socializaciones por parte del tercero al personal interesado en el IDU. Al respecto se hace una recomendación, en el sentido de considerar que el material contenido de la socialización se disponga en la intranet IDU para consulta posterior.

Frente a revisiones posteriores que realice la DTE sobre nuevas metodologías adoptadas por el IDU, la DTE busca retroalimentación con las áreas técnicas, así por ejemplo se encontró evidencia de comunicados 20192150092383, donde se solicita a la SGI retroalimentación sobre la aplicación de una técnica en materiales, memorando 20183550143393 entre la DTM donde se da cuenta de necesidades de mejora para la aplicación de tramos testigos, dejando memoria

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

técnica. Solamente se hace una recomendación para que en la medida de lo posible la DTE pueda ir construyendo indicadores de efectividad para los procesos de innovación que se hayan aplicado al interior del IDU.

Actividad crítica N° 5. Seguimiento al sistema de evaluación y verificación de los indicadores de gestión.

Se revisaron los indicadores asociados al proceso, con corte al 30/03/2019, los cuales en términos generales presentan un óptimo seguimiento y ejecución en promedio del 91.5%. Los indicadores que no llevan un cumplimiento del 100% son los asociados a Pasivos Indicador 21527 con el 55%, frente al cual la DTE está gestionando los pagos previo cumplimiento por parte de los contratistas asociados observándose gestión sobre el indicador y PAC Indicador 21529 con el 80%.

Actividad crítica N° 6. Generar acciones de mejora

Planes de mejoramiento: Para el proceso de innovación, se revisaron las acciones por ocasión de la auditoría 2018 al sistema integrado de gestión, evaluando la efectividad de las mismas así:

Tabla N° 1. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| 1494 | 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 | Realizar seguimiento y validación de la información publicada una vez al mes y generar el reporte correspondiente a la OAC de los links que tengan inconvenientes, para lo cual será asignada una persona en la DTE. Fecha fin: 31/12/2018 | El plan registra un cumplimiento del 100%. Se recomienda el cierre de las acciones, toda vez que los enlaces de la información revisados en el sitio web son efectivos y cuenta con la información requerida |
| 1495 | | Solicitar mediante memorando a la OAC y a la STRT un link en donde el cliente interno y externo pueda informar sobre el mal funcionamiento de los vínculos. Fecha fin: 31/12/2018 | |
| 1496 | Se verificó que, en el mapa de procesos publicado en la intranet, no se encuentran incluidas las versiones de las Especificaciones Técnicas anteriores a 2011, aplicables a contratos aún vigentes. | Se solicitará mediante memorando a la OAC y a la STRT un link en la intranet (Mapa de procesos/Innovación y gestión del conocimiento/especificaciones técnicas) que conduzca a los históricos de las especificaciones técnicas. Fecha fin: 31/12/2018 | La acción registra cumplimiento del 100%. Se recomienda el cierre de la acción, toda vez que se cuenta con los históricos de las especificaciones técnicas |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Gestión de Riesgos del proceso: En esta actividad se hizo una revisión de los riesgos a los que está expuesto el proceso, teniendo presente que ha identificado un riesgo de gestión y dos de Seguridad de la información. Se observó que el equipo de trabajo conoce los riesgos y se han identificado los controles existentes frente a éstos, realizando los seguimientos a los riesgos de acuerdo con el plan de acción dado por la OAP. En el último periodo, con corte a 30 de abril de 2019, no se observó reporte de riesgos materializados.

Es necesario que los riesgos se actualicen bajo los nuevos lineamientos de la Guía de la función pública; sin embargo, no se demanda un plan de mejoramiento, por cuanto esta acción ya está descrita en el plan de mejoramiento que desde la OAP se registró para desarrollo en el segundo semestre de 2019.

Respecto a los riesgos de corrupción, el proceso cuenta con dos riesgos, para los cuales la OCI realizó seguimiento en mayo de 2019, sin evidenciar materialización.

Se revisó la matriz de oportunidades, observándose que la DTE, identifica y gestiona sus oportunidades, mantiene actualizada la información y reporta para publicación la matriz de oportunidades.

Salidas no conformes: Consultado el archivo compartido de registro de salidas no conformes, la DTE para el 2019 no presenta registros de salidas no conformes en el marco del proceso de innovación y gestión del conocimiento.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Subsistema de Gestión Ambiental: El personal entrevistado para cada uno de los grupos de información dio cuenta de los aspectos e impacto ambientales relevantes con las actividades que desarrollan, y dieron cuenta de los controles y mecanismos de prevención asociados en aspectos como lo es el uso de papel, el consumo de energía y recursos hídricos, y en cuanto a los controles, mencionaron mecanismos como impresión a dos caras, apagado de los equipos de cómputo al finalizar la jornada laboral, disposición inteligente de los desechos y manejo de los residuos.

Subsistema de Seguridad y Salud en el Trabajo: A cada uno del personal entrevistado, se indagó sobre la comunicación que el Instituto haya realizado para comunicarles los riesgos laborales a los que están expuestos. Se observó que el personal conoce los peligros a los que están expuestos en las actividades administrativas y las de actividades de carácter externo que realizan; se observó conocimiento de los riesgos más relevantes, como ergonómico, caídas en escaleras, sismos, y riesgos públicos. En general, se observó conocimiento y aplicación de mecanismos de control y prevención por parte del personal.

Subsistema de Seguridad de la Información: Se evidenció que el personal de la DTE mantiene los activos de información actualizados en el aplicativo CHIE, en el marco del proceso de innovación y gestión del conocimiento.

Con respecto a la información relevante del proceso, la información es gestionada por diferentes sistemas de información como son Precios Unitarios, Geomática, Directorio de Proveedores, Especificaciones, de los cuales sus productos principales son publicados en la página Web IDU. De cada uno de ellos la información está disponibles también en carpetas compartidas ubicadas en los servidores. La STRT realiza los backups de la información del proceso.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

3.2.1 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:

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|--|--|
| NC1 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>7.5.2 Creación y actualización. “Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: (...) c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación”.</p> <p>7.5.3. Control de la información documentada.</p> <p>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; (...)”</p> <p>GU-AC-01 Guía Documentación MIPG-SIG.</p> <p>7.5 Actualización: “(...) Los documentos deberán ser revisados en los casos en los cuales se modifique el marco legal que soportó la creación del documento o, para el caso de los procedimientos, cuando existan cambios en la manera de realizar las actividades. Producto de la revisión se decidirá la necesidad de ajustar los documentos”.</p> | <p>No Conformidad Nº 1. Se evidenció desactualización del procedimiento PR-IC-04 Investigación y desarrollo de los sistemas de movilidad y espacio público.</p> <p>Se evidenció desactualización del procedimiento PRIC04 Investigación y desarrollo de los sistemas de movilidad y espacio público V2.0 del 2014, al registrarse instancias de participación que ya no existen e inconsistencias en contenido y forma del procedimiento, frente a las directrices establecidas, incumpliendo los numerales 7.5.2. y 7.5.3.1 de la NTC ISO 9001:2015, además de lo definido en el numeral 7.5 de la GU-AC-01 Guía Documentación MIPG-SIG, situación que podría generar riesgos en la ejecución de actividades del proceso, en relación con sus metas y objetivos.</p> <p>A continuación, se detallan las situaciones identificadas en el procedimiento relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se menciona al Comité de SGDU, como punto de control, instancia que ya no existe. • Se presenta incoherencia entre lo definido por el alcance del procedimiento y la actividad Nº 1 del flujograma, contradiciéndose en lo que respecta a la gestión frente a propuestas elaboradas por externos. • El procedimiento no cumple el estándar documental exigido por la guía GUAC01 Documentación MIPG-SIG, toda vez que no se evidencia su adecuación con la política MIPG. |

3.3 PROCESO GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana presenta un alto nivel de madurez, evidenciado en la adecuada organización de los cuatro equipos especializados de trabajo: (i) Canales, responsables de la recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias – PQRS; (ii) Gestión Social y Participación Ciudadana, responsable del seguimiento a la gestión social de los proyectos y territorio; (iii) Formación y cultura ciudadana, responsables de los procesos socialización de proyectos y apropiación de obras; y (iv) Seguimiento y evaluación, responsable

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

de las mediciones de satisfacción de los canales, punto de atención, y expectativas de los proyectos).

El gran impacto y consolidación de su “quehacer”, ha ubicado a la Oficina de Atención al Ciudadano del IDU, como referente en el ámbito distrital. Adicionalmente, sobresale el compromiso y el profesionalismo del equipo de trabajo, visible por la buena disposición frente al ejercicio de auditoría y la experiencia técnica que redundan en el logro de los objetivos del área y del proceso.

En la auditoría fueron abordadas de forma directa las siguientes actividades críticas, para las cuales, a continuación, se describen los principales resultados:

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

Se verificó el PL-SC-02 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) versión 3, en donde son definidas la planeación de las actividades críticas para el proceso. El PAAC es construido entre la Oficina Asesora de Planeación (OAP), Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC) y Oficina de Atención al Ciudadano (OTC), en concordancia con la Ley 1474 de 2011, el cual es publicado en la página web del IDU, [VER PAAC](#), cumpliendo los requisitos definidos legalmente. Frente a la actividad descrita y analizando la caracterización del proceso, es recomendable actualizar el documento para alinear la terminología al nuevo modelo MIPG-SIG adoptado por el IDU, como la referencia a la matriz de requisitos del Sistema Integrado de Gestión.

En cuanto a la planeación del proceso, es evidenciado un concienzudo proceso de planeación típico de un proceso robusto y determinístico.

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

Continuando con el quehacer del proceso, el equipo auditor seleccionó el componente Rendición de cuentas y verificó la definición de acciones para su desarrollo. Al respecto, se argumentó que la rendición de cuentas es realizada por sectores y que la última rendición de cuentas del Sector Movilidad se llevó a cabo en la Biblioteca Virgilio Barco en febrero de 2019. Se evidenció que los ejercicios de rendición de cuentas cumplen los criterios definidos por la Metodología para la Rendición de Cuentas, definida por la Veeduría Distrital, y el Manual Único de Rendición de Cuentas (MURC) de DAFP.

La actividad de rendición de cuentas inicia con la estructuración de un informe, disponible en el portal web del Instituto, [VER INFORME](#), el cual es la base para la preparación de la presentación que será realizada en el sitio y lugar determinado por la Secretaría de Movilidad. Durante el evento son recibidas preguntas puntuales respecto a los temas misionales de la Entidad, razón por la cual a la Rendición de Cuentas son convocados representantes de las áreas técnicas. Adicionalmente, las preguntas realizadas durante la rendición, son consolidadas y resueltas para asegurar que la ciudadanía despeje sus inquietudes, ver registro de [SISTEMATIZACIÓN DE PREGUNTAS](#). Finalmente, el evento es evaluado a través de unas encuestas de percepción para identificar oportunidades de mejora en este tipo de espacios. Para el caso verificado, la cabeza

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



del sector, aplicó el instrumento de medición y realizó el análisis y la consolidación de los resultados respectivos, [VER MICROPORTAL RENDICIÓN DE CUENTAS SECTORIAL](#).

En síntesis, el proceso realiza una efectiva ejecución de la planeación, ampliamente documento y generador de valor, en términos de acercamiento a los ciudadanos.

Actividad crítica N° 3. Realizar el seguimiento y la evaluación a la gestión social y el servicio a la ciudadanía

Como parte del SGC, el equipo auditor verificó los indicadores de satisfacción de la ciudadanía, encontrando que existen tres fuentes de medición de la satisfacción: Canales, Puntos de atención y Proyectos. Por el alcance del proceso, el equipo auditor verificó el cumplimiento de las dos primeras fuentes, ya que la medición de los proyectos hace parte del proceso de Gestión Integral de Proyectos.

Sobre los canales de atención, la profesional del proceso explicó que la información es recolectada según el canal de contacto con los ciudadanos, pero no fue evidenciada la inclusión de los trámites y servicios virtuales, como el Certificado de Cuenta de estado para trámite notarial. Además, son aplicadas encuestas en los puntos de atención, Cades y Supercades, sobre los trámites y servicios prestados por la Entidad, pero, al indagar sobre la satisfacción en el trámite de licencias de intervención de espacio público, la profesional explicó que no realizan dicha evaluación. Finalmente, se argumentó que la información es analizada y presentada en un informe, el cual es publicado en el observatorio de satisfacción ciudadana, [VER INFORME SEGUNDO TRIMESTRE](#).

Existe una clara fortaleza en el rigor y fuentes existentes para la medición de los diferentes factores que comprenden la satisfacción ciudadana, Canales, Puntos de Atención y Proyectos. En este sentido el alcance de la medición debería completarse con la extensión de los instrumentos aplicados a todos los trámites y servicios de la Entidad, como los asociados con el espacio público.

Indicadores de Gestión: La Oficina de Atención al Ciudadano, cuenta con 11 indicadores de los cuales, para efectos de la auditoría fueron seleccionados dos: “Satisfacción ciudadana frente a la atención prestada en los diferentes puntos de atención”, identificado con el código 1254, y “Estrategia de Rendición de cuentas PAAC implementada”, identificado con el código 1258, que evalúa la gestión de la rendición de cuentas que fue auditada en este proceso.

El indicador 1254 en el primer semestre logró el 103,63% acumulado, superando la meta esperada del 87%; es un indicador clave para el MIPG-SIG, porque mide la percepción de los grupos de valor respecto a los trámites y servicios de la Entidad.

Por su parte, el indicador 1258, presenta un acumulado de 46,76% para el primer semestre, por debajo de la meta proyectada de 50% para este periodo. Sin embargo, se evidenció que aun cuando la fórmula de medición es: $(\text{Actividades ejecutadas de RC del PAAC sobre Actividades programadas de RC del PAAC}) * 100$ y la frecuencia de medición es semestral, el reporte para el periodo se realizó con base en la información del seguimiento cuatrimestral que la Oficina de Control Interno OCI, efectúa al PAAC, específicamente al componente “3. Rendición de Cuentas”. Por lo anterior, el propósito y los mecanismos de medición y seguimiento son distintos a los

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



expresados en la fórmula de cálculo descrita en la caracterización de indicadores y esta situación no evidencia un seguimiento al PAAC por parte del área dueña del instrumento. Finalmente, es recomendable que el instrumento y sus métricas hagan parte del mismo proceso.

En general, de acuerdo con el Cuadro de Mando, se evidenció que el proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, presenta un nivel de avance acumulado de 87,58% para 6 indicadores de gestión; mientras que como Oficina de Atención al Ciudadano OTC, presenta 77,39% de avance, para un total de 11 indicadores de gestión, generando inquietud al respecto, entendiendo que el proceso en mención, está en cabeza únicamente de esta Oficina.

Dadas estas diferencias se recomienda efectuar una revisión de los indicadores, toda vez que adicionalmente, se evidenciaron dos indicadores de la OTC, asociados a otros procesos en relación con actividades propias de esta Oficina.

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

Planes de mejoramiento: En relación con el seguimiento de los Planes de Mejoramiento y según lo registrado en el sistema de información CHIE¹, módulo Plan Mejoramiento Institucional, se revisaron, de forma directa e indirecta, 8 acciones de planes de mejoramiento de la Oficina de Atención al Ciudadano, para determinar su efectividad, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla N° 1. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|--|
| 1039 | Documentación desactualizada: Se observan procedimientos y cartillas desactualizados: Los procedimientos PRSC07 Gestión Social en Etapa de Estudios y Diseños, PRSC08 Gestión Social en Etapa de Factibilidad, PRSC09 Gestión Social en Etapa de Construcciones, PRSC10 Gestión Social en Etapa de Mantenimiento, los cuales presentan en parte de su contenido información igual. La cartilla de trámites y servicios que se encuentra publicado de la intranet con código CA-SC-01 Versión 2, cuenta aún con la misión y la visión que se tenía para el | Actualizar la caracterización del proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana Fecha fin: 31/12/2017 | Se pudo verificar que la actualización de la caracterización responde al modelo de operación de la Oficina de Atención al Ciudadano que lo motivó. La caracterización del proceso se encuentra, actualmente, en la versión 4.0, del 21/12/2017. Por lo anterior, la acción se consideró efectiva y fue cerrada, por el auditor responsable, en el sistema de información CHÍE: Plan Mejoramiento Institucional. |
| 1040 | | Construir dos procedimientos de Gestión Social, uno para la etapa de Factibilidad y Estudios y Diseños y otro para las etapas de Construcción y Mantenimiento Fecha fin: 30/05/2018 | La OTC, para el cumplimiento de la acción, efectuó una modificación de los procedimientos, así: A. Unificó los procedimientos PR-SC-07 “Gestión Social en Etapa de Estudios y diseños”, versión 1.0 y PR-SC-08 “Gestión Social en Etapa de Factibilidad”, versión 1.0, en uno sólo, llamado PR-SC-08 “Gestión Social en Etapa de Factibilidad Estudios y |

¹ Sistema de Apoyo a la Gestión Administrativa.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|---|
| | 2016. Incumpliendo así con la norma NTC GP 1000:2009 y NTC ISO 9001: 2008, en su numeral 4.2.3 Control de los documentos literal b, "revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente" y c. "asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los Documentos " | | <p>Diseños", versión 2.0, del 23/05/2018.</p> <p>B. Unificó los procedimientos PR-SC-09 "Gestión Social en Etapa de Construcciones", versión 1.0, y PR-SC-10 "Gestión Social en Etapa de Mantenimiento", versión 1.0, en uno sólo, llamado PR-SC-09 "Gestión Social en las Etapas de Construcción y Mantenimiento", versión 2.0, del 21/05/2018.</p> <p>Se consideró que la reducción del número de procedimientos fue adecuada para la operación del proceso y simplifica su conocimiento. Por tanto, la acción se estimó efectiva y fue cerrada, por el auditor responsable, en el sistema de información CHIE: Plan Mejoramiento Institucional.</p> |
| 1041 | | <p>Actualizar la cartilla de trámites y servicios y publicar versión actualizada en intranet e internet</p> <p>Fecha fin: 30/11/2017</p> | <p>Para el cumplimiento de la acción, la Cartilla de Trámites y Servicios, código CA-SC-01, fue actualizada a la versión 3.0, del 22/11/2017. Para el cierre de la acción, se verificó que dicha cartilla había sido actualizada, nuevamente, en cumplimiento del nuevo modelo de atención de la Oficina de Atención al Ciudadano. La actualización se efectuó el 19/10/2018 a la versión 4, para incluir ajustes a los trámites, según "[...] <i>las mejoras implantadas por el Decreto 058 del 2018 y lo referente a las modalidades de aprovechamiento económico</i>". La cartilla actualizada se encuentra publicada en el Mapa de procesos de la Intranet institucional y en la página web del IDU.</p> <p>Así, la acción se consideró efectiva y fue cerrada, por el auditor responsable, en el sistema de información CHIE: Plan Mejoramiento Institucional.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| 1042 | <p>Planes de tratamiento sin actualizar: Se evidencia que los planes de tratamiento de riesgo no se encuentran actualizados en la intranet, ya que no cuentan con el seguimiento requerido para la fecha de corte de esta auditoría. Lo cual afecta el numeral 8.5.3 Acciones preventivas de la NTCGP 1000:2009 y la NTC ISO 9001:2008 literal d) registrar los resultados de las acciones tomadas.</p> | <p>Solicitar a OAP la publicación en intranet del seguimiento al plan de tratamiento de riesgos remitido el 6 de septiembre por correo electrónico.</p> <p>Fecha fin: 30/11/2017</p> | <p>Se realizó la acción propuesta, toda vez que la OTC, en su momento y de acuerdo con los plazos establecidos para el cumplimiento de la acción, efectuó la publicación de los planes de tratamiento de riesgos. De acuerdo con el criterio del auditor responsable, se logró el efecto esperado, por lo cual se consideró efectiva la acción y fue cerrada en el sistema de información CHIE: Plan Mejoramiento Institucional.</p> <p>Es importante aclarar que, el manual de riesgos (MG-PE-09) ha sido modificado en diversas oportunidades, la última el 31/05/2019, lo cual ha simplificado la gestión de los planes de tratamiento.</p> |
| 1379 | <p>HALLAZGO 10. Debilidades en la atención de Peticiones en puntos IDU: Se evidenciaron debilidades en el registro de PQRS en el sistema Bachué y en la atención oportuna de las mismas, por parte de los contratistas de los Contratos de obra 1385 y 1387 de 2017, y sus respectivas interventorías, contraviniendo lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el Apéndice E2 de los pliegos de condiciones de los contratos mencionados y el Apéndice Social de los Contratos de interventoría IDU-1463-2017 e IDU-1467-2017, situación que genera el riesgo de posibles sanciones y demandas para la entidad e insatisfacción por parte de la ciudadanía.</p> | <p>Memorando de la OTC para todas las áreas técnicas sobre la atención de PQRS asociada a los proyectos de infraestructura.</p> <p>Fecha fin: 30/08/2018</p> | <p>Para terminar la acción, el auditor responsable verificó que la OTC envió a las áreas técnicas un memorando en el que solicitaba "[...] a los supervisores de contratos, recordar a los contratistas o consultores, la obligación sobre la correcta y oportuna gestión que se debe adelantar con los requerimientos ciudadanos que ingresan a través del Punto IDU (virtual, escrito, telefónico o presencial), exceptuando aquellas que se reciban directamente en la Entidad. Así mismo, solicitar a las interventorías realizar el seguimiento a lo expuesto anteriormente."</p> <p>Por otra parte, en comparación con las vigencias anteriores se evidenció fortalecimiento en los puntos IDU para la atención de PQRS. No obstante, se considera que no es procedente aún declarar su efectividad o ineffectividad, toda vez que esto implica el desarrollo de pruebas de auditoría más detalladas, que incluyan la verificación de registros específicos de atención de PQRS asociados a la ejecución de contratos, por ejemplo, de conservación y/o mantenimiento o aspectos de otra índole que no</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|--|
| | | | formaron parte del alcance del presente ejercicio auditor. |
| 1646 | <p>Inconsistencias en la determinación de la tipología y clasificación documental de requerimientos: Se evidenciaron inconsistencias en la determinación de la tipología y clasificación documental, de requerimientos, (“Peticiónes órganos de control” y “Peticiónes ciudadanía”), incumpliendo lo dispuesto en el numeral 9.3 del MG-SC-01 “Manual para el trámite de los Derechos de Petición” y en la “Tabla de clasificación de tipologías de requerimientos ciudadanos”, de los Instructivos IN-AC-011 y IN-SC-011 “Clasificación de requerimientos ciudadanos”, lo que puede conllevar a posibles demoras en los trámites (al asignar erróneamente términos de gestión asociados a la clasificación y tipología), redireccionamiento de peticiones al interior del Instituto, así como a eventuales acciones de tipo legal y disciplinario.</p> | <p>Capacitar, formar y/o sensibilizar en la clasificación de los requerimientos y asignación de tiempos de respuesta, al grupo de radicación de la STRF y al grupo Canales de Atención de la OTC.</p> <p>Fecha fin: 30/06/2019</p> | <p>Para la terminación de la acción, la OTC presentó evidencias de la realización de tres capacitaciones: una al personal de correspondencia de la Subdirección Técnica de Recursos Físicos - STRF y dos al equipo de canales de atención al ciudadano de la OTC.</p> <p>Es importante aclarar que la OTC, también, planteó, para este hallazgo la acción 1647 “Realizar <i>control de calidad al proceso de radicación</i>”, la cual está planteada para concluir el 31/12/2019 y se encuentra en progreso.</p> <p>Si bien, se identificó que el área continúa realizando esfuerzos para lograr mejorar la clasificación de las PQRS, se considera que no es procedente, aún, declarar la efectividad o ineffectividad de la acción, toda vez que esto implica el desarrollo de pruebas de auditoría más detalladas, que incluyan la verificación de clasificación de registros específicos de atención de PQRS, lo cual se efectúa en el seguimiento que realiza la OCI, en cada semestre, a la atención de las mismas, además de que una acción asociada se encuentra en ejecución.</p> |
| 1648 | <p>Ausencia o extemporaneidad en la respuesta al peticionario: Se evidenció falta de respuesta a 5 requerimientos y extemporaneidad en la respuesta de 30 radicados (13 de entes externos de control y 17 de ciudadanía), incumpliendo</p> | <p>Realizar una campaña de comunicación desde la figura del Defensor del Ciudadano.</p> <p>Fecha fin: 30/05/2019</p> | <p>Para la terminación de la acción, la OTC evidenció la realización de una campaña de comunicación a través de 4 correos enviados desde la figura del Defensor del Ciudadano, con el fin de sensibilizar a los servidores frente a la oportunidad y calidad de las respuestas a los derechos de petición. Por otra parte, es importante mencionar que para este hallazgo está planteada, también, la acción 1649 “<i>Instaurar una mesa de trabajo</i>”</p> |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|---|--|
| | <p>los términos legales descritos en la Ley 1755 de 2015, (sustitución artículo 14 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo C.P.A.C.A.) y en los numerales 17 y 19.2 del “Manual para el trámite de los Derechos de Petición”, código MG-SC-01, versión 6.0, situación que puede generar posibles reclamaciones y acciones de tipo legal y disciplinarias para la entidad.</p> | | <p><i>interdependencias que se reúna periódicamente</i>” se encuentra en progreso, y está proyectada, su finalización, para el 31/12/2019.</p> <p>De acuerdo con lo descrito, el equipo auditor considera que evidenciar el impacto sobre la disminución de tiempos de respuesta, requiere de más tiempo por la reciente aplicación de una de las acciones mencionadas y la continuación de la otra.</p> <p>Adicionalmente, es necesario efectuar pruebas de auditoría más detalladas, que incluyan la verificación de tiempos de respuesta de registros específicos de atención de PQRS, lo cual se hace en el seguimiento que realiza la OCI, en cada semestre, a la atención de las mismas. Por lo cual, no es procedente declarar la efectividad o no de la acción 1648 (que ya se terminó) en el presente ejercicio auditor).</p> |
| 1650 | <p>Incumplimiento de las disposiciones sobre delegación de suscripción de peticiones: Se evidenciaron inconsistencias en la suscripción de las respuestas a “Peticiones órganos de control” con radicados No. 20185260772112, 20185261018532, 20185261021542, 20185261193602, 20185261028792 y 20185261083112, suscritas por quien no se encuentra facultado para el efecto, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 6 de la Resolución 7903 de 2016, lo que puede conllevar a afectar su validez, con posibles</p> | <p>Expedir y divulgar una circular sobre "Lineamientos para atención y respuestas a requerimientos de organismos de control y vigilancia o autoridades administrativas y judiciales"</p> <p>Fecha fin: 30/06/2019</p> | <p>Para el cumplimiento de la acción fue expedida la Circular N° 4 del 14/03/2019, radicado 20194050000044, con referencia “Lineamientos para atención y respuestas a requerimientos de organismos de control y vigilancia, o autoridades administrativas y judiciales”, divulgada a todo el IDU a través del sistema Orfeo.</p> <p>Al respecto, durante la entrevista a la Profesional de OTC manifestó que no han vuelto a suceder casos en los cuales las áreas suscriban respuestas sin contemplar las delegaciones definidas.</p> <p>No obstante, el equipo auditor encuentra que es necesario efectuar pruebas de auditoría más detalladas, que incluyan la verificación de las suscripciones de respuesta de registros específicos de atención de PQRS, lo cual se realiza en el seguimiento que hace la OCI, en</p> |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|------------------|--|
| | consecuencias de tipo legal y disciplinario | | cada semestre, a la atención de las mismas. Por lo cual, no es procedente declarar la efectividad o no de la acción. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

En síntesis, derivado de la revisión, 4 acciones se consideraron efectivas y fueron cerradas, en el sistema CHIE: Plan Mejoramiento Institucional.

En el caso de las acciones 1379, 1646, 1648 y 1650, si bien se encuentran terminadas, no dan lugar a cierre en el presente ejercicio auditor, toda vez que implican el desarrollo de pruebas de auditoría más detalladas, que incluyan la verificación de registros específicos asociados a la ejecución de contratos de conservación y/o mantenimiento o aspectos de otra índole que no formaron parte del alcance. La efectividad de algunas de ellas podrá revisarse en el seguimiento a la atención de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que se efectuará con corte al primer semestre de 2019 o en ejercicios de verificación específicos.

Gestión de riesgos del proceso:

- **Riesgos de Gestión:** Para el proceso fueron identificados tres riesgos de gestión: (i) G.SC.01 - Que se dé una respuesta y/o atención deficiente, incompleta o no pertinente de acuerdo con la solicitud; (ii) G.SC.02 - No responder en el tiempo oportuno una queja o reclamo; y (iii) G.SC.03 - Que no se creen, mantengan o fortalezcan espacios o mecanismos de gestión social y participación ciudadana en los proyectos de Desarrollo Urbano; valorados en nivel residual moderado, el primero, e inferior, los dos últimos. Según el monitoreo cuatrimestral, realizado por el proceso a la matriz de riesgos, el 6/05/2019, durante la vigencia los riesgos no han sido materializados.

De la revisión general de los riesgos, no se evidenció en la matriz de riesgos del proceso, la periodicidad para ejecución de los controles (diaria, quincenal, mensual, “x” veces en el año, etc.). Teniendo en cuenta que el formato FO-PE-06, en el cual se registra la matriz de riesgos, no cuenta con una columna que indique la frecuencia de ejecución de los controles, se recomienda, incluir la periodicidad específica de ejecución de cada uno de ellos en su redacción, tomando en cuenta que debe ser consistente y oportuna para la mitigación o la detección de la posible materialización del riesgo.

Tampoco se evidenció, en su redacción, cuál es el propósito de cada control. Por ejemplo:

- Para el control “*Realización de encuestas de satisfacción a los ciudadanos frente al servicio recibido por los encargados de responder a los requerimientos de la ciudadanía*” del riesgo G.SC.01, no se identificó el propósito u objetivo en relación con la causa “*Que el personal que atiende la solicitud no cuente con la competencia, habilidad o actitud requerida*”, que es para la cual está planteado.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- Para el control “*La OTC participa, acompaña y promueve espacios de participación ciudadana en cada una de las localidades, mesas de dialogo (sic), capacitaciones, seguimiento comités (sic) de participación IDU*” del riesgo G.SC.03, no se identificó el propósito u objetivo en relación con la causa de “*No establecer canales efectivos de diálogo continuo con los ciudadanos del área de influencia de los proyectos*”, que es para la cual está planteado. De hecho, la redacción no es la de un control.

Se recomienda, entonces, evaluar la construcción y pertinencia de los controles, teniendo en cuenta que éstos deben tener un propósito que indique para qué se realizan y deben llevar a prevenir las causas que generan el riesgo o a detectar su materialización.

En general, por definición un riesgo es el efecto de la incertidumbre sobre el cumplimiento de los objetivos y los riesgos definidos no denotan que surjan como producto de la incertidumbre, sino por efecto de omisiones en la gestión, en este sentido es recomendable reformular los riesgos existentes, tomando en consideración que cada uno de los controles registrados en la matriz de riesgos, debe identificar específicamente los responsables, periodicidad de ejecución, cómo se hace, dónde queda evidenciada su utilización o aplicación y las indicaciones de qué pasa cuándo se encuentran desviaciones u observaciones una vez es ejecutado. Se sugiere hacer énfasis en la difusión, socialización, capacitación y/o entrenamiento de todos los controles, así como su documentación, asegurando que sea conocido por todos los que intervienen en el proceso.

Finalmente, derivado de la revisión, no se evidenció la existencia de un riesgo asociado al PAAC, de forma general, o a la rendición de cuentas, específicamente, motivo por el cual es aconsejable que la identificación de riesgos contemple dicho instrumento, por su relevancia y exigencia legal.

- **Riesgos de Corrupción:** El proceso cuenta con dos riesgos de corrupción: (i) C.SC.01 - Tráfico de influencias para la atención y/o gestión de las necesidades expuestas por un ciudadano o grupo de ciudadanos, con el fin de favorecer a estos y (ii) C.SC.02 - No permitir o limitar el control social de la ciudadanía frente a los proyectos de infraestructura vial y de espacio público de competencia del IDU, con el fin de beneficiar un particular; ambos valorados con riesgo residual bajo, los cuales fueron revisados por la OCI con corte a mayo, sin identificar materialización de los mismos, razón por la cual no fueron verificados en la auditoría.
- **Riesgos de Seguridad de la Información:** Para el proceso existen dos riesgos de seguridad de la información: (i) I.GS.01 - Acceso a los sistemas de información o a los documentos por personas no autorizadas y (ii) I.GS.04 - Manejo inadecuado de la información personal de los ciudadanos o de terceros, ambos valorados con riesgo residual inferior. De acuerdo con lo consignado en la matriz, en el seguimiento con corte a abril de 2019, no se evidenció la materialización de ninguno de ellos.

No se evidenció, en la matriz de riesgos del proceso, la periodicidad para ejecución de los controles planteados para los riesgos de seguridad de la información (diaria, quincenal, mensual, “x” veces en el año, etc.). Como se mencionó para los riesgos de gestión, dado que el formato FO-PE-06, en el cual se registra la matriz de riesgos, no cuenta con una columna que indique la frecuencia de ejecución de los controles, se recomienda, incluir la periodicidad

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



específica de ejecución de cada uno de ellos en su redacción, tomando en cuenta que debe ser consistente y oportuna para la mitigación o la detección de la posible materialización del riesgo.

En la matriz de riesgos del proceso se observó que los responsables de llevar a cabo la ejecución de los controles están identificados como STRT o PROFESIONAL; sin embargo, éstos no corresponden a cargos o perfiles de personas responsables de ejecutar los controles, es decir, no se identificó qué cargo o rol específico dentro del proceso evaluado, ejecuta cada control (cuál o qué rol en la STRT o cuál profesional).

Es importante aclarar que, de acuerdo con lo indicado en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, versión 4, del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, el responsable de ejecutar los controles es una persona con la autoridad, competencia y conocimientos pertinentes para hacerlo, de acuerdo con el objetivo y alcance del proceso, por lo cual se recomienda que se revisen los responsables y se registren en la matriz, para cada uno de los controles, los roles, perfiles y/o cargos de quien los ejecuta.

Tampoco se evidenció, en su redacción, cuál es el propósito de cada control. Por ejemplo:

- Para el control “*Listados físicos archivados o destruidos*” del riesgo I.SC.04, no se identificó el propósito u objetivo en relación con la causa de “*Inadecuada gestión de los archivos físicos*”, para la cual está planteado. De hecho, la redacción no es la de un control.
- Para el control “*sensibilización a los usuarios del proceso sobre bloqueo de sesión, uso de telefonía, uso de mensajería electrónica.*” del riesgo I.SC.01, no se identificó el propósito u objetivo en relación con la causa de “*Enlaces de comunicaciones que permanecen activos al completar las transmisiones a través de las redes*”, que es para la cual está planteado.

Se recomienda, también, evaluar la construcción y pertinencia de los controles asociados a los riesgos de seguridad de información asociados al proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, teniendo en cuenta que éstos deben tener un propósito que indique para qué se realizan y deben llevar a prevenir las causas que generan el riesgo o a detectar su materialización.

En general, para algunos de los controles no se evidenció que se encuentren debidamente documentados. Tal es el caso de los controles establecidos para el riesgo I.GS.04, para el cual está consignado en la matriz que la documentación es el Manual Protección de Datos Personales. No obstante, éste no puede considerarse como un registro de la efectiva “Aplicación del Manual para la protección de datos personales” o de la “Sensibilización manejo de datos personales” o de “Listados físicos archivados o destruidos”.

La debida documentación de los controles debe incluir, además del control en sí mismo, su propósito u objetivo, el responsable, frecuencia de aplicación, cómo se hace, dónde queda evidenciada su utilización o aplicación y las indicaciones de qué pasa cuándo se encuentran desviaciones u observaciones una vez es ejecutado. Esto, de acuerdo con lo indicado en la

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, versión 4, del DAFP.

Por lo anterior, se recomienda efectuar una revisión general de los riesgos de seguridad de información del proceso que ejecuta la OTC.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión.

Se realizó recorrido por las instalaciones de OTC y el punto de atención al ciudadano de la Calle 22, para constatar de forma visual, las condiciones de las oficinas, los puestos de trabajo, los elementos de seguridad, la limpieza y el manejo de las políticas de Seguridad de la Información (SI), como, por ejemplo, el bloqueo de sesiones en los equipos cuando están desatendidos, las instalaciones se encuentran en orden. Adicionalmente fueron entrevistados dos colaboradores, sobre conceptos básicos del sistema de gestión MIPG-SIG.

Subsistema de Gestión de Calidad: Fue verificado el normograma del proceso, seleccionando al azar la Ley 1712 de 2014 y la Ley 1474 de 2011 Estatuto anticorrupción, ambas normas identificadas en el normograma actualizado en mayo de 2019.

Subsistema de Gestión Ambiental: Durante el recorrido fueron entrevistados dos colaboradores, a quienes se realizaron preguntas para constatar la toma de conciencia en SGA, indagando sobre el uso correcto de la separación en la fuente. Las personas entrevistadas respondieron satisfactoriamente sobre los aspectos ambientales aplicables al proceso y el correcto uso de los puntos ecológicos, demostrando conocimiento de estos. Sin embargo, al inspeccionar el punto ecológico, se encontraron disposiciones de residuos erróneas.

Fueron revisadas las instalaciones y se indagó sobre la toma de conciencia frente a la directriz ambiental, obteniendo un resultado fue satisfactorio. Adicionalmente, no fueron encontrados elementos o aparatos eléctricos ajenos a la Entidad, que presionaran el consumo de recursos energéticos.

Sobre la matriz de aspectos ambientales, se evidenció que no han sido identificados los aspectos e impactos ambientales, para la nueva sede en la carrera séptima con calle 17, donde la OTC cuenta con un equipo de trabajo.

Finalmente, se recomienda fortalecer la toma de conciencia en el uso de los puntos ecológicos, que, al inspeccionar, evidenciaron residuos clasificados de forma errónea, además de actualizar la matriz de aspectos ambientales.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SST: Frente al SGSST, fue evidenciado el uso e implementación de los elementos de seguridad, señalización y extintores, condiciones adecuadas de los puestos de trabajo, orden y aseo; y el conocimiento en el procedimiento de reporte de accidentes. Frente a la inspección de las instalaciones fue evidenciada la conformidad en la infraestructura y en la disposición y vigencia de los extintores.

Las personas entrevistadas respondieron adecuadamente sobre los peligros propios del proceso, demostrando comprensión de los mismos. Finalmente, al revisar el punto de atención y preguntar sobre la forma en la cual se informa a los visitantes (ciudadanos) las pautas para el manejo de

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



emergencias en las instalaciones de la Entidad, se explicó que dicha información estaba en la cartelera electrónica, pero que actualmente no se encuentra disponible, por lo cual no se le informa de ninguna manera al ciudadano.

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: En relación con el SGSI, se estableció un entendimiento aceptable de la directriz, objetivo y conceptos del sistema, de acuerdo con lo siguiente:

- Se constató el cumplimiento de la directriz de bloqueo de sesión, que hace parte de la “política de escritorio y pantalla limpia”, para lo cual se verificó que los equipos encendidos que no estaban en uso, tenían sus sesiones bloqueadas.
- Se identificó conocimiento del concepto de activos de información y los deberes asociados a su actualización. No obstante, se evidenció que el aplicativo Bachué, módulo de Atención al Ciudadano, no fue reportado como activo de información para el proceso, por lo cual se recomienda tomar las medidas pertinentes para que el líder del proceso registre dentro de sus activos de información dicho aplicativo, toda vez que es el propietario.
- Se observó que el proceso aplica, en general, las políticas de seguridad de la información establecidas para el caso de teletrabajo. Sin embargo, respecto a las copias de seguridad de la información, la persona teletrabajadora entrega un CD o disco compacto con la información que ha trabajado, cada que hay actualización de activos de información, lo cual sucede, habitualmente, sólo una vez al año. Esto evidencia una oportunidad de mejora para el proceso de manera que se procure que el trabajo que realizan los funcionarios teletrabajadores, tenga un respaldo más frecuente.
- De acuerdo con las políticas para respaldo de la información, la STRT efectúa copia de seguridad de la información contenida en los sistemas de información Bachué y Orfeo, relacionada con la atención de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. Se evidenció, además, la existencia de la carpeta compartida para el proceso; no obstante, ésta no es actualizada con regularidad, ni se ha definido una periodicidad para su alimentación. Tampoco se evidenció que el proceso haya identificado con claridad qué información debe ser respaldada o la criticidad de la información para con base en ella, determinar cuál es la información a respaldar.

Razón por la cual se recomienda al proceso hacer una identificación de la información crítica, que amerite ser respaldada y tomar las medidas pertinentes para asegurar que esta información sea incluida en la carpeta compartida y, por ende, se asegure su respaldo mediante copias de seguridad.

- En relación con las revisiones de derechos de acceso de los usuarios a los recursos de tecnologías de información, es importante que se verifique la información que envía la STRT para asegurar que los usuarios corresponden a la actualidad del proceso y, por ende, para garantizar el debido acceso a los recursos e información que maneja la OTC.
- Se evidenció la inclusión de cláusulas de confidencialidad en los contratos de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión – PSP del proceso, así como la aplicación de políticas para solicitud de permisos de acceso a los sistemas de información, a través de la

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

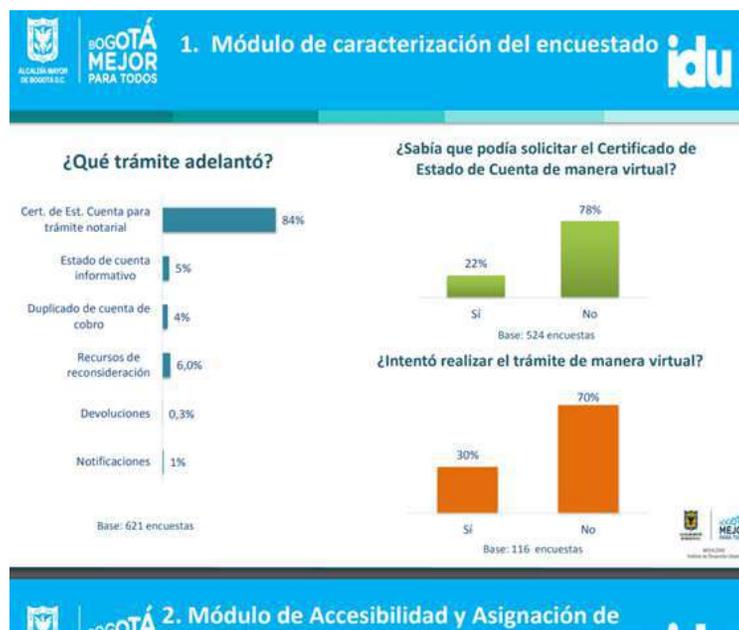
herramienta Gestión TIC del sistema de información CHÍE. Por su parte, el proceso tiene en cuenta el Manual Operativo para la Protección de Datos Personales, código MG-TI-17, y el documento Condiciones de Uso y Políticas de Privacidad de la Página Web del IDU, código DU-TI-03 para la protección de datos personales de las personas que registran sus PQRS.

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Mediante correo electrónico del 21/08/2019, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos del Sistema. La Oficina de Atención al Ciudadano, líder del proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, respondió al informe preliminar mediante correo electrónico del 23/08/2019, pronunciándose sobre la no conformidad “N.º 4 No se evidenció medición de indicadores de satisfacción, para todos los trámites y servicios ofrecidos por la Entidad, descritos en la Cartilla de Trámites y Servicios”, así:

“Con el fin de presentar las observaciones respectivas al informe de Auditoria (sic) realizada al Sistema Integrado de Gestión a través del Proceso de Gestión Social y Servicio a la Ciudadanía, me permito aclarar que las evidencias reportadas para el incumplimiento del requisito 9.12.2 de la Norma NTC ISO9001:2015 (copiado a continuación) no obedece a la realidad pues la Oficina de Atención al Ciudadano ha venido implementado encuestas para los tramites (sic) y servicios de la entidad a través de los diferentes medios por donde se realizan los respectivos trámites:

[...] El estado de cuenta para tramite (sic) notarial, es uno de los tramites (sic) asociados a valorización y es el que más se presenta en las encuestas realizadas en la calle 22 y en la Red Cades y SuperCades, los resultados al respecto se encuentran en el observatorio de percepción ciudadana, en los informes trimestrales publicados "Encuesta de Satisfacción de la ciudadanía con el servicio ofrecido por el IDU en el Desarrollo de los trámites asociados a Valorización":



| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

De otra parte, el trámite de licencias de excavación, así como los trámites de intervención a Urbanizadores, y pago compensatorio de estacionamientos, son realizados por parte de los interesados a través de la Ventanilla Única de Construcciones -VUC que maneja la Secretaría de Habitat (sic); al respecto la OTC cuenta con un link para que por medio de este aplicativo se diligencie la respectiva encuesta de satisfacción, esto se evidencia en la siguiente imagen:



IR A ENCUESTA TRAMITES IDU

SEÑOR CIUDADANO TENGA EN CUENTA QUE EN CASO QUE EL TRÁMITE REQUIERA DEL ENVÍO POR CORREO CERTIFICADO DE ALGÚN(OS) REQUISITO(S) LA ENTIDAD GENERARÁ EL RESPECTIVO NÚMERO DE RADICADO LUEGO DE RECIBIR EL REQUISITO FÍSICO Y REVISAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ENVIADA A TRAVÉS DE LA VUC CON EL FIN DE ESTABLECER SI ESTÁ COMPLETA. DE IGUAL MODO IMPRIMA EL TICKET Y ADJÚNTELO EN UN LUGAR VISIBLE AL REQUISITO ENVIADO POR CORREO CERTIFICADO.

Por último, el indicador de satisfacción ciudadana responde a una meta del sector movilidad en cuanto a medir la satisfacción por la atención en los diferentes canales que maneja la entidad (presencial, telefónico, virtual) lo que implica medir la calidad y calidez de las personas que manejan atención (calle 22, puntos IDU, Chat, Teléfono, etc.). Mientras que las encuestas asociadas a trámites responden a la satisfacción con el mismo, es decir tiempos de respuesta, identificación de mejoras (agilidad, virtualización, documentos solicitados, etc.) Por tanto, estas dos mediciones no son comparables y no podrían incluirse en el indicador de satisfacción definido por la entidad.”

Analizada la respuesta, el equipo auditor precisa que la No Conformidad se planteó sobre la necesidad de medir la satisfacción en la totalidad de los trámites descritos en la Cartilla de Trámites y Servicios y se enfatizó en que no son aplicados en todos los medios ofrecidos, como la medición en canales virtuales.

La evidencia aportada por la OTC sobre el trámite de Certificado de Estado de Cuenta para Trámite Notarial ratifica que se realiza una medición de satisfacción sobre la obtención del mismo de forma presencial: esto se soporta en que se pregunta al ciudadano sobre si sabía que podía solicitar el Certificado de manera virtual.

Por otra parte, en relación con el trámite de Licencia de Excavación, la información aportada sobre el portal VUC, no permite establecer que el instrumento sea aplicado y que la información se encuentre en la Entidad, ya que el portal es administrado por la Secretaría de Hábitat.

En este sentido, independientemente de que el portal sea administrado por la Secretaría del Hábitat, es necesario que el IDU realice el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas, y para ello, debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información, situación que no fue evidenciada en la ejecución de la auditoría.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Es importante aclarar que el Instituto, en aras de reforzar la mejora de su Sistema Integrado de Gestión, requiere mantener mediciones completas y desagregadas de los diferentes trámites y las diferentes maneras en las que los ciudadanos u organizaciones acceden a los mismos (canales) con el fin de identificar oportunidades para aumentar la satisfacción del cliente. Por lo expuesto, el equipo auditor conceptúa que se mantiene la No Conformidad.

Sobre las demás No Conformidades, el proceso no efectuó ningún pronunciamiento.

3.3.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|---|
| NC1 | <p>GU-PE-18 Guía de Evaluación y Seguimiento del desempeño institucional</p> <p>10.3 Periodo: <i>“(…) La meta del indicador propuesta en su caracterización, se proyectarán para la vigencia completa, 1 de enero a 31 de diciembre, sin embargo, la frecuencia de medición dentro de la anualidad (mensual, bimestral, trimestral, semestral, anual etc.) y la frecuencia análisis será definida técnicamente por el responsable del indicador de gestión”.</i></p> <p>10.7 Definir el nombre del indicador y describir la fórmula de cálculo: <i>“En esta fase debe establecerse el nombre del indicador y desarrollar las fórmulas que permitirán calcular los algoritmos que darán los valores obtenidos por el indicador.</i></p> <p><i>Ahora bien, al igual que los objetivos, todo indicador debe mantener una estructura coherente. Esta se compone de dos elementos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>El objeto a cuantificar;</i> • <i>La condición deseada del objeto”.</i> | <p>No Conformidad N° 1. Incongruencia entre la formulación y medición del indicador de gestión N°1258 - Estrategia de Rendición de cuentas PAAC implementada.</p> <p>Se evidenció que el reporte semestral del indicador N°1258 - Estrategia de Rendición de cuentas PAAC implementada, se realizó con base en la información del seguimiento cuatrimestral que la Oficina de Control Interno OCI, efectúa al PAAC, específicamente al componente “3. Rendición de Cuentas”, lo cual no corresponde con la fórmula y frecuencia de medición formuladas en el Cuadro de Mando para el indicador, incumpléndose lo establecido en los numerales 10.3 y 10.7 de la GU-PE-18 Guía de evaluación y seguimiento del desempeño institucional, lo cual dificulta un reporte real de avance del PAAC por parte del líder del instrumento.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 14001:2015. Sistema de Gestión Ambiental</p> <p>6.1.2. Aspectos Ambientales: <i>“Dentro del alcance definido del Subsistema de Gestión Ambiental, la organización debe determinar los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida.</i></p> | <p>No Conformidad N° 2. No se cuenta con identificación de aspectos e impactos ambientales, para la sede Carrera 7 con calle 17, donde la OTC cuenta con un equipo de trabajo.</p> <p>Se evidenció que la matriz de aspectos ambientales de la OTC, asociada al proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, está estructurada para la sede calle 22 piso 1 y no incluye la sede de la Entidad en la carrera 7 con calle 17, donde se desarrolla parte del proceso,</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|---|
| | <p><i>Cuando se determinan los aspectos ambientales, la organización debe tener en cuenta:</i></p> <p><i>a) los cambios, incluidos los desarrollos nuevos o planificados, y las actividades, productos y servicios nuevos o modificados (...)."</i></p> <p>IN-AC-02 Identificación y Valoración de Aspectos Ambientales</p> <p>5. Instrucciones para la Identificación de Aspectos Ambientales: <i>"La identificación de los aspectos ambientales surge del análisis detallado de los procesos que la organización desarrolla en condiciones normales, anormales y de emergencia. Además debe ajustarse a nuevos procesos, proyectos y actividades, o la modificación de los existentes"</i></p> | <p>situación que incumple lo establecido en el numeral 6.1.2 Aspectos ambientales de la NTC ISO 14001:2015 y el numeral 5 del instructivo IN-AC-02 Identificación y Valoración de Aspectos Ambientales, lo cual puede generar debilidades en la aplicación y seguimiento de los controles del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA.</p> |
| NC3 | <p>NTC ISO 45001:2018. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>7.4 Comunicación - 7.4.1. Generalidades: <i>"La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGSST, incluyendo la determinación de (...):</i></p> <p><i>c) A quién comunicar (...):</i> 2) <i>Con los contratistas y visitantes en el lugar de trabajo"</i></p> <p>8.2 Preparación y Respuesta Ante Emergencias: <i>"La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procesos necesarios para prepararse y para responder ante situaciones de emergencia potenciales, según se identifica en el apartado 6.1.2.1, incluyendo (...):</i></p> <p><i>f) La comunicación de la información pertinente a los contratistas, visitantes, servicios de respuesta ante emergencias, autoridades gubernamentales, y, cuando sea apropiado, a la comunidad local"</i>.</p> | <p>No Conformidad N° 3. Inexistencia de comunicación a los visitantes en los puntos de atención IDU sobre asuntos relevantes de SST.</p> <p>Se evidenció, en la inspección del punto de atención del IDU de la Calle 22, que no se informó a los visitantes, sobre pautas de manejo de emergencias o evacuación del lugar, incumpléndose lo establecido en los numerales 7.4.1 y 8.2 de la norma NTC ISO 45001:2018, lo cual puede generar barreras y riesgos en la aplicación de las estrategias de SST, en caso de una emergencia.</p> |
| NC4 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> | <p>No Conformidad N° 4. No se evidenció medición de indicadores de satisfacción, para todos los trámites y servicios ofrecidos por la</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|--|---|
| | 9.1.2 Satisfacción del cliente. <i>“La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información”.</i> | <p>Entidad, descritos en la Cartilla de Trámites y Servicios</p> <p>Se detectó que la medición de indicadores de satisfacción, no incluye todos los trámites y servicios ofrecidos por la Entidad, descritos en la Cartilla de Trámites y Servicios, como por ejemplo el estado de cuenta para trámite notarial o licencias de excavación, incumpliendo el requisito 9.1.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual conlleva a que el cálculo de los indicadores de satisfacción de los usuarios y, en general, el análisis y la identificación de oportunidades de mejora, se haga de forma parcial, sobre el portafolio de bienes y servicios de la entidad y los canales de atención.</p> |

3.4 PROCESO DE GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL

Se destaca la buena disposición de los Subdirectores Generales de Infraestructura y Desarrollo Urbano, quienes atendieron las entrevistas solicitadas dentro del tiempo de la auditoría, la disposición y coordinación de las facilitadoras MIPG - SIG de las dos dependencias, las disposición y entrega de información del personal de planta y contratistas entrevistados de la SGI, la SGDU, STESV, DTP.

El proceso tiene definidas tres actividades críticas dentro de su caracterización, para las cuales a continuación se relacionan los resultados de la auditoría. Cabe aclarar que las actividades en mención, se encuentran enmarcadas en el Planear – Hacer – Verificar, con ausencia de actividades enfocadas en el Actuar.

Actividad crítica N° 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.

Teniendo en cuenta el grado de avance de la administración distrital en curso, esta actividad no fue objeto de auditoría, en cuanto a conservación de información documentada; en entrevista con los Subdirectores Generales, dieron a conocer las generalidades de la interacción del IDU desde instancias gerenciales con entidades del sector público, como Empresas de Servicios Públicos, Secretaría de Movilidad, Secretaría Distrital de Planeación y organizaciones privadas, para la ejecución de convenios. Se verificó mesa de Alto Nivel N° 30, realizada el 20/12/2018, evidenciando que se cuenta con ayuda de memoria, listado de asistencia con 18 participantes y presentación.

En cuanto a las alianzas público-privadas (app), de acuerdo con la entrevista realizada con el Subdirector General de Desarrollo Urbano y el personal entrevistado, de las propuestas recibidas por falta de alineación con el Plan Distrital de Desarrollo ninguna ha sido viable; actualmente se encuentran dos propuestas de app en revisión.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

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

De acuerdo con el tiempo definido para el alcance de la auditoría y la información solicitada para la toma de la muestra, respecto a Convenios y actos administrativos que se ejecutaron o se encuentran actualmente en ejecución, se recibió la siguiente información:

- 11 Convenios con terceros.
- 7 Convenios con Empresas de Servicios Públicos.
- 5 recibidos por actos administrativos, emitidos por la Secretaría Distrital de Planeación.

Esta actividad fue revisada para los siguientes convenios, descritos en la metodología y cuyos resultados se describen en la actividad crítica N° 3:

- IDU-853-2016 con Gas Natural.
- 9-07-30500-0612-2015 con la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá.
- IDU-1457-2017 con el tercero Comunicación Celular S.A. COMCEL S.A.
- IDU-1430-2017 con la Corporación Colegio Nueva Granada.
- Acto administrativo - Resolución 01076/2019 de la Secretaría Distrital de Planeación, Zima26

Actividad crítica N° 3. Seguimiento y control desarrollo y ejecución de los proyectos a través de los acuerdos convenios y actos administrativos.

Dentro del proceso de auditoría, se realizó revisión y evaluación al seguimiento y control en la ejecución de los proyectos y/o convenios incluidos en la muestra definida. La revisión incluyó actividades relacionadas con: entrevistas, revisión documental de las evidencias de cumplimiento al seguimiento realizado en los proyectos seleccionados y finalmente la revisión de los documentos del proceso, para identificar el cumplimiento de lo requerido en la documentación vigente, respecto a las acciones ejecutadas por los responsables del proceso.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

- **IDU-853-2016 con Gas Natural:**

De acuerdo con la entrevista realizada a la profesional de la Subdirección General de Infraestructura, responsable del apoyo y seguimiento a este convenio, se evidenció que los convenios son liderados y priorizados por la SGDU, de acuerdo con el Plan Distrital de Desarrollo y las necesidades de infraestructura definidas; y el seguimiento y control se hace desde la SGI.

El convenio cuyo plazo inicial de ejecución es de 5 años contados a partir de la suscripción del acta de inicio, aún se encuentra en estado Ejecución, teniendo en cuenta que dio inicio el 07/09/2016. Revisada en SIAC, la información correspondiente a dicho convenio se evidenció que en el sistema se encuentra actualizado y cuenta con los documentos soporte requeridos.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



En sistema Orfeo se evidenció que se ejecutan mesas de seguimiento con una periodicidad mensual; sin embargo, respecto a reuniones de comité coordinador solo se recibieron las siguientes actas: N° 2 de 02/04/2018 y N° 3 de 06/09/2018, lo anterior evidencia un incumplimiento a la Cláusula décimo tercera - Comité Coordinador, que cita que dicha instancia se debe reunir trimestralmente o cuando se cite extraordinariamente por cualquiera de las partes, encontrando que no se han realizado reuniones con la periodicidad establecida y requerida en el convenio.

Se verificó la información del convenio en Orfeo, en el expediente 20164351915000002E, donde se identificó que el último informe de ejecución fue el informe N° 8 cuyo corte fue del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2018; el mismo incluye los datos de ejecución del convenio a la fecha de evaluación, estado de ejecución financiera, estado de proyectos, recomendaciones y gestiones generales. Respecto a la vigencia 2019, no se evidenció en el sistema Orfeo, ni fueron entregados por el área responsable en el momento de la auditoría, los informes de la vigencia 2019 correspondientes al primer y segundo trimestre de la vigencia, encontrando que no se cumple con el producto N° 1 definido en la caracterización del proceso para esta actividad crítica: *“Seguimiento y control al desarrollo y ejecución de los proyectos, convenios y/o actos administrativos”*.

- **9-07-30500-0612-2015 con la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá:**

Es el primer convenio suscrito en el Marco de la Ley de Infraestructura y tiene alcance a 21 proyectos de infraestructura vial, fue firmado el 21/06/2015 y se encuentra en estado de ejecución. Al verificar en SIAC los documentos legales del convenio, se identificó última modificación (N° 03) del 18/06/2019 y prorroga con plazo de ejecución 20/07/2021.

Se verificó en Orfeo, conservación de la información del proceso, según expediente 20154351916000011E, para el cual se identificó que el último informe de ejecución del convenio fue realizado en marzo de 2019, con un alcance de octubre a diciembre de 2018, enviado al Acueducto mediante memorando 2019305015361100003 del 4/03/2019, en el cual se incluyen los datos de ejecución de los 21 proyectos incluidos, de acuerdo con el avance, entrega de activos realizados, necesidad de recursos por parte de la EAAB, estado de cobro y ejecución financiera, estado de proyectos y recomendaciones.

Por su parte, la cláusula octava del convenio define “Conformación, responsabilidades del Comité de Coordinación” y el párrafo primero “reuniones y decisiones mensualmente y quorum dos miembros de los tres definidos para el comité”.

Al solicitar las últimas actas se pudo observar acta de reunión del 04/10/2018 y 05/03/2019; en esta última los miembros del Comité convienen cambiar la frecuencia de las reuniones, y dejarla cuando alguna de las entidades lo estime conveniente, evidenciando quorum definido.

En las etapas de estudios y diseños, el IDU identifica restricciones que se pueden presentar en la ejecución de las obras de acuerdo con el convenio en ejecución.

Las comunicaciones internas para consolidar información de la ejecución de proyectos en el marco del convenio, se aseguran con el apoyo de ingeniero de redes ubicado en la Dirección Técnica de Construcciones.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Finalmente, no se evidenciaron informes de ejecución del convenio interadministrativo 9-07-30500-0612-2015 con la EAAB, correspondientes al año 2019, impactando el resultado del indicador 3053 “Informes de ESP entregados a la SGDU”, cuyo resultado para el primer trimestre de 2019 fue de 50% y para el segundo trimestre de 2019 de 33%; lo anterior contraviene lo definido en el producto N°1 definido para esta actividad crítica en la caracterización del proceso: “Seguimiento y control al desarrollo y ejecución de los proyectos, convenios y/o actos administrativos” y lo definido en la cláusula tercera del convenio 9-07-30500-0612-2015, que define: “Obligaciones de las partes, numeral 3 - Obligaciones específicas del IDU, sub numeral 13: Presentar informes consolidados”.

- **IDU-1457-2017 con el tercero Comunicación Celular S.A. COMCEL S.A.**

El convenio se suscribió el 14/11/2017, con póliza expedida el 05/12/2017 y aprobada el 14/12/2017. De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta que para esa fecha se entiende legalizado el contrato, para la suscripción del acta de inicio, a través del SIAC, se pudo evidenciar que dicha acta se firmó el 26/07/2018; incumpliendo así lo establecido en la cláusula 5 - Obligaciones del contratista, en el numeral 2.1 que cita: “Suscribir el acta de inicio del convenio a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la legalización del mismo”.

Por otro lado, teniendo en cuenta que se han presentado inconvenientes con la ejecución del presente convenio, de acuerdo con lo evidenciado en diferentes documentos (Actas de reunión, apremios al contratista, comunicaciones internas), verificados a través del aplicativo Orfeo; se recomienda que se apliquen las herramientas aplicables ante el presunto incumplimiento del convenio recomendadas por la firma Avellanada y Asociados a través de oficio 20195260619902 del 20/05/2019, en respuesta a la solicitud de concepto jurídico realizado por el IDU, con el fin de poder ejecutar las acciones necesarias, que permitan lograr el cumplimiento de las obligaciones del convenio.

Respecto a las actas de seguimiento a la ejecución del convenio, se entregaron como evidencia de la auditoría, tres (3) actas correspondientes a mayo y junio de 2019; sin embargo, se evidenció que dichas actas no se encuentran en el expediente del convenio, por lo que se recomienda que se remita para archivo, cada una de las actas que permiten tener la trazabilidad del seguimiento y control realizado por el IDU, a la ejecución del convenio.

Por su parte, en el aplicativo ZIPA no se evidenció el cargue de información al respecto de este convenio.

- **IDU-1430-2017 con la Corporación Colegio Nueva Granada**

Este convenio se suscribió el 7/11/2017, con acta de aprobación de garantías en formato FO-GC-21 del 31/01/2018 y modificatorio del 23/07/2018. El plazo del proyecto incluye tres etapas:

- (i) Permisos y licenciamientos (12 meses),
- (ii) Estudios y diseños (un mes) y
- (iii) Ejecución de obra (6 meses), plazo 21/09/2019. El acta de inicio se suscribió el 22/02/2018.

El convenio recibió inicialmente acompañamiento por parte de la Dirección Técnica de Proyectos y actualmente cuenta con acompañamiento de la Subdirección Técnica de Ejecución del

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Subsistema Vial. Se evidenció memorando 20193360014383 del 30/01/2019, a través del cual se realizó designación de profesional como apoyo a la supervisión; por su parte, actualmente desde la DTP con memorando 20192250102823 del 7/05/2019, se asignó profesional como apoyo a la supervisión compartida de este convenio.

Se revisó por muestreo en Orfeo, seguimiento a la etapa de estudios y diseños, mediante memorando 2019526004637200001 - Revisión de informe social por parte de la OTC, dirigido a DTP internamente con memorando 20181250309563 y radicación de informe de interventoría 20192250247731 el 21/01/2019, el cual incluye componente técnico, ambiental, social y SST.

Se identificó para la transferencia de la DTP a la DTC – STESV, que se recibe cada uno de los estudios y diseños por especialidades con concepto de no objeción, se revisa anexo técnico diseño estructural y se entrega oficio de no objeción 20182251227781, mantenimiento de ascensor 20182250324473, acta de cambio de etapa FO-EO-17 diligenciado y firmado el 22/03/19.

Se encontró que cada semana se está realizando comité integral de seguimiento, para lo cual se verificó FO-EO-10 del 04/06/19.

Se verificó información en ZIPA: Etapa de estudios y diseños del 29/12/17 hasta 23/04/19 al 100%; Etapa de construcción del 24/04/19 hasta 21/09/19 con porcentaje programado de 40.54% y ejecutado de 54%.

Adicionalmente, se verificó información en SIAC, encontrando que se encuentra actualizada.

- **Gestión de permisos de intervención vial**

El profesional a cargo de estas actividades realizó una presentación de los tipos de permisos de intervención vial, los requisitos, la transferencia interna, para la implementación de acuerdo con la etapa del ciclo de vida del proyecto donde se encuentre.

Se revisó la solicitud de Zima calle 26, radicado 20172050218251 de 27/03/2017, cuyo objeto es *“intervenir la vía ubicada en la calle 24 entre carrera 25 hasta final vía cerrada contra culata cementerio hebreo”*, evidenciando al respecto concepto de la DTE 20172050283433 y 2017215028625, donde certifican que la vía no está reservada.

Se solicitó a la OAC aviso en periódico de alta circulación (de acuerdo con ley 1437 /11 artículo 37), encontrando correo del Jefe de la OAC del 05/12/2018, donde indica que se radicó la solicitud ante la ETB. A través de memorando DTP 20182050067243, solicitando concepto de viabilidad y conectividad para el permiso de intervención de la vía y respuesta 20182250324533 del 21/12/18 mediante el cual se da viabilidad por parte de los especialistas de DTP, a los productos presentados por el promotor. Igualmente, se proyectó resolución revisada y ajustada por la Subdirección General Jurídica SGJ, fueron revisadas y avaladas las pólizas por parte de la Dirección Técnica de Gestión Contractual DTGC y finalmente, se generó resolución interna 001076 de 2019.

Se solicitó información sobre un permiso denegado y se envió por correo electrónico la siguiente información: “VIA COMPENSAR: oficio IDU – SGDU 20182050059821 de diciembre 26 de

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

2018 al señor Cenon Díaz Parada, Representante Legal, PIEME S.A. quien solicita intervenir la carrera 69 zona colindante SEDE CUR COMPENSAR PARA MANTENIMIENTO DE LA VIA, finalmente no se tramita por el interesado pues la vía en mención no pertenecía en ese momento a los bienes entregados al Distrito y por tanto no era un bien de uso público”.

Componente de mejora continua

Teniendo en cuenta que, de acuerdo con la caracterización del proceso, se evidenció ausencia de actividades enfocadas en el “Actuar” como parte del ciclo PHVA, dentro de este aparte, se mencionan los aspectos que aplican de manera transversal para los procesos de la Entidad, enfocados en la mejora continua de los mismos:

Indicadores de gestión del proceso: Se verificó en el cuadro de mando los resultados de los indicadores definidos para el proceso y las tendencias 2018 – 2019, encontrando que la SGI como líder operativo del proceso, tiene definidos 11 indicadores para el año 2019, de los cuales para el primer trimestre de 2019 aplicaba el reporte de cinco indicadores, para los que se evidenció que cuatro, se encuentran con cumplimiento de meta mayor o igual a 100%.

Se identificó incumplimiento de meta del indicador 3053 “Informes de ESP entregados a la SGDU”, cuyo resultado para el primer trimestre de 2019 fue de 50% y para el segundo trimestre de 2019 fue de 33%.

En el año 2018 de los once indicadores el 3052 “No. Proyectos estratégicos que cuenten con el acta de terminación” fue el único que no alcanzó la meta definida y terminó con un resultado de 60%.

Para la SGDU, como líder del proceso, para el año 2019 se tienen definidos once indicadores, de los cuales para el primer trimestre aplicaba el reporte de seis, los cuales presentaron resultados iguales o mayores a 100%.

En 2018 se tenían once indicadores propuestos, de los cuales nueve alcanzaron las metas planeadas y dos, 20517 “Transferencia de conocimiento en seguridad vial” y 20518 “Generación de conceptos de planes parciales” terminaron en 55% y 72% respectivamente, para el 20517 no se logró la meta debido a que las difusiones en seguridad vial, las realizaba un contratista que se retiró.

Gestión de riesgos y oportunidades: Se analizaron los controles establecidos para los tres riesgos del proceso, los cuales se encuentran clasificados en riesgo residual “inferior” (G.GI.01 y G.GI.02), y el G.GI.03 “moderado”, evidenciando que los mismos se implementan de acuerdo con la aplicación a convenios.

En la revisión de la matriz de riesgos del proceso, no se encontró que exista un riesgo definido relacionado con el incumplimiento en la ejecución de los convenios suscritos, respecto a las obligaciones contractuales, razón por la cual se recomienda evaluar la pertinencia de incluir un riesgo relacionado con este aspecto, de manera que el proceso pueda definir controles que le permitan mitigar el efecto que causa el incumplimiento de los convenios.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Planes de mejoramiento: En desarrollo de la auditoría, se verificaron las acciones de planes de mejoramiento en estado “Terminado”, con el fin de evaluar su efectividad y dar cierre a las mismas. A continuación, se muestra el detalle de la verificación realizada:

Tabla N° 1. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción Propuesta | Evaluación De Efectividad |
|--------|--|---|---|
| 1499 | Incumplimiento en la elaboración del informe ejecutivo consolidado de los convenios y/o contratos interadministrativos con destino a la Dirección General. | Presentar un informe ejecutivo del estado actual de los convenios en ejecución con las Empresas de Servicios Públicos con frecuencia trimestral. Fecha fin: 31/01/2019 | Se evidenció que la acción definida en el plan de mejoramiento no fue efectiva, teniendo en cuenta que no se han remitido a la Dirección General los informes correspondientes al primer y segundo trimestre de 2019 del convenio IDU-853-2016 con Gas Natural. Por lo anterior, esta acción será cancelada en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE y el proceso deberá reformular la acción, para asegurar la eliminación de las causas reales que generaron este hallazgo. |
| 1500 | 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. | Solicitar la delegación formal del representante por la Dirección General para la conformación del Comité Coordinador. Fecha fin: 15/10/2018 | Se considera que la acción efectuada por el proceso cumple con el objetivo del plan de mejoramiento encontrando que La Dirección General, a través de los memorandos 20181050203303 y 20181050203293, realizó la designación de los representantes para la conformación del Comité Coordinador, para los convenios 1454-2017 y 1450-2017. Por lo anterior, la acción es evaluada como efectiva y será cerrada en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Según entrevista con los subdirectores generales, se destaca el conocimiento de generalidades del sistema integrado de gestión, partes interesadas del proceso, debilidades, amenazas, oportunidades y fortalezas identificadas, las acciones implementadas sobre las debilidades del proceso, identificación de los riesgos de gestión que se pueden presentar en el proceso, la participación de los subgerentes en las diferentes actividades promovidas por la administración del IDU para el control de los riesgos de seguridad y salud en el trabajo y la prevención de

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



incidentes y enfermedades laborales y para la disminución de los impactos ambientales generados por las actividades que realiza el IDU.

En el normograma del proceso se incluyen requisitos legales aplicables al mismo, evidenciando última actualización de mayo de 2019.

A través de entrevistas, recorrido de sitios de trabajo y observación, se evidenció conocimiento del personal auditado respecto a:

- Ingreso a la intranet ubicación de los documentos.
- Tipos de amenazas que se pueden presentar y procedimientos para actuar en caso de sismo, evacuación, conocimiento de puntos de encuentro, brigadistas, coordinadores de piso, ubicación de extintores.
- Se evidenció conocimiento de los principales peligros y riesgos a los cuales están expuestos los trabajadores y contratistas tanto en la oficina como cuando salen a obra.
- Los auditados identifican como controles la realización y participación en pausas activas durante las jornadas laborales, la participación en jornadas de salud, participación en la semana de la salud, identifican que se han realizado otras acciones como las divulgaciones piso a piso realizadas con apoyo de la ARL, identifican el tipo de riesgo al cual están asegurados con la ARL.
- Los auditados identifican los aspectos ambientales y los impactos que se generan por la ejecución de las actividades realizadas tanto en la oficina como en las obras, reconocen como control el programa de separación de residuos, ahorro de energía, agua y programa de cero papel.

Se requiere reforzar conocimientos de:

- Las políticas o lineamientos de los diferentes subsistemas que integran el sistema integrado de gestión del IDU.
- Funciones e integrantes del Comité de convivencia, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo.
- Procedimiento para reporte de incidentes.
- Asegurar que los cables de los puestos de trabajo se organicen para evitar incidentes laborales.

Se evidenció que en la actividad de cierre de gestión del IDU del año 2018, una funcionaria de la Subdirección General de Desarrollo Urbano tuvo un accidente laboral y al preguntar sobre las lecciones aprendidas, no se conocía formalmente cuáles fueron dichas lecciones desde la Subdirección General de Desarrollo Urbano, hasta los trabajadores y contratistas.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Se realizó revisión de los puntos ecológicos de los pisos 5 y 8 de la calle 22 durante 2 días diferentes, en el piso 8 se encontró una adecuada separación de residuos, en el piso 5 los dos días se identificó inadecuada separación de residuos, debido a que en la caneca correspondiente a papeles y cartón se encontraron vasos de tinta, caja de cartón con residuos de alimentos y en la caneca de plásticos se encontraron residuos orgánicos de alimentos y vasos de cafetería utilizados.

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: Se realizó verificación de los aspectos definidos como criterio transversal para esta auditoría relacionados con el SGSI, al respecto se evidenció lo siguiente:

- No se han solicitado copias de seguridad.
- No se tiene personal que realice teletrabajo.
- Se evidenciaron correos de respuesta al memorando 20195050086633, con la designación de las personas encargadas como gestores de información, con quienes se verificó la actualización de activos de información, encontrando carpeta compartida de la SGI incluida como parte de los activos del proceso, pero de la SGDU sin incluir.
- Se evidenció correo de respuesta de 02/05/2019, respecto a la revisión de los derechos de acceso a usuarios.
- Respecto a los términos o cambio de responsabilidades de empleo, una profesional está en Comisión en otra entidad y no reposa ningún documento al respecto en la dependencia. Se informó al auditor del proceso de Gestión de Talento Humano, para verificarlo en la historia laboral.

3.4.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|---|
| NC1 | <p>Convenio 9-07-30500-0612-2015 - Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá</p> <p>Parágrafo primero, cláusula octava: Reuniones y decisiones del comité coordinador: <i>“El Comité coordinador se reunirá como mínimo una vez al mes, de cada una se deberá elaborar un acta suscrita por quienes participen en está, en la que se hará constar las decisiones aprobadas (...)”</i></p> <p>IDU-853-2016 - Gas Natural</p> <p>Cláusula decimotercera - Comité Coordinador. <i>“(...) dicha instancia se debe reunir trimestralmente o cuando se cite extraordinariamente por cualquiera de las partes”.</i></p> | <p>No Conformidad N° 1. Incumplimiento en la periodicidad de reuniones de comités coordinadores</p> <p>Se evidenció que las últimas actas de reunión de los Comités Coordinadores del convenio interadministrativo 9-07-30500-0612-2015 con la EAAB, son del 4/10/2018 y 5/03/2019 y para el convenio IDU-853-2016 con Gas Natural, son del 02/04/2018 y 06/09/2018; incumpliendo las frecuencias definidas en el parágrafo primero, cláusula octava del Convenio 9-07-30500-0612-2015 con la EAAB, además de la Cláusula décimo tercera, definida en el convenio IDU-853-2016 con Gas Natural, lo cual puede afectar el cumplimiento de los acuerdos establecidos y la oportuna toma de decisiones para el cumplimiento de los objetivos.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| NC2 | <p>CP-IN-01 Caracterización proceso Gestión Interinstitucional.</p> <p>Actividad crítica 3 - Producto 1: <i>“Informes consolidados de seguimiento y evaluación de acuerdos, convenios, y/o actos administrativos”.</i></p> <p>Convenio 9-07-30500-0612-2015 - Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá.</p> <p>Cláusula tercera:” Obligaciones de las partes, numeral 3 Obligaciones específicas del IDU, sub numeral 13: “Presentar informes consolidados”.</p> | <p>No Conformidad N° 2. Ausencia de informes consolidados 2019 para los convenios interadministrativos a cargo del proceso.</p> <p>No se evidenciaron informes de ejecución del convenio interadministrativo 9-07-30500-0612-2015 con la EAAB, ni del Convenio IDU-853-2016 con Gas Natural correspondientes al año 2019, incumpliendo lo definido en la CP-IN-01 Caracterización del proceso, actividad crítica 3 - Producto 1, además de la Cláusula tercera, numeral 3 - sub numeral 13 del convenio 9-07-30500-0612-2015 con la EAAB, situación que impacta el resultado del indicador 3053 “Informes de ESP entregados a la SGDU”, que con corte a junio/2019 presenta avance acumulado de cumplimiento del 41,67%.</p> |
| NC3 | <p>Convenio IDU-1457-2017 - Comunicación Celular S.A. COMCEL S.A.</p> <p>Clausula 5 - Obligaciones del contratista. Numeral 2.1. “Suscribir el acta de inicio del convenio a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la legalización del mismo”.</p> | <p>No Conformidad N° 3. Suscripción del acta de inicio del Convenio IDU-1457-2017, fuera de los tiempos establecidos.</p> <p>Se evidenció a través del SIAC, que para el convenio IDU-1457-2017 suscrito el 14/11/2017, la póliza de cumplimiento se expidió el 05/12/2017 y fue aprobada el 14/12/2017; no obstante, el acta de inicio se suscribió hasta el 26/06/2018, incumpliendo lo establecido en el numeral 2.1 de la cláusula 5 - Obligaciones del contratista, del Convenio IDU-1457-2017, situación que puede afectar la oportuna realización de estudios, diseños y ejecución de obras de infraestructura vial y espacio público, en cumplimiento del objetivo de dicho convenio.</p> |

3.5 PROCESO DE COMUNICACIONES

Se realizó la verificación de la caracterización del proceso, según las entradas, actividades críticas y salidas relacionadas, en relación con los criterios de auditoría. A continuación, se presentan los resultados:

Actividad crítica 1. Identificar las necesidades de comunicación

Según el alcance definido en la caracterización, el proceso inicia con *“la identificación (propia o sugerida) de la necesidad comunicativa y finaliza con la implementación y ejecución de la estrategia o actividades de divulgación a las partes interesadas bien sean de carácter externo o interno”*; sin embargo, la actividad crítica 1, indica que la OAC realiza una labor investigativa para encontrar, recopilar y analizar los requerimientos en cuanto a procesos de comunicación que se requieran para atender las necesidades de las diferentes audiencias, bien sea interna o externa, de la cual no se logró obtener evidencia.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



En su lugar, se observó que la OAC controla las solicitudes de comunicación externa, mediante el formato “FO-CO-193 *Solicitudes de información y entrevistas externas*”, a través del cual gestiona las solicitudes realizadas por medios de comunicación externa, previa aprobación del jefe de la Oficina y de la Dirección General; mientras que las solicitudes internas, son realizadas a través del correo SOLICITUDES@OAC.IDU.GOV.CO; sin embargo, esta información no se encuentra claramente definida como parte de la actividad.

Por su parte, se encuentra definido como insumo de esta actividad: “4. *Resultados de diagnóstico de necesidades de comunicación del público objetivo (ciudadanía, servidores IDU, demás stakeholders)*”, sin encontrar evidencias que soporten dicho diagnóstico, a excepción de las encuestas de percepción realizadas a la ciudadanía, por la Oficina de Atención al Ciudadano OTC, con base en las cuales la OAC, toma decisiones e implementa estrategias de divulgación y comunicación, en torno a los proyectos u obras en ejecución críticos para el Instituto.

Igualmente, se verificaron los siguientes productos establecidos como parte de las salidas, encontrando:

- El “3. Formato FO-CO-01 elaboración de elementos de divulgación”, se encuentra derogado;
- El “4. Formato FO-CO-02 solicitud de material de divulgación y boletines de prensa para proyectos IDU”, se encuentra vigente y se lleva como parte de los controles del proceso.
- El “5. Formato FO-CO-02 solicitudes de información y entrevistas externas”, se encuentra mal referenciado, puesto que su código real es FO-CO-193, mediante el cual se lleva el control de las solicitudes externas realizadas al proceso.

Actividad crítica 2. Diseñar la estrategia (lenguaje, mensajes, canales y piezas)

Al verificar las entradas de la actividad, se evidenció la misma situación identificada con los 3 formatos definidos como salidas en la actividad crítica 1, por lo que es necesario que el proceso revise y actualice la caracterización documentada en versión 3 del 11/09/2015.

Respecto a esta actividad, se verificó de qué forma se formulan, diseñan e implementan procesos comunicativos en los tres niveles mencionados en la caracterización (informativo, pedagógico y estratégico), encontrando que se realiza de acuerdo con lo definido en el DO-CO-01 Plan de Comunicaciones, numeral 4.3 Componente de la información y 6.3 Componentes de la información externa, los cuales indican que cada mensaje y contenido contiene los tres componentes en mención, relacionados con los objetivos generales de la estrategia de comunicación.

Lo anterior, fue verificado a través de la Estrategia de Comunicaciones 2019, estructurada según tipo de proyecto y en la cual se evidenció mediante la campaña “Así es la nueva 7ª”, el enfoque de los 3 componentes en mención.

Actividad crítica 3. Producir el material

Como base para la verificación de las entradas de esta actividad, nuevamente se evidenció la situación identificada con los 3 formatos definidos como salidas en la actividad crítica 1 y como entradas en la actividad crítica 2. Adicionalmente, se relaciona como entrada: “4. *Bitácora digital*”, de la cual no se obtuvo evidencia.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Se evidenció la elaboración de las piezas de comunicación internas y aprobación por parte del solicitante y adicionalmente, la elaboración de las piezas de comunicación externa, de acuerdo con los requerimientos registrados en el formato “FO-CO-193 Solicitudes de información y entrevistas externas”. No obstante, como se mencionó anteriormente, no se cuenta con criterios de tiempo, que permitan evaluar si las solicitudes se están atendiendo oportunamente.

Actividad crítica 4. Divulgar las piezas

Se evidenció que, tras la producción, se realiza la divulgación de las piezas de comunicación a través de los medios masivos de comunicación propios y externos al Instituto. Esta información fue verificada, de acuerdo con la información publicada en Boletines Informativos, Intranet, página web del Instituto y redes sociales.

La relación de entradas y salidas de la actividad se encontró conforme a la ejecución de la misma; sin embargo, se encontraron documentos como el “DU-CO-02 Matriz responsabilidades información comunicación”, actualizada el 17/10/2018, el “DU-CO-03 Matriz de reporte de la información Ley 1712 de 2014”, del 18/06/2015, en las cuales se encuentran relacionados los documentos que por norma debe generar y reportar cada dependencia a la OAC, sin ser claro el control que se lleva al respecto por parte del proceso.

En todo caso, ninguna de las matrices en mención hace parte de las entradas de esta actividad, ni de las actividades mencionadas anteriormente.

Actividad crítica 5. Evaluar y retroalimentar

Esta actividad tiene asociadas 4 salidas, de las cuales no se obtuvo evidencia, que permita identificar “el cumplimiento de los objetivos planteados, los logros, desaciertos y errores cometidos”, según lo definido en la caracterización del proceso.

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

Riesgos de Gestión del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de gestión, se observó que el proceso cuenta con 3 riesgos, clasificados en nivel de riesgo inherente “Moderado” y riesgo residual “Inferior”, encontrando:

- **Riesgo G.CO.01. No informar la gestión y/o proyectos de la Entidad a la Comunidad.** Este riesgo cuenta con 9 controles, los cuales se están implementado según lo definido, sin evidenciar materialización del mismo. No obstante, se evidenció un “Esquema de Publicación Web IDU”, ubicado en el link: [HTTPS://WWW.IDU.GOV.CO/ARCHIVOS_PORTAL/2018/TRANSPARENCIA/LEY%20DE%20TRANSPARENCIA/ESQUEMA_DE_PUBLICACION/ESQUEMA_DE_PUBLICACION_%2030DIC18.PDF](https://www.idu.gov.co/archivos_portal/2018/transparencia/ley%20de%20transparencia/esquema_de_publicacion/esquema_de_publicacion_%2030dic18.pdf), con base en el cual se realiza la actualización de la página web, cumpliendo con los requerimientos exigidos en el manual de GEL vigente del MinTIC, el cual no se encuentra relacionado como parte de los controles para este riesgo.
- **Riesgo G.CO.02. Dar información inexacta acerca de la gestión y/o proyectos de la entidad.** Este riesgo cuenta con 3 controles, los cuales se están implementado según lo

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



definido, sin evidenciar materialización del mismo, toda vez que la OAC, es la dependencia encargada de realizar seguimiento a cada una de las publicaciones o entrevistas que se dan a los medios de comunicación.

- **Riesgo G.CO.03. Falta de oportunidad en la comunicación externa.** Este riesgo cuenta con 2 controles, los cuales se están implementado según lo definido, sin reporte de materialización, de acuerdo con el monitoreo cuatrimestral realizado para la vigencia por cada dependencia. No obstante, llama la atención el hecho que el control N.º 2, haga mención del uso del correo electrónico “volantesidu@gmail.com”, toda vez que no es un correo institucional; sin embargo, hace parte de las herramientas y controles utilizados por el proceso.

Adicionalmente, aun cuando el riesgo se encuentra definido en términos de “oportunidad”, no es clara la forma en que se mide esta variable, para determinar que el riesgo no se ha materializado, puesto que el indicador asociado al riesgo se encuentra definido en términos de “(N.º de piezas de comunicación elaboradas / N.º de piezas de comunicación solicitadas) *100”, sin medir la variable “tiempo”.

En todo caso, se recomienda realizar una descripción clara y precisa de los riesgos y los controles, definiendo aspectos como la frecuencia y el responsable específico, según lo definido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

Riesgos de Corrupción del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de corrupción, se observó que el proceso cuenta con 1 riesgo, clasificado en nivel de riesgo inherente y residual “Bajo”, así:

- **Riesgo C.CO.01. Ocultar y/o manipular la información que se publica sobre la entidad y su gestión, en beneficio de un tercero, una dependencia de la entidad o la entidad en general.** De acuerdo con el seguimiento a riesgos de corrupción realizado por la OCI en mayo de 2019 y según el monitoreo cuatrimestral realizado por la dependencia, el riesgo no se ha materializado, encontrándose evidencias de la implementación de los controles.

Por su parte, el numeral 3.1.3 de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, define “Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico (...)”, siendo necesario revisar la calificación del riesgo, clasificado en nivel de riesgo inherente y residual “Bajo”.

Riesgos de Seguridad de la Información del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de Seguridad de la Información, se observó que el proceso cuenta con 4 riesgos, clasificados en nivel de riesgo inherente “Moderado” y riesgo residual “Inferior”, para los cuales, de acuerdo con el monitoreo cuatrimestral realizado por las dependencias, no se reportó materialización.

Se evidenció que los controles definidos para la gestión de los riesgos, están asociados con manuales, instructivos, formatos, pertenecientes al proceso de Tecnologías de Información y Comunicación, para los cuales se designaron como responsables, a los profesionales de la OAC, sin encontrar apropiación de los mismos.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Indicadores de gestión. De acuerdo con el cuadro de mando actualizado con corte a marzo/2019, se evidenció que el proceso cuenta con 11 indicadores, de los cuales 6 son de gestión y 5 son transversales, encontrando que de acuerdo con el seguimiento a la formulación de indicadores realizado por la OCI durante febrero y reportado a la OAP mediante correo electrónico del 04/03/2019, no se tuvieron en cuenta las recomendaciones realizadas para los indicadores 1452, 14510, 14511, 14512, 14513 y 14514.

Se verificó el desempeño de cada uno de los indicadores, reportado para el primer trimestre, encontrando que se cumplió la meta programada, a excepción del indicador 1458 “Porcentaje del presupuesto de inversión de la vigencia ejecutado”, para el cual se reportó 82,88%, teniendo en cuenta que de \$6.105.085.001 se ejecutaron \$5.060.000.000, atribuidos a la suscripción del contrato con ETB, para central de medios.

Es de mencionar que el objetivo del proceso, contempla variables como la eficacia, la eficiencia y la oportunidad; no obstante, el proceso no cuenta con criterios de tiempo definido para las solicitudes de comunicación, ni para la atención de las mismas, que permita conocer si la divulgación de la información asociada con la gestión de la entidad, se está realizando de manera oportuna.

Por su parte, al verificar los indicadores de gestión del proceso y su resultado para el primer trimestre de 2019, se ratificó que no se cuenta con un indicador, que permita medir la “oportunidad”, evidenciándose que el objetivo del proceso no es medible, siendo recomendable su revisión y ajuste, de acuerdo con el alcance y responsabilidad del mismo.

Planes de mejoramiento. Al revisar las acciones de planes de mejoramiento a cargo del proceso, en estado “Terminado”, se evidenció que las acciones identificadas con código 1301, 1305 y 1491 han sido efectivas, por lo que, derivado de los seguimientos y auditorías realizadas, no se ha identificado la recurrencia de los hallazgos identificados, para los cuales se formularon las acciones. En este sentido, se realizará la gestión respectiva para su cierre en el Módulo Plan de mejoramiento del sistema de información CHIE.

Ahora, como resultado de la auditoría realizada, se identificó que las acciones 1310 y 1492 no han sido efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, los hallazgos han sido recurrentes, así:

Tabla N° 1. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|---|
| 1310 | No se encontró información relacionada con el numeral 2.3 Convocatorias de la Resolución 3564/2015 en la sección de Transparencia, ni en la página web del Instituto. | Solicitar a OAC crear un espacio en el home del portal web del IDU para las convocatorias de participación ciudadana. Fecha fin: 28/03/2018 | Como parte de la evaluación de efectividad realizada en esta auditoría, se verificó en la página web del Instituto, la creación de un espacio para las convocatorias, en el link https://www.idu.gov.co/page/ley-1712-de-2014 (ítem 2 – numeral 2.3); sin embargo, este espacio direcciona nuevamente a la página principal de la web, sin encontrar |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| | | | información relacionada con la existencia o no de convocatorias. Por lo anterior, según lo definido en el numeral 2.3 Convocatorias de la Resolución 3564/2015, el hallazgo es reiterativo y la acción declarada como inefectiva. |
| 1492 | 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 (...) | Solicitar reunión para la actualización de las TRD con el área responsable de efectuar la actualización Fecha fin: 31/12/2018 | Como parte de la evaluación de efectividad realizada en esta auditoría, se evidenció reunión entre la STRF y la OAC, en la cual se dieron directrices para la actualización de las Tablas de Retención Documental y creación de expedientes en ORFEO; sin embargo, la OAC informa como parte del avance de la acción, que “las TRD del IDU no pueden ser actualizadas hasta tanto no se reciba por parte del Consejo Distrital de Archivos la convalidación de las mismas al finalizar 2018”. Por lo anterior y teniendo en cuenta que la OAC no está realizando la transferencia documental de acuerdo con la TRD vigente y según las directrices dadas por el proceso de Gestión Documental, la acción se declara inefectiva. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

Por su parte, la efectividad de la acción 1493 en estado “Terminado”, no puede ser evaluada aun, teniendo en cuenta que el hallazgo se encuentra relacionado con “Deficiencias en la formulación de acciones de planes de mejoramiento” y no se cuenta con acciones formuladas de manera posterior, que permitan identificar su adecuada formulación.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

De manera transversal fueron verificados aspectos relacionados con los subsistemas de gestión, que conforman el Sistema Integrado de Gestión SIG, como parte de los criterios definidos para la auditoría, evidenciándose lo siguiente:

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Subsistema de Gestión de Calidad: Verificada la información documentada del proceso, se evidenció que la caracterización debe ser actualizada, según lo indicado como parte de la revisión de las actividades críticas descritas anteriormente.

Así mismo, derivado de la actualización de la caracterización, es necesario revisar y ajustar los documentos PR-CO-01 Comunicaciones digitales - versión 1 de 11/03/2015, PR-CO-02 Material de divulgación en obra - versión 2 de 20/04/2017, GU-CO-01 Elaboración de volantes de información a la comunidad - versión 1 del 27/03/2015, toda vez que hacen alusión a documentación desactualizada, links de acceso a la página web que se encuentran rotos, puntos CREA que han cambiado por Punto IDU, entre otros aspectos que deben ser revisados de manera transversal para todos los documentos.

Se identificó actualización del normograma del proceso, realizada mediante correo electrónico del 07/12/2019, remitido a la Subdirección General Jurídica SGJ; sin embargo, no hay evidencia de la actualización realizada en abril, según lo definido en la Política Operacional del procedimiento PR-GL-04 Actualización y evaluación del normograma institucional.

En relación con la preservación, conservación y disposición de la información documentada del proceso, no se obtuvo evidencia de la transferencia documental realizada, de acuerdo con la Tabla de Retención Documental vigente para el proceso, según el cronograma semestral realizado por Gestión Documental y publicado por la OAC, mediante Boletines informativos del 13/08/2018 y 20/03/2019, con base en los cuales el proceso de Comunicaciones debió realizar transferencia documental el 24/09/2018 y el 09/04/2019 respectivamente.

Adicionalmente, se evidenció que el proceso cuenta con 6 discos externos, cada uno con 2 teras de capacidad, informando que en ellos reposa la gestión del proceso desde 2016; sin embargo, a pesar de ser reportados como activos de información, la información que reposa en estos discos, no está siendo transferida al archivo como parte de sus series, subseries y tipos documentales y tampoco respaldada mediante copias de seguridad.

Contratos a cargo del proceso

Se realizó verificación de los contratos interadministrativos IDU-1160-2019 e IDU-1514-2018, según relación de contratos suministrada por el proceso, para los cuales se revisaron aspectos como cumplimiento de obligaciones y entregables definidos contractualmente, estado de avance, por lo cual se tomó como base la información registrada en los Aplicativos SIAC, SIG PAGOS y la información entregada en desarrollo de la auditoría, encontrándose lo siguiente:

- **Contrato interadministrativo IDU-1160-2019:**

Contratista: EMPRESA DE TELECOMUNICACIONES DE BOGOTÁ S.A E.S.P.

Objeto: "Desarrollar estrategias, campañas, conceptos creativos y producción audiovisual, así como el acceso a espacios de divulgación en medios de carácter masivo, comunitarios, alternativos o digitales, para las campañas de comunicación y divulgación de los proyectos que adelanta el Instituto de Desarrollo Urbano IDU".

Valor: \$5.060.000.000

Fecha de inicio: 20/03/2019

Fecha de finalización: 31/12/2019

Plazo: 9 meses y 20 días según SIAC

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

En desarrollo de la auditoría, se evidenció que en el aplicativo SIAC, se registró como plazo 9 meses y 20 días; sin embargo, el plazo real es de 9 meses 10 días, por lo que es necesario revisar y ajustar el reporte en el mencionado aplicativo al plazo real.

Al verificar en SECOP I, no se evidenció publicación de informes o constancias de seguimiento del contrato, según lo definido en el artículo 2.1.1.2.1.8 del Decreto 103 de 2015, respecto a la “*Publicación de la ejecución de contratos*”. Así mismo, al verificar el expediente del contrato en el aplicativo ORFEO y la información remitida por el delegado del proceso, no se evidenció registro de los informes mensuales de cumplimiento, establecidos en la minuta del contrato, de conformidad con la Cláusula Vigésima Primera - Comunicaciones y Notificaciones, además, de lo definido en el MG-GC-01 Manual de interventoría y/o supervisión de contratos, numeral 5.1 Generalidades, como se muestra en la siguiente imagen:

Imagen 1. Expediente documental Contrato interadministrativo IDU-1160-2019



| Referencia / Anexo | Fecha Radicación | Tipo Documento | Asunto | Subexpediente |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|--|---------------|
| ANEXO 1 | 26-09-2019 09:53:00 AM | COMUNICACIONES OFICIALES | CORREO ELECTRONICO REVISION DE MINUTA | Sin |
| ANEXO 2 | 28-02-2019 03:26:03 PM | CONTRATOS | Recomendación asociación de contrato interadministrativo con la ETR para control de medios | Sin |
| ANEXO 3 | 05-03-2019 07:05:00 PM | COMUNICACIONES OFICIALES | CORREO ELECTRONICO REVISION MINUTA Y ESTUDIOS PREVIOS | Sin |
| ANEXO 4 | 11-09-2019 08:00:00 AM | CONTRATOS | IDU-1160-2019 | Sin |
| ANEXO 5 | 11-09-2019 09:46:00 AM | COMUNICACIONES OFICIALES | CORREO ELECTRONICO SOLICITUD DE GARANTIAS | Sin |
| ANEXO 6 | 16-03-2019 03:26:03 PM | GARANTIAS | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 1160-2019 - ENTREGA POLIZA | Sin |

Fuente: Sistema de Información ORFEO

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Imagen 2. Expediente documental Contrato interadministrativo IDU-1160-2019

| Fecha | Hora | Documento | Contenido | Estado |
|---------------------|---------------------------|-------------------------------|---|--------|
| 11-03-2019 | 08:00:00 AM | CONTRATOS | IDU-1160-2019 | |
| 201943519160000001E | | ANEXO DEL EXPEDIENTE | | Sin |
| 11-03-2019 | 09:44:00 AM | COMUNICACIONES OFICIALES | CORREO ELECTRONICO SOLICITUD DE GARANTIAS | |
| 20195260282682 | 18-03-2019 02:34:28 PM | GARANTIAS | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 1160-2019 - ENTREGA POLIZA | Sin |
| 0001 | | GARANTIAS | (3 Paginas) POLIZA 2320153 9 DOCUMENTO 12741166 | |
| 201943519160000001E | | ANEXO DEL EXPEDIENTE | | Sin |
| 15-03-2019 | 06:57:00 AM | COMUNICACIONES OFICIALES | CORREO ELECTRONICO POLIZA DE CUMPLIMIENTO | |
| 201943519160000001E | | ANEXO DEL EXPEDIENTE | | Sin |
| 18-03-2019 | 01:25:28 PM | ACTAS DEL CONTRATO | APROBACION DE GARANTIAS 18 03 2019 | |
| 20195260201222 | 18-03-2019 03:15:23 PM | GARANTIAS | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 1160-2019 - ENTREGA POLIZA INICIAL DE CUMPLIMIENTO | Sin |
| 0001 | | GARANTIAS | (3 Paginas) 2320153 9 | |
| 201943519160000001E | | ANEXO DEL EXPEDIENTE | | Sin |
| 19-03-2019 | 13:25:06 PM | COMUNICACIONES OFICIALES | CORREO ELECTRONICO APROBACION DE GARANTIAS | |
| 201914520667203 | 21-03-2019 09:57:13 AM | CONVENIOS | Remisión acta de inicio IDU-1160-2019, para publicación en el Secop | Sin |
| 0002 | | | Acta de inicio | |
| 20195260485242 | 24-03-2019 02:35:18 AM | INFORMES TECNICOS | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 1160-2019 - ENTREGA DE INFORMES REALES DE CAMPAÑA | Sin |
| 0001 | | INFORMES | (1 Pagina) REAL CUMPLIDO DE CAMPAÑA CORTE AL 11 04 2019 | |
| 20195260222092 | 09-05-2019 03:21:22 PM | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | CONTRATO IDU-1160-2019 - FACTURA DE VENTA 19203 | Sin |
| 0001 | | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | (1 Pagina) 19203 02 05 2019 | |
| 20195260224602 | 09-05-2019 03:54:44 PM | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | CONTRATO IDU-1160-2019 - FACTURA DE VENTA 19202 | Sin |
| 0001 | | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | (1 Pagina) 19202 02 05 2019 | |
| 20195260293142 | 18-05-2019 02:07:14 PM | INFORMES TECNICOS | ENTREGA CERTIFICACION ORIGINAL DELOTTTE A LA CUENTA DE COBRO N 19202 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N 1160-2018 | Sin |
| 0001 | | CERTIFICADOS | (1 Pagina) DELOTTTE | |
| 20195260922093 | 06-06-2019 13:15:22 PM | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | CONTRATO IDU-1160-2019 - REMITE FACTURA DE VENTA N 19365 | Sin |
| 0001 | | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | (3 Paginas) N 19365 DE FECHA 04 06 2019 | |
| 20195260922102 | 06-06-2019 13:17:27 PM | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | CONTRATO IDU-1160-2019 - REMITE FACTURA DE VENTA N 19366 | Sin |
| 0001 | | FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO | (3 Paginas) N 19366 DE FECHA 04 06 2019 | |
| 201943519160000001E | | ANEXO DEL EXPEDIENTE | | Sin |
| 18-06-2019 | 10:17:58 AM | INFORMES FINANCIEROS | 10 06 2019 | |

Fuente: Sistema de Información ORFEO

Adicionalmente, de acuerdo con la información presentada por el contratista a manera de informe, suministrada en desarrollo de la auditoría por correo electrónico, no se evidenció “*el valor de las tarifas del mercado, ni las tarifas preferenciales y descuentos negociados, además de la información de ejecución de los recursos del contrato que indique el movimiento de las órdenes aprobadas, fecha, beneficiario y saldo disponible*”, entre otros, según lo contenido en los numerales 9 y 15 de la Minuta del Contrato, además de lo definido en los numerales 6.1 Políticas de documentación e informes y 6.2 Informes de ejecución de los contratos, del Manual de Interventoría y/o supervisión de contratos.

- **Contrato interadministrativo IDU-1514-2018**

Contratista: IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Objeto: “La Imprenta Nacional de Colombia se compromete con el IDU a prestar el servicio de producción e impresión de piezas de divulgación, elaboración y suministro de material POP para

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

la divulgación de la gestión de la entidad, en lo relacionado con los proyectos que adelanta el Instituto de Desarrollo Urbano IDU”.

Valor: \$ 581.550.000

Fecha de inicio: 12/12/2018

Fecha de terminación: 31/12/2018

Plazo: 20 Días

Imagen 3. Contrato interadministrativo IDU-1514-2018

Fuente: Aplicativo SIAC

En desarrollo del proceso auditor, revisado el aplicativo SIAC, se evidenció que el contrato interadministrativo IDU-1514-2018, establece en la cláusula Cuarta del Contrato - Plazo: “*El plazo para la ejecución del presente contrato interadministrativo será hasta el 31 de diciembre de 2018 o hasta el agotamiento de los recursos, contados a partir de la suscripción de la correspondiente acta de inicio, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución*”.

Teniendo en cuenta que el contrato interadministrativo consideraba como alternativas para el plazo contractual la vigencia hasta el 31 de diciembre de 2018 o el agotamiento de recursos, en este sentido, se asume el cumplimiento de la primera condición resolutoria correspondiente al vencimiento del plazo contractual al 31 de diciembre del 2018, generando inquietud respecto a la Prórroga del mismo, ante lo cual el proceso argumentó que no se ha realizado, toda vez que el

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

contrato aún cuenta con recursos, evidenciando desde los estudios previos, que se presume un mayor plazo para su ejecución, al establecer un respaldo presupuestal, con reservas para la vigencia 2019.

Así mismo, se registra en el aplicativo SIAC, fecha de inicio del 12 de diciembre de 2018 según acta de inicio; no obstante, al revisar el acta de inicio se evidencia un error de forma correspondiente al registro del nombre del contratista relacionando a la EMPRESA DE TELECOMUNICACIONES DE BOGOTA S.A ESP y no a la IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA con quien se suscribió el contrato interadministrativo, como se muestra en la siguiente imagen:

Imagen 4. Acta de inicio contrato IDU-1514-2018

| FORMATO | | ACTA DE INICIO - CONTRATO INTERADMINISTRATIVO | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|---|-------------------|---|-------|-----------------|-------|-------------|-------|------|-------------|---------------------|-------------------|------|-------------|---------------------------|-------------------|------|------------|---------------------------|-------------------|
| ACTO ADMINISTRATIVO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTA No. <input type="text" value="001"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. INFORMACIÓN CONTRACTUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Contrato No.: | | <input type="text" value="IDU-1514-2018"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Nombre del Contratista: | | <input type="text" value="EMPRESA DE TELECOMUNICACIONES DE BOGOTA S.A E.S.P."/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Coordinador (a): | | <input type="text" value="CARLOS ANDRES ESPEJO OSORIO"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Objeto del Contrato: | | <input type="text" value="LA IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA SE COMPROMETE CON EL IDU A PRESTAR EL SERVICIO DE PRODUCCIÓN E IMPRESIÓN DE PIEZAS DE DIVULGACIÓN, ELABORACIÓN Y SUMINISTRO DE MATERIAL POP PARA LA DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN LO RELACIONADO CON LOS PROYECTOS QUE ADELANTA EL INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO - IDU."/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Plazo Pactado: | | hasta el 31 de diciembre de 2018 o hasta el agotamiento de los recursos, contados a partir de la suscripción del acta de inicio | | 6. Valor Contrato \$ <input type="text" value="581.550.000,00"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. DECLARACIÓN DE INICIACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Relación de CRP: | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Fecha</th> <th>Recursos de</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4714</td> <td>11-dic-2018</td> <td>INGRESOS CORRIENTES</td> <td>\$ 181.550.000,00</td> </tr> <tr> <td>4715</td> <td>11-dic-2018</td> <td>TRANSFERENCIAS ORDINARIAS</td> <td>\$ 200.000.000,00</td> </tr> <tr> <td>4716</td> <td>11/12/2018</td> <td>TRANSFERENCIAS ORDINARIAS</td> <td>\$ 200.000.000,00</td> </tr> </tbody> </table> | | | | No. | Fecha | Recursos de | Valor | 4714 | 11-dic-2018 | INGRESOS CORRIENTES | \$ 181.550.000,00 | 4715 | 11-dic-2018 | TRANSFERENCIAS ORDINARIAS | \$ 200.000.000,00 | 4716 | 11/12/2018 | TRANSFERENCIAS ORDINARIAS | \$ 200.000.000,00 |
| No. | Fecha | Recursos de | Valor | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4714 | 11-dic-2018 | INGRESOS CORRIENTES | \$ 181.550.000,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4715 | 11-dic-2018 | TRANSFERENCIAS ORDINARIAS | \$ 200.000.000,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4716 | 11/12/2018 | TRANSFERENCIAS ORDINARIAS | \$ 200.000.000,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Fecha de Iniciación: | | <input type="text" value="12 de Diciembre de 2018"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Compañía de Seguros | | Riesgo | Póliza No. | Vigencia | | Valor Asegurado | | | | | | | | | | | | | | | |
| N.A. | | | | Desde | Hasta | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Publicación (si aplica): | | No. Consignación <input type="text" value="N.A."/> Valor <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: SIAC

Por otra parte, el Contrato Interadministrativo en su Cláusula Sexta. Obligaciones específicas de la Imprenta Nacional de Colombia:

“3. Entregar los bienes en la ciudad de Bogotá, en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de aprobación de la cotización y solicitud de producción por parte del IDU, en el lugar, fecha y hora que previamente acuerden las partes”. (subrayado fuera de texto).

Establece una obligación que supera el plazo contractual de 20 días calendario y fecha de terminación del 31 de diciembre de 2018. Obligación que desde el inicio, se encuentra fuera del plazo contractual previsto, por lo que claramente se reflejan deficiencias en la planeación; siendo

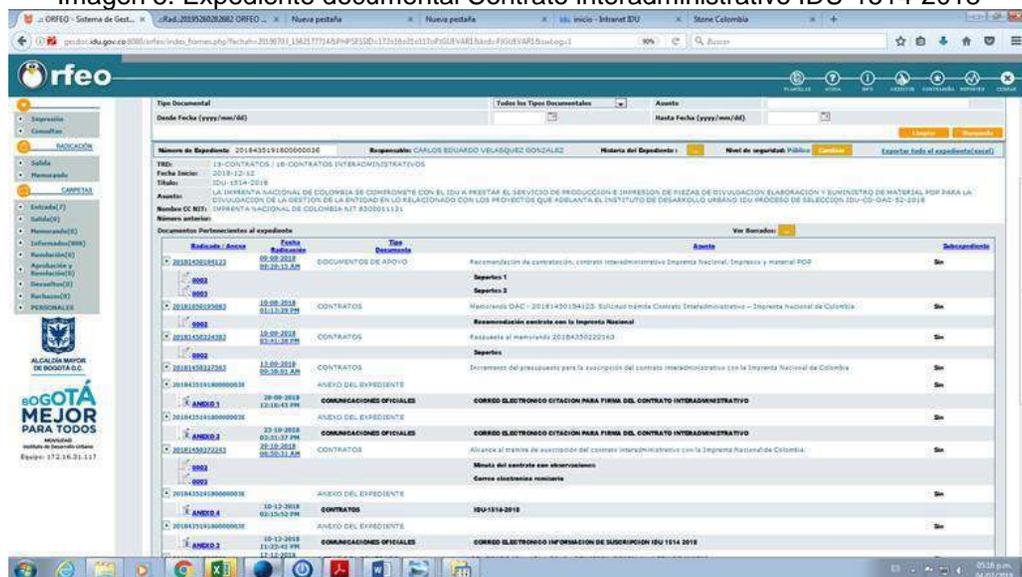
| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

pertinente precisar que el principio de Planeación constituye un pilar fundamental en la actividad contractual de la Administración, consagrado en los numerales 6º, 7º, 12º, 13 y 14º del artículo 25; el numeral 1º y 2º del artículo 30 de la Ley 80 de 1993.

Por su parte, el Manual de Gestión Contractual, establece en su numeral 10.1.6 Convenios y Contratos Interadministrativos: “*para este tipo de contratos que celebre la Entidad y que involucre la ejecución de recursos, será exigible la garantía única de cumplimiento*”. No obstante, verificada la minuta del contrato interadministrativo, no se evidenció esta obligación contractual; así mismo verificado el SIAC, no se encontró registro que soporte la Garantía Única de Cumplimiento.

De igual forma para este contrato, al verificar en SECOP II, no se evidenció publicación de informes o constancias de seguimiento del contrato, según lo definido en el artículo 2.1.1.2.1.8 del Decreto 103 de 2015, respecto a la “*Publicación de la ejecución de contratos*”. Así mismo, al verificar el expediente del contrato en el aplicativo ORFEO y la información remitida por el delegado del proceso, no se evidenció registro de los informes mensuales de cumplimiento establecidos en la Minuta del contrato y el Manual de Interventoría, como se muestra en las siguientes imágenes:

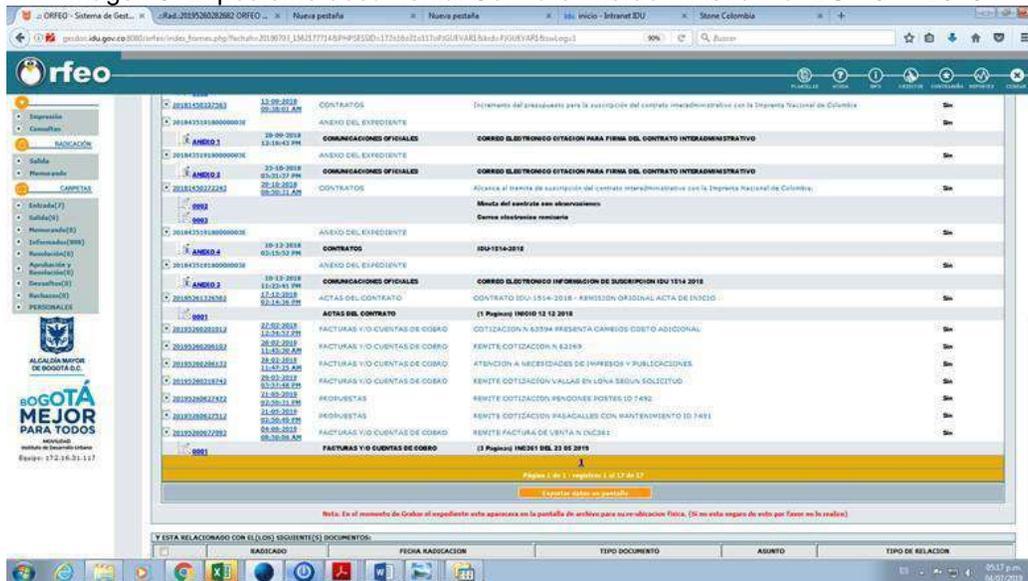
Imagen 5. Expediente documental Contrato interadministrativo IDU-1514-2018



Fuente: Sistema de Información ORFEO

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Imagen 6. Expediente documental Contrato interadministrativo IDU-1514-2018



Fuente: Sistema de Información ORFEO

Subsistema de Gestión Ambiental: Según la FO-AC-23 Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales del proceso, versión 2 del 28/09/2018, se verificó su apropiación por parte del personal del proceso, encontrando conciencia respecto al uso de papel, recursos eléctricos asignados y ubicación de la matriz en la intranet; sin embargo, no existe claridad de todos los aspectos e impactos ambientales asociados al proceso y tampoco de los controles implementados para su mitigación, siendo necesario fortalecer la sensibilización al personal respecto a este tema.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Según la Matriz de Riesgos y Peligros por proceso, recientemente actualizada y cargada en la intranet, se verificó el conocimiento y entendimiento de los riesgos y peligros identificados para el proceso, según indica “con la participación de toda la Gente IDU a través de la encuesta de identificación de peligros enviada el 12 de marzo de 2019”, de acuerdo con los grupos de exposición (GES), aplicables para el proceso, según el personal que realiza labores administrativas (GES N.º 1), personal que realiza ingreso a obras civiles (GES N.º 5) y personal que desarrolla actividades fuera de las instalaciones del IDU (GES N.º 6).

De acuerdo con lo anterior, se evidenció que el personal identifica riesgos públicos asociados por robo y riesgos físicos por salida a obras, incluidos en la matriz en mención; sin embargo, es necesario sensibilizar al personal respecto a los riesgos y peligros asociados con la labor que

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

desempeña según lo definido en la matriz y revisar si éstos son aplicables según el qué hacer propio del proceso.

Al respecto, de acuerdo con el nivel de exposición GES N.º 5, se verificó el personal del proceso que realiza ingreso a obras, encontrando que hay personal que con alta frecuencia sale a campo, en cumplimiento de sus funciones o actividades, afiliados a la ARL Positiva en nivel de riesgo V; sin embargo, se identificaron 2 profesionales, que según cronograma de actividades de la dependencia, salen a obra con menor frecuencia, afiliados en nivel de riesgo I, sin encontrar reporte a la Subdirección Técnica de Recursos Humanos STRH, para el correspondiente reporte de la novedad a la ARL.

Adicionalmente, se realizó verificación de la entrega y conciencia de uso de los Elementos de Protección Personal, encontrando conformidad al respecto, tanto para personal de planta como contratistas, sin depender del nivel de afiliación a la ARL.

Al indagar si se han presentado accidentes o incidentes de trabajo y si han sido reportados a la STRH, se argumentó que el año anterior, una profesional del proceso afiliada en nivel de riesgo I, presentó un incidente por una partícula que ingresó al ojo, durante visita a una obra de mantenimiento en Engativá; sin embargo, no se tiene información precisa de cuándo sucedió el evento para poder realizar trazabilidad al mismo. Este tipo de situaciones ratifica la importancia de realizar el reporte de novedades a la STRH, cuando el personal afiliado en nivel de riesgo I, sale o ingresa a obra.

En cuanto a los aspectos relacionados con el Plan de Emergencias, se evidenció disponibilidad de un extintor en el área donde se encuentran los Comunicadores, con la recarga vigente; sin embargo, se evidenció en el momento de la auditoría, que a dicho extintor se le da un uso diferente al destinado, puesto que se encontraba cubierto por una chaqueta, situación que, ante una emergencia, dificultaría su identificación y uso. Este hecho se muestra en la siguiente imagen:

Imagen 7: Extintor utilizado como perchero

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |



Fuente: Registro fotográfico equipo auditor

Adicionalmente, en la imagen anterior se evidenció un Sistema de Aire Acondicionado, que según el personal del proceso de comunicaciones, estuvo en funcionamiento hasta hace unos meses; sin embargo, no se evidenciaron peligros o riesgos asociados a dicho sistema.

En general, los espacios en donde el personal de comunicaciones desarrolla sus labores se encuentran libres de obstáculos; sin embargo, se identificaron las siguientes condiciones asociadas con el mantenimiento de los mismos, que pueden generar riesgos y peligros para el personal:

Imagen 8: Estado de las instalaciones del proceso



Fuente: registro fotográfico equipo auditor

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: Este componente fue verificado con el Gestor de Información designado para el proceso, según correo electrónico remitido por el líder del proceso el 06/05/2019, en atención al memorando 20195050086633.

Al verificar los controles y actividades que realiza el proceso para respaldar la información crítica y sensible de su gestión, se evidenció, por una parte, que el proceso no cuenta con una carpeta compartida, mediante la cual se salvaguarde la documentación producto de su gestión y adicionalmente, no existe evidencia de solicitud de copia de seguridad realizada por el proceso, la cual en todo caso, se realiza sobre la carpeta compartida asignada al mismo.

Respecto a los Activos de Información del proceso, se verificó de acuerdo con la información reportada en el módulo SGSI del sistema de información CHIE, la actualización realizada en mayo/2019; no obstante, al verificar aleatoriamente, los activos de información del personal y su estado de aprobación, se evidenció:

- El proceso cuenta con 20 profesionales; sin embargo, el registro de activos de información, incluye dos personas que ya no trabajan en el Instituto y cuyo inventario se evidencia en estado “de baja”; una persona cuyo inventario se encuentra en “arqueo”; una persona para lo que no aparecen registrados activos de información, aun cuando tiene activos a cargo.
- Los activos de información con naturaleza “lógico” de una persona, no coinciden con lo encontrado en su computador de escritorio.
- Una persona no reporta activos de información con naturaleza “lógico”, argumentando que toda la información que maneja reposa en otras dependencias u otros responsables; sin embargo, no es claro de qué forma se respalda la información que reposa en su computador de escritorio.
- Una persona reporta una carpeta con naturaleza “lógico”; sin embargo, al verificar en su computador de escritorio, se encontraron 2 carpetas, una de las cuales no se reporta como activo de información.
- Los discos externos con los que cuenta la dependencia, son reportados como activos de información para diferentes personas; no obstante, esto no garantiza el respaldo de la información.

Finalmente, para los contratos 1160/2019 y 1514/2018 objeto de auditoría, se verificó la suscripción de cláusulas de confidencialidad, encontrando conformidad al respecto.

3.5.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|--|--|
| NC1 | <p>PR-DO-12 Transferencias Documentales</p> <p>6.1.3 Identificar los expedientes a transferir: “Se realiza la verificación de los expedientes que ya cumplieron su tiempo de retención en el Archivo de Gestión”.</p> | <p>No Conformidad N° 1. No se evidenció la transferencia documental primaria del proceso de Comunicaciones.</p> <p>No se cuenta con evidencia de la transferencia documental primaria realizada, de acuerdo con la Tabla de Retención Documental vigente para el proceso, según el cronograma semestral</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| | <p>6.1.4 Verificar la organización documental: “Se debe verificar que los expedientes cumplan con todos los requisitos de organización establecidos en la GU-DO-01 GUÍA PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL IDU o el vigente”.</p> <p>6.1.5 Diligenciar el inventario: “Se actualiza el inventario en el formato establecido en excel”.</p> <p>6.1.6 Solicitar fecha de transferencia: “A través de correo electrónico enviado a la persona delegada del Archivo Central, se realiza la solicitud de programación (día y hora) de la transferencia documental, adjuntando el Inventario Único Documental debidamente diligenciado(...)”.</p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad</p> <p>Numeral 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; (...) d) conservación y disposición”.</p> <p>Cronograma de transferencia documental primaria.</p> <p><i>Fechas programadas para transferencia documental primaria del proceso de Comunicaciones: 24/09/2018 y el 09/04/2019.</i></p> <p>Divulgadas por la OAC, mediante Boletines Informativos del 13/08/2018 y 20/03/2019.</p> | <p>realizado por Gestión Documental y publicado por la OAC, mediante Boletines informativos del 13/08/2018 y 20/03/2019, con base en los cuales el proceso de Comunicaciones debió realizar transferencia documental el 24/09/2018 y el 09/04/2019 respectivamente, incumpliendo lo definido en los numerales 6.1.3 a 6.1.6 del procedimiento PR-DO-12 Transferencias Documentales, el numeral 7.5.3.2 de la norma NTC ISO 9001:2015 y el cronograma de transferencia documental primaria, situación que puede afectar la preservación, conservación y disposición de la información documentada del proceso.</p> |
| NC2 | <p>MG-GC-006 Manual de Gestión Contractual.</p> <p>Numeral 10.1.6 Convenios y Contratos Interadministrativos: “(..)</p> | <p>No Conformidad N° 2. No se evidenció Garantía Única de Cumplimiento del Contrato Interadministrativo IDU-1514-2018.</p> |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|---|--|
| | <i>para este tipo de contratos que celebre la Entidad y que involucre la ejecución de recursos, será exigible la garantía única de cumplimiento”</i> | No se evidenció obligación contractual en la minuta del Contrato Interadministrativo IDU-1514-2018, con la Imprenta Nacional de Colombia, por valor de \$ 581.550.000, ni registro que soporte la Garantía Única de Cumplimiento en el SIAC, incumpliendo la exigencia establecida para este tipo de contratos, en el numeral 10.1.6 del Manual de Gestión Contractual, situación que puede generar el riesgo de desprotección a los intereses de la entidad en caso de incumplimiento por parte del contratista. |
| NC3 | <p>Decreto 103 de 2015. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.</p> <p><i>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.”</i></p> <p>MG-GC-01 Manual de interventoría y/o supervisión de contratos.</p> <p>5.1 Generalidades: “<i>El supervisor y el interventor, y el equipo de apoyo a la supervisión, serán responsables de suministrar toda la información requerida para mantener actualizados los diferentes sistemas de información de la entidad con los datos del desempeño de su contrato y de los contratos a los cuales les hace seguimiento, a través de los mecanismos y con la periodicidad requerida por el IDU. Así mismo, darán aplicación a las normas de manejo documental, velando porque se mantenga organizado y actualizado el expediente de la contratación, en los términos dispuestos para ello por el IDU.</i>”</p> | <p>No Conformidad N° 3. No se evidenció publicación de la ejecución en SECOP, ni registro en ORFEO, de los informes de cumplimiento de los Contratos Interadministrativos IDU-1514-2018 y IDU-1160-2019.</p> <p>No se evidenció publicación de la ejecución en SECOP, ni registro en los expedientes del Sistema de Información ORFEO, de los informes mensuales de cumplimiento de los Contratos Interadministrativos IDU-1514-2018 y IDU-1160-2019, contraviniendo lo establecido en el Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 103 de 2015, el numeral 5.1 del Manual de interventoría y/o supervisión de contratos y en la minuta correspondiente de cada contrato, generando incertidumbre respecto al estado real de avance de los contratos, puesto que no se puede acceder a la información de seguimiento y control del cumplimiento de las obligaciones contractuales, a través del medio establecido institucionalmente.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|---|---|
| | <p>Contrato interadministrativo IDU-1160-2019.</p> <p>Cláusula Vigésima Primera. Comunicaciones y Notificaciones: <i>“La notificación que sea enviada por ETB S.A. ESP deberá radicarse en el IDU en la dirección que se establece en esta cláusula. Solamente será válida una notificación al IDU cuando tenga la respectiva constancia de radicación de la entidad (...).</i></p> <p><i>(...) Cuando el Contrato indique la entrega por parte de la ETB S.A. ESP de informes, reportes o comunicaciones y, en general, cualquier información al IDU, ésta deberá hacerse a través de notificaciones”.</i></p> <p>Contrato Interadministrativo IDU-1514-2018.</p> <p>Clausula Tercera - Forma de pago: <i>“El IDU pagará a la Imprenta Nacional de Colombia los bienes y/o servicios efectivamente prestados durante el mes conforme a las cotizaciones aprobadas por el cliente, previo informe y recibo a satisfacción por parte del supervisor”.</i></p> | |
| NC4 | <p>Decreto 723 de 2013 Nivel Nacional <i>“Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones”.</i></p> <p>Artículo 8°. Novedades en el Sistema General de Riesgos Laborales. <i>“Los contratantes deberán presentar la declaración de novedades previsibles en forma anticipada a su ocurrencia; aquellas novedades no previsibles, se reportarán el día de su ocurrencia o máximo el día hábil siguiente a aquel en el cual se tenga conocimiento”.</i></p> <p>CA-TH-01 Cartilla de reportes SST</p> | <p>No Conformidad N° 4. Falta de reporte de salida a obra, de personal afiliado a la ARL en nivel de riesgo I.</p> <p>Se identificaron 2 profesionales del proceso de comunicaciones afiliados a la ARL Positiva en nivel de riesgo I, que en cumplimiento de sus funciones o actividades realizan ingreso a obras, sin evidenciarse reporte a la Subdirección Técnica de Recursos Humanos STRH, para la comunicación de la novedad a la ARL, incumpliendo lo normado en el Artículo 8 del Decreto 723 de 2013 y lo definido en la CA-TH-01 Cartilla de reportes SST; generándose el riesgo que la ARL no cubra un eventual accidente laboral en campo, debido a que los profesionales se encuentran afiliados con un nivel de riesgo menor, haciendo solidariamente responsable al IDU por el pago de los perjuicios ocasionados.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|---|--|
| | <p>Reporte salidas a obra: <i>“La dependencia o área que así lo requiera, realizará el reporte a la Subdirección Técnica de Recursos Humanos (STRH) en la siguiente situación:</i></p> <p><i>1. Cuando se tenga funcionarios o contratistas que estén clasificados en riesgo laboral I y que deban realizar una salida eventual a obra. Dicho correo deberá ser enviado por el jefe inmediato o supervisor de contrato respectivo (...).”</i></p> <p>NTC ISO 45001:2018. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <p>6.1.3. Determinación de los requisitos legales y otros requisitos: <i>“La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para: (...) c. tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos al establecer, implementar, mantener y mejorar de manera continua su sistema de gestión de la SST (...).”</i></p> | |
| NC5 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad</p> <p>10.2.1 <i>“Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</i></p> <p><i>(...) 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”.</i></p> <p>PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.</p> <p>1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento: <i>“Formular las acciones del Plan de Mejoramiento, las cuales deben estar encaminadas a corregir la no conformidad o el hallazgo detectado</i></p> | <p>No conformidad N° 5: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas.</p> <p>Se evidenció que las acciones con código 1310 y 1492, no fueron efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, las desviaciones asociadas han sido recurrentes, incumpliendo lo definido en el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015 y en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PR-MC-01, situación que puede generar que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen y afecten en mayor medida el desempeño del proceso.</p> <p>A continuación, se mencionan las razones por las que se declaran las acciones como no efectivas:</p> <p>Verificada la acción 1310, relacionada con la creación de un espacio en el home del portal web del IDU para las convocatorias de participación ciudadana, se evidenció que el espacio creado, direcciona nuevamente a la</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|----|--|---|
| | <i>y a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad”.</i> | <p>página principal de la web, sin encontrar información relacionada con la existencia o no de convocatorias.</p> <p>Verificada la acción 1492, relacionada con la gestión para la actualización de las TRD, se evidenció que la OAC no está realizando la transferencia documental de acuerdo con la TRD vigente y según las directrices dadas por el proceso de Gestión Documental.</p> |

3.6 PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS

Se atendió la auditoría en las fechas establecidas por el auditado, de manera cumplida, cordial y con disposición de consulta documental según lo requerido. Se relaciona a continuación la evaluación realizada a la CP-GP-01 Caracterización del Proceso Gestión Integral de Proyectos V2.0, el cual se compone de 5 actividades críticas.

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

El proceso Gestión Integral de Proyectos cuenta con un aplicativo tecnológico que hace las veces de sistema de información de gestión de proyectos llamado ZIPA, mediante el cual se pudo visualizar que en cumplimiento de esta actividad, se cuenta con el listado de proyectos en ejecución del Instituto, para cada uno de los cuales se puede visualizar información inherente al proyecto, como el cronograma general, el desagregado por las etapas de ciclo de vida, los trámites y productos requeridos por cada proyecto, los porcentajes de avance proyectado y ejecutado, así como la información financiera.

Esta actividad crítica también hace referencia a la estructuración y/o actualización de los activos de documentación del proceso, motivo por el cual se evidenció que hay documentos del proceso, cargados en el mapa de procesos en la intranet, que según fecha de aprobación son muy antiguos, probablemente desactualizados y de los que no se evidenció uso actualmente. Tal es el caso del Programa general de seguimiento y monitoreo a proyectos 2015 (sin código de identificación), el cual en el capítulo 7. Documentación del proceso de seguimiento, dice estar basado en la Guía “GU-SP-01 Guía para el seguimiento de los proyectos de infraestructura y espacio público”, la cual no se encontró vigente en la intranet.

Se informó por parte del profesional del proceso, que con una periodicidad que inicialmente era quincenal y actualmente mensual, se reúne la mesa de gobierno ZIPA para realizar el seguimiento al proceso. En ese orden de ideas, se solicitó copia del acta de reunión de junio/2019, pero ésta no fue suministrada por el profesional, encontrando que la última acta de reunión es de marzo de 2019. Se solicitó al profesional, remitirla el acta de junio/2019 vía correo electrónico, pero a pesar de reiterar la solicitud, tal información no fue allegada al equipo auditor.

Actividad Crítica N° 2. Gestionar de manera integral los proyectos a través de las etapas del ciclo de vida en ZIPA.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Se pudo observar a través del ZIPA la disponibilidad de información proveniente de plataformas como STONE, SIAC, SIGIDU, lo cual permite la integración y organización de la información para consulta de la alta dirección sobre aspectos presupuestales, financieros, geográficos entre otros. Así mismo, se observó que se alimenta el sistema por etapa del ciclo de vida del proyecto, siendo cada área responsable de cargar la información, según la etapa en que se encuentre. El sistema emite alertas a los dueños de proceso cuando se presentan atrasos en los reportes de información, procurando mantener el sistema actualizado.

A través del sistema de información ZIPA, se realizó la verificación de los productos de la actividad 2, tales como cronogramas de proyectos actualizados, resumen ejecutivo del proyecto, registro de lecciones aprendidas entre otros.

Actividad Crítica N° 3. Evaluar la percepción ciudadana de los proyectos de infraestructura en etapa de construcción.

Esta actividad crítica no se evaluó durante la entrevista, se evaluó documentalmente y se encontró en la intranet, en los documentos del proceso, que la última consulta de percepción ciudadana publicada, corresponde al año 2015, en el Informe anual del proceso de seguimiento a proyectos 2015, en el capítulo 3.3 Seguimiento al componente socioambiental.

Adicionalmente, se encontró el procedimiento PR-SP-04 Medición y seguimiento de percepción al componente socioambiental de proyectos de infraestructura V1 de 18/12/2011, pero no se encontraron evidencias de su uso.

Actividad Crítica N° 4. Evaluar Indicadores de Gestión.

En el formato FO-PE-01 Caracterización de indicadores de gestión y recolección de información, se evidenció que el proceso cuenta con dos indicadores: el 1152 Modelo de gerencia de proyecto ejecutado gestionado, por la OAP de manera trimestral y el 1257 Satisfacción con los proyectos IDU como aporte en la mejoría de calidad de vida de los ciudadanos, gestionado por OTC de manera semestral.

En el archivo Indicadores OAP 2019.xlsx remitido por correo electrónico por el profesional del proceso, se observó que el indicador 1152 tiene como meta programada el 100%, mientras que el indicador 1257 tiene como meta programada el 75%. Según el Informe de primer trimestre de 2019, basado en indicadores de gestión de la OAP, el indicador 1152 cumplió con el 100% para el primer trimestre; sin embargo, no se observó el reporte de cumplimiento del indicador 1257 (debido a que es gestionado por la OTC y el equipo auditor no solicitó el informe de gestión por indicadores de esa área).

Los indicadores establecidos para el proceso proporcionan información sobre cumplimiento del plan de trabajo, cuando el objetivo del proceso es: *“Implementar buenas practicas del PMI que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales, al mejoramiento de la organización y al mejoramiento del desempeño de los proyectos”*. Lo anterior podría afectar la gestión del proceso, al no permitir medir con certeza el cumplimiento del objetivo del proceso.

Por su parte, en la caracterización se observó que esta actividad critica se enfoca en *“aplicar indicadores de gestión para evaluar el estado y avance. El resultado de los indicadores permite*

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

tomar decisiones para asegurar el cumplimiento del objetivo del proceso y realizar un mejoramiento continuo. Evaluar periódicamente el desempeño de las áreas y de los proyectos gestionados con el fin de determinar la efectividad de las acciones implementadas e incorporar procesos de mejora adicionales”, lo cual no se evidenció en el indicador establecido para el proceso. No se evidencian indicadores que proporcionen información acerca del cumplimiento del objetivo del Proceso Gestión Integral de Proyectos.

Actividad Crítica N° 5. Generar recomendaciones y acciones de mejora.

Se observó a través de la matriz de oportunidades del proceso, cuatro recomendaciones de mejora dentro de las cuales se valoró una como posible y se están ejecutando las actividades correspondientes.

La oportunidad que se está gestionando corresponde a “La implementación de metodologías con estándares en gestión de proyectos reconocidas a nivel mundial (PMI) mejora la probabilidad de éxito de los proyectos en términos de cumplimiento de su planeación inicial y pretende poner al IDU a la vanguardia del tema a nivel nacional e internacional.” Y las actividades a desarrollar comprenden: “El sistema de gestión de proyectos ZIPA tiene como objetivo incluir todos los grupos de procesos (Inicio, planeación, ejecución, seguimiento, cierre) y de esta manera gestionar de manera integral los proyectos de infraestructura vial y espacio público en todas las etapas del ciclo de vida (factibilidad, diseño, construcción, conservación entre otros).

- Para el 2017 se incluyeron los grupos de Ejecución y Seguimiento.
- Para el 2018 el compromiso es incluir el grupo de cierre en el ZIPA.
- Para el 2019 se incluirá los grupos de inicio y planeación (sic).”

Se pudo observar en el sistema ZIPA, los avances en la implementación de esta acción de mejora, de la cual se espera que a finales del 2019 se encuentre concluida.

Planes de mejoramiento: De acuerdo con las acciones de planes de mejoramiento en estado “Terminado”, el equipo auditor evaluó la efectividad de las mismas, encontrando:

Tabla N° 1. Evaluación de efectividad de acciones planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|---|
| 1226 | Actualizar la documentación establecida en el Sistema Integrado de Gestión, acorde con las actividades realizadas en la operación del proceso, según la Guía GUGI01 Guía para Seguimiento de los Proyectos de Infraestructura Vial y Espacio Público V 2.0 y el PMBOK® definido en la Caracterización de proceso. | Elaborar y cumplir el plan de actualización documental del proceso para la vigencia 2018. Fecha fin: 30/12/2018 | Se evidenciaron deficiencias en el control de información documentada del proceso, asociadas con desactualización de información publicada en el mapa de procesos, así como publicación de información que no se encuentra dentro del alcance del proceso, como: C. PR-SP-04 Medición y seguimiento de percepción al componente socioambiental de proyectos de infraestructura V1 de 18/12/2011 (No actualizado) D. GUGI02 Documento técnico intervención |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|---|
| | | | <p>infraestructura vial y espacio público V1 (Fuera del alcance del proceso)</p> <p>E. INGI02 Toma de posesión física de obra V1 (Fuera del alcance del proceso)</p> <p>F. Programa general de seguimiento y monitoreo a proyectos 2015 (No adoptado en el SGD).</p> <p>Por lo anterior, se declara esta acción como no efectiva y se realizará la cancelación correspondiente en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE, para que el proceso reformule la acción y asegure la actualización de su documentación.</p> |
| 1551 | Se evidenció que, a través de las mesas de gobierno, se han establecido acciones de mejora, las cuales no 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" | <p>Formular dos (2) acciones de mejora utilizando el procedimiento PR-MC-01 "Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión"</p> <p>Fecha fin: 31/12/2018</p> | <p>Se evidenció el cumplimiento de las acciones formuladas, en atención al hallazgo identificado. Sin embargo, en desarrollo de la auditoría, no se evidenciaron las últimas actas de reunión de la mesa de gobierno ZIPA, creada para realizar la implementación y seguimiento del Sistema de información de proyectos ZIPA, sin poder verificar los resultados de seguimiento y toma de acciones de mejora por parte del proceso. Validado el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE, no se evidenciaron acciones de mejora, formuladas en desarrollo de las mesas de gobierno, con fecha posterior a la ejecución de las acciones</p> |
| 1552 | 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. | <p>Socializar el procedimiento PR-MC-01 a los integrantes de la mesa de gobierno ZIPA</p> <p>Fecha fin: 30/09/2018</p> | <p>Por lo anterior, se declara la acción como inefectiva, y se realizará la cancelación correspondiente en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE, para que el proceso reformule la acción y asegure la efectividad de la misma.</p> |
| 1227 | Ajustar los indicadores establecidos en el proceso de gestión integral de proyectos, | Solicitar la reclasificación del indicador 12510, pasando del proceso | Se evidenció que las acciones formuladas fueron ejecutadas según lo establecido. Por su parte, para la vigencia 2019, el |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|--|
| | toda vez que se identificó que el indicador 12510 que mide la “Ejecución presupuestal Inversión de la Vigencia” existen diferencias entre la meta definida para la vigencia y el objetivo del indicador. | de Gestión Integral de Proyectos al proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana. Fecha fin: 30/01/2018 | proceso cuenta con 2 indicadores de acuerdo con su gestión, por lo que se solicita el cierre de las acciones 1227 y 1228 en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE. |
| 1228 | | Realizar una validación previa a la expedición de los indicadores de gestión del proceso. Fecha fin: 30/01/2018 | |
| 1229 | Actualizar la caracterización del proceso CP-GI-01 Gestión Integral de Proyectos, así como la Guía GUGI01 Para Seguimiento de los Proyectos de Infraestructura Vial Y Espacio Público V2.0 | Actualizar la Caracterización del proceso y la Guía de Seguimiento Fecha fin: 30/01/2018 | Teniendo en cuenta que el desarrollo de la auditoría se basó en la Caracterización del proceso, se declara esta acción como efectiva, toda vez que dicho documento se encuentra establecido de acuerdo con la gestión del proceso. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

Gestión de riesgos del proceso: Se consultaron en la intranet la Matriz de Riesgos de Gestión y Corrupción del proceso Gestión Integral de Proyectos, encontrando que los riesgos de gestión asociados al proceso son dos, ambos gestionados por la OAP y las áreas ejecutoras a cargo de las etapas del ciclo de vida de los proyectos; y en la matriz de riesgos por corrupción se identificó un riesgo gestionado por OAP.

- **Riesgos de Gestión.** Para el riesgo de gestión G.GI.01 *No registrar información de manera oportuna y/o registrar información inexacta o incompleta del desempeño de los proyectos en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos ZIPA*, según el seguimiento de abril de 2019, se observó que no se diligenció completamente la columna notas de seguimiento, evidenciando ítems como riesgo, causas, consecuencia, sin diligenciar; por otra parte, en la columna “análisis del indicador”, se presenta información que puede ser más precisa con respecto al análisis de desempeño del indicador, según la formula y el riesgo identificado, toda vez que no menciona la frecuencia y el indicador establece frecuencia cuatrimestral.

El riesgo se presenta según el seguimiento de abril de 2019 como No materializado; sin embargo, durante la ejecución de la auditoría, en visualización del ZIPA se evidenció que hay reportes de alerta por atraso en el reporte de información semanal y adicionalmente, se evidenciaron alertas del sistema ZIPA por atraso en el reporte de información, puesto que de 19 proyectos en etapa de construcción y estado del contrato en ejecución, 5 cuentan con un atraso en el cargue de información superior a 12 días y 3 con atraso entre los 7 y los 12 días, para un porcentaje del 26.31% y 15.78 % respectivamente; evidenciando la materialización del riesgo, sin el reporte correspondiente, de acuerdo con el seguimiento realizado por el proceso.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Para el riesgo de gestión G.GI.02 *Tener documentación del proceso no alineada con la realidad operativa del mismo*, en el seguimiento realizado por el proceso en abril de 2019, se observó que en la Matriz de riesgos, no se diligenció la columna notas de seguimiento; en el mencionado documento se indica que no se materializó el riesgo. Sin embargo, en la revisión realizada por el equipo auditor de la documentación del proceso en la intranet se identificaron los documentos Programa general de seguimiento y monitoreo a proyectos 2015 y PR-SP-04 Medición y seguimiento de percepción al componente socioambiental de proyectos de infraestructura V1 de diciembre 18 de 2011, el primero sin adopción y el segundo sin actualización.

Se observó en el documento Programa general de seguimiento y monitoreo a proyectos 2015, la referencia a documentos guía que no se encuentran publicados en la Intranet, como la GU-SP-01 Guía para el seguimiento de los proyectos de infraestructura y espacio público.

También se observó la adopción de los documentos, GUGI02 Documento técnico intervención infraestructura vial y espacio público V1 y INGI02 Toma de posesión física de obra V1, por lo que se recomienda verificar el alcance del proceso contra el objetivo y alcance de los mismos.

- **Riesgos de Corrupción:** En la matriz de riesgos de corrupción, se observó la identificación del riesgo C-GI-01 *“La información de avance de los proyectos registrada en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos ZIPA se encuentre adulterada y/o se omitan aspectos relevantes de la realidad de la ejecución de los proyectos”*, para el cual se observó que, en el seguimiento de abril de 2019, no se reportó materialización del riesgo.

Igualmente se observó, que no se diligenció en su totalidad la información solicitada por el formato FO-PE-05 Matriz de riesgos por corrupción, en la columna acciones de monitoreo y seguimiento al riesgo.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión según lo identificado en el proceso

Se observó que el proceso cuenta con la Matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales, ajustados a las actividades que realiza y que éstos son conocidos por las personas que participan en el proceso.

En cuanto al sistema de seguridad de la información, se consultó en la intranet la matriz de activos de información para el proceso; se observó que la ruta establecida de la carpeta compartida del proceso en el FO-TI-03, es [\(\\SS04CC01\).DOC.PROCESOSOAP\PROCESO DE SEGUIMIENTO A PROYECTOS](#) (sic), mientras que la ruta de la carpeta según se evidenció en la visita es [\\SS05CC01\Y:\) 8gestion_integral_de_proyectos](#); se pudo observar que las rutas no corresponden generando no conformidad en el reporte y seguimiento de la información que maneja el proceso, por el riesgo de pérdida y/o acceso oportuna a la información.

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Mediante correo electrónico del 21/08/2019, 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 26/08/2019 y dentro del término previsto para el efecto, el proceso evaluado remitió observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad Nº 1. Deficiencias en el análisis y evaluación de los indicadores establecidos para el proceso.

La OAP expresa: *“Con respecto al no reporte del indicador 1257 a cargo de la OTC, se ha verificado la programación del indicador, y se observa que el indicador tiene una programación semestral (para junio y diciembre), por lo que no debía reportarse dato durante el primer trimestre. Se solicita la eliminación de esta afirmación en el hallazgo (...)”.*

De acuerdo con lo anterior, el equipo auditor solicitó al enlace delegado por el líder del proceso el informe de indicadores del proceso Gestión Integral de Proyectos, quien remitió el *informe basado en indicadores de gestión del primer trimestre de 2019 – OAP* donde en el capítulo 4 indica que hace seguimiento a los indicadores de los procesos de los cuales es líder; a pesar de mencionar en la tabla que el proceso GIP tiene establecidos dos indicadores, solo analiza en el capítulo 5 el indicador 1152. El enlace no aportó ninguna evidencia adicional de seguimiento al indicador 1257. Con el ánimo de resolver las observaciones del auditado, se solicitó vía correo electrónico el informe con corte a 30/06/2019, donde tampoco se evidenció el reporte del indicador 1257, sin embargo, el enlace señaló que el informe remitido correspondía a la gestión por indicadores del área, no del proceso y que el indicador 1257 se encuentra a cargo de OTC, por lo que el equipo auditor solicitó entonces el informe de indicadores de la OTC, donde se evidenció en la *Tabla 2 Resultados indicadores individuales OTC*, el reporte del indicador 1257 con meta programada de 75% y acumulado cumplido a junio 30 de 116%. A continuación, en la página 7/10 se hace una descripción de lo que reporta la OTC para este indicador: Índice de satisfacción del sistema transmisible el cual fue entregado al finalizar el 2018. En el informe remitido por el enlace del proceso de Gestión Integral de Proyectos, no se evidenció análisis ni recomendaciones sobre el indicador 1257.

Adicionalmente, el proceso argumenta: *“Con respecto al indicador 1152 la OAP no observa las evidencias o argumentos para afirmar que este indicador no aporta al cumplimiento del objetivo, ya que el indicador está midiendo las actividades que dan cuenta de la implementación de los diferentes módulos del sistema ZIPA en el marco de la implementación de las buenas prácticas de gestión de proyectos que se indican en el objetivo del proceso y que han permitido que el sistema se consolide como la fuente oficial del Instituto en cuanto a la información de los proyectos. (Resolución 6277 de 2018)*

Debe considerarse que el requisito 9.1.1 de la NTC ISO 9001, permite que la entidad defina que necesita de seguimiento y cuándo se debe medir, permitiéndole a las áreas líderes del proceso establecer los indicadores que consideran pertinentes para el seguimiento del proceso. En este orden, este indicador fue configurado desde el año 2017 en el marco de la planeación estratégica del instituto.

Así entonces, se solicita retirar este hallazgo de incumplimiento para este proceso”.

Según lo mencionado por el auditado, el equipo auditor pudo evidenciar que el indicador 1152 ha presentado variaciones a través del tiempo, siendo distinto el nombre y el objetivo del indicador de 2017 al que se encuentra vigente hoy. Por otra parte, el objetivo del Proceso Gestión Integral de Proyectos indicado en la CP-GP-01 Caracterización Gestión Integral De Proyectos V2.0 es

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

“Implementar buenas prácticas de gestión de proyectos basadas en los lineamientos del Project Management Institute – PMI que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales, al mejoramiento integral de la organización y al mejoramiento del desempeño de los proyectos y/o etapas del ciclo de vida de los proyectos que desarrolla la entidad”. Se observa según la configuración del indicador 1152 Modelo de gerencia de proyecto ejecutado, cuyo objetivo es implementar el modelo gerencia de proyectos del IDU, a través de la ejecución de las diferentes actividades del plan diseñado en la institución para mejorar los resultados de desempeño de los proyectos, que usa la siguiente fórmula: (sumatoria % de actividades ejecutadas del plan de implementación del modelo de gerencia de proyectos / sumatoria % de actividades programadas del plan de implementación del modelo de gerencia de proyectos)* 100% y que la meta del indicador es Ejecutar el 100% de la actividades definidas para el año.

Se evidenció que el indicador 1152 mide el cumplimiento de actividades, no mide la implementación de buenas prácticas basadas en PMI, ni el aporte al cumplimiento de los objetivos institucionales, ni la contribución de estas prácticas al mejoramiento integral de la organización, ni muestra el mejoramiento en el desempeño de los proyectos. Es decir, no proporciona información acerca del cumplimiento del objetivo del proceso Gestión Integral de Proyectos.

Teniendo en cuenta las aclaraciones surtidas para cada una de las observaciones realizadas por el proceso, el equipo auditor considera que la No Conformidad N° 1, se mantiene.

Adicionalmente, es necesario que los informes de gestión basados en indicadores por procesos se gestionen de tal forma que el líder de proceso pueda hacer seguimiento al desempeño del proceso a través del análisis de los indicadores correspondientes, así éstos sean gestionados por diversas áreas de la entidad.

No conformidad N° 3: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas.

Frente a la acción N° 1226, la OAP argumenta: “Los documentos G y D, si hacen parte del alcance por cuanto se circunscriben a alguna de las etapas del ciclo de vida de los proyectos definidas en el alcance del proceso, (ejecución). La guía GUGI02 es el marco de referencia para los proyectos desarrollados por terceros que actualmente se monitorean a través del sistema ZIPA y el instructivo INGI02 sirve como instrumento para los proyectos de construcción y conservación cuyos contratistas no cumplen con el objeto de los contratos”.

El equipo auditor precisa que la GUGI02 y el INGI02, son dos de los cuatro documentos mediante los cuales durante el desarrollo de la auditoría se evidenció deficiencia en el control documental por cuanto la Acción 1226 se considera no efectiva. Frente a la consideración de tales documentos dentro del alcance del proceso, el equipo auditor verificó cada documento encontrando que tanto la GUGI02 como el INGI02 son documentos misionales, tal como se describe en el objetivo y alcance de los mismos. Por otra parte, uno de los análisis del Informe de indicadores de gestión del primer trimestre, es precisamente verificar la inclusión de tales documentos en el proceso, toda vez que éstos exceden el alcance del proceso; sin embargo, no se evidenció que tal recomendación haya sido analizada ni acogida a la fecha por el líder del proceso.

Ahora, respecto a las acciones N° 1151 – 1152, la OAP argumenta: “Las acciones formuladas se cumplieron y fueron efectivas ya que las acciones de mejora fueron implementadas y el alcance de las acciones a la fecha siguen vigentes. Por otro lado, no es obligatorio que siempre se documenten planes de

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

mejoramiento productos de las mesas de gobierno ZIPA, por lo que consideramos que no debiera ser un argumento para definir si las acciones 1151 y 1152 fueron efectivas o no”.

De acuerdo con lo anterior, el equipo auditor evidenció que las acciones fueron ejecutadas según lo planeado; sin embargo, no identificó la efectividad de tales acciones, toda vez que el proceso no cuenta con las actas de mesa de gobierno ZIPA para verificar si se hizo seguimiento a la mejora del proceso a través de la implementación de dichas acciones y tampoco se evidenciaron en el sistema CHIE nuevas acciones producto de algún ejercicio de autoevaluación del proceso, mediante las cuales se pueda verificar la efectividad de las acciones 1151 y 1152.

Teniendo en cuenta que según el procedimiento PR-MC-01 una acción se considera cerrada cuando se ha podido verificar su efectividad, el equipo auditor considera que no hay evidencias para declarar el cierre de las acciones 1151 y 1152. Por tal razón, el equipo auditor considera que la No Conformidad N° 3 se mantiene.

3.6.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| NC1 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación</p> <p>9.1.1 Generalidades: <i>“La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos”.</i></p> <p>CP-GP-01 Caracterización Gestión Integral de Proyectos V2.0.</p> <p>Objetivo del proceso: <i>“Implementar buenas practicas del PMI que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales, al mejoramiento de la organización y al mejoramiento del desempeño de los proyectos.”</i></p> <p>Actividad crítica N° 4 Evaluar Indicadores de Gestión. <i>“Aplicar indicadores de gestión para evaluar el estado y avance. El resultado de los indicadores permite tomar decisiones para asegurar el cumplimiento del objetivo del proceso y realizar un mejoramiento</i></p> | <p>No Conformidad N° 1. Deficiencias en el análisis y evaluación de los indicadores establecidos para el proceso.</p> <p>Se evidenció en el informe basado en indicadores de gestión del primer trimestre de 2019, generado para la Oficina Asesora de Planeación OAP, que no se realizó el reporte y análisis del indicador 1257 <i>“Satisfacción con los proyectos IDU como aporte en la mejoría de calidad de vida de los ciudadanos”</i>, a cargo de Gestión Integral de Proyectos y que este indicador, al igual que el indicador 1152 <i>“Porcentaje de ejecución del Plan de trabajo de la gestión integral de proyectos”</i>, no proporcionan información acerca del cumplimiento del objetivo del proceso Gestión Integral de Proyectos, incumpliendo lo definido en la actividad crítica N° 4 de la caracterización del mismo y lo establecido en el numeral 9.1.1 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual genera incertidumbre frente al cumplimiento del objetivo del proceso y la toma de acciones para la mejora del mismo.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|---|
| | <i>continuo. Evaluar periódicamente el desempeño de las áreas y de los proyectos gestionados con el fin de determinar la efectividad de las acciones implementadas e incorporar procesos de mejora adicionales”.</i> | |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. “La organización debe planificar: a) Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) La manera de: 1. Integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad y 2. Evaluar la eficacia de estas acciones”.</p> <p>MG-PE-18 Manual de Administración del Riesgo.</p> <p>6.7 Gestión de Eventos de Riesgos Materializados (ERM): “Las dependencias deberán reportar a la OAP los eventos de riesgo ocurridos en el formato de la matriz de riesgos que corresponda y específicamente en la sección de seguimiento. El reporte de seguimiento tendrá una periodicidad igual al seguimiento que se realiza para los riesgos de corrupción. Las dependencias deberán reportar a otras partes interesadas según corresponda, por ejemplo, a las áreas de control disciplinario, o antes de control externos”</p> | <p>No Conformidad N° 2. Se evidenció materialización de los riesgos de Gestión G.GI.01 y G.GI.02, sin reporte a la Oficina Asesora de Planeación OAP.</p> <p>Se evidenció materialización de los riesgo G.GI.01 “No registrar información de manera oportuna y/o registrar información inexacta o incompleta del desempeño de los proyectos en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos ZIPA” y G.GI.02 “Tener documentación del proceso no alineada con la realidad operativa del mismo”, sin reporte de materialización a la Oficina Asesora de Planeación, según monitoreo cuatrimestral realizado el 02/05/2019, incumpliendo lo definido en el numeral 6.7 del MG-PE-18 Manual de Administración del Riesgo y en el numeral 6.1.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede generar incertidumbre respecto a la información real de eventos materializados a nivel organizacional.</p> <p>Lo anterior, teniendo en cuenta que en desarrollo de la auditoría, se evidenciaron alertas del sistema ZIPA por atraso en el reporte de información, puesto que de 19 proyectos en etapa de construcción y estado del contrato en ejecución, 5 cuentan con un atraso en el cargue de información superior a 12 días y 3 con atraso entre los 7 y los 12 días, para un porcentaje del 26.31% y 15.78 % respectivamente, que evidencian la materialización del riesgo G.GI.01</p> <p>Por su parte, frente al riesgo G.GI.02, en la revisión realizada por el equipo auditor de la documentación del proceso, se identificaron falencias en la documentación del proceso, relacionadas con fallas en el control y actualización.</p> |
| NC3 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad</p> <p>10.2.1 “Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: (...) b) evaluar la necesidad de acciones</p> | <p>No conformidad N° 3: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas.</p> <p>Se evidenció que la acciones N° 1226, 1551 y 1552 no fueron efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, las desviaciones asociadas han sido recurrentes,</p> |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|---|--|
| | <p><i>para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte”.</i></p> <p>PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.</p> <p>1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento: <i>“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”.</i></p> | <p>incumpliendo lo definido en el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015 y en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PR-MC-01, situación que puede generar que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen y afecten en mayor medida el desempeño del proceso.</p> <p>Los hallazgos de las acciones en mención, se encuentran relacionados con falta de control y actualización de la información documentada de los procesos del IDU y falta de documentación de las acciones de mejora tomadas en desarrollo de la mesa de gobierno ZIPA.</p> |

3.7 PROCESO GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN

La auditoría se realizó con énfasis en las siguientes actividades críticas y servicios ofrecidos por el proceso:

Actividad crítica N° 7. Cobrar y Recaudar

Revisado el saldo a 31 de abril de 2019 de las cuentas por cobrar, por concepto de contribución por valorización, éste asciende a **\$524.122.817.924,79** 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 Acuerdo de Valorización:

Tabla N° 1. Cartera por Acuerdo de Valorización

| Concepto | Saldo de cartera al 30/04/2019 Valor en pesos \$ |
|--------------------|---|
| Beneficio General | 300.460.044,71 |
| Acuerdo 25 de 1995 | 1.172.090.867,06 |
| Obra por tu Lugar | 16.017.564,00 |
| Acuerdo 48 de 2001 | 550.743.460,11 |

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



| Concepto | Saldo de cartera al 30/04/2019 Valor en pesos \$ |
|----------------------|---|
| Acuerdo 180 de 2015 | 3.578.142.299,59 |
| Acuerdo 398 de 2009 | 1.159.026.615,41 |
| Acuerdo 523 de 2013 | 13.413.376.643,91 |
| Acuerdo 724 de 2018 | 503.932.960.430,00 |
| Total Cartera | 524.122.817.924,79 |

Fuente: Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad Elaboración Equipo Auditor

Se verificó la conciliación del reporte del proceso a la Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad encontrando coherencia entre el Acuerdo, la antigüedad y el saldo de registros contables del aplicativo STONE Gestión Financiera.

Por otra parte, se observó el acta del Comité de Control Financiero Contable y de Inventarios del 13 de diciembre de 2018, en el cual, se trataron los siguientes temas entre otros:

El Director Técnico de Apoyo a la Valorización y la Subdirectora Técnica de Operaciones (e), en los numerales 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 del orden del día, “[...] someten a consideración del Comité de Sostenibilidad Contable y de Inventarios, la depuración de 1.207 registros, cuyo valor asciende a \$37.384.812, originados en la contribución por beneficio local, ordenada en el Acuerdo 180 Fase I; la depuración de 4.636 registros, cuyo valor asciende a \$742.125.549, originados en la contribución de valorización por beneficio local, ordenada en el Acuerdo 180 Fase II y la depuración de 1.946 registros, cuyo valor asciende a \$716.707.897, originados en la contribución por beneficio local, ordenada en el Acuerdo 451 de 2010. Los valores mencionados anteriormente corresponden a saldos a favor de los contribuyentes y los términos para que proceda la solicitud del contribuyente y su devolución, se encuentran vencidos”.

Así mismo, “someten a consideración del comité de sostenibilidad contable y de Inventarios, la depuración de 3.081 registros, por valor de \$290.436.087, que corresponden a pagos de asignaciones de Contribución de Valorización Acuerdos Anteriores 16 de 1990 y 31 de 1992, por Beneficio General; Acuerdo 25 de 1995, Acuerdo 48 de 2001, Acuerdo 398 de 2009 y Acuerdo 523 de 2013, por Beneficio Local, se solicita autorizar la cancelación de los saldos a favor de contribuyentes.”

El Comité aprobó por unanimidad “[...] recomendar a la Directora General la depuración de los recursos originados en los saldos a favor de contribuyentes, no reclamados y cuya posibilidad de adelantar cualquier acción administrativa o judicial que pretenda su devolución se encuentra fuera de términos y plazos establecidos en la normatividad vigente, presentados según los numerales 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 del orden del día. Igualmente, le solicita a la Subdirección Técnica de Operaciones, que elabore el acto administrativo de depuración, [...]”.

El proceso manifestó que mediante memorando 20195760092273 del 23/04/2019, la STOP envía a la STRT, la solicitud para la aplicación de los Resoluciones Números: 826,827, 830 y 831, de fecha 25/02/2019, con el fin de realizar la depuración de saldos a favor; sin embargo, el equipo auditor observó que, al mes de abril de 2019, esta depuración contable, no se ha realizado, por lo que se recomienda al proceso tramitar el saneamiento de saldos con ocasión del cobro de valorización.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Actividad crítica N° 8. Tramitar las Solicitudes y Reclamaciones

Esta actividad crítica está relacionada con las solicitudes radicadas por la ciudadanía, en las cuales manifiestan a la administración alguna inconformidad relacionada con el componente jurídico de la asignación, notificación o cobro de la contribución y de valorización, o en lo referente a los atributos prediales tenidos en cuenta al momento de la liquidación del gravamen.

El equipo auditor solicitó mediante caso Aranda N° 365656 el reporte de radicados de entrada en Orfeo, por el período comprendido de 01/01/2019 al 31/05/2019, para seleccionar los relacionados con la interposición de recursos de reconsideración, con ocasión al cobro de valorización del Acuerdo 724 de 2018, con base en ese reporte se seleccionaron aleatoriamente los siguientes 40 radicados:

20195260141042, 20195260149682, 20195260228962, 20195260255812, 20195260262872,
20195260265392, 20195260267422, 20195260275242, 20195260326182, 20195260334572,
20195260347662, 20195760239432, 20195760247792, 20195760268012, 20195760281532,
20195760290682, 20195760326872, 20195760334092, 20195760352742, 20195760362632,
20195760369852, 20195760371602, 20195760377372, 20195760393922, 20195760399992,
20195760405122, 20195760417122, 20195760428432, 20195760441562, 20195760446882,
20195760453012, 20195760499212, 20195760502022, 20195760514202, 20195760517012,
20195760576532, 20195760583942, 20195760590312, 20195760658172 y 20195760661222.

Con base en la muestra el equipo auditor realizó las siguientes actividades:

- Se consultó en el aplicativo Valoricemos el expediente relacionado con el radicado Orfeo seleccionado.
- Se identificó el Código homologado de identificación predial que asigna la Unidad Administrativa Especial de Catastro a cada predio del Distrito Capital, reconocido como CHIP.
- Se observaron en el aplicativo las actuaciones surtidas derivadas de análisis jurídico del recurso.
- Se asoció la respuesta en el aplicativo Orfeo a los recursos mediante la citación de notificación del Auto admisorio o inadmisorio, donde se describe el número del auto y la fecha. El equipo auditor no identificó en los aplicativos (Valoricemos y Orfeo) la digitalización del Auto, la información descrita en el cuadro siguiente se tomó de la comunicación.
- Se realizó un cálculo de días de respuesta desde la interposición del recurso hasta la fecha de emisión de la comunicación al contribuyente. (fechas tomadas del Sistema de Gestión Documental Orfeo).
- Para los radicados 20195260262872, 20195760405122, 20195760441562, 20195760453012, 20195760502022, 20195760514202, 20195760517012, 20195760558882, 20195760658172, 20195760661222, al no estar la respuesta asociada en Orfeo y no reflejada en el aplicativo Valoricemos, el equipo auditor cuestionó al proceso mediante correo electrónico la actuación procedida y el proceso dio respuesta el 21 de junio de 2019, con la información pertinente para cada solicitud.

Como resultado de las pruebas anteriormente realizadas por el equipo auditor describe en el siguiente cuadro la muestra y los vínculos de gestión de los recursos de reconsideración evidenciados:

Tabla N° 2. Muestra de Recursos de reconsideración Acuerdo 724 de 2018

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| RADICADO ENTRADA | FECHA | EXPED. | CHIP | ACT. | FECHA AUTO | NUMERO AUTO | RADICADO CITACIÓN | FECHA RADICADO | DIAS RTA |
|------------------|------------|--------|--------------|------|------------|-------------|-------------------|----------------|----------|
| 20195260141042 | 13-02-2019 | 776831 | AAA0074NAOE | A | 15/02/2019 | 158194 | 20195660122141 | 25/02/2019 | 12 |
| 20195260149682 | 14-02-2019 | 776925 | AAA0236YOWWW | A | 21/02/2019 | 776925 | 20195660174371 | 12/03/2019 | 26 |
| 20195260228962 | 05-03-2019 | 778288 | AAA0036WRMS | A | 27/03/2019 | 159562 | 20195660295911 | 15/04/2019 | 41 |
| 20195260255812 | 11-03-2019 | 778320 | AAA0074TWMS | A | 27/03/2019 | 159576 | 20195660273141 | 10/04/2019 | 30 |
| 20195260262872 | 12-03-2019 | 779779 | AAA0037AMTO | A | 3/04/2019 | 160746 | 20195660357441 | 2/05/2019 | 51 |
| 20195260265392 | 12-03-2019 | 779349 | AAA0036YUWWW | A | 12/03/2019 | 160153 | 20195660287401 | 12/04/2019 | 31 |
| 20195260267422 | 12-03-2019 | 777613 | AAA0037AHFZ | A | 18/03/2019 | 158896 | 20195660255111 | 5/04/2019 | 24 |
| 20195260275242 | 13-03-2019 | 778026 | AAA0058FOKL | A | 5/04/2019 | 160981 | 20195660362781 | 4/05/2019 | 52 |
| 20195260326182 | 21-03-2019 | 780603 | AAA0127CNWW | A | 11/04/2019 | 162050 | 20195660491321 | 28/05/2019 | 68 |
| 20195260334572 | 21-03-2019 | 780532 | AAA0123XLHY | A | 10/04/2019 | 161714 | 20195660504191 | 29/05/2019 | 69 |
| 20195260347662 | 27-03-2019 | 783848 | AAA0058JJTD | A | 25/04/2019 | 165269 | 20195660565851 | 11/06/2019 | 76 |
| 20195760239432 | 07-03-2019 | 777529 | AAA0058DBRJ | A | 18/03/2019 | 158927 | 20195660255321 | 5/04/2019 | 29 |
| 20195760247792 | 08-03-2019 | 777805 | AAA0058MWNX | A | 4/04/2019 | 160825 | 20195660295361 | 15/04/2019 | 38 |
| 20195760268012 | 12-03-2019 | 777920 | AAA0037ALOM | A | 19/04/2019 | 159080 | 20195660276701 | 10/04/2019 | 29 |
| 20195760281532 | 14-03-2019 | 777917 | AAA0036TFWW | A | 1/04/2019 | 159774 | 20195660311781 | 22/04/2019 | 39 |
| 20195760290682 | 15-03-2019 | 778816 | AAA0036TJHK | A | 1/04/2019 | 160001 | 20195660311101 | 22/04/2019 | 38 |
| 20195760326872 | 21-03-2019 | 779216 | AAA0126YEPA | A | 1/04/2019 | 159895 | 20195660304241 | 16/04/2019 | 26 |
| 20195760334092 | 21-03-2019 | 780888 | AAA0123XMLF | A | 12/04/2019 | 162357 | 20195660472121 | 23/05/2019 | 63 |
| 20195760352742 | 27-03-2019 | 779878 | AAA0058ELFT | A | 4/12/2019 | 160783 | 20195660339521 | 29/04/2019 | 33 |
| 20195760362632 | 28-03-2019 | 782364 | AAA0036UNHY | I | 25/04/2019 | 163258 | 20195660387371 | 10/05/2019 | 43 |
| 20195760369852 | 28-03-2019 | 782216 | AAA0036URMS | I | 26/04/2019 | 163907 | 20195660392941 | 13/05/2019 | 46 |
| 20195760371602 | 29-03-2019 | 779929 | AAA0266LERJ | A | 8/04/2019 | 161235 | 20195660376271 | 8/05/2019 | 40 |
| 20195760377372 | 29-03-2019 | 780917 | AAA0035PXUZ | A | 11/04/2019 | 162215 | 20195660383601 | 9/05/2019 | 41 |
| 20195760393922 | 02-04-2019 | 781794 | AAA0074JMoe | A | 29/04/2019 | 164216 | 20195660411601 | 15/05/2019 | 43 |
| 20195760399992 | 03-04-2019 | 781234 | AAA0250HWEA | A | 25/04/2019 | 163426 | 20195660410111 | 15/05/2019 | 42 |
| 20195760405122 | 04-04-2019 | 782659 | AAA0097WSCX | I | 26/04/2019 | 163776 | 20195660615781 | 25/06/2019 | 82 |
| 20195760417122 | 05-04-2019 | 783756 | AAA0124HWBR | A | 3/05/2019 | 165177 | 20195660528521 | 5/06/2019 | 61 |
| 20195760428432 | 09-04-2019 | 781449 | AAA0124RCPP | I | 25/04/2019 | 163333 | 20195660393751 | 13/05/2019 | 34 |
| 20195760441562 | 10-04-2019 | 784229 | AAA0092TROM | A | 8/05/2019 | 165882 | 20195660606911 | 20/06/2019 | 71 |
| 20195760446882 | 11-04-2019 | 783581 | AAA0126MWKC | A | 2/05/2019 | 164924 | 20195660582341 | 14/06/2019 | 64 |
| | | 783196 | AAA0263EUSY | I | 10/05/2019 | 165767 | 20195660512251 | 31/05/2019 | 49 |
| 20195760453012 | 12-04-2019 | 784275 | AAA0263EURJ | A | 10/05/2019 | 165764 | 20195660501581 | 29/05/2019 | 48 |
| 20195760499212 | 26-04-2019 | 783422 | AAA0257EWNN | I | 3/05/2019 | 165131 | 20195660536871 | 6/06/2019 | 41 |
| 20195760502022 | 26-04-2019 | 782962 | AAA0228JMOM | A | 7/05/2019 | 165403 | 20195660571971 | 13/06/2019 | 48 |
| 20195760514202 | 30-04-2019 | 784460 | AAA0203FPKC | I | 17/05/2019 | 166044 | 20195660606331 | 20/06/2019 | 51 |
| 20195760517012 | 02-05-2019 | 784284 | AAA0097AELW | I | 10/05/2019 | 165775 | 20195660604231 | | |
| 20195760576532 | 10-05-2019 | 784421 | AAA0201THEP | I | 18/05/2019 | 168000 | 20195660560161 | 11/06/2019 | 32 |
| 20195760583942 | 13-05-2019 | 784447 | AAA0220WBHK | I | 17/05/2019 | 166027 | 20195660568871 | 12/06/2019 | 30 |
| 20195760590312 | 14-05-2019 | 784518 | AAA0247YSKC | A | 24/05/2019 | 166125 | 20195660536951 | 6/06/2019 | 23 |
| 20195760658172 | 28-05-2019 | 784595 | AAA0153JUWF | I | 30/05/2019 | 166217 | 20195660604311 | 20/06/2019 | 23 |
| 20195760661222 | 29-05-2019 | 784602 | AAA0163WHJZ | I | 6/06/2019 | 166269 | 20195660604291 | 20/06/2019 | 22 |

Fuente: Aplicativo Valoricemos y Gestión Documental Orfeo Elaboración Equipo Auditor

A: Admisión del Recurso

I: Inadmisión del Recurso

Resultados de la auditoría de la muestra:

1. Se observó que todos los Autos que Admiten o Inadmiten fueron tramitados al interior de la entidad, con fechas inferiores al mes siguiente de interposición del recurso de reconsideración, con un mínimo 0 días de emisión del Auto y un máximo de 29, con un promedio de 16 días en la gestión.
2. Se evidenció que los días de generación de respuesta de notificación del auto admisorio o de citación para notificación del auto inadmisorio, tiene un mínimo de 12 días, un máximo de 82, para un promedio de 43 días.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- Se observó que para los expedientes N° 779779, 778026, 780603, 780532, 783848, 780888, 783756, 784229, 783581 superan los 60 días, la emisión de comunicaciones para la notificación del auto admisorio, se recomienda agilizar las gestiones de notificación, que si bien es cierto no presentan un término perentorio, el contribuyente desconoce el resultado de la interposición del recurso.
- Para los expedientes relacionados con recursos inadmitidos mediante Autos 163258, 163907, 163776, 163333, 165131, 166044, 165775, 168000, 166027, 166217, 166269, correspondiente a los expedientes N°782364, 782216, 782659, 781449, 783422, 784460, 784284, 784421, 784447, 784595, 784602, respectivamente, se evidenció incumplimiento en los términos del Estatuto Tributario Nacional, Art. 726, Inadmisión del recurso *“En el caso de no cumplirse los requisitos previstos en el artículo 722, deberá dictarse auto de inadmisión dentro del mes siguiente a la interposición del recurso. Dicho auto se notificará personalmente o por edicto (...)”*.

El equipo auditor no desconoce que el Estatuto Tributario Nacional, no prevé término para la notificación personal; sin embargo, dado que el mismo artículo citado anteriormente otorga al contribuyente el derecho a interponer el respectivo recurso de reposición dentro de los 10 días siguientes y, dada la ausencia de norma expresa frente a la situación administrativa en concreto, cabe remitirse al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo C.P.A.C.A. , específicamente al Artículo 68, que dispone: *“Citaciones para notificación personal. Si no hay otro medio más eficaz de informar al interesado, se le enviará una citación a la dirección, al número de fax o al correo electrónico que figuren en el expediente o puedan obtenerse del registro mercantil, para que comparezca a la diligencia de notificación personal. El envío de la citación se hará dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acto, y de dicha diligencia se dejará constancia en el expediente”*, garantizando así el debido proceso del contribuyente al asegurarle conocer y ejercer una defensa efectiva ante la decisión administrativa.

- Se observaron diferencias en los registros del aplicativo Valoricemos en la pestaña “Actividades o diligencias de la Solicitud” y los registros en el sistema de Gestión Documental Orfeo relacionados con Recursos de Reconsideración del Acuerdo 724 de 2018, para los siguientes expedientes: 784460, 784284, 784554, 784595, 784602, 781449, 782364, 784421.
- Se evidenció en el expediente 781449, que se cambió la fecha en el aplicativo valoricemos, en el registro *“Citación para notificar auto inadmisorio”* en la casilla *“Observaciones”* indica *“SE REALIZA CAMBIO DE FECHA POR SOLICITUD DE JUAN SEBASTIAN MENDEZ AMAYA EL DIA 14/05/2019”*.
- De los expedientes seleccionados no se identificó en los aplicativos (Valoricemos y Orfeo) la digitalización del Auto que Admite o Inadmite el Recurso de Reconsideración.
- Se evidenció diferencia de registros del 21/06/2019 al 25/06/2019 como presunta anulación de registros contenidos en la pestaña “Actividades o diligencias de la Solicitud” del expediente 781449, relacionadas con las actividades *“09- CITACIÓN PARA NOTIFICAR AUTO INADMISORIO”*, *“08- AUTO QUE INADMITE”* Y *“10 -NOTIFICACIÓN PERSONAL DE AUTO INADMISORIO”*

Actividad crítica N° 10. Verificar los Indicadores de Gestión

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



En la caracterización del proceso, la descripción para esta actividad crítica, indica: “*Verificar cumplimiento del convenio, Verificar requisitos de los proponentes o participantes en los procesos contractuales*”, la cual no guarda relación con el objeto y alcance del proceso de Gestión de la Valorización y Financiación; se recomienda ajustar la caracterización acorde a la actividad que se gestiona.

De acuerdo con el cuadro de mando actualizado con corte a marzo/2019, se evidenció que el proceso cuenta con 24 indicadores, de los cuales 13 son de gestión y 11 son transversales, encontrando que de acuerdo con el seguimiento a la formulación de indicadores realizado por la OCI durante febrero y reportado a la OAP mediante correo electrónico del 04/03/2019, se tuvieron en cuenta las recomendaciones realizadas para los indicadores 56517, 5666.

Para los siguientes indicadores, se ratifican las siguientes recomendaciones:

- 56511 “Actos administrativos suscritos para cobro de intervención en Antejardines”: Se observó que el objetivo registra “*Suscribir los actos administrativos que ordenen el cobro por concepto de la intervención en antejardines, recibidos en debida forma (ficha Técnica) en la DTAV.*” Se recomienda que el objetivo registre acciones de medición, como por ejemplo: Hacer seguimiento, medir, determinar el nivel de cumplimiento, entre otros. El indicador es el mecanismo de medición, pero por sí solo, no busca Suscribir los actos administrativos que ordenen el cobro por concepto de la intervención en antejardines.
- 56518 “Recaudo de recursos de valorización aprobados por el Concejo”: Se observó que el objetivo del indicador está asociado a la meta del mismo. Se sugiere reformular el objetivo en cuanto a medir el nivel de recaudo del Acuerdo 724 de 2018. El indicador es el mecanismo de medición, pero por sí solo, no busca Recaudar el 40% del monto distribuible aprobado mediante el Acuerdo 724 de 2018.
- Para los indicadores 56520, 56521 relacionados con “*Recaudo Nuevo Acuerdo*” y “*Recursos de Reconsideración interpuestos resueltos*” respectivamente, se observó que las fórmulas son consistentes con lo que se pretende medir; no obstante, falta registrar el signo %.
- 5661 “Cartera vencida recuperada”: Se observó que el resultado del indicador estaría expresado en porcentaje; sin embargo, la fórmula debe ser ajustada para que se incluya el símbolo de “%”, ya que no lo contiene y de esta forma, el cálculo registraría un valor equivalente como resultado, tanto en su caracterización como en la hoja de vida del indicador. Además, la unidad de medida está asociada a la fórmula del indicador; no obstante, la unidad de medida de la meta es diferente. De acuerdo con lo indicado, la meta sería 13%, se recomienda, incluir el símbolo % en la fórmula y articular el valor de la meta inicial (\$) con la fórmula y la unidad de medida (%), y que el valor de la meta, en cantidad, se vea reflejado en el cuadro de caracterización de indicadores.
- 5665 “Expedientes sustanciados”: Se observó que el resultado del indicador estaría expresado en porcentaje; sin embargo, la fórmula debe ser ajustada para que se incluya el símbolo de “%”, ya que no lo contiene y de esta forma, el cálculo registraría un valor equivalente como resultado, tanto en su caracterización como en la hoja de vida del indicador, por otra parte, la unidad de medida está asociada a la fórmula del indicador; no

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



obstante, la unidad de medida de la meta es diferente. De acuerdo con lo indicado, la meta sería 1. Se recomienda incluir el símbolo % en la fórmula y articular el valor de la meta inicial con la fórmula y la unidad de medida (%), y que el valor de la meta, en cantidad, se vea reflejado en el cuadro de caracterización de indicadores.

- 5762 “Satisfacción ciudadana frente a la atención en los puntos de atención de valorización alcanzada”: Se observó que el objetivo del indicador está asociado a la meta del mismo. Se sugiere reformular el objetivo en cuanto a medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos en los puntos de atención de valorización. El indicador es el mecanismo de medición, pero por sí solo, no busca lograr el 80% de satisfacción de los ciudadanos. Por otra parte, en la fórmula no es claro el valor que se tomaría de referencia para el denominador. Con base en la meta establecida, se sugiere la siguiente fórmula: (Promedio del porcentaje de satisfacción ciudadana frente a la atención en puntos de valorización* 100%) / 80%, se recomienda registrar en el campo fuente que las encuestas aplicadas en los puntos de atención de valorización, son realizadas por la Oficina de Atención al Ciudadano – Oficina de Atención al Ciudadano.
- 5767 “Mejoramiento de canales de servicio al ciudadano”: Se observó que el objetivo del indicador está asociado a la meta del mismo. Se sugiere reformular el objetivo en cuanto a medir el nivel de atención o resolución de solicitudes de conceptos técnicos sobre acuerdos anteriores. El indicador es el mecanismo de medición, pero por sí solo, no busca Garantizar que el 90% de los conceptos técnicos de los Acuerdos Anteriores de Valorización que solicitan a la Subdirección Técnica de Operaciones, sean resueltos antes de los 30 días siguientes a su radicación.
- 5768 “Mejoramiento de canales de servicio al ciudadano”: Se sugiere reformular el objetivo en cuanto a medir el nivel de atención o resolución de requerimientos, con ocasión del Acuerdo 724 de 2018. El indicador es el mecanismo de medición, pero por sí solo, no busca resolver de manera oportuna, el 80% de los requerimientos que ingresen a la Subdirección Técnica de Operaciones, de competencia del IDU, con ocasión del Acuerdo 724 de 2018.
- 5769 “Recuperación de la cartera”: Se sugiere reformular el objetivo en cuanto a medir el nivel de trámite de las comunicaciones oficiales tipificadas como dirección incompleta o errada, relacionadas con los Acuerdos de Valorización. El indicador es el mecanismo de medición, pero por sí solo, no busca Tramitar trimestralmente el 90% de las comunicaciones oficiales tipificadas como dirección incompleta o errada, relacionadas con los Acuerdos de Valorización, a partir de la generación de nuevos envíos con el fin de garantizar una entrega efectiva.

Se verificó el desempeño de cada uno de los indicadores, reportado para el primer trimestre de 2019, encontrando que se cumplió la meta programada, excepto para los siguientes indicadores:

- 5661 “Cartera vencida recuperada”: En el primer trimestre de 2019 por Acuerdos Anteriores, Acuerdo 180, Acuerdo 398, Acuerdo 523, se recaudaron \$1.299’536.048, equivalente al 86,38% de lo proyectado (\$1.503.136.301).

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

- 5665 “Expedientes sustanciados”: Durante el primer trimestre de 2019, se sustanciaron 3.278 procesos de cobro coactivo en la STJEF, equivalente al 58,90% de lo proyectado (5.565).

Actividad crítica N° 11 Generar Acciones de Mejora

Planes de mejoramiento: La revisión del estado de las acciones de mejoramiento se realizó mediante consulta en el aplicativo CHIE: Planes de Mejoramiento, para 5 acciones que se encuentran en estado “*Terminado*”, pero no “*Cerrado*”. A continuación, se presentan los resultados de la evaluación de efectividad, de las acciones analizadas:

Tabla N° 3. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|---|--|
| 1609 | No atención requerimientos en chat y contestación extemporánea de peticiones | Gestionar ante la STRT, los ajustes que se consideren necesarios para el CHAT de valorización (Formato FO-TI-06) Fecha fin: 30/03/2019 | Se observó que se realizó el bloqueo de acceso al chat después de las 4:30 pm Incluir el horario de atención de manera más clara lunes a viernes de 7 am - 4:30 pm. Se cierra la acción toda vez que se considera efectiva |
| 1644 | Información desactualizada, Activos de Información del proceso | Realizar una socialización sobre el manejo del aplicativo CHIE-SGSI para los gestores y funcionarios Fecha fin: 30/05/2019 | Se observaron las listas de asistencia de las socializaciones realizadas por la STRT los días 22 y 29 de Abril y el 2 de mayo de 2019 para los usuarios del área, atendiendo la acción propuesta. Se cierra la acción toda vez que se considera efectiva |
| 1645 | Información desactualizada, Activos de Información del proceso | Realizar una verificación a los activos de información del área y ejecutar las actualizaciones necesarias Fecha fin: 30/05/2019 | Se observó la Creación de activos (usuarios nuevos) y Actualizaciones necesarias (usuarios ya creados). Se evidenció que los activos de información se encuentran actualizados y coinciden con la información que reposa en los equipos. Se cierra la acción toda vez que se considera efectiva |
| 1611 | Inconsistencia en información generada en el certificado de estado de cuenta para trámite notarial | Realizar la solicitud de ajuste de la nota de validez del Certificado de Estado de Cuenta para Trámite Notarial expedidos por página web y módulo ágil Fecha fin: 30/11/2019 | Se observó la solicitud del caso Aranda No. 312541 donde se solicitó el ajuste de la nota de validez del Certificado de Estado de Cuenta para Trámite Notarial expedidos por página web y el Módulo Ágil, con el nuevo caso No. 336159 del 6 de noviembre de 2018, recibiendo respuesta de la STRT el día 20 de noviembre, informando que ya se ajustó la nota sin modificar el código y se realizaron las pruebas pertinentes. Adicionalmente, el equipo auditor realizó pruebas al Módulo Ágil Interactivo, con resultado satisfactorio. |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|---|---|
| | | | Se cierra la acción, toda vez que se considera efectiva. |
| 1612 | Inconsistencia en información generada en el certificado de estado de cuenta para trámite notarial | Realizar seguimiento periódico mediante pruebas de impresión en el portal web y módulo ágil, de los Certificados de Estado de Cuenta para Trámite Notarial Fecha fin: 30/03/2019 | Se realizaron las pruebas de impresión en el portal web y módulo ágil, arrojando un resultado satisfactorio, para los CHIP: AAA0070KNDM, AAA0062JDTO, AA0033CMWF, AAA0033BYFZ, AAA0057NZNN, AAA0083KEDE. Se cierra la acción, toda vez que se considera efectiva |

Fuente: Aplicativo CHIE: Planes de Mejoramiento Elaboración Equipo Auditor

Riesgos de Gestión del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de gestión, se observó que el proceso cuenta con 4 riesgos en nivel inherente moderado y residual inferior.

- **G.VF.02- Que se presenten fallas en la comunicación e insuficiente divulgación del Acuerdo de Valorización.** Este riesgo cuenta con 2 controles, los cuales están implementados según lo definido, sin evidenciar materialización del mismo; este riesgo es compartido con las Oficinas Asesoras de Planeación y Comunicaciones.
- **G.VF.08- Que no se realicen las actividades pertinentes para el reintento de envío de los documentos devueltos por dirección errada en los actos de notificación, resoluciones o cuentas de cobro.** Este riesgo cuenta con 4 controles, los cuales están implementados según lo definido, sin evidenciar materialización del mismo; este riesgo está a cargo de las Subdirección Técnica de Operaciones, Jurídica y de Ejecuciones Fiscales y de la Dirección Técnica de Apoyo a la Valorización.
Se observó que en la matriz de riesgos de abril se retiró el control “Garantizar por parte de la STRT el correcto funcionamiento de los aplicativos de ORFEO y VALORICEMOS y registrar en la plataforma ARANDA los incidentes.” No obstante, el equipo auditor evidenció diferencias en los registros del aplicativo Valoricemos en la pestaña “Actividades o diligencias de la Solicitud” y los registros en el sistema de Gestión Documental Orfeo relacionados con Recursos de Reconsideración del Acuerdo 724/2018, para los siguientes expedientes: 784460, 784284, 784554, 784595, 784602, 781449, 782364, 784421, entre otros. Se recomienda evaluar la pertinencia de contar con este control con base en lo evidenciado.
- **G.VF.09- Que no se sustancie oportunamente las reclamaciones en el tiempo establecido por ley.** Este riesgo cuenta con 5 controles, los cuales están implementados según lo definido, sin evidenciar materialización del mismo; este riesgo está a cargo de la Subdirección General Jurídica y Subdirección Técnica Jurídica de Ejecuciones Fiscales.

En el desarrollo de la auditoría se evidenció para el siguiente expediente con respuesta a la solicitud del contribuyente con tiempo mayor a 60 días así: 780603, 780532, 783848, 780888, 782659, 783756, 784229, 783581 tiempo de radicado de respuesta 68, 69, 76, 63, 82, 61, 71, 64 respectivamente. De los expedientes relacionados corresponden a Autos de admisión del recurso excepto el expediente N° 782659, que presenta comunicación de citación y notificación de Auto Inadmisorio después de 82 días de interpuesto el recurso de

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



reconsideración, en presunta omisión a lo estipulado en el Estatuto Tributario Nacional en el artículo Art. 726. Inadmisión del recurso. *“En el caso de no cumplirse los requisitos previstos en el artículo 722, deberá dictarse auto de inadmisión dentro del mes siguiente a la interposición del recurso. Dicho auto se notificará personalmente o por edicto si pasados diez días el interesado no se presentare a notificarse personalmente, y contra el mismo procederá únicamente el recurso de reposición ante el mismo funcionario, el cual podrá interponerse dentro de los diez días siguientes y deberá resolverse dentro de los cinco días siguientes a su interposición Si transcurridos los quince días hábiles siguientes a la interposición del recurso no se ha proferido auto de inadmisión, se entenderá admitido el recurso y se procederá al fallo de fondo.”* Así como la Ley 1437 de 2011 “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo” en su Artículo 68. *“Citaciones para notificación personal. Si no hay otro medio más eficaz de informar al interesado, se le enviará una citación a la dirección, al número de fax o al correo electrónico que figuren en el expediente o puedan obtenerse del registro mercantil, para que comparezca a la diligencia de notificación personal. El envío de la citación se hará dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acto, y de dicha diligencia se dejará constancia en el expediente”*.

- **G.VF.15- Prescripción de la acción de cobro, por falta de gestión coactiva.** Este riesgo cuenta con 3 controles, los cuales se están implementando según lo definido, sin evidenciar materialización del mismo; este riesgo está a cargo de las Subdirección Técnica de Operaciones y la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos.

En todo caso, se recomienda realizar una descripción clara y precisa de los riesgos y los controles, utilizando las preguntas claves definidas en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

Riesgos de Corrupción del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de corrupción, se observó que el proceso cuenta con los siguientes 7 riesgos identificados:

- **C.VF.01** Que por extralimitación se realicen cambios en el proyecto de Acuerdo de Valorización o en el alcance de las obras. Zona Riesgo Inherente *“MODERADA”*
- **C.VF.03** Manipular o alterar la información de los predios en cuanto a los factores y atributos requeridos para la liquidación y/o visita de verificación, omitiendo o extralimitándose en funciones u obligaciones contractuales, con el fin de beneficiar un particular. Zona Riesgo Inherente *“ALTA”*
- **C.VF.04** Que por omisión se expidan paz y salvos de predios con deuda pendiente, con el fin de favorecer un tercero. Zona Riesgo Inherente *“ALTA”*
- **C.VF.05** Emisión de conceptos técnicos omitiendo los procedimientos definidos, con la intención de favorecer un contribuyente en cuanto a factores gravables. Zona Riesgo Inherente *“BAJA”*.
- **C.VF.06** Manipular o excluir la información de los intereses, afectando la liquidación, con el ánimo de beneficiar a un tercero. Zona Riesgo Inherente *“MODERADA”*
- **C.VF.07** Afectación en la tradición de inmuebles sin que la contribución de valorización haya sido cancelada por el interesado, para favorecer a terceros. Zona Riesgo Inherente *“BAJA”*.
- **C.VF.08** Omitir o extralimitarse en la elaboración y aprobación de un acto administrativo con contenido no congruente con la normatividad con el ánimo de favorecer a un particular. Zona Riesgo Inherente *“MODERADA”*.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

De acuerdo con el seguimiento a riesgos de corrupción, realizado por la OCI en mayo de 2019 y según el monitoreo cuatrimestral realizado por la dependencia, el riesgo no se ha materializado, encontrando evidencias de la implementación de los controles.

Se observó que los riesgos C.VF.05 y C.VF.07 está calificado como riesgo inherente Bajo, no obstante, se recuerda que según el numeral 3.1.3 de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, define “*Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico (...)”, siendo necesario revisar la calificación del riesgo, clasificado en nivel de riesgo inherente y residual “Bajo”.*”

Riesgos de Seguridad de la Información del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de Seguridad de la Información, se observó que el proceso retiró durante el mes de abril de 2019 los riesgos I.VF.01-*Manipulación indebida o no autorizada de datos en el sistema valoricemos* y el riesgo I.VF.04-*Fallas en el sistema de información y aplicaciones institucionales*, indicando en la matriz “*R.I.01: Se retira el riesgo, dado que no son competencia del proceso y por lo tanto, no se puede realizar controles sobre el mismo, R.I.04: Se retira el riesgo, dado que no son competencia del proceso y por lo tanto, no se puede realizar controles sobre el mismo*”

En la circular 8 de 2016 (20165050000084 del 3/03/2016), se notifica el protocolo de seguridad de la información relacionados con seguridad de la información, donde indica: “(...)

1. *Los Sistemas de Información son activos de información de alta criticidad, dado que ellos apoyan y soportan la operación de los diferentes procesos de la Entidad.*
2. *Se asigna la responsabilidad y propiedad de los sistemas de información a las áreas que lideran los procesos, con el fin de mantener la confidencialidad, integridad y disponibilidad de cada sistema de información, ajustado a las necesidades de la institución.*
1. **“DESIGNACIÓN DE PROPIETARIOS:** *Se entiende por propietario a aquella persona o responsable del área o proceso en la estructura administrativa de la entidad; en este sentido se le otorga la propiedad de los sistemas de información a cada uno de los jefes directos del área que utiliza dicho sistema para su gestión, de la siguiente manera:*

| ÍTEM | NOMBRE | DESCRIPCIÓN | PROPIETARIO |
|------|---|---|--|
| 1 | VALORICEMOS -Sistema de Valorización | Sistema para la gestión y administración de los procesos que soportan el cobro de Valorización. | Dirección Técnica de Apoyo a la Valorización |

Según la circular 8 de 2016, es responsabilidad del proceso mantener la confidencialidad, integridad y disponibilidad del sistema de valorización Valoricemos.

Se recomienda evaluar el retiro de los riesgos asociados a la seguridad de la información, teniendo en cuenta la circular 8 de 2016.

Control de salidas no conformes. De acuerdo con el FO-AC-014 Plan de Calidad para el tratamiento de salidas no conformes, se observó que entre los meses julio 2018 a mayo de 2019, el proceso identificó y reportó un total de 49 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:

Tabla N° 4. Salidas no conformes reportadas por el proceso

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



| Salidas no conformes | Nº reportes |
|---|-------------|
| Calificadoras de servicio (DIGITALBOX) punto de atención IDU calle 22 | 2 |
| CECTN (paz y salvo) destino 02, 05 y 06 | 4 |
| Certificado de Estado de Deuda (CDA) | 14 |
| Distribución de documentos para la notificación, cobro y recaudo de la valorización. | 11 |
| Estadísticas y reportes de servicio generadas por las calificadoras (DIGITALBOX) punto de atención IDU calle 22 | 1 |
| Expediente/ Certificado de Deuda Actual | 1 |
| Formas ILIQ e IFAC para liquidación de cuentas de cobro de valorización | 1 |
| Gestión Cálculo Nivel Geoeconómico Predios Engativá AC180 solicitud 915-33828. | 1 |
| Impresión cuenta de cobro | 3 |
| Información pantallas punto de atención IDU calle 22 | 3 |
| Liquidación y facturación mensual de valorización | 1 |
| Módulo Ágil Interactivo | 7 |
| Total Salidas No Conformes | 49 |

Fuente: BD Salidas no conformes reportadas por el proceso

Se verificó que el formato FO-AC-014 Plan de calidad para el trámite de no conformes, presenta fecha de elaboración 02/09/2015, por lo cual se recomienda actualizar el mismo, toda vez que pueden surgir otras situaciones catalogadas como servicios no conformes, que ameriten ser incluidas en el mismo.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Subsistema de Gestión de Calidad

- **Información documentada:** Se evidenció que los procedimientos del proceso de Gestión de Valorización y Financiación: PRVF07 “Gestión del Cobro Coactivo V2”. PR-VF-04 – “Recuperación de Cartera V.3”, PR-VF-01- “Procedimiento Trámite de Reclamaciones Interpuestas con Ocasión de la Asignación de la Contribución de Valorización V.2”, no se encuentra identificado el Acuerdo 724 de 2018, por medio del cual se asigna una Contribución de Valorización por Beneficio Local, ordenada por el Concejo de Bogotá D.C., a los predios ubicados en el Eje Oriental El Cedro, Eje Córdoba y Eje Zona Industrial, adicionalmente para el procedimiento PR-VF-01 se hace referencia al Manual “MG-IDU-9 Reclamaciones V 1.0”.el cual está derogado.
- **Revisión Normograma:** El equipo auditor realizó una verificación del Normograma del proceso, verificando la identificación y actualización de los requisitos legales y/o normativos asociados a la normatividad aplicable vigente.

Una vez revisada las políticas operaciones, se puede establecer que las actualizaciones del Normograma Institucional, se debe realizar semestralmente, en los meses de abril y octubre de cada año. Se evidenció, que en el Normograma del Proceso de Gestión de Valorización y Financiación, publicado en la intranet de fecha de actualización de mayo de 2019, no se encuentra identificado el Acuerdo 724 de 2018, por medio del cual se asigna una Contribución de Valorización por Beneficio Local, ordenada por el Concejo de Bogotá D.C.,

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



a los predios ubicados en el Eje Oriental El Cedro, Eje Córdoba y Eje Zona Industrial, incumpliendo lo definido en la Política operacional del procedimiento PRGL04 Actualización y evaluación del Normograma Institucional.

Subsistema de Gestión Ambiental: Se evidenció que existen dos matrices de Aspectos e Impactos Ambientales; la versión 2.0 hace referencia al proceso de Gestión de la Valorización y Financiación, mientras la versión 1.0 no contiene este proceso. Cabe resaltar que en la matriz versión 2.0, no incluye aspectos ambientales para la nueva sede de la Calle 17.

Se verificó la correcta disposición de los residuos en los puntos ecológicos y el uso adecuado de papel reciclado.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Para la evaluación de este Subsistema, se aplicó una lista de verificación con los principales aspectos requeridos. (Cabe indicar que las fotos son evidencia de la auditoría y no necesariamente coincide con la percepción de las personas según la lista aplicada).

- En sede de la Calle 17, nueva sede, (Pisos 2 y 3) fueron evaluados 3 profesionales de las áreas, Subdirección Técnica de Operaciones y la Subdirección Técnica Jurídica y Ejecuciones Fiscales, a quienes se les aplicó la respectiva lista de verificación, de acuerdo con su percepción en cuanto a condiciones de SST, destacándose las siguientes situaciones para los diferentes aspectos:
 - **Iluminación:** las condiciones de iluminación son adecuadas para las diferentes tareas que se realizan
 - **Confort Térmico:** Los niveles de temperaturas son adecuados en las áreas de trabajo
 - **Ruido:** Los niveles de ruido son normales (se tiene el ruido normal generado desde la calle)
 - **Mecánico:** Las herramientas de trabajo son de buena calidad y se encuentran en buen estado. Se cuenta con adecuadas herramientas de oficina como grapadoras, perforadoras, tijeras, etc.
 - **Eléctricos:** Los cables eléctricos se encuentran protegidos y canalizados; las instalaciones eléctricas están protegidas; algunos cables no se encuentran debidamente amarrados, de tal forma que no presenten riesgo locativo; se cuentan con interruptores y tomacorrientes en buen estado y funcionando correctamente.

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |



- **Biológico:** Se verificó la correcta disposición de los residuos en los puntos ecológicos.
- **Orden y Aseo:** Se verificó que los puestos de trabajo se encuentran libres de obstáculos y los elementos están almacenados de forma adecuada; los equipos y herramientas de trabajo están limpios, en buen estado y ubicados en los sitios disponibles para su almacenamiento; los puestos de trabajo se encuentran debidamente aseados (incluye estantes, cajones, paredes, detrás de mesas, cables, equipos).



- **Saneamiento:** El número de sanitarios están en proporción de uno por cada 15 trabajadores; los servicios sanitarios están discriminados por sexos; se tiene un programa sistemático para el control de plagas; el almacenamiento de basuras se hace en lugares con buena ventilación e iluminación; los sitios de almacenamiento de basuras cuentan con un programa de orden y aseo.
- **Condiciones Locativas:** Se cuenta con escaleras en cantidad suficiente y ofrecen las debidas condiciones de solidez, estabilidad y seguridad; los ascensores se encuentran en buen estado; los pisos de las áreas de trabajo están libres de huecos, desniveles y obstáculos; los techos están limpios, libres de goteras y sin grietas.
- **Químico:** Existen implementos de aseo (sustancias químicas) dispuestas en los baños; las sustancias almacenadas no se encuentran envasadas en recipientes originales o debidamente etiquetados.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |



Existen implementos de aseo (sustancias químicas) dispuestas en los baños; las sustancias almacenadas no se encuentran envasadas en recipientes originales o debidamente etiquetados.

- **Emergencias:** Las áreas cuentan con señalización de emergencias; existe extintores en cada uno de los pisos; no se ha realizado simulacro a fin de poder identificar el procedimiento de notificación de emergencia; los funcionarios y contratistas no conocen los sonidos de alarma y alerta que existen en la oficina.
- **Inspección general de elementos de emergencia:** En los pisos de esta sede no se cuenta con camillas ni inmovilizadores en caso de una emergencia; no se han realizado pruebas de alarma; no se cuenta con señalización de evacuación; no se conoce cuál sería el punto de encuentro en caso de una emergencia; se cuenta con gabinete contra incendio, el cual tiene manguera con boquilla, hacha, extintor. Se cuenta con un solo botiquín ubicado en el segundo piso del edificio. Sólo se cuenta con una señal de ruta de evacuación ubicada en el primer piso.



| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



En los pisos de esta sede no se cuenta con camillas ni inmovilizadores en caso de una emergencia; no se han realizado pruebas de alarma; no se cuenta con señalización de evacuación; no se conoce cuál sería el punto de encuentro en caso de una emergencia; se cuenta con gabinete contra incendio, el cual tiene manguera con boquilla, hacha, extintor. Se cuenta con un solo botiquín ubicado en el segundo piso del edificio. Sólo se cuenta con una señal de ruta de evacuación ubicada en el primer piso.

- En sede de la Calle 20 (Pisos 7, 8 y 9) fueron evaluados 4 profesionales del área de Subdirección Técnica de Operaciones y la Subdirección Técnica Jurídica y Ejecuciones Fiscales, a los cuales se les aplicó la respectiva lista de verificación, destacándose las siguientes situaciones para los diferentes aspectos:
 - **Iluminación:** las condiciones de iluminación son adecuadas para las diferentes tareas que se realizan.
 - **Confort Térmico:** Los niveles de temperaturas son adecuados en las áreas de trabajo.
 - **Ruido:** Los niveles de ruido son normales (se tiene el ruido normal generado desde la calle)
 - **Mecánico:** Las herramientas de trabajo son de buena calidad y se encuentran en buen estado. Se cuenta con adecuadas herramientas de oficina como grapadoras, perforadoras, tijeras, etc.
 - **Eléctricos:** Los cables eléctricos se encuentran protegidos y canalizados; las instalaciones eléctricas están protegidas, se cuentan con interruptores y tomacorrientes en buen estado y funcionando correctamente.
 - **Biológico:** Se verificó la correcta disposición de los residuos en los puntos ecológicos.
 - **Orden y Aseo:** Se verificó que los puestos de trabajo se encuentran libres de obstáculos y los elementos están almacenados de forma adecuada; Los equipos y herramientas de trabajo están limpios, en buen estado y ubicados en los sitios disponibles para su almacenamiento; algunos puestos de trabajo no se encuentran debidamente organizados (están dispuestos cajas, elementos de oficina y presentan desorganización de los mismos).

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |



Se observa que algunos puestos de trabajo no se encuentran debidamente organizados, generando mal aspecto y acumulación de cajas y elementos de oficina que no deberían estar en dichos puestos, evidenciado en la sede calle 22.

- **Saneamiento:** El número de sanitarios están en proporción de uno por cada 15 trabajadores; los servicios sanitarios están discriminados por sexos; se tiene un programa sistemático para el control de plagas; el almacenamiento de basuras se hace en lugares con buena ventilación e iluminación; los sitios de almacenamiento de basuras cuentan con un programa de orden y aseo.
- **Condiciones Locativas:** Se cuenta con escaleras en cantidad suficiente y ofrecen las debidas condiciones de solidez, estabilidad y seguridad; los ascensores se encuentran en buen estado; los pisos de las áreas de trabajo están libres de huecos, desniveles y obstáculos; los techos están limpios, libres de goteras y sin grietas.
- **Químico:** Existen implementos de aseo (sustancias químicas) dispuestas en los baños; las sustancias almacenadas no se encuentran envasadas en recipientes originales o debidamente etiquetados.
- **Emergencias:** No existe áreas que cuenten con señalización de emergencias; existe extintores en cada uno de los pisos; los funcionarios y contratistas están debidamente socializados en caso de conato de emergencia; conocen las diferentes situaciones que se pueden presentar y cómo actuar en caso de una necesidad; los funcionarios y contratistas tienen identificados los sonidos de alarma y alerta que existen en el edificio.
- **Inspección general de elementos de emergencia:** El equipo auditor observó en los pisos de esta sede que se cuenta con camillas, las cuales no tienen inmovilizadores en caso de una emergencia; sin embargo, la camilla del piso 9 se encuentra mal ubicada y

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

sobre el piso. Se cuenta con señalización de evacuación, se conoce cuál sería el punto de encuentro en caso de una emergencia; no obstante, no se cuenta con gabinete contra incendio; se cuentan con botiquín ubicado en cada uno del piso; no obstante, algunos de éstos se encuentran mal ubicados o se encuentran abiertos sin ningún tipo de seguridad. Se cuentan con extintores en cada uno de los pisos.



Se observó ubicación inadecuada de la camilla correspondiente al piso 9; esta se encuentra sobre el piso y los botiquines de los pisos 9, 8 y 7 se encuentran sin ningún tipo de seguridad; el edificio no cuenta con gabinetes contraincendios.

Subsistema Gestión de Seguridad de la Información: Para la evaluación de este Subsistema, se aplicó una lista de verificación con los principales aspectos requeridos.

- **Respaldo de la información:** No se observó que el proceso, durante el periodo evaluado, haya solicitado la generación de copias de seguridad, aun cuando cuenta con las siguientes carpetas compartidas para el respaldo de la información derivada de la gestión del mismo:
 - SS01CC02/Valorización/documentos/conceptotécnico.
 - Arcval/AcuerdosAnteriores.
 - Val/acuerdo180/398.
 - Val/coactivo.
 - Val/expedientes/2011, entre otros. Las cuales presentan permisos de modificación, lectura y/o escritura y consulta, con base en los roles y permisos gestionados a la Subdirección Técnica de Recursos tecnológicos.
- **Teletrabajo:** Según lo manifestado por el proceso, ningún funcionario realiza teletrabajo.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- **Inventario de activos** (Propiedad de los activos, Uso aceptable de los activos, Devolución de activos): según lo reportado por el proceso se observó que los activos de información fueron actualizados al 17 de mayo de 2019, así:

Tabla N° 5. Inventario de activos

| Dependencia | Activos de información (aprobados) | Activos de información (Baja Aprobada) |
|-------------|------------------------------------|--|
| DTAV | 20 | 39 |
| STOP | 130 | 7 |
| STJEF | 271 | 204 |

Fuente: Dirección Técnica de Apoyo a la Valorización Elaboración: Equipo Auditor

- **Revisión de los derechos de acceso de usuarios:** Según lo manifestado por el proceso cada funcionario tiene un perfil de acceso y gestión en el aplicativo valoricemos, de acuerdo al rol a desempeñar.
- **Terminación o cambio de responsabilidades de empleo:** el proceso cuenta con los siguientes contratos los cuales presentan la "Suscripción de cláusulas de confidencialidad y no divulgación de la información del Instituto así:

Tabla N° 6. Verificación cláusula de confidencialidad

| Contrato | Cláusula de confidencialidad |
|--|---|
| Para los contratos de Prestación de servicios –Apoyo a la Gestión | CONFIDENCIALIDAD: La información que le sea entregada o a la que tenga acceso EL CONTRATISTA en desarrollo y ejecución del presente contrato, goza de confidencialidad y, por tanto, solo podrá ser usada para fines inherentes a su actividad en desarrollo del contrato. La protección es indefinida, por lo que no se podrá hacer uso de ella ni durante la ejecución del contrato ni una vez finalizado, so pena que la entidad inicie las acciones administrativas /o judiciales a que haya lugar. |
| Contrato interadministrativo de prestación de servicios 1549 de 2018, celebrado entre el Instituto de Desarrollo Urbano - IDU y Servicios Postales Nacionales S.A. | Cláusula sexta, numeral 6 <i>“Mantener con carácter confidencial toda la información a la que tenga acceso en el desarrollo del presente contrato, la cual no podrá ser utilizada y divulgada a terceros. Acuerdo de confidencialidad ante terceros dando aplicabilidad del numeral 8.5.3 de la norma ISO 9001:2015 “Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos”, y Cláusula DÉCIMA CUARTA. – “CONFIDENCIALIDAD: Las partes que suscriben el presente Contrato acuerdan no revelar a terceros, ni utilizar directa o indirectamente la información confidencial a la que tengan acceso durante el desarrollo del mismo. Cada una de las partes responderá por el incumplimiento de esta obligación del personal que tenga a su cargo.”</i> |
| Contrato de prestación de servicios celebrado entre el Instituto de Desarrollo Urbano – IDU y DATA TOOLS S.A. IDU-1290-2019 | Cláusula doce, literal b, numeral 17 <i>“Guardar confidencialidad de la información (oral, gráfica o escrita o en cualquier otro medio) que se le suministre por parte del INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO — IDU, durante el tiempo de permanencia en las instalaciones de la Entidad o en el ejercicio de su labor (Acuerdo de Confidencialidad), sea revelada ni utilizada en asuntos particulares diferentes a los netamente contractuales, para lo cual, deberá igualmente adoptar las medidas de seguridad mínimas para que la información no sea copiada o duplicada por otros terceros no autorizados.”</i> |

Fuente: Sistema de Información y Acompañamiento Contractual-SIAC Elaboración: Equipo Auditor

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Generalidades 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 conocimientos de Sistema Integrado de Gestión. Mediante el uso de la herramienta Google drive en el apartado de formularios se generó un concurso mediante enlace a la en “Encuesta SIG” a través de correo electrónico de los funcionarios y/o contratistas.
- Se realizó un video denominado “*Reciclemos*” el cual fue socializado a los funcionarios y/o contratistas del proceso, donde se cuestionó lo siguiente:
 - “*Sabemos cómo reciclar*”
 - “*¿Lo estamos haciendo bien?*”
 - “*Preguntémosle a Doña Clara*”

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

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Mediante correo electrónico del 21/08/2019, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión SIG a los responsables/líderes operativos de los procesos. Mediante memorandos 20195660253583 y 20195650253813 del 22/09/2019 y 23/09/2019 respectivamente, 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 de términos para la notificación personal de actos administrativos relacionados con la Inadmisión de recursos de Reconsideración.

Manifiesta el proceso, lo siguiente:

“Señala en su informe que específicamente para los expedientes 783422, 784421, 781449, 784447, 782216, 782364, 782659, 84460, 784595, 784602 y 784284 se presentó en criterio de esa oficina auditora, un incumplimiento previsto respecto de la notificación personal de los autos inadmisorios, contraviniendo según se afirma el Art. 68 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo; sobre el particular es preciso señalar que si bien esta dependencia entiende que el grupo auditor no puede contar con todas las experticias que abarque la multiplicidad de tareas que debe acometer la entidad en ejercicio de la función administrativa que le ha sido asignada, la limitante arriba mencionada debería cuando menos tomar en cuenta las orientaciones y explicaciones que de manera prolija le fueron suministradas al equipo auditor en las diferentes oportunidades y mesas de trabajo, las cuales al parecer no fueron consultadas en el momento de la elaboración de este informe preliminar.”

En efecto la observación de no conformidad por el presunto incumplimiento de los términos para la notificación, me obliga a remitirme a la fijación de criterios básicos pero imperecederos de nuestro derecho positivo, que tiene definido que las normas especiales que regulan una materia específica priman sobre las generales. Así, si bien el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo regula

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



las actuaciones de la administración, tales pautas son de carácter general y se aplican a falta de norma especial que para nuestro caso es el Estatuto Tributario Nacional, que tiene establecido un procedimiento específico para las notificaciones en materia tributaria (Libro V título I Arts. 565 y s.s.).

En el mismo sentido la inadmisión del recurso de reconsideración tiene una regulación específica en la citada normatividad, que si bien exige que la decisión admisorio o inadmisorio se pronuncie dentro del mes siguiente a la interposición del recurso, no establece de ninguna manera un término perentorio para realizar la notificación de dicha decisión (Art. 724 E.T.N) y muy por el contrario determina que los términos previstos para que se adopte la decisión, no comprende, el tiempo necesario para la administración para la debida notificación de la providencia Art. 726-1 E.T.N.

La situación arriba descrita no solo está zanjada por la lectura textual de la norma, sino que además ha sido objeto de desarrollo jurisprudencial contenido en diferentes sentencias, incluso de reciente expedición como la sentencia 201700065 del 25 de julio de 2019 del Juzgado 42 Administrativo Oral del Circuito de Bogotá y la sentencia 22243 del 3 de mayo de 2018 del Consejo de Estado, que señalan que no resulta lógico exigir a la administración la notificación de los autos inadmisorios dentro de termino de 1 mes previsto para su expedición, o el de 15 días en el caso de la reposición contra el auto inadmisorio, dado no solo el volumen de las actuaciones que normalmente se realizan, si no la imposibilidad de obtener que los actos se suscriban simultáneamente con su elaboración y mucho menos que el sistema de correo haga entrega efectiva, en un plazo tan exiguo como el mencionado que le es aplicable.

Por lo anterior resulta claro que no existe ningún riesgo jurídico como se afirma en el informe auditor y por el contrario las actuaciones de la administración se encuentran enmarcadas dentro del ordenamiento legal que le es aplicable en razón de lo cual le solicito eliminar dicha inconformidad del respectivo informe.”

Realizado el análisis por parte del equipo auditor, en primer término, y para efectos de dar respuesta a la observación formulada, se dio estricta lectura a las disposiciones particulares citadas en el escrito, encontrando que el artículo 724 E.T.N, efectivamente, se refiere a la presentación del recurso de reconsideración y no a los términos para resolverlo; de otra parte, consultado el Régimen Legal de Bogotá D.C., sitio oficial de consulta para la Entidad, no se ubicó en el Estatuto Tributario Nacional, el artículo 726-1 citado.

Con el propósito de contextualizar la No conformidad, generada en el informe preliminar, se debe tener en cuenta el contenido del artículo 18 del Acuerdo 724 de 2018 (Por el cual se establece el cobro de una contribución de valorización por beneficio local para la construcción de un plan de obras, y se dictan otras disposiciones), que dispone: “ARTÍCULO 18.- ÁMBITO NORMATIVO. El procedimiento administrativo de asignación, cobro y recaudo de la contribución de valorización, se realizará de conformidad con lo establecido en el Decreto Distrital 807 de 1993 y las normas que lo adicionen, modifiquen o aclaren. Contra el acto administrativo de asignación procede el recurso de reconsideración previsto en dicha norma sin perjuicio de la solicitud de revocatoria directa que procederá en los términos de la referida normativa.” (subrayado fuera de texto).

Ahora bien, consultado el citado Decreto 807 de 1993, particularmente el artículo 106, dispone: “Artículo 106.- Trámite para la Admisión del Recurso de Reconsideración. Cuando el recurso de reconsideración reúna los requisitos señalados en el artículo 722 del Estatuto Tributario Nacional deberá dictarse auto admisorio del mismo, dentro del mes siguiente a su interposición; en caso contrario, deberá dictarse auto inadmisorio dentro del mismo término.

El auto admisorio deberá notificarse por correo. El auto inadmisorio se notificará personalmente o por edicto, si transcurridos diez días el interesado no se presentare a notificarse personalmente. Contra éste auto procede únicamente el recurso de reposición ante el mismo funcionario, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, y resolverse dentro de los cinco (5) días siguientes

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

a su interposición. El auto que resuelva el recurso de reposición se notificará por correo, y en el caso de confirmar el inadmisorio del recurso de reconsideración agota la vía gubernativa.

Si transcurridos los quince (15) días hábiles siguientes a la interpretación de recurso de reposición contra el autoinadmisorio, no se ha notificado el auto confirmatorio del de inadmisión, se entenderá admitido el recurso.”

Esta disposición conlleva a que se deba acudir al procedimiento establecido para el trámite de la notificación personal contemplado en el artículo 68 de C.P.A.C.A., como criterio definido de la No conformidad.

De otra parte, en cuanto a la Sentencia 22243 del 3/05/2018 del Consejo de Estado, se observa que plantea la exigibilidad para la administración de resolver el respectivo recurso de reconsideración dentro del término previsto de 1 año contado a partir de su presentación y que tal decisión incluye la notificación dentro del mismo periodo. Esta sentencia no se refiere al auto admisorio o inadmisorio, se refiere a la decisión de fondo del respectivo recurso, situación que no ha sido controvertida de manera alguna en el informe. Ahora bien, de la lectura de la sentencia, no se infiere que, expedido el acto administrativo, pueda la administración a su libre arbitrio esperar a notificarlo dentro del año previsto, ni sujetar a su voluntad el término del ejercicio legítimo del derecho de defensa de parte del ciudadano / contribuyente.

Adicionalmente, la aplicación de las normas procedimentales, particularmente las que regulan del derecho fundamental a la defensa y contradicción, no pueden estar sujetos a eximentes de trámite general aduciendo “que no resulta lógico exigir a la administración la notificación de los autos inadmisorios dentro de termino de 1 mes previsto para su expedición, o el de 15 días en el caso de la reposición contra el auto inadmisorio, dado no solo el volumen de las actuaciones que normalmente se realizan, si no la imposibilidad de obtener que los actos se suscriban simultáneamente con su elaboración y mucho menos que el sistema de correo haga entrega efectiva, en un plazo tan exiguo como el mencionado que le es aplicable.”

En consideración a lo anterior se mantiene la No Conformidad N° 1: Incumplimiento de términos para la notificación personal de actos administrativos relacionados con la inadmisión de recursos de reconsideración.

No conformidad N°2. Desactualización del Normograma del proceso

La DTAV registró lo siguiente en su respuesta: “Señala en su informe que se evidenció que en el Normograma del proceso de Gestión de Valorización y Financiación, no se encuentra identificado el Acuerdo 724 del 06 de diciembre de 2018, por medio del cual se asigna una Contribución de Valorización por Beneficio Local, ordenada por el Concejo de Bogotá D.C., a los predios ubicados en el Eje Oriental El Cedro, Eje Córdoba y Eje Zona Industrial, incumpliendo lo definido en la Política operacional del procedimiento PRGL04 Actualización y evaluación del normograma Institucional, en el sentido que el normograma se actualizará en abril y octubre de cada año, situación que podría afectar la información y conocimiento de las partes interesadas sobre normatividad aplicable al proceso.

Sobre el particular es importante mencionar que en mesa de trabajo realizada con el grupo auditor el 10 de julio de 2019, posterior a la auditoría, se acordó realizar la actualización del normograma la cual fue remitida mediante correo electrónico a la SGGC como líder del proceso el 22 de julio de 2019 para aprobación y posterior envío a la SGJ para su evaluación y publicación.

sin embargo, se informó al equipo auditor que toda la información del Acuerdo 724 de 2018 y sus anexos se encuentra alojada en la página web menú transparencia, por solicitud de esta Dirección Técnica a la

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Oficina Asesora de Comunicaciones OAC, mediante correo electrónico el pasado 27 de Diciembre de 2018, así mismo se hicieron nuevas inclusiones los días 13 de febrero (presentación power point del noviembre 2018) y 10 de abril de 2019 (fe de erratas en la memoria técnica) respectivamente, esta información permite la consulta de los ciudadanos y contribuyentes de todo lo referente al Acuerdo aprobado por la Administración Distrital.

Por lo anteriormente expuesto y considerando ya realizada la acción de mejora a la no conformidad, se solicita eliminarla del informe final.”

Al respecto, el equipo auditor precisa que, si bien esta actividad se interpreta como corrección a la no conformidad, es necesario definir una acción correctiva que elimine la causa generadora de la misma, para que esta situación no se vuelva a repetir, toda vez que podría inducir a error o imprecisiones en decisiones o documentos que se adopten al interior del proceso. No desconoce el equipo auditor la corrección realizada por el proceso auditado; no obstante, es necesario que se formulen acciones para que esta situación no se presente a futuro y que se fortalezcan los mecanismos de seguimiento y control frente a la actualización del normograma. En consideración de lo anterior, se ratifica la No Conformidad No. 2 Desactualización del Normograma del proceso.

No conformidad 3: Diferencias y debilidades en información registrada en el aplicativo valoricemos.

La STJEF registró lo siguiente en su respuesta: *“Señala su informe que existe una debilidad evidenciada en el sistema de información valoricemos como quiera que en los expedientes 784460, 784284, 784554, 784595, 784602, 781449, 782364, 784421 y 781449 se hallaron modificaciones a las fechas de registro de actividades, con la indicación del que realizo (sic) las modificaciones y a solicitud de que funcionario o contratista.*

Sobre el particular es del caso señalar que dichas modificaciones fueron halladas no necesariamente como consecuencia del trabajo auditor, si no que las mismas están expresamente señaladas en el aplicativo como modificaciones introducidas con indicación de los actores determinantes de las mismas.

Tal situación pone en evidencia no una debilidad del sistema de información como se pretende hacer ver, si no la transparencia y solidez de los registros, con mayor razón cuando dichas modificaciones son una consecuencia necesaria por la diferencia temporal que atañe a cualquier documento que se produce en la entidad, que va desde el momento en que se elabora o digita dicho documento hasta el momento en que este es firmado por el jefe de la dependencia.

Para todos los casos arriba mencionados, ocurrió precisamente que entre la fecha de elaboración del documento en ORFEO y la firma del mismo, transcurrieron varios días y es esta la razón por la cual los abogados sustanciadores solicitaron al técnico administrativo gestor, modificar finalmente la fecha en el aplicativo valoricemos precisamente para ser coherente la fecha en el registro valoricemos con la fecha en el registro de ORFEO.

Tan cierta es la situación que acabo de mencionar, que como bien es sabido por todos los funcionarios y contratistas de la entidad que operan el sistema ORFEO, este se encuentra parametrizado para asignar un número y fecha temporal en el momento de subir el documento, para luego finalmente asignar un número y fecha definitivo en el momento de suscribirse el documento.

Esta situación es ni más ni menos la misma que se presentó para los casos indicados, en donde se cambió la fecha final del documento una vez arrojada la definitiva por el sistema ORFEO.

Por lo anterior solicito eliminar dicha inconformidad del respectivo informe.”

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

En relación con el argumento presentado, frente a la diferencia temporal entre la elaboración o digitación de un documento y la firma del mismo, mediante el sistema de gestión documental ORFEO, se realizó la revisión de algunos radicados relacionados en la No conformidad, que fueron incluidos en la muestra, encontrándose la siguiente situación:

| No. de expediente | No. de radicado de ORFEO y fecha de firma mecánica generada en ORFEO | Fecha de oficio de Notificación aplicativo valoricemos |
|-------------------|--|--|
| 777805 | 20195660295361-15/04/2019 | 17/04/2019 |
| 778026 | 20195660362781-04/05/2019 | 06/05/2019 |
| 779779 | 20195660357441-02/05/2019 | 09/05/2019 |
| 783848 | 20195660565851-11/06/2019 | 14/06/2019 |

Como se evidencia en la tabla anterior, existe diferencia en la fecha de emisión del Oficio de notificación entre los 2 sistemas, en la que, para los ejemplos citados, la fecha del sistema Valoricemos supera a la registrada en el sistema de información ORFEO, situación que no corresponde a la generación del temporal, toda vez, que la fecha del temporal es anterior a la fecha de firma mecánica generada en ORFEO. Lo anterior refleja la inconsistencia de esta fecha para los 2 aplicativos, y en este sentido, afecta la integridad de la información.

Por otra parte, la trazabilidad de las comunicaciones (actuaciones entre la creación y su firma) es mantenida en ORFEO; sin embargo, si el proceso requiriera mantener dicha trazabilidad en el aplicativo Valoricemos, lo recomendable sería que se evidenciara en registros diferentes cuáles eran los valores originales, cuáles fueron los cambios generados y cuáles los definitivos, después de aplicar los cambios.

Con base en lo anterior, y tomando en cuenta que las situaciones evidenciadas reflejan debilidades de seguridad de la información en relación con la integridad de registros y el control de información documentada, se mantiene la no conformidad.

Por otro lado, el equipo auditor aclara al proceso que no solo para el expediente 781449 se evidenció la modificación en el registro correspondiente a la citación para notificar auto inadmisorio, en la casilla "Observaciones", sino también, para los casos que se relacionan a continuación:

| No. de expediente en el sistema Valoricemos | Información consignada en la casilla Observaciones |
|---|---|
| 777917 | SE REALIZA CAMBIO DE FECHA POR SOLICITUD DE ANDREA YERALDIN MURCIA MARTIN EL DÍA 24/04/2019 |
| 779349 | SE REALIZA CAMBIO DE FECHA POR SOLICITUD DE OSCAR MAURICIO BUITRAGO RAMIREZ EL DÍA 03/05/2019 |
| 776925 | SE AJUSTA NUMERO Y FECHA ANGELICA M SUAREZ MAR/19 SE AJUSTA HELENA GAMBA ABR 22/19. |

En consideración de lo anterior, el realizarse modificaciones en el sistema, sin dejar trazabilidad de la información previa y la justificación de las modificaciones, puede generar un riesgo a la integridad de la información registrada en el sistema.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



En resumen, se ratifica la No Conformidad No. 3 Diferencias y debilidades en información registrada en el aplicativo Valoricemos.

No conformidad 4: Debilidad en la identificación y trazabilidad de las salidas asociadas a los recursos de reconsideración.

La STJEF registró lo siguiente en su respuesta: “Señala su informe que en los expedientes 77683, 776925, 778288, 778320, 779779, 779349, 777613, 778026, 780603, 780532, 783848, 777529, 777805, 777920, 777917, 778816, 779216, 780888, 779878, 782364, 782216, 779929, 780917, 781794, 781234, 782659, 783756, 781449, 784229, 783581, 783196, 784275, 783422, 782962, 784460, 784284, 784421, 784447, 784518, 784595 y 784602, no se encuentra digitalizado el auto admisorio o inadmisorio, situación que puede dificultar la identificación de los actos administrativos y la trazabilidad de los mismos.

Al respecto ha de señalarse que la supuesta dificultad en la identificación de los actos administrativos solo existe en la perspectiva del equipo auditor, ya que la identificación de los actos administrativos no permite ninguna confusión dada su estrecha correlación entre el número de los expedientes y los oficios con los que se produce la citación. La oficina auditora debe tener en cuenta que el volumen de actuaciones a despachar, obliga a diseñar estrategias en el manejo documental para hacer más rápida y efectiva la gestión, como en los casos que nos ocupan, en los que se utiliza la función masiva del aplicativo ORFEO, cuando se trata de remitir comunicaciones con el mismo contenido en los que solamente existen unos campos variables, tal función nos permitió despachar un número mayor de documentos en menor tiempo, superando las posibilidades físicas de digitalización en el grupo de gestión documental de la Subdirección Técnica de Recursos Físicos, celeridad por la que ahora se nos cuestiona, con lo cual su observación no solo resulta desacertada si no también injusta, dado que ninguna confusión habrá de producirse pues no solo las actividades han quedado registradas en el sistema, si no que la digitalización un tanto rezagada en principio, habrá de producirse finalmente, como en efecto ya se produjo a la fecha con relación a los expedientes anotados, aclarando que tal actividad no es del resorte y competencia directa de la Subdirección Técnica Jurídica y de Ejecuciones Fiscales si no de la Subdirección Técnica de Recursos Físicos.

Por lo anterior solicito eliminar dicha inconformidad del respectivo informe.”

Revisada la respuesta a esta No conformidad, el equipo auditor aclara que no se está cuestionando el uso de la función masiva del aplicativo ORFEO, ni el despacho de un gran número de documentos en un tiempo corto, sino que no se encontraban digitalizados los autos admisorios o inadmisorios de los citados expedientes en el sistema de gestión documental. Sin embargo, dados los argumentos presentados por el proceso, se elimina la No conformidad No 4 del proceso de Gestión de la Valorización y Financiación, del informe preliminar y se generan las siguientes recomendaciones:

- Evaluar la posibilidad de implementar controles para que se agilice la digitalización de los registros, derivados de las actuaciones relacionadas con los recursos de reconsideración.
- Implementar un punto de control que permita corroborar la digitalización de los registros remitidos a la STRF.

Por otra parte, se recibió correo donde el proceso realiza observaciones a las recomendaciones incluidas en el informe preliminar, de forma extemporánea el 27/08/201, razón por la cual no fueron tenidas en cuenta por parte del equipo auditor. Al respecto, se recuerda que las recomendaciones son potestativas del proceso y que pueden ser atendidas por los responsables

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

de los procesos, a fin de asegurar el logro de las directrices y objetivos estratégicos trazados para el Sistema Integrado de Gestión, sin ser obligatorio su inclusión en un plan de mejoramiento.

3.7.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| Nº | Criterio | Descripción | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------|---|-------------|---|------------------------------|---|--|-------------------------------|---|--|-------------------------------|---|
| NC1 | <p>Ley 1437 de 2011 “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”</p> <p>Artículo 68. “Citaciones para notificación personal. Si no hay otro medio más eficaz de informar al interesado, se le enviará una citación a la dirección, al número de fax o al correo electrónico que figuren en el expediente o puedan obtenerse del registro mercantil, para que comparezca a la diligencia de notificación personal. El envío de la citación se hará dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acto, y de dicha diligencia se dejará constancia en el expediente”.</p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>8.1 Planificación y Control Operacional: “La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante: (...) e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para:</p> <p>1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado;</p> <p>2) Demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.”</p> | <p>No conformidad N° 1: Incumplimiento de términos para la notificación personal de actos administrativos relacionados con la Inadmisión de recursos de Reconsideración.</p> <p>Se evidenció incumplimiento en los términos previstos para la notificación personal de los autos Inadmisorios No. 163258, 163907, 163776, 163333, 165131, 166044, 165775, 168000, 166027, 166217 y 166269, contraviniendo lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 1437 de 2011 y el numeral 8.1 Planificación y Control Operacional de la norma NTC 9001:2015, generando posibles riesgos jurídicos para la entidad.</p> <p>A continuación, se presenta un cuadro descriptivo de las situaciones evidenciadas:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Acto Administrativo</th> <th style="text-align: center;">Citación para Notificación Auto Inadmisorio</th> <th style="text-align: center;">Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Auto Inadmisorio N° 165131 del 3/05/2019 (Expediente 783422)</td> <td style="text-align: center;">20195660536871 del 6/06/2019</td> <td style="text-align: center;">El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 10/05/2019 (18 días de atraso).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Auto Inadmisorio N° 168000 del 14/05/2019 (Expediente 784421)</td> <td style="text-align: center;">20195660560161 del 11/06/2019</td> <td style="text-align: center;">El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 21/05/2019 (14 días de atraso).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Auto Inadmisorio N° 163333 del 25/04/2019 (Expediente 781449)</td> <td style="text-align: center;">20195660536871 del 13/05/2019</td> <td style="text-align: center;">El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA)</td> </tr> </tbody> </table> | Acto Administrativo | Citación para Notificación Auto Inadmisorio | Observación | Auto Inadmisorio N° 165131 del 3/05/2019 (Expediente 783422) | 20195660536871 del 6/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 10/05/2019 (18 días de atraso). | Auto Inadmisorio N° 168000 del 14/05/2019 (Expediente 784421) | 20195660560161 del 11/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 21/05/2019 (14 días de atraso). | Auto Inadmisorio N° 163333 del 25/04/2019 (Expediente 781449) | 20195660536871 del 13/05/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) |
| Acto Administrativo | Citación para Notificación Auto Inadmisorio | Observación | | | | | | | | | | | | |
| Auto Inadmisorio N° 165131 del 3/05/2019 (Expediente 783422) | 20195660536871 del 6/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 10/05/2019 (18 días de atraso). | | | | | | | | | | | | |
| Auto Inadmisorio N° 168000 del 14/05/2019 (Expediente 784421) | 20195660560161 del 11/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 21/05/2019 (14 días de atraso). | | | | | | | | | | | | |
| Auto Inadmisorio N° 163333 del 25/04/2019 (Expediente 781449) | 20195660536871 del 13/05/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) | | | | | | | | | | | | |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|---|--|
| | | venció el 3/05/2019 (6 días de atraso). |
| | Auto Inadmisorio N° 166027 del 17/05/2019 (Expediente 784447) | 20195660568871 del 12/06/2019 El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 24/05/2019 (12 días de atraso). |
| | Auto Inadmisorio N° 163907 del 26/04/2019 (Expediente 782216) | 20195660392941 del 13/05/2019 El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 6/05/2019 (14 días de atraso). |
| | Auto Inadmisorio N° 163258 del 25/04/2019 (Expediente 782364) | 20195660387371 del 10/05/2019 El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 3/05/2019 (5 días de atraso). |
| | Auto Inadmisorio N° 163776 del 26/04/2019 (Expediente 782659) | 20195660536871 del 25/06/2019 El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 6/05/2019 (36 días de atraso). |
| | Auto Inadmisorio N° 166044 del 17/05/2019 (Expediente 784460) | 20195660606331 del 20/06/2019 El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 24/05/2019 (34 días de atraso). |
| | Auto Inadmisorio N° 166217 del 30/05/2019 (Expediente 784595) | 20195660604311 del 20/06/2019 El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 7/05/2019 (31 días de atraso). |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción | | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------|--|---|--|--|
| | | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Auto Inadmisorio N° 166269 del 06/06/2019 (Expediente 784602)</td> <td style="width: 30%;">20195660604291 del 20/06/2019</td> <td style="width: 40%;">El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 13/06/2019 (5 días de atraso).</td> </tr> <tr> <td>Auto Inadmisorio N° 165775 del 06/06/2019 (Expediente 784284)</td> <td>20195660604231 del 20/06/2019 20195660604221 del 20/06/2019</td> <td>El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 13/06/2019 (5 días de atraso).</td> </tr> </table> | Auto Inadmisorio N° 166269 del 06/06/2019 (Expediente 784602) | 20195660604291 del 20/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 13/06/2019 (5 días de atraso). | Auto Inadmisorio N° 165775 del 06/06/2019 (Expediente 784284) | 20195660604231 del 20/06/2019 20195660604221 del 20/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 13/06/2019 (5 días de atraso). |
| Auto Inadmisorio N° 166269 del 06/06/2019 (Expediente 784602) | 20195660604291 del 20/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 13/06/2019 (5 días de atraso). | | | | | | |
| Auto Inadmisorio N° 165775 del 06/06/2019 (Expediente 784284) | 20195660604231 del 20/06/2019 20195660604221 del 20/06/2019 | El término de los 5 días siguientes a la expedición (artículo 68 CPACA) venció el 13/06/2019 (5 días de atraso). | | | | | | |
| NC2 | <p>PRGL04 Actualización y evaluación del Normograma Institucional, Versión 6.0</p> <p>7. Políticas Operacionales: “... La actualización del Normograma Institucional, se realizará semestralmente, en abril y octubre de cada año...”.</p> <p>“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”.</p> | <p>No conformidad N°2. Desactualización del Normograma del proceso</p> <p>Se evidenció que en el Normograma del proceso de Gestión de Valorización y Financiación, no se encuentra identificado el Acuerdo 724 del 06 de diciembre de 2018, por medio del cual se asigna una Contribución de Valorización por Beneficio Local, ordenada por el Concejo de Bogotá D.C., a los predios ubicados en el Eje Oriental El Cedro, Eje Córdoba y Eje Zona Industrial, incumpliendo lo definido en la Política operacional del procedimiento PRGL04 Actualización y evaluación del normograma Institucional, en el sentido que el normograma se actualizará en abril y octubre de cada año, situación que podría afectar la información y conocimiento de las partes interesadas sobre normatividad aplicable al proceso.</p> <p>Es de anotar que en los procedimientos PRVF07 “Gestión del Cobro Coactivo V2”, PR-VF-04 – “Recuperación de Cartera V.3” y PR-VF-01- “Procedimiento Trámite de Reclamaciones Interpuestas con Ocasión de la Asignación de la Contribución de Valorización V.2”, no se encuentra identificado el Acuerdo 724 de 2018.</p> | | | | | | |
| NC3 | <p>NTC ISO IEC 27001:2013. Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos.</p> | <p>No conformidad N°3: Diferencias y debilidades en información registrada en el aplicativo Valoricemos.</p> | | | | | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|--|---|
| | <p>7.5.3 Control de la información documentada: <i>“La información documentada requerida por el sistema de gestión de la seguridad de la información y por esta Norma se debe controlar para asegurarse de que:</i> <i>“b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad)”.</i></p> <p>ANEXO A Control A.18.1.3 Protección de registros: <i>“Control. Los registros se deben proteger contra pérdida, destrucción, falsificación, acceso no autorizado y liberación no autorizada, de acuerdo con los requisitos legislativos, de reglamentación, contractuales y de negocio”.</i></p> | <p>Se evidenciaron diferencias y debilidades en información registrada en el aplicativo “Valoricemos” para los expedientes de recursos de reconsideración No. 784460, 784284, 784554, 784595, 784602, 782364, 784421 y 781449 asociados al Acuerdo 724 de 2018, incumpliendo lo establecido en el numeral 7.5.3 y el Control A del Anexo A.18.1.3 de la NTC ISO 27001:2013, situación que podría afectar la integridad, seguridad y calidad de la información.</p> <p>A continuación, se presentan las situaciones evidenciadas para los expedientes de la muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó diferencias en los registros del aplicativo Valoricemos en la pestaña <i>“Actividades o diligencias de la Solicitud”</i> y los registros en el sistema de Gestión Documental Orfeo relacionados con Recursos de Reconsideración del Acuerdo 724/2018, para los siguientes expedientes: 784460, 784284, 784554, 784595, 784602, 781449, 782364, 784421, en especial, frente a las actuaciones gestionadas como por ejemplo citación de notificación de Autos, Recurso de Reposición entre otros. • Se evidenció diferencia de registros del 21/06/2019 al 25/06/2019 por probable anulación de registros contenidos en la pestaña <i>“Actividades o diligencias de la Solicitud”</i> relacionados con el expediente 781449. • Se evidenció en el expediente 781449 que se puede cambiar la fecha en el aplicativo valoricemos, en el registro “Citación para notificar auto inadmisorio”. En la casilla <i>“Observaciones”</i> indica <i>“SE REALIZA CAMBIO DE FECHA POR SOLICITUD DE JUAN SEBASTIAN MENDEZ AMAYA EL DIA 14/05/2019”.</i> |

3.8 PROCESO DE FACTIBILIDAD DE PROYECTOS

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Se presentan a continuación los resultados de la auditoría interna al proceso de Factibilidad de Proyectos, para cada una de las actividades críticas evaluadas, según lo establecido en la caracterización del proceso:

Actividad crítica N° 1. Apoyar la elaboración y formulación de las metas del plan de desarrollo para el componente de movilidad y espacio público.

Debido a que esta actividad se ejecuta principalmente al inicio de los cambios de administración, la verificación se enfocó solamente en la entrega del producto final de dicha actividad, así que se solicitó el diagnóstico de necesidades, para lo cual la Dirección Técnica de Proyectos-DTP presentó el documento Informe de Diagnóstico de sector movilidad, el cual contiene los elementos asociados a la misionalidad del IDU, como por ejemplo el estado de la malla vial.

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

Se indagó sobre la planeación de los proyectos y la asignación de los recursos para la ejecución del proceso; se solicitó el entregable de esta actividad que es el “Cronograma de proyectos”, del cual listaron un total de 25 proyectos 2019 (por iniciar, en proceso y entregados). Para el ejercicio de auditoría, se seleccionaron 3 proyectos para ser auditados (Extensión troncal Carrera 10, Prefactibilidades Calles comerciales y Ciclopunto Canal Molinos) y el programa de conservación, como se indicará en las actividades del proceso correspondiente.

Acerca de la planeación del proceso, se revisaron como documentos directrices la caracterización del proceso CP-FP-01 versión 3.0 del 01/09/2017, encontrándose acorde con los requisitos de interacción y coherencia entre el objetivo, el alcance y las actividades críticas del proceso.

Se revisaron las guías de Alcance de entregables de prefactibilidad (GUFPO1) y factibilidad (GUFPO3) versión 4/2017 y versión 2/2018, respectivamente, y los procedimientos de prefactibilidad (PR-FP-01) y factibilidad (PR-FP-02) en su versión 1, para los cuales no se observan criterios específicos para determinar cuáles de las factibilidades se contratan y cuáles se hacen “en casa”. Aunque no es un incumplimiento, dado que las decisiones se soportan también en la experticia y el contexto vigente, se recomienda definir políticas o criterios generales para determinar cuáles factibilidades se contratan y cuáles no, las cuales podrían documentarse en el procedimiento de factibilidad.

Actividad crítica N° 3. Elaborar los programas y priorizar las intervenciones de mantenimiento, rehabilitación y reconstrucción.

Para esta actividad, se revisó el programa de mantenimiento de puentes peatonales y vehiculares 2017, cuya ejecución inició en la vigencia 2018. Se entrevistó a la profesional de la DTP que lideró la definición del programa. Los criterios están descritos en la guía GUPFO2 “Estructuración de programas de conservación”.

Se revisó el Documento Técnico de Soporte DTS "Programas de conservación para los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido en Bogotá D.C", evidenciándose que dicho documento desarrollado, cumple con los requisitos de la guía y de los productos requeridos.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Se indagó sobre las exclusiones posibles que se realizan al programa de mantenimiento, lo cual se hace de acuerdo con el análisis técnico del contratista con la revisión de la interventoría, quienes presentan un informe técnico de la razón por la cual se solicita la exclusión. Esta información es recibida por el área que supervisa los contratos, y es remitida a la DTP por medio de memorando interno, de manera que ellos tengan conocimiento de la exclusión y la obra se priorice para la siguiente vigencia o siguiente contrato, o se tenga claridad de por qué la obra no fue realizada. Los registros revisados corresponden al memorando de exclusión de obras 20193560064843 del 21/03/2019, donde se solicita la exclusión de puentes peatonales incluidos en el contrato de obra IDU-1504-2017, el cual incluye el informe técnico que soporta la solicitud, dando cumplimiento a lo establecido en la Guía GU-FP-02 "Estructuración de programas de conservación para los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido en Bogotá D.C".

Con respecto al seguimiento del programa de conservación, en la Guía GU-FP-02 "Estructuración de programas de conservación para los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido en Bogotá D.C", el numeral 8.2.3. refiere que las áreas coordinadoras envíen los informes de los contratos en ejecución a la DTP de manera bimensual; sin embargo, se evidenció según informe presentado por ocasión del contrato 1504 de 2017 referente a "Obras de Conservación de Puentes Peatonales Grupo 2 en Bogotá D.C.", que la DTP recibe el informe de forma trimestral). Ahora, como el seguimiento a cargo de la de la DTP si se realiza, no se estima aplicar una no conformidad a las áreas remitentes y se recomienda a la DTP el ajuste de la guía o la comunicación a las áreas de ejecución para alinear la "práctica" y el "requisito" a dos o tres meses según estimen conveniente para el proceso de acuerdo con los principios de análisis de datos y toma de decisiones.)

Se revisaron los lineamientos para la planificación del programa, desde la revisión de los recursos disponibles y la asignación de personal de la DTP. Aunque la guía no lo exige, se recomienda que en este entregable se informe los riesgos asociados al programa, toda vez que la orientación del Subsistema de Gestión de Calidad, orienta a la identificación de riesgos asociados a los productos y servicios y aunque en la ejecución de los proyectos de conservación existen las matrices de riesgos del contrato, por lo menos, desde las etapas de planificación del proyecto sería conveniente contar con una lista preliminar de los mismos.

Actividad crítica Nº 5. Ejecutar y elaborar la formulación (perfil), ejecutar y elaborar, o hacer seguimiento a los estudios de prefactibilidad.

Para verificar el cumplimiento de esta actividad, se seleccionaron dos proyectos de prefactibilidad y Estudio de prefactibilidad, a saber: Extensión troncal Carrera 10 entre la Calle 31 Sur hasta la Av. Caracas y Calles Comerciales a cielo abierto (dicho estudio fue realizado in house). A continuación, se presentan los aspectos identificados en cada uno de los proyectos:

1. Extensión troncal Carrera 10 entre la Calle 31 Sur hasta la Av. Caracas.

Se indagó sobre los requisitos operacionales iniciales del proyecto, y se recibió la evidencia del comunicado del cliente, en este caso con la Entidad Transmilenio, a través del radicado 20185260143242. Se revisaron los contenidos e informe de la prefactibilidad y demás registros asociados al cumplimiento de los entregables: Lista de Chequeo FFP01, Documento Técnico e informe Ejecutivo, observándose cumplimiento a los requisitos.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Se revisó el seguimiento a los requisitos y la comunicación con las partes interesadas, tomando como muestra algunos registros (Acta 434, con Transmilenio memorando 20185260660782, con EAB 20182250331741 y Rta.: 20185260501207, con SDM 2018225052074 y Rta.: 20185260654352). Se observó que se atiende los requisitos y se informó oportunamente al cliente los entregables y las observaciones del proyecto.

Por último, se revisó el envío de los documentos finales del proyecto al centro de documentación, observando el cumplimiento de los requisitos para esta actividad (entrega al centro documental con memorando 20182250163053).

Se solicitó la información de los riesgos, de acuerdo con lo establecido en la guía de prefactibilidad GUF01, página 48, la cual requiere la contextualización e identificación de riesgos (clasificación y documentación de características); sin embargo, para la prefactibilidad del Proyecto Extensión Carrera 10, no se observó la identificación de riesgos, generando un incumplimiento frente a este requisito.

Por lo demás, se observó cumplimiento de los demás requisitos auditados para el proyecto en mención.

2. Estudio de prefactibilidad Calles Comerciales a cielo abierto (dicho estudio fue realizado in house).

La planificación y determinación del proyecto revisado se hizo a través de la directriz en la que la SGDU le indica al área lo que se debe priorizar para la vigencia, como se evidenció en memorando interno No. 20182050017343 del 06/02/2018. Respecto a los recursos, por ser un proyecto interno, se desarrolla con personal del IDU y no requiere de asignación de recursos adicionales. Se evidenció cronograma inicial donde se encuentra definido lo correspondiente al proyecto de calles comerciales.

Se evidenció el Documento Técnico de Soporte DTS " Calles comerciales a cielo abierto fase 1", de fecha 21/06/2018, el cual consta de un total de 546 folios. El mismo cuenta con las aprobaciones del líder del proyecto, el Director Técnico de Proyectos y el Subdirector General de Desarrollo Urbano. Se revisó el cumplimiento del documento respecto a lo requerido por la Guía GU-FP-01 Alcance de los entregables de pre factibilidad, evidenciándose que el documento desarrollado cumple con los requisitos de la guía y de los productos requeridos, entre otros, frente a los siguientes aspectos: Uso de los instrumentos, definición de los componentes, entregables por componentes, informes, lista de chequeo, revisiones, verificaciones y validaciones.

Se evidenció que la entrega inicial estaba establecida para el 31/05/2018 y el documento final de la prefactibilidad se entregó con fecha 21/06/2018, es decir, 20 días más de lo proyectado. El profesional encargado indicó que la situación se informó en las reuniones de seguimiento que se hacen de manera periódica al cumplimiento de los proyectos. Sin embargo, no se encontró evidencia documental del seguimiento realizado. En este sentido, se recomienda que toda actividad que se constituya en seguimiento sea documentada y conservada de manera que dé cuenta de las actividades realizadas y las decisiones tomadas en el transcurso de los diferentes proyectos.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Actividades críticas N° 6 Ejecutar y elaborar, o hacer seguimiento a los estudios de factibilidad y N° 7. Verificar y aprobar los productos de los estudios de prefactibilidad o de factibilidad contratados, respectivamente.

Para la verificación de estas actividades se revisó el proyecto de factibilidad: Estudios y diseños del Ciclopunto Canal Molinos por auto norte en la ciudad de Bogotá D.C., proyecto ejecutado a través del contrato IDU-1525-2017- Expediente Contrato: 20174351906000031E, Interventoría 201743519080000041E.

En esta auditoría se auditó solamente la etapa de factibilidad. Cabe anotar que la prefactibilidad fue realizada “en casa” con entrega al centro documental No. 20172250211473. El plazo inicial del contrato fue de 8 meses, 1 mes para recopilación, 2 para factibilidad, 4 para el diseño y 1 mes de actividades de aprobación. La fecha de inicio del cronograma fue del 5/03/2018. Al contrato se le han hecho 2 prórrogas y con corte 30 de junio de 2019, el proyecto aún no había finalizado, encontrándose en la etapa de diseño.

En lo que respecta a la factibilidad del proyecto, inicialmente estaba programada del 2 de abril hasta el 31/05/2018. De acuerdo con el plan de contingencia, se observó que la fecha de factibilidad se prorrogó para el 4/06/2018; sin embargo, la supervisora informó que después de las prórrogas, la fecha de entrega del producto de la factibilidad quedó para el 11/12/2019.

También se observó que los componentes de la factibilidad fueron aprobados así: Predial (17/10/2018), redes (18/09/2018), Ambiental (8/03/2019), Diseño Geométrico (19/01/2019), Pavimentos (11/09/2018), tránsito (19/11/2018), Urbanismo (19/12/2018). A la fecha de la auditoría, los productos de la factibilidad estaban en trámite de compilación para envío al centro documental.

Frente a los retrasos continuos por parte del contratista para la entrega y finalización de los productos de factibilidad, se observó que la supervisión del contrato y la gestión por parte del IDU, específicamente de la DTP, realizó la gestión respectiva en estos casos, realizando las comunicaciones, reuniones, apremios necesarios conducentes a la remisión de los entregables del proyecto. Evidencia de la gestión mencionada son las siguientes comunicaciones: apremio por la tardanza de la compilación 20192250304571 (16/04/2018), apremios por incumplimientos 20181250320911 de 28/04/2018, 20182250419721 (11/05/2018), 20182250467871 (23/05/2018). Aunque los retrasos frente a la programación inicial por parte del contratista son evidentes, se observó la gestión realizada por parte de personal de la DTP, en el marco de sus competencias. En consideración de lo anterior, el equipo auditor no identifica una No conformidad para el proceso de factibilidad; sin embargo, se recomienda realizar un análisis de las causas presentadas e identificar oportunidades de mejora para próximos proyectos similares.

Se revisaron los indicadores relacionados con zonas verdes, seguridad vial, y residuos, exigidos para los resultados de la Factibilidad, encontrándose que los mismos cumplen con lo requerido en la guía de factibilidad GUFPO3 en cuanto a: identificación de los indicadores, definición de variables del indicador y resultados del indicador.

Por último, se revisó la identificación de riesgos, especialmente para los componentes de Diseño geométrico, urbanismo y redes, y se encontró que la información cumple con lo requerido por la Guía de Factibilidad GUFPO3 en cuanto a la contextualización, identificación de los riesgos, y la

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

categorización por componentes; sin embargo, se recomienda que resultado de la factibilidad, se consolide en un solo capítulo los riesgos resultantes de la factibilidad del proyecto.

Actividad crítica N° 9. Evaluar Indicadores de Gestión

Se revisaron 3 indicadores asociados al proceso de factibilidad con reporte del primer trimestre de 2019. Se revisó el indicador 22516 que da cuenta de las prefactibilidades ejecutadas, observándose que lleva un 50% con respecto a lo programado para el primer trimestre. Se recomienda que en el análisis de datos se dé cuenta de las razones por las cuales no se logró la meta previstas para el primer trimestre. Y las acciones para lograr el logro de la meta.

Para el indicador 22521 que mide las factibilidades, las metas están programadas a partir de mayo, por lo que aún no se refleja en la caracterización publicada.

Para el indicador 22520, acerca del programa de conservación, se lograron radicar en el primer trimestre 3 programas de 1 previstos, para un nivel de cumplimiento de 300% (incluyendo dos programas que están planificados para el segundo trimestre).

Actividad crítica N° 10. Generar Acciones de Mejora.

Riesgos de gestión del proceso: En esta actividad se hizo una revisión de los riesgos a los que está expuesto el proceso. Se observó que el equipo de trabajo conoce los riesgos que han identificado y los controles existentes frente a éstos, realizando los seguimientos a los riesgos de acuerdo con el plan de acción dado por la OAP. Sin embargo, en el último periodo, con corte a 30/04/2019, no se observó reporte de riesgos materializados, situación que fue objetada en el seguimiento a riesgos realizado por la OCI, en el que se indicó la materialización del riesgo GFP01 “cambios de directrices en los proyectos en las etapas de prefactibilidad y factibilidad”, por lo que se recomienda, para el siguiente monitoreo, la revisión detallada de cada uno de los riesgos, en especial, para dar claridad sobre los hechos normales del proceso y los eventos de riesgo. No se requiere un plan de mejoramiento adicional, ya que éste fue requerido, a partir del seguimiento a riesgos realizado por la Oficina de Control Interno.

Es necesario que los riesgos se actualicen bajo los nuevos lineamientos de la guía de la función pública; sin embargo, no se demanda un plan de mejoramiento, por cuanto esta acción ya está descrita en el plan de mejoramiento que desde la OAP se registró para desarrollo en el segundo semestre de 2019.

Se revisó la matriz de oportunidades, a lo cual se informó que están en proceso de envío a la OAP del seguimiento a las acciones que se definieron.

Planes de mejoramiento: Verificadas las acciones de planes de mejoramiento, para el proceso de factibilidad de proyectos, se identificó que no hay acciones en estado “Terminado”, objeto de evaluación para determinar su efectividad y realizar el correspondiente cierre en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE.

Salidas no conformes: No se observó ningún envío directo de reporte de salidas no conformes a la OAP por parte de personal del proceso. Se informó que el medio de comunicación de salidas no conforme es una carpeta compartida donde se cargan, en caso que aplique los reportes de

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

salidas no conformes. Se revisó la carpeta y se evidenció el reporte oportuno de 19 salidas no conformes durante el 2019, las cuales en su totalidad fueron tramitadas por el proceso. Se indicó a la OAP, para que actualice la instrucción en el documento de salidas no conformes sobre el cargue de la información.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Subsistema de Gestión Ambiental: En el proceso de factibilidad, la gestión ambiental en la parte misional es un componente dentro de los entregables de la factibilidad, allí se cuenta con indicadores específicos y las acciones para su control. Con respecto a los aspectos e impactos ambientales en las actividades administrativas, los auditados dieron cuenta de los principales impactos, en aspectos como lo es el uso de papel, el consumo de energía y recursos hídricos, y en cuanto a los controles, mencionaron mecanismos como impresión a dos caras, apagado de los equipos de cómputo al finalizar la jornada laboral, disposición inteligente de los desechos y residuos en las canecas, entre otros.

Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo: Se indagó sobre socialización y conocimiento por parte de los funcionarios y contratistas PSP, acerca de los peligros y riesgos laborales a los que están expuestos en el desarrollo de sus actividades, y se observó conocimiento de los riesgos más relevantes, como ergonómico o biomecánicos, caídas, movimientos repetitivos, peligros asociados a eventos catastróficos, como sismos, riesgos públicos, para los que tiene que desplazarse por fuera de las instalaciones. En general, se observó conocimiento y aplicación de mecanismos de control y prevención por parte del personal.

Sistema de Seguridad de la Información: Se realizó revisión a la oportunidad y publicación de los activos de información en el aplicativo CHIE, en el marco de las competencias del proceso de factibilidad para dicha actividad, encontrándose la información actualizada.

Con respecto a la información relevante del proceso, por ejemplo, de los entregables de los proyectos, se evidenció que es consolidada en los servidores, y por los profesionales idóneos para administrar dicha información, quienes realizan la transferencia al centro de documentación. Los backups son ejecutados por la STRT. La información asociada a los contratos es consolidada y administrada en el expediente de ORFEO.

En general, el personal auditado dio referencia, en especial, al cumplimiento de las directrices y compromisos al cumplimiento de los objetivos de la entidad, la seguridad de la información, la prevención de impactos ambientales y el mayor cuidado frente a los riesgos laborales. En general, se observó una orientación a la mejora en los elementos del Sistema Integrado de Gestión.

3.8.1 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:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|--|
| NC1 | <p>GU-FP-01 Alcance de los entregables de Prefactibilidad</p> <p>8.2.15. Gestión Riesgos de Proyectos: <i>“En esta etapa del proyecto se deben desarrollar las fases de contextualización e identificación de los riesgos (...). En la fase de identificación se determinan los riesgos que pueden afectar el proyecto, se clasifican y se documentan sus características. Se consideran situaciones que hayan ocurrido en proyectos ya ejecutados o situaciones que en opinión de los analistas reunidos, tengan una posibilidad de ocurrir, así sea baja”.</i></p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>5.1.2.b <i>“Se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente”.</i></p> | <p>No Conformidad Nº 1. Falta de identificación de riesgos en la prefactibilidad in house, para el proyecto Extensión carrera 10.</p> <p>No se observó la contextualización e identificación de riesgos en la etapa de prefactibilidad para el proyecto de Extensión carrera 10, contraviniendo lo exigido en el numeral 8.2.15. de la Guía GUF01 “Alcance de los entregables de Prefactibilidad” y el numeral 5.1.2.b de la NTC ISO 9001:2015, situación que podría generar la materialización de riesgos en etapas posteriores o que ante la materialización de eventos, no se actúe de manera oportuna y adecuada.</p> |

3.9 PROCESO DE DISEÑO DE PROYECTOS

Esta auditoría se centró en la verificación del cumplimiento de los criterios asociado a las Normas del Sistema Integrado de Gestión, señaladas como criterios de auditoría, a través de las actividades que constituyen el quehacer diario del proceso, en consideración a que el proceso de diseño de proyectos fue auditado, con enfoque de auditoría de gestión, en el primer semestre de 2019, como consta en informe radicado mediante memorando Orfeo 20191350108603 del 14/05/2019.

El equipo auditor presenta los resultados de acuerdo con cada una de las actividades críticas establecidas para efectuar la verificación.

Para iniciar, se destaca la buena disposición por parte del personal entrevistado para atender la auditoría y proporcionar la información solicitada tanto en entrevista como por medio físico y electrónico.

Actividad crítica Nº 2: Ejecutar y elaborar o realizar seguimiento a los estudios y diseños:

Se evidenció que el proceso realiza planificación de las actividades a llevarse a cabo durante la vigencia, teniendo en cuenta los proyectos que fueron priorizados desde las Subdirecciones Generales, la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección General, distribuyendo y asignando a cada proyecto, los recursos humanos, económicos y tecnológicos, establecidos para los mismos.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Lo anterior se observó en la oficina del Director Técnico de Diseño de Proyectos, en donde se encontró cartelera con relación de funcionarios y contratistas a quienes se encuentra asignados los proyectos a cargo, debidamente identificados. Igualmente, se observó una segunda cartelera con cronograma anual de ejecución. No se evidenció que la forma como se desarrolla esta planificación, según lo expuesto por los auditados y el mecanismo utilizado para la misma, se encuentre descrito en la caracterización del proceso o contenido en algún otro documento del mismo, a lo que el equipo auditado manifestó que se está actualizando la información documentada del proceso.

Por otro lado, se observó que a través de los documentos técnicos, se establece la planeación de cada uno de los estudios y diseños a realizar, lo cual de forma general se encuentra documentado en el procedimiento PR-DP-01 Estructuración de Procesos Selectivos, procedimiento que fue actualizado el 13/04/2018; sin embargo, aunque se cumple el procedimiento no es posible conocer los documentos que permita identificar y particularizar qué aspectos y requisitos se deben tener en cuenta para el producto, de acuerdo con las necesidades propias de los clientes internos DTC y DTM.

Adicional a lo anterior, para asegurar el cumplimiento de las normas que el proceso debe cumplir en la ejecución de los estudios y diseños, se tiene un normograma donde se establecen todas las normas tanto internas como externas que se deben tener presentes en la ejecución de las actividades propias del proceso, el cual fue actualizado por última vez en mayo de 2019.

Para certificar que se selecciona el personal idóneo requerido para ejecutar las actividades del proceso y efectuar el apoyo a la supervisión, el proceso cuenta con los perfiles de cargo establecidos para los funcionarios de planta y con los estudios previos que contienen las exigencias requeridas para que el personal que es contratado por prestación de servicios, cumpla las condiciones de estudios y experiencia mínimas que los acredite para poder ejecutar las tareas asignadas de la forma más adecuada.

Orientado a asegurar el control de cambios de los proyectos que supervisa el proceso, se observó que el área cuenta con el procedimiento PR-DP-080 Cambio de Estudios y Diseños Aprobados en Etapa de Construcción y/o Conservación, V 3.0 del 11/02/2014, donde se establecen los pasos a seguir para efectuar cambios cuando éstos se requieren, especialmente cuando se han liberado los estudios y diseños; sin embargo, al revisar este procedimiento, se observó que el mismo se encuentra desactualizado, dado que considera áreas que no existen en la estructura actual de la entidad. Dada la relevancia de este procedimiento, es necesario que se agilice por parte del proceso la actualización del mismo, hecho que ha sido observado en varias ocasiones por parte de la Oficina de Control Interno del IDU.

En el aspecto relacionado con las metas del plan de desarrollo a cuyo cumplimiento el proceso Diseño de Proyectos hace su aporte por medio de la gestión y entrega de productos de estudios y diseños, verificado el avance en las metas programadas versus las ejecutadas, con corte al 30 de junio de 2019, se observó el panorama ilustrado en la siguiente tabla:

| METAS PLAN | Proyecto de Inversión | Estado | No. de Diseños Programados | No. de Diseños Terminados |
|------------|-----------------------|--------|----------------------------|---------------------------|
|------------|-----------------------|--------|----------------------------|---------------------------|

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| | | | | |
|---|---|--------------|----|---|
| 225 Construir 30 km de nueva malla vial | 1062 Construcción de vías y calles completas para la ciudad | En ejecución | 20 | 6 |
| 226 Conservar 750 km carril de malla vial arterial, troncal e intermedia y local (por donde circulan las rutas de Transmilenio troncal y zonal) | 1063 Conservación de vías y calles completas para la ciudad | En ejecución | 0 | 0 |
| 235 Habilitar 3,5 millones de m2 de espacio público | 1061 Infraestructura para peatones y bicicletas | En ejecución | 14 | 0 |
| 248 Alcanzar 170 km de troncales (construir 57 km nuevos de troncal) | 1059 Infraestructura para el Sistema Integrado de Transporte Público de calidad | En ejecución | 11 | 1 |
| 253 Construir avenidas urbanas regionales (esquema de financiación por APP, supeditado al esquema y cierre financiero de las APP) | 1002 Desarrollo de la infraestructura para la articulación regional | En ejecución | 4 | 0 |
| Total | | | 49 | 7 |
| Fuentes Datos SEGPLAN, Plan de Acción 2016 - 2020. Componente inversión y gestión y Documento - Territorialización de la inversión suministrado por la OAP. | | | | |

La tabla anterior muestra que para la vigencia 2019, a la fecha de corte indicada, se tienen programados 49 diseños de los cuales se cumplieron 7, lo que denota una baja ejecución, manteniéndose la tendencia observada en auditoría de gestión realizada recientemente al proceso, en que se verificó el avance de metas con corte al 31 de marzo, por lo que se reitera lo observado en el respectivo informe de auditoría, en cuanto a la necesidad de fortalecer al interior del proceso los mecanismos de seguimiento y control y revisar la posibilidad de implementar otras acciones que se considere pertinentes y que puedan contribuir a que se cumpla con las metas del plan de desarrollo establecidas para los proyectos de inversión.

Para finalizar la evaluación de esta actividad crítica, se verificó la forma en que se mantiene comunicación con los clientes. De la revisión realizada, se evidenció que ésta se hace a través de comunicaciones remitidas por medio del sistema Orfeo, correos electrónicos y mesas de trabajo, de las que se levantan las respectivas actas; lo anterior, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el IDU.

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

De la revisión realizada y de acuerdo con el informe de la OCI remitido en el marco de la auditoría de gestión recientemente realizada, se evidenció que el proceso realiza a través de los apoyos a la supervisión la revisión de los entregables establecidos en cada contrato y con las respectivas aprobaciones por parte de las Empresas de Servicios Públicos-ESP.

Sin embargo, no se observó que el proceso realice seguimiento alguno a la satisfacción de las partes interesadas, como lo son la Dirección Técnica de Construcciones, la Dirección Técnica de Mantenimiento y los contratistas de obra, quienes son los que finalmente se apropian de los estudios y diseños, ni que cuenten con una metodología establecida, que de una parte, identifique claramente los requerimientos del cliente, y de otra, se realice el seguimiento y evaluación en cuanto a si tales requerimientos fueron tenidos en cuenta y si las partes interesadas se encuentran satisfechos con el producto final.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Lo anterior se evidenció a través de lo manifestado por los auditados en cuanto a que no se adelantan gestiones encaminadas a verificar la satisfacción del cliente, como también, al revisar comunicaciones Orfeo de la Dirección Técnica de Proyectos, relacionadas con productos de estudios y diseños para los cuales actualmente los contratistas de obra se encuentran apropiándose de los mismos (comunicados 20192250589721 del 17/07/2019, 20192250161623 del 21/06/2019 y 20192250640271 del 28/06/2019), donde se presentan y se hace referencia a las diferentes solicitudes realizadas, requiriendo aclaraciones al producto final entregado por el proceso y hasta posible complementación del mismo. Al preguntar a los auditados si tienen controladas estas solicitudes sobre los estudios y diseños suministrados para su materialización, a través de una base de datos o por medio de algún tipo de herramienta que le permita al proceso hacer seguimiento sobre el efecto o impacto en los diseños originales y en particular en el correspondiente contrato de obra, responden en forma negativa, señalando que solo el consultor da respuesta a estas solicitudes o requerimientos, sin que se haga por parte del proceso ningún tipo de seguimiento adicional, evaluaciones o encuestas que midan la satisfacción del cliente.

Actividad crítica N° 6. Evaluar Indicadores de Gestión

Se evidenció que el proceso cuenta con 4 indicadores, los cuales hacen referencia a la estructuración de procesos, y a las etapas de inicio, terminación y liquidación de los contratos de estudios y diseños, de los cuales, según el reporte de avance con corte a 31/03/2019, se observó que el cumplimiento supera el 100% en el primer trimestre del año, situación que se recomienda sea revisada porque puede existir una subestimación en la meta de los mismos.

No se observó que el proceso cuente con un indicador de satisfacción del cliente o que considere las solicitudes de ajustes, correcciones o modificaciones que son viables en los estudios y diseños finales, o una medición de los ajustes requeridos durante la ejecución de los contratos, variable clave de retroalimentación sobre la gestión del proceso. Los resultados de los 4 indicadores del proceso contrastan con el avance de la meta de Plan de desarrollo, que como se mencionó anteriormente, de 49 Estudios y diseños previstos, con corte a 30 de junio de 2019, se presenta una ejecución de 14.3%.

Finalmente, se realizó seguimiento a las observaciones realizadas por la OCI, a la formulación de los indicadores 2019, en esta la OCI recomienda en general para los 4 indicadores que tienen programados el aérea "*Verificar la concordancia de la meta anual registrada en el plan de acción de la dependencia para el año 4 (campo "META PROGRAMADA4") y la consignada en el Cuadro de Mando Integral.*" De acuerdo con lo anterior se realizó seguimiento para conocer si se habían tenido en cuenta las recomendaciones, pero no se evidenció ajuste a los mismos.

Actividad crítica N° 7: Generar Acciones de Mejora

Planes de mejoramiento: para verificar el cumplimiento de esta actividad crítica, se revisó el aplicativo CHIE de planes de mejoramiento, en donde se observaron 2 acciones susceptibles de efectuar la efectividad de las mismas. A continuación, se presenta el resultado de la verificación realizada:

Tabla N° 2. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción | Evaluación de efectividad |
|--------|---|---|--|
| 1094 | Se observó, según lo reportado por la OAP al 30 de junio de 2017 que el proceso ha cumplido el 62,36% de las metas previstas para el primer semestre de 2017, es decir, hay un rezago de 37,64% de enero a junio; y con respecto a las metas de la vigencia 2017, el mismo reporte registra un avance de 27.28% para el año, es decir, que en el segundo semestre se deben ejecutar el 72,72% del total previsto para el año(...). | Elaborar el cronograma de los procesos de selección a cargo del área de forma mensual para el 2018, teniendo en cuenta el tiempo requerido y recursos humanos para los factores que impactan en las fechas programadas y por tanto proyectar unos tiempos más amplios. Fecha fin: 30/12/2018 | Se evidenció la existencia del cronograma de los procesos de selección a cargo de la DTP. De acuerdo con la verificación realizada, se evidenció que, con corte a 31 de marzo de 2019, los indicadores se han cumplido satisfactoriamente, por lo tanto, se considera que la acción es efectiva y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |
| 1508 | 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. | Emitir un memorando u oficio en el que se aclare este requisito y la forma de recibir y dar trámite interno, tanto del recibo como de la respuesta de los informes mensuales y los procesos en caso de incumplimiento. Fecha fin: 11/02/2019 | Se recomienda la toma de acciones inmediatas que permitan el cumplimiento de esta acción ya que su estado actual es Vencida desde el 11 de febrero de 2019. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

En conclusión y de acuerdo con lo descrito en la tabla anterior, se observaron dos acciones, de las cuales, sobre la No.1094 se declara la efectividad de la misma y en este sentido, se solicitará al auditor respectivo el cierre de esta en el Módulo plan de mejoramiento del aplicativo CHIE. Frente a la acción No. 1508, dado que venció el 30/01/2019 y no se refleja ningún avance por parte del equipo auditor, por lo tanto, se recomienda al proceso efectuar las acciones necesarias para cumplir con las actividades establecidas.

Gestión de riesgos del proceso: Del seguimiento a riesgos, se evidenció que tanto los riesgos de gestión, TIC y corrupción han sido evaluados por la Oficina de Control Interno durante el primer semestre de 2019, a través de la auditoría de gestión del proceso y los seguimientos realizados, por lo tanto, en este punto de la auditoría, se efectuó la revisión al establecimiento del contexto estratégico del proceso y de los planes de tratamiento que requiere el mismo, a causa de la materialización de algunos de los riesgos identificados.

De la verificación ejecutada, se comprobó que el proceso realizó la revisión de su contexto para poder establecer sus riesgos en mayo de 2019. También se efectuó la verificación del monitoreo y seguimiento cuatrimestral de los riesgos que se encuentran actualmente en la matriz de riesgos publicada en la intranet, donde se observó que, se tienen tres riesgos materializados, los que se encuentran codificados como: G.DP.02 “Superar el valor del presupuesto contratado para ejecución de la obra comparado con el presupuesto para la obra producto de los Estudios y Diseños”, G.DP.04 “Terminar el plazo de ejecución contractual de los estudios y diseños sin recibir los productos aprobados por la Interventoría” y G.DP.06 “Consumir los recursos de tiempo de la etapa de Estudios y Diseños, durante la etapa de factibilidad”, pero no se evidencia allí cual

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

es el plan de mejoramiento implementado para evitar que estas situaciones se presenten nuevamente. Es importante resaltar, que la materialización se reportó en mayo de 2019 y que con corte al 12 de julio de 2019, no se presenta aún plan de mejoramiento.

Por otro lado, se observó que los riesgos de gestión identificados en la respectiva matriz están concebidos bajo el marco o desde lo inherente a la ejecución de los estudios y diseños, así como a proyectos de estudios, diseños y construcción; no se contemplan riesgos relacionados con la actividad crítica No. 5 contenida en la caracterización "5. *Elaborar los pliegos de condiciones de construcción y conservación*", así como tampoco en la actividad relacionada con la estructuración de los procesos de conservación a cargo del proceso Estudios y diseños.

Control de salidas no conformes: Se evidenció que el proceso cuenta con un plan de calidad para el tratamiento de no conformes, que básicamente incluye los productos y componentes procedentes de contratos de estudios y diseños, a los cuales se le hace control de conformidad durante el desarrollo de los mismos a través de la revisión de las diferentes versiones hasta emitir la aceptación de éstos; no obstante, no se evidencia que dicho control también se aplique a los productos y servicios no conformes detectados luego de la entrega o suministro de los productos al cliente.

Teniendo en cuenta la información suministrada por los auditados, el reporte de salida no conforme, se hace de acuerdo con la instrucción de la Oficina Asesora de Planeación, la cual fue emitida mediante correo electrónico del 1/06/2018, donde solicitan que esta información sea consolidada a través de Drive en el formato creado para esta actividad (formato FO-AC-12 REGISTRO_DE_SALIDA_NO_CONFORME_V_3.0.xlsx), según lo establecido en el procedimiento PR-AC-05 SALIDAS NO CONFORMES Versión 5, donde se indica que "el líder remitirá la información a la OAP", a través de correo electrónico o medio electrónico de registro.

Verificada la información de no conformes dispuesta en el Drive referido, no se encontró diligenciada la columna "Categoría" incluida en el formato FO-AC-12 que permite clasificar las acciones en, SST, ambiental o seguridad de la información; así mismo, se evidenció que dicha información no está dispuesta en forma consecutiva en el tiempo, mes a mes, con lo que se entiende que quienes reportan la información de no conformes, probablemente lo hacen por fuera del periodo que se evalúa.

Igualmente, respecto de la información registrada en el drive que administra la OAP, se hizo una revisión sobre las salidas no conformes para el periodo junio de 2018 a mayo de 2019, donde se observó que actualmente el proceso tiene en total 66 no conformes para el periodo citado y que en general los productos a los que se hace el seguimiento coinciden con los establecidos en el Plan de Calidad; en efecto en cada caso se señala una acción realizada por parte del proceso; sin embargo, se evidenció que aunque la información está dispuesta en el formato establecido para tal fin, en su diligenciamiento no hay unificación en la forma en que se dispone esta información, pues se observaron casos en que no se identifica el producto donde se detectó la salida no conforme, no siempre se indica el contrato al que corresponde el producto con no conformidad.

Por otro lado, cuando la acción realizada corresponde al envío de un oficio de observaciones, algunas veces se indica el número mientras que otras se omite, se evidenció también que en un mismo producto que ha presentado sucesivas salidas no conformes, no todas se encuentran

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

registradas en el histórico, un ejemplo de esto último se presenta con el contrato IDU 1101-2016, en el que a través de los oficios 20182250519251, 20182250520891 y 20182250764971 consultados en el respectivo expediente, se evidencia que se presentó no conformidad en los informes SST No. 6 y SST No. 7, en que el primero es aprobado en versión 3.0 mientras que en el segundo se emiten observaciones también a la versión 3.0, sin que estas salidas no conformes figuren en el referido consolidado, pues para este contrato en lo que al componente SST hace referencia solo se registra salida no conforme sobre el informe No.9 versión 1.0 según oficio 20182250776621, sin que figure la no conformidad sobre la versión 0.0 del mismo.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Se efectuó revisión sobre el conocimiento del personal auditado, a los aspectos como, visión, misión, directriz, objetivos, sus partes interesadas y las responsabilidades que tiene el proceso desde cada uno de los subsistemas, evidenciándose que, aunque conocen estos aspectos, no fueron fácilmente recordados.

Subsistema de Gestión de Calidad: Se considera pertinente mencionar que, al realizar revisión documental del proceso, se observó que, éste cuenta con varios documentos cuya última actualización fue hace más de 4 años por lo que es necesario que se agilice la actualización de la información documentada del proceso, ya que se hace referencia a áreas o dependencias que en la actualidad no existen dentro del organigrama institucional.

Subsistema de Gestión Ambiental: Se encontró que el personal determina y conoce los aspectos ambientales para su proceso, los cuales se plasman en la respectiva matriz de aspectos e impactos ambientales, y a través de los anexos de los contratos en los que se establecen requisitos y obligaciones para aportar al Subsistema de Gestión Ambiental.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Con el fin de conocer la participación del personal del proceso en la identificación de peligros y riesgos, se indagó a los auditados sobre este aspecto, quienes señalaron haber participado en dicha identificación, lo que se corroboró a través de solicitud de información mediante correo electrónico dirigido a los responsables del subsistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. De esta manera, se evidenció que personal del proceso evaluado, en efecto, ha participado en la identificación de peligros y riesgos a que se encuentra avocado; lo anterior, de acuerdo con la respuesta emitida por la Jefe de la Subdirección Técnica de Recursos Humanos según correo del 5/07/2019.

En la misma respuesta emitida, la STRH informó que: *“Es importante tener en cuenta que desde la DTP se han reportado aproximadamente 15 contratistas clasificados en riesgo laboral V de 168 contratistas aproximadamente y 6 servidores públicos (funcionarios) clasificados en riesgo laboral V de 27 que componen la planta total de esta dependencia”*. La anterior información contrasta con lo expresado durante la entrevista con los auditados, quienes informaron que todo el personal se encuentra en nivel de riesgo 1, por lo tanto, se evidencia la necesidad de socializar el nivel de riesgo que manejan y el porqué del mismo.

También se encontró, que el personal del proceso conoce la forma como debe realizar los reportes de accidentes, y con qué acciones deben responder en caso de presentarse una emergencia.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Subsistema de Seguridad de la Información: Para finalizar, se realizó seguimiento a la seguridad de la información, evidenciándose que, los auditados no hacen uso de carpetas compartidas, en las que repose y se salvaguarde la información que generan en las actividades diarias; afirman que utilizan discos duros para mantener un Back up y que no han solicitado éstos a través de la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos. Por otro lado, se observó en el sistema de información CHIE: SGSI que el proceso realizó recientemente la actualización de los activos de información, y en cuanto al manejo de la confidencialidad de la información, se evidenció en algunos contratos la inclusión de la respectiva cláusula en tal sentido.

Como parte de la verificación en cuanto a seguridad de la información, también se indagó por personal que se encuentra en teletrabajo, con lo que se evidenció que solo hay una persona que hace uso de esta figura. Se preguntó sobre los controles que se tienen para validar el cumplimiento y seguridad de la información, y se encontró que quien se encuentra en teletrabajo realiza el envío de correos de inicio de cesión y de cierre, igualmente se efectúan informes diarios y semanales donde se reporta el cumplimiento de las actividades programadas, cumpliendo de esta manera con lo establecido para realizar teletrabajo.

3.9.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| NC1 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. <i>“La organización debe planificar:</i></p> <p><i>a) Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;</i></p> <p><i>b) La manera de: 1. Integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad”.</i></p> <p>MG-PE-18 Manual de Administración del Riesgo.</p> <p>6.7 Gestión de Eventos de Riesgos Materializados (ERM): <i>“Durante las fases de identificación y monitoreo de riesgos, las áreas líderes del proceso identificarán y mantendrán actualizada la información de las acciones de respuesta y/o contingencia que se deberían ejecutar en caso de un evento de riesgo materializado. Dichas acciones serán registradas en el formato de la matriz de Riesgos”</i></p> | <p>No conformidad Nº 1: No se cuenta con acciones implementadas ante la materialización de riesgos.</p> <p>Se observó que el proceso reportó tres riesgos materializados, codificados como: G.DP.02, G.DP.04 y G.DP.06, pero no se evidenció la toma de acciones para evitar que estas situaciones se presenten nuevamente, contraviniendo lo establecido en el numeral 6.1.2 de la norma ISO 9001:2015 y en el numeral 6.7 del Manual MG-PE-18 Manual de administración del riesgo, lo cual puede generar que los riesgos se continúen materializando o que sus consecuencias sean mayores al no tomar acciones oportunas para su mitigación.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> | <p>No conformidad Nº 2: No se observó control a los cambios, posterior a la entrega de los estudios y diseños a los Contratistas de Obra.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| | <p>8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo: <i>“La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos”.</i></p> <p>8.5.6 Control de los cambios: <i>“La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria, para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos”.</i></p> | <p>No se evidenció que se controlen los cambios que se efectúan posteriormente a entregar los diseños, por parte los contratistas de Obra, contraviniendo así lo establecido en los numerales 8.3.6 y 8.5.6 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede generar que las inconsistencias e inconvenientes que se presentan en determinado diseño, se repitan en otros y al no ser controladas, no se generan acciones para evitar que la situación se presente nuevamente.</p> <p>Si bien se observó que en los informes mensuales y en los estudios y diseños, se realiza control de los cambios mediante las versiones de éstos hasta obtener la conformidad con los requisitos preestablecidos, no se encontraron soportes que permita tener trazabilidad de que los estudios y diseños no hayan generado un impacto adverso en el proceso de ejecución de obras o de conservación de infraestructura.</p> |
| NC3 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo: <i>“La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo:</i> <i>b) son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios (...)”</i></p> <p>8.5.5 Actividades posteriores a la entrega: <i>“La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar:</i> <i>e) La retroalimentación del cliente”.</i></p> <p>9.1.2 Satisfacción del cliente: <i>“La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes, del grado en que se cumplen sus necesidades o expectativas.</i></p> | <p>No conformidad Nº 3: No se observó que el proceso cuente con una herramienta que permita conocer la percepción de su cliente externo o contratista de obra</p> <p>No se observó que el proceso cuente con una herramienta que les permita conocer la percepción de su cliente externo o contratista de obra, cuando se realiza la entrega de los diseños, incumpliendo así lo establecido en los numerales 8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo, 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega y 9.1.2 Satisfacción del cliente de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede generar que se pierda la posibilidad de tomar acciones de mejora en el proceso, derivadas de la retroalimentación del cliente interno.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|--|-------------|
| | <i>La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.</i> | |

3.10 PROCESO GESTIÓN PREDIAL

Para la evaluación del proceso, se tuvo en cuenta que la Oficina de Control Interno mediante radicado 20191350111683 del 16/05/2019, oficializó el informe Final de Auditoría de Gestión al Proceso de Gestión Predial, en el cual se evaluaron las actividades críticas establecidas en la caracterización, haciendo énfasis en las siguientes:

- Actividad crítica 3. Planificar recursos, actividades e identificar reportes para la adquisición predial.
- Actividad crítica 4. Elaborar insumos técnicos, jurídicos, sociales y económicos.
- Actividad crítica 5. Realizar la negociación predial.
- Actividad crítica 6. Realizar el acompañamiento social a la población.
- Actividad crítica 7. Administración predial.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la presente auditoría se determinó realizar la evaluación de las actividades descritas en la caracterización de productos/servicios: CSGP01 “Adquisición Predial-Enajenación Voluntaria” y CSGP02 “Venta de Predios”:

Caracterización de productos/servicios CS-GP-01 “Adquisición Predial- Enajenación Voluntaria”

El IDU cuenta con el Convenio Interadministrativo 1021 de 2017, celebrado con la Empresa Metro de Bogotá S.A. cuyo objeto es “Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros, para ejecutar el proyecto de Gestión Predial Integral requerido para adquirir los predios necesarios para la infraestructura de la Primera Línea de Metro de Bogotá (PLMB) en los componentes: vías indispensables, patios, talleres y estaciones.”

Según el informe de gestión Predial con corte 05/07/2019, son 119 predios requeridos PLMB-Fase 1 – Curvas, con un área aproximada de 40.640,42 m² con el siguiente avance:

- 118 avalúos aprobados, equivalentes al 99% de gestión de avalúos
- 113 ofertas efectuadas, equivalentes al 95% de oferta de predios, de los cuales: por enajenación voluntaria (84 promesas efectuadas), en negociación (26 ofertas) y en proceso de expropiación (3 predios).

Derivado del análisis anterior se tomaron aleatoriamente 3 Registros Topográficos (47262, 47271, 47267), los cuales se gestionaron con adquisición predial por enajenación voluntaria, verificando los siguientes documentos gestionados en el proceso predial para cada RT:

- La Resolución N°1145 del 14 de julio de 2017, expedida por la Secretaría Distrital de Planeación "Por la cual se define la zona de reserva para el viaducto y la franja de aislamiento de la Primera Línea de Metro de Bogotá-Tramo I".

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- Avalúo Comercial elaborado por la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital – UAECD.
- Resolución de oferta de compra.
- Actas de entrega del predio.
- Expediente en el Sistema de Información Orfeo.
- Estados de cuentas con ocasión del cobro de Acuerdos de valorizaciones.
- Escritura Pública.
- Inscripción Oficina de Registro (folio de matrícula inmobiliaria).

A continuación, los resultados de la auditoría de los RT seleccionados:

1. RT 47262 (Dirección: AC 26 Sur 71G – 17, CHIP AAA 0041RUOE)

Este RT corresponde a un área de terreno de 144 m², con una construcción de 148.75 m²; 424.38 m², tres pisos de teja, tres pisos de placa (piso 1 y piso 2); 21.87 m² tres pisos de teja, tres pisos de placa (piso 3) y; 2.38 m² placa volada.

Con matrícula Inmobiliaria 50S-00259289; y Resolución de Compra N°2871 de 04/07/2018 (radicado 20183250028716).

El Avalúo Comercial hace parte del Informe Técnico N.º 2017-1309 del 5/02/2018, elaborado por UAECD. A la fecha de elaboración de este informe preliminar, el predio se encontraba recibido por el IDU; se cuenta con acta de entrega 28102 de 2019 y Escritura Pública 0378 del 25/04/2019. Se verificó la inscripción en la oficina de registro de instrumentos públicos a nombre del Instituto de Desarrollo Urbano. Este RT hace parte del Expediente 201732532010001225E.

2. RT 47271 (Dirección: AC 26 Sur 71F – 69, CHIP AAA 0041RUSK)

Este RT corresponde a un área de terreno de 148.75 m², con un área de construcción 238.76 m²; el primer piso placa de 30.45 m², segundo piso teja con un área 169.40 m², primer piso teja de 33.66 m² y un voladizo de 5.25 m².

Con matrícula Inmobiliaria 50S-00065765 y Resolución de Compra N°2830 de 03/07/2018 (radicado 20183250028306).

El Avalúo Comercial hace parte del Informe Técnico N.º 2017-1314, elaborado UAECD. A la fecha de elaboración de este informe, el predio se encontraba recibido por el IDU; se cuenta con acta de entrega 18112 de 2019 y Escritura Pública 0806 del 22/02/2019. Se verificó la inscripción en la oficina de registro de instrumentos públicos a nombre del Instituto de Desarrollo Urbano. Este RT hace parte del Expediente 201732532010001234E.

3. RT 47267 (Dirección: Calle 31 Sur 71G – 12, CHIP AAA 0041RTPA)

Este RT corresponde a un área de terreno de 143.67 m²; 44.94 m² área del primer piso; 33.64 m² área del segundo piso; 41.48 m² área del tercer piso y 23.61 m² área del cuarto piso y 0.87 m² de placa volada.

Con matrícula Inmobiliaria 50S-823114 y resolución de compra N°1938 del 16/05/2018 (radicado 20183250028306).

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



El Avalúo Comercial hace parte del Informe Técnico N.º 0066 de 2018, elaborado UAECD. A la fecha de elaboración de este informe, el predio se encontraba recibido por el IDU; se cuenta con acta de entrega 28102 de 2019 y Escritura Pública 0267 del 15/02/2019. Se verificó la inscripción en la oficina de registro de instrumentos públicos a nombre del Instituto de Desarrollo Urbano. Este RT hace parte del Expediente 2017325320101230E.

Para los 3 RT seleccionados se evidenció coherencia entre el avalúo comercial, la resolución de oferta de compra, la escritura pública y la inscripción en la oficina de registro de instrumentos públicos a nombre del Instituto de Desarrollo Urbano.

Adicionalmente, el proceso informó que tramitó la exclusión enajenación voluntaria como trámite en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, presentando la siguiente justificación ante la Oficina de Atención al Ciudadano – OTC: *“En atención a la solicitud de revisión del trámite de Enajenación Voluntaria de Inmuebles con ocasión de las actualizaciones propias al Sistema Único de Información de Trámites SUIT, ponemos a consideración de la Oficina de Atención al Ciudadano, la exclusión de éste como trámite, teniendo en cuenta los siguientes referentes:*

1. Define el Departamento Administrativo de la Función Pública como trámite, el conjunto de pasos o la serie de acciones regulados por el Estado y llevados a cabo por los usuarios para obtener un determinado producto, garantizar la prestación adecuada de un servicio, el reconocimiento de un derecho, la regulación de una actividad de especial interés para la sociedad o, la debida ejecución y control de acciones propias de la función pública, con el propósito de facilitar el ejercicio de los derechos ciudadanos. (Subrayado fuera de texto).

A partir de esta definición y en especial de los acápites subrayados, es importante precisar que los mismos no tienen aplicación frente a los procedimientos de enajenación voluntaria, que adelanta la entidad, bajo los parámetros normativos y procedimentales que a continuación se citan:

- La ley 9ª del 11 de enero de 1989, "Por la cual se dictan normas sobre planes de desarrollo municipal, compraventa y expropiación de bienes y se dictan otras disposiciones", comúnmente conocida como la ley de reforma urbana, modificada por la ley 388 de 1992,(sic) que a su vez, puso en consonancia las normas urbanísticas con la Constitución de 1991, y reguló los planes de ordenamiento territorial, estableció en el Capítulo III un completo régimen de adquisición de bienes por enajenación voluntaria y por expropiación por parte de las entidades públicas, dicho régimen puntualiza la facultad de la Nación, las entidades territoriales, las áreas metropolitanas y asociaciones de municipios para adquirir por enajenación voluntaria o decretar la expropiación de inmuebles urbanos o suburbanos.

- Precisan los artículos 13 y 14 de la Ley 9 de 1989, el detalle procedimental para adelantar la enajenación, estando bajo total responsabilidad del organismo gubernamental, el paso a paso para garantizar la obtención del suelo, que para el caso del IDU, responde al requerido para el desarrollo de proyectos de obras viales en el marco de las necesidades que demanda la infraestructura de movilidad y de espacio público.

- La adquisición del suelo se enmarca en la función social de la propiedad y privilegia la disposición de este por motivos de utilidad pública e interés social, previamente definidos en la Ley. La Ley 388 de 1997, modificatoria de la Ley 9 de 1989, estableció en el literal e) del artículo 58 que la adquisición de inmuebles para la ejecución de programas y proyectos de infraestructura vial y de sistemas de transporte masivo es uno de los casos considerados de utilidad pública e interés social para efectos de adelantar la enajenación o decretar su expropiación. En este sentido la norma es explícita que la utilidad pública o el interés social surge de una necesidad del Estado de la propiedad de un inmueble para la realización de unos fines específicos, pudiéndolo enajenar o expropiar, privilegiando así el interés

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

general al particular y el privilegio a derechos generales y no particulares como se concibe desde la definición de trámite.

- Si bien la ejecución del procedimiento de enajenación demanda la aceptación de un ciudadano propietario de un bien inmueble frente a una oferta proferida por la entidad, la misma se concibe bajo los esquemas de consulta, negociación y aceptación propias a la normatividad de los procedimientos administrativos, los cuales, de no ser viabilizarse, posibilitan para la entidad la ejecución del procedimiento de expropiación administrativa en el caso del IDU.

- Finalmente, es claro que quien adelanta el procedimiento en su integridad, es el IDU, quien obtiene el producto es la entidad no el usuario o ciudadano, desvirtuando con ello la cualificación como trámite, y quien es objeto de reconocimiento es el interés general sobre el particular, entendiéndose este como un beneficio colectivo en el que se ceden los derechos de propiedad para el desarrollo de obras viales propias a los ejercicios planificados en materia de movilidad y espacio público.”

Derivado de esta solicitud, se observó el correo electrónico de la OTC del 2/07/2019, donde se informó a la DTDP que el Departamento Administrativo de la Función Pública, aprobó la eliminación de Enajenación Voluntaria del SUIT.

Caracterización de productos/servicios CS-GP- 02 “Venta de Predios”.

Según lo indicado en el Informe de Rendición de cuentas para la vigencia 2018, publicado en la página del IDU, se indica que al corte del 31/12/2018 registra 212 predios remanentes derivados de la ejecución de los proyectos IDU (97) y TRANSMILENIO (115), los cuales se encuentran en administración de la Dirección Técnica de Predios y cuyo estado en la cuenta contable 15100 se presenta así:

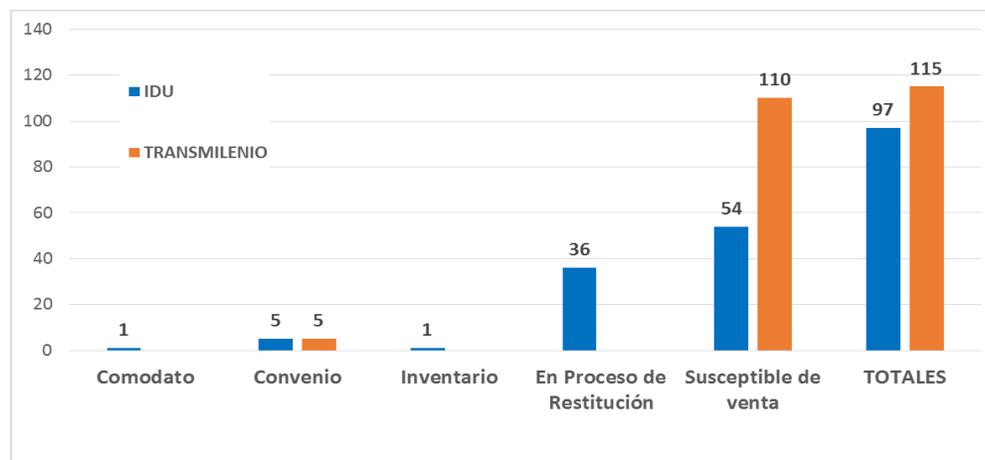


Gráfico 2. Seguimiento Predios Remanentes – Fuente: Base contable rubro IDU y rubro TRANSMILENIO 31/12/2018

Según los saldos contables al 31/03/2019, en el inventario de predios sobrantes, se registran **16 predios del IDU** susceptibles de venta (Registros Topográficos- RT de venta 7185H, 42329, 10141B, 10145A, 42008A, 33447, 33419, 33449, 8649B, 48567, 48626, 42377, 4016, 3082, 2659A, 42915 y **41 predios de Transmilenio** (RT de venta 41924, 41988, 42045, 42044, 63606, 42386, 37280B, 32890A, 42041, 42046, 42403, 33579B, 39596A, 33582B, 42391, 37281, 41994, 41993, 63607A, 41833A, 44736, 42404, 42392, 33450, 33996, 33448, 33446, 33429, 33428,

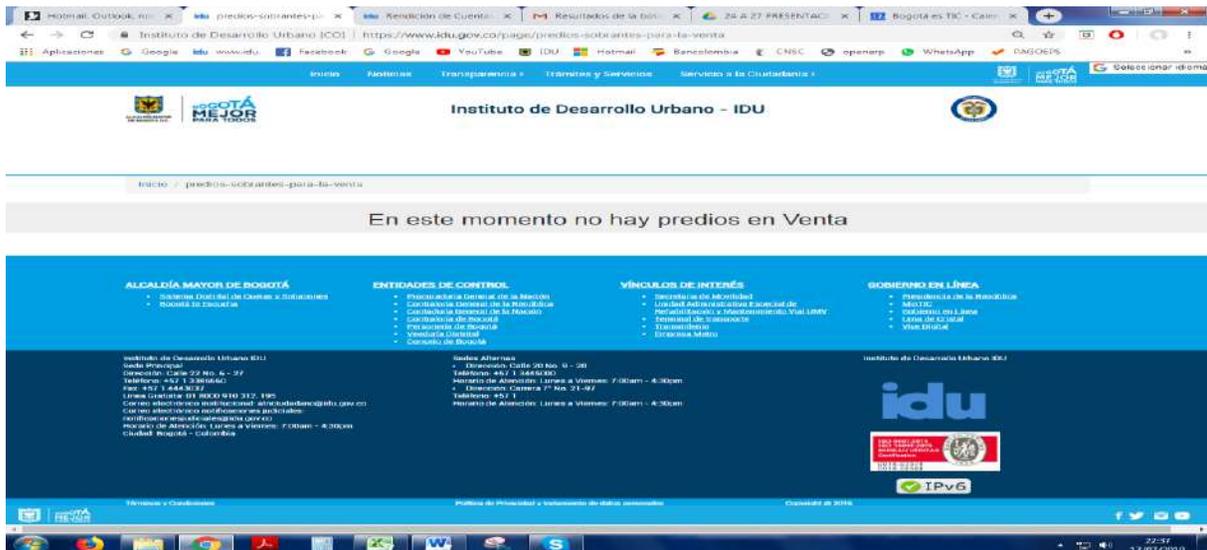
| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

33443, 33437, 33418, 33420, 33425, 50499, 50500, 50501, 50502, 50491, 50495,50497); para un total de 57 predios susceptibles de venta.

El proceso de gestión predial mediante correo electrónico del 15/07/2019, reportó la misma información relacionada con los 57 predios registrados en contabilidad.

Se observó oficio 20193250374491 del 08/05/2019 remitido al Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público –DADEP, en cumplimiento del Acuerdo 171 de 2005 Concejo de Bogotá D.C., donde se establece el Catálogo de la Actividad Pública Inmobiliaria Distrital –CAPID, en el que se registra la adquisición, venta, expropiación u otras transacciones que impliquen la transferencia total o parcial del dominio de inmuebles de propiedad o de interés para el Distrito Capital, o la constitución de gravámenes o limitaciones de dominio sobre ellos, así como el anuncio de proyectos urbanísticos o de obras de que trata el artículo 52 del Decreto 190 de 2004, además del avalúo de la referencia.

Sin embargo, en el portal web IDU indica “En este momento no hay predios en venta” como se evidencia en la siguiente imagen presentando una inconsistencia de la información.



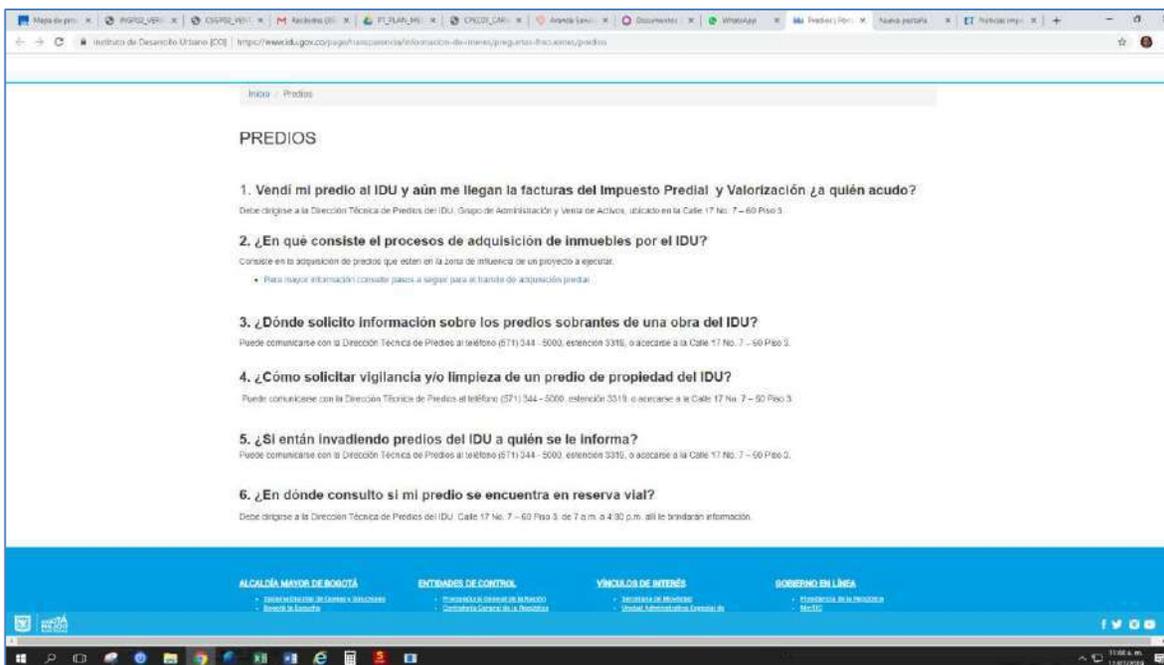
Fuente: Pagina intranet IDU

Con base en lo anterior, se evidenció incumplimiento a lo establecido en el Procedimiento PR-GP-02 Administración y Venta de Predios, con Versión 3.0, en el numeral 7.14 - Incorporar en el inventario área sobrante, donde se indica *“Incorporar el predio sobrante a la base de datos “Inventario de predios sobrantes susceptibles de venta” de la entidad y publicar en la Página WEB”,* donde se muestra en la observación que *“Una vez subida esta información a la página web se entiende por notificado a todos los interesados.”*

Adicionalmente, en consulta al enlace de la página WEB [HTTPS://WWW.IDU.GOV.CO/PAGE/TRANSPARENCIA/INFORMACION-DE-INTERES/PREGUNTAS-FRECUENTES/PREDIOS](https://www.idu.gov.co/page/transparencia/informacion-de-interes/preguntas-frecuentes/predios) se observa a la pregunta *“¿Dónde solicito información sobre los predios sobrantes de una obra del IDU?”* informando que *“Puede comunicarse con la Dirección*

| | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Técnica de Predios al teléfono (571) 344-5000, estencion (sic) 3818 o acecarse (sic) a la Calle 17 No. 7-60 piso 3”, como se muestra en la siguiente imagen:



Fuente: Pagina intranet IDU

Dado lo anterior se recomienda al proceso verificar que la información que se publica en la página web, relacionada con sobrantes de predios de obra, se actualice, toda vez que al validar lo registrado en relación con la extensión (3318) donde se debe brindar la información, al marcar se escucha el siguiente mensaje “El número que ha marcado no está en servicio verifique el número e intente llamar nuevamente gracias”. Igualmente solicitar al área de comunicaciones realizar las correcciones ortográficas a que haya lugar.

Prueba de Inventario de Equipos de Topografía

Con el fin de verificar la correcta operación de los equipos topográficos y la conformidad de las mediciones realizadas, el equipo auditor efectuó las siguientes actividades:

- Verificación de lo establecido en el Instructivo IN-GP-02 Verificación equipos topográficos, versión 1.0.
- Verificación de inventario de equipos de topografía.
- Conciliación de placas asignadas a la DTDP versus registros contables del aplicativo STONE.
- Verificación de calibración de equipos (Estación Total).
- Verificación mantenimiento de GPS (Global Positioning System).

Respecto a la revisión documental, se identificaron aspectos que indican desactualización del Instructivo IN-GP-02, “Verificación de Equipos Topográficos”, que forman parte del Sistema Integrado de Gestión – SIG, tales como:

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- a. El numeral 3 “Marco Normativo” del Instructivo, hace referencia al Decreto 2269 de 1993, “*Por el cual se organiza el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología*”, capítulo V: De la acreditación de organismos de certificación e inspección y laboratorios de prueba y ensayos, y metrología, el cual fue modificado por:
- Artículo 108 del Decreto 1471 de 2014, derogó los artículos 1, 2, 4, 5, 6 al 10, 12 al 19, 21 al 25 y 27 al 46 del Decreto número 2269 de 1993.
 - Artículo 7 del Decreto 4738 de 2008, derogó el literal b) del artículo 14, los artículos 15 y 16 y el literal l) del artículo 17 del Decreto 2269 de 1993.
- b. El numeral 6, literal 6.1. “Periodicidad de Mantenimiento, Verificación y Calibraciones”, que, de acuerdo con lo manifestado por el responsable de la administración de los equipos topográficos de la DTDP, la frecuencia de mantenimiento se hace con una periodicidad anual, y no cada dos años como aparece dentro del Instructivo.

Con base en lo anterior, se recomienda actualizar la información del instructivo en cuanto a la normatividad, periodicidad y gestión realizada por el proceso.

En cuanto al inventario de equipos de topografía e información de placas asignadas, el equipo auditor realizó una inspección física de los elementos como se describe en la siguiente tabla:

Tabla N° 1. Inventario de Equipos de Topografía

| ÁREA | ÁREA | PLACA | DESCRIPCIÓN |
|------|------|---------------|--|
| 325 | DTDP | 218785 | BIPODE |
| 325 | DTDP | 20888034 | TRIPODE METALICO PARA TRANSITO |
| 325 | DTDP | 218436 | ESTACION TOPOGRAFIA TOPCON GTS236W |
| 325 | DTDP | 218501 | RECEPTOR GPS THALES (ANTENA,FLEX,BATERIA |
| 325 | DTDP | 218502 | RECEPTOR GPS THALES (ANTENA,FLEX,BATERIA |
| 325 | DTDP | 218503 | RECEPTOR GPS THALES (ANTENA,FLEX,BATERIA |
| 325 | DTDP | 218504 | NAVEGADOR RECEPTOR GPS(CABLE USB,MANUAL |
| 325 | DTDP | 218505 | NAVEGADOR RECEPTOR GPS(CABLE USB,MANUAL |
| 325 | DTDP | 218506 | NAVEGADOR RECEPTOR GPS(CABLE USB,MANUAL |
| 325 | DTDP | 218507 | NAVEGADOR RECEPTOR GPS(CABLE USB,MANUAL |
| 325 | DTDP | 218438 | BASTON |
| 325 | DTDP | 218437 | PRISMA |
| 325 | DTDP | 218439 | PORTAPRISMA |
| 325 | DTDP | 218440 | BATERIA PARA ESTACION TOTAL DE TOPOGRAFIA |
| 325 | DTDP | 218783 | BASE NIVELANTE |
| 325 | DTDP | 218784 | BIPODE |
| 325 | DTDP | 175 | MALETA - MORRAL |

Fuente: Dirección Técnica de Predios

Se inspeccionaron los equipos en compañía de los responsables de su custodia encontrando las placas relacionadas en la tabla anterior.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

En la conciliación de placas asignadas a la DTDP versus registros contables del aplicativo STONE, se evidenció que existen otros 2 bastones sin placa de inventario en poder de la DTDP, así como dos prismas adicionales.

Para las placas 218504, 218505, 218506, 218507 correspondiente a “NAVEGADOR RECEPTOR GPS (CABLE USB, MANUAL)” según lo indicado por el proceso, son equipos obsoletos y requieren ser dados de baja, ya que actualmente no están siendo utilizados.

Para la Estación Topográfica TOPCON GTS236W, se evidenció certificado de calibración Estación Total N° 165 con fecha de expiración al 22/08/2019.

Se evidenció la certificación de verificación GPS de precisión emitida por el Laboratorio de metrología para instrumentos de geomática SAS de fecha 10/07/2018, donde se indica “Certificamos que los equipos ASHTECH-MAGELLAN modelo PROMARK 3 con números de serie 0120470153485, 0120470151610 y 0120470172172 se instalaron sobre un punto denominado GPS 1 el cual se posiciono se pos proceso y se calculó a partir de la estación de rastreo continuo BOGA de la red de estaciones del IGAC y que el valor obtenido de coordenadas no difiere de la certificación en más de Horizontal: 0,005 m + 1 ppm (0,016 pies + 1 ppm) y Vertical: 0,01 m + 2 ppm (0,032 pies + 2 ppm), cumpliendo con la especificación técnica expedida por el fabricante en referencia a la precisión en posición. Es de anotar que los instrumentos receptores de GPS no son sometidos a ningún tipo de calibración contra un patrón, toda vez que la información recibida y procesada por estos equipos es totalmente electrónica y sistémica, referida a un modelo matemático de la tierra y manejado exclusivamente por los operadores de constelaciones de satélites.”

Arqueo de caja menor de la Dirección Técnica de Predios.

Se realizó el arqueo de caja menor de la Dirección Técnica de Predios, en poder de la Directora Técnica de Predios, teniendo como referencia la siguiente documentación:

- Resolución N°371 de 2019 “Por la cual se constituye y reglamenta el funcionamiento de la Caja Menor de la Dirección Técnica de Predios para la vigencia 2019, del Instituto de Desarrollo Urbano”.
- Póliza de manejo global N°1000413.

La verificación contempló la realización de pruebas sobre los siguientes soportes y/o aspectos:

- Extracto bancario mes de junio de 2019.
- Conciliaciones bancarias mes de junio 2019.
- Último reembolso de caja menor.
- Control del 70% del monto establecido por cada rubro presupuestal.
- Inspección del contenido de la caja fuerte.

A continuación, se presenta el resultado del arqueo realizado a la caja menor de la Dirección Técnica de Predios del 16/07/2019, administrada desde la DTDP:

Tabla N° 2. Arqueo Caja Menor Dirección Técnica de Predios

| DENOMINACION | CANTIDAD | VALOR | OBSERVACIONES |
|--------------|----------|--------------|---------------|
| EFFECTIVO | | | |
| BILLETES | | | |
| 50.000,00 | 33 | \$ 1.650.000 | |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| DENOMINACION | CANTIDAD | VALOR | OBSERVACIONES |
|--|----------|---------------------|---|
| 20.000,00 | 2 | \$ 40.000 | |
| 10.000,00 | 1 | \$ 10.000 | |
| 5.000,00 | | | |
| 2.000,00 | | | |
| 1.000,00 | | | |
| MONEDAS | | | |
| 1.000,00 | | | |
| 500,00 | 3 | \$ 1.500 | |
| 200,00 | 1 | \$ 200 | |
| 100,00 | 1 | \$ 100 | |
| 50,00 | 1 | \$ 50 | |
| 20,00 | | | |
| TOTAL EFECTIVO | | \$ 1.701.850 | |
| VALOR LIBRO EFECTIVO | | \$ 1.936.361 | Tomado saldos STONE_ Gestión Financiera |
| VALOR LIBRO BANCOS | | \$ 1.635.489 | Tomado saldos STONE y verificado extracto y conciliación bancaria |
| VR. PENDIENTES DE PAGO | | \$ 234.479 | Evidenciados durante el arqueo soportes físicos |
| VALOR (REL. COMPROBANTESXCAJA) | | \$ 234.479 | Corresponde a los formatos de solicitud de compra del 5/07/2019 por \$85,579 por concepto de adquisición planos urbanísticos y topográficos, solicitud 10/07/2019 por \$48,900 de certificados tradición y libertad, y \$100,000 del recibo 0098 por compra de planos urbanísticos transmilenio de julio 2019 sin indicación del día. |
| FACTURAS POR LEGALIZAR/hacer comprobante | | \$ 246.330 | Solicitud Orden de pago 1891 de 27/06/2019 |
| VALOR ARQUEO | | \$ 3.818.148 | |
| FONDO FIJO | | \$ 3.818.180 | |
| DIFERENCIA (VALOR ARQUEO VS FONDO FIJO) | | \$ -32 | Según lo manifestado por enlace de la auditoría SIG, corresponde a menor valor de vueltas y/o aproximaciones. |

Fuente: Arqueo Caja Menor Dirección Técnica de Predios. Elaboración: Equipo Auditor.

Se observó el control ejercido por el proceso del monto establecido por cada rubro presupuestal como se muestra en la siguiente imagen:

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

GESTIÓN CAJA MENOR MES DE JULIO DE 2019

| CONCEPTOS | SALDOS |
|-------------------------------------|--------------|
| SALDO EFECTIVO ENTREGADO 30-06-2019 | \$ 1.936.361 |
| SALDO BANCOS ENTREGADO 30-06-2019 | \$ 1.635.489 |

| CONSTITUCIÓN CAJA MENOR | | | SEGUIMIENTO TOPES POR RUBRO | |
|---|---------------|--------------|-----------------------------|--------------------|
| Rubro | Cuantía | Tope DTDP | Vr. Causado | Cuantía disponible |
| Construcción y conservación de vías y calles completas para la ciudad (IDU) | \$ 25.000.000 | \$ 1.590.909 | \$ - | \$ 1.590.909 |
| Transporte Público Integrado y de Calidad (TMM) | \$ 10.000.000 | \$ 636.364 | \$ 85.579 | \$ 550.785 |
| Transporte Público Integrado y de Calidad (Metro) | \$ 7.000.000 | \$ 445.455 | 0 | \$ 445.455 |

| GASTOS AUTORIZADOS | | | | | | | |
|--------------------|------------------|--------------------|---|--|-----------|-------------|-----------|
| | FECHA DESEMBOLSO | VALOR DESEMBOLSADO | CONCEPTO REFERIDO | SOPORTE CAUSACIÓN GASTO | RUBRO TMM | RUBRO METRO | RUBRO IDU |
| 1 | 03/07/2019 | \$ 85.579 | ADQUISICIÓN/IMPRESIÓN PLANOS PROYECTO TMM Responsable: Alvaro Andrés Bernal | Factura 30432 - Multiplotter (\$27.370,00) Factura FV1-220104 - Notaría 41 (\$58.209,00) | \$ 85.579 | | |
| 2 | 04/07/2019 | \$ 48.900 | ADQUISICIÓN FOLIOS DE MATRÍCULA DEMANDAS DE EXPROPIACIÓN JUDICIAL - IDU Responsable: Oscar Osorio | Recibo de pago 2019070018939, 201907001877, 2019070018876 (\$16.800,00 c/u, total (\$48.900) | | | \$ 48.900 |
| 3 | 12/07/2019 | \$ 100.000 | ADQUISICIÓN/IMPRESIÓN PLANOS PROYECTO TMM Responsable: Alvaro Andrés Bernal | Pendiente entrega soportes | | | |
| TOTAL (1) | | \$ 234.479 | Total (2) | | \$ 85.579 | | |

Total (1) Correspondiente a valor desembolsado efectivo

Total (2) Correspondiente a valores causados

Vr. Legalizados Reconocimiento definitivo de acuerdo a validación integral soportes

Fuente: Dirección Técnica de Predios

La caja menor es gestionada por la funcionaria, que desempeña el cargo de Secretaría Ejecutiva, se recomienda al proceso que se incluya en el manual de funciones esta actividad.

Gestión de riesgos del proceso: Del seguimiento a riesgos, se evidenció que tanto los riesgos de gestión, TIC y corrupción han sido evaluados por la Oficina de Control Interno durante el primer semestre de 2019, a través de la auditoría de gestión del proceso (radicado 20191350111683 del 16/05/2019) y los seguimientos realizados, por lo tanto, en este punto de la auditoría, se efectuó la revisión al establecimiento del contexto estratégico del proceso y de los planes de tratamiento que requiere el mismo, a causa de la materialización de algunos de los riesgos identificados.

De la verificación efectuada, se comprobó que el proceso realizó la revisión de su contexto para poder establecer sus riesgos en mayo de 2019, según directriz y programación realizada por la

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

OAP. También se efectuó la verificación del monitoreo y seguimiento cuatrimestral de los riesgos que se encuentran actualmente en la matriz de riesgos publicada en la intranet, incluyendo riesgos de seguridad de la información.

Indicadores de Gestión del proceso: De acuerdo con el cuadro de mando actualizado con corte a marzo/2019, se evidenció que el proceso cuenta con 12 indicadores, de los cuales 5 son de gestión y 7 son transversales, encontrando que de acuerdo con el seguimiento a la formulación de indicadores realizado por la OCI durante febrero y reportado a la OAP mediante correo electrónico del 04/03/2019, se tuvieron en cuenta las recomendaciones realizadas para los indicadores de gestión 3254, 32510, 32517, 32518, 32519. Se observó cumplimiento al corte de 31/03/2019.

No obstante, al 30/06/2019 aparecen incumplidos los indicadores: 3254 Porcentaje de cumplimiento en la expedición de viabilidades prediales, 32519 Porcentaje de cumplimiento en la elaboración de los documentos de cierre de los proyectos, 32520 Seguimiento al cumplimiento de la planeación financiera a través del PAC Inicial ejecutado, por lo que se recomienda al proceso tomar los correctivos necesarios para dar cumplimiento a las metas propuestas.

Planes de mejoramiento: Se realizó revisión del estado de las acciones de mejoramiento propuestas por la DTDP, mediante consulta en el aplicativo CHIE, encontrando que a 15/07/2019, la dependencia tenía 13 acciones en “Progreso”, las cuales están en ejecución y por lo tanto se encuentran en términos para el seguimiento por parte de la OCI, producto de la Auditoría de Gestión realizada al área, en el mes mayo de 2019. A continuación, se relacionan las acciones de mejoramiento:

Tabla N° 3. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta |
|--------|--|---|
| 1662 | Incumplimiento de requisitos de trámite respecto a la notificación de actos administrativos. | Efectuar sensibilización a todo el personal que integra el componente jurídico del proceso sobre los pasos, términos y mecanismos asociados a la gestión de actos administrativo Fecha Finalización: 30/11/2019 |
| 1663 | Incumplimiento de requisitos de trámite respecto a la notificación de actos administrativos. | Elaborar documento justificativo ante la STRF, acerca de las necesidades en materia de certificación electrónica y servicio de mensajería, para apalancar decisiones que contribuyan como medio más eficaz para citaciones y notificaciones. Fecha Finalización: 30/07/2019 |
| 1664 | Incumplimiento de requisitos de trámite respecto a la notificación de actos administrativos. | Habilitar mecanismo de registro y control de citaciones por el medio más eficaz, esta última previa consulta a la Subdirección General Jurídica. Fecha Finalización: 30/09/2019 |
| 1665 | Ausencia / extemporaneidad en la publicación en SECOP de información contractual. | Remitir a la DTGC la totalidad de los documentos de ejecución pendientes por publicar de acuerdo con la matriz de valoración de ejecución, En relación con los contratos de prestación de servicios, gestionar publicación por parte de cada uno de los contratistas. Fecha Finalización: 31/12/2019 |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta |
|--------|--|---|
| 1666 | Falta de actualización del estado procesal en SIPROJ. | Validar en el aplicativo SIPROJ, el reporte del estado de los procesos judiciales a cargo de la DTDP conforme el seguimiento periódico que se efectúe de los mismos. Fecha Finalización: 31/12/2019 |
| 1667 | Inconsistencia en la selección del proyecto de inversión para afectar la autorización de órdenes de pago. | Gestionar automatización en Stone - SIGPAGOS, la información del cuadro de distribución de costos que hace parte del seguimiento de los proyectos y contratos, con las alertas que se requieran. Fecha Finalización: 31/12/2019 |
| 1668 | Inconsistencia en la selección del proyecto de inversión para afectar la autorización de órdenes de pago. | Elaborar un documento consolidado de proyectos de inversión, fuentes de financiación y centros costos para validar el proceso de elaboración, revisión y giro de órdenes de pago entre la DTDP, STPC, STTR y OAP. Fecha Finalización: 31/12/2019 |
| 1669 | Inconsistencia en la selección del proyecto de inversión para afectar la autorización de órdenes de pago. | Efectuar una socialización dirigida a los profesionales responsables de la ejecución de los contratos de la DTDP. Fecha Finalización: 31/07/2019 |
| 1670 | Inconsistencias entre la información soporte de las Resoluciones N.º 679 de 2018 y N.º 845 de 2019 y el contenido de las mismas. | Revisión de la coherencia de la información censal frente a las Resoluciones 679 de 2018 y 845 de 2019, realizando la totalidad de las modificaciones censales que apliquen de acuerdo con la tipología de inconsistencias detectadas en auditoría. Fecha Finalización: 30/09/2019 |
| 1671 | Inconsistencias entre la información soporte de las Resoluciones N.º 679 de 2018 y N.º 845 de 2019 y el contenido de las mismas. | Efectuar sensibilización respecto al uso y alimentación de los aplicativos que hacen parte del componente social del proceso. Fecha Finalización: 30/09/2019 |
| 1672 | Inconsistencias entre la información soporte de las Resoluciones N.º 679 de 2018 y N.º 845 de 2019 y el contenido de las mismas. | Efectuar parametrización del componente social en el modelamiento de la actualización del Sistema de Gestión Predial con los validadores de información requeridos Fecha Finalización: 31/12/2019 |
| 1673 | Falta de reporte a la OAP de la materialización del riesgo G.GP.05. | Elaborar documento técnico a las partes interesadas sobre el alcance del componente de administración de predios en predios remanentes Fecha Finalización: 30/09/2019 |
| 1674 | Debilidades en el diligenciamiento de la información requerida en el formato FO-GP-55 Acta de Recibo de Predios. | Elaborar documento aclaratorio que de soporte del diligenciamiento de las actas de recibo tipificadas con inconsistencia en su diligenciamiento en la auditoría Fecha Finalización: 30/09/2019 |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE – Elaboración propia

En consideración de lo anterior, el equipo auditor no realizó la verificación de eficacia y efectividad de las acciones, dadas las fechas para la finalización de las mismas, las cuales se encuentran con posterioridad a la finalización del trabajo de campo de la auditoría.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Control de salidas no conformes. De acuerdo con el FO-AC-014 Plan de Calidad para el tratamiento de salidas no conformes, se observó para el primer semestre de 2019, el proceso identificó un total de 20 productos, trámites o servicios no conformes, según lo establecido en el procedimiento PR-AC-05 Salidas no conformes, relacionados con “*corrección de avalúo*”; sin embargo, con corte al 11/07/2019, no se evidenció el reporte de las salidas no conformes a la Oficina Asesora de Planeación, incumpliendo lo estipulado en el Procedimiento PR-AC-05 “Salidas No Conformes”, en el Numeral 1.6.13. Consolidar información de salidas no conformes del proceso, donde indica: “*El líder del proceso o delegado, será responsable de llevar las estadísticas de las salidas no conforme en los medios disponibles por la OAP. El líder remitirá la información a la OAP.*” (Subrayado fuera de texto).

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Subsistema de Gestión de Calidad: Al realizar revisión documental del proceso, se observó que cuenta con 4 procedimientos de última actualización 2013 y 2015; 2 Instructivos de 2014 y 2015, 2 cartillas de 2015 observando que hace más de 4 años fue su última actualización y un Manual de Gestión Predial del 2018.

El proceso es consciente de la desactualización de la documentación y como acciones de mejora presenta al equipo auditor el siguiente cronograma de actualización documental que actualmente se está gestionando, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla N° 4. Actualización documental del proceso

| CODIGO | TIPO | NOMBRE | VIGENCIA | ALCANCE ACTIVIDAD | CRONOGRAMA | OBSERVACIONES MEJORA |
|-----------|---------------|---|-----------|-------------------|--------------------------|---|
| PR-GP-102 | Procedimiento | Administración de bienes inmuebles de dación de pago | 30-sep-13 | En revisión | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Supresión de procedimiento en coherencia con competencias de la dependencia. |
| PR-GP-01 | Procedimiento | Gestión social predial | 2-dic-14 | Actualización | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Actualización del procedimiento incluyendo interacción entre componentes de la adquisición predial incluyendo lineamientos de gestión documental y de sistemas de información |
| PR-GP-02 | Procedimiento | Administración y Venta de Predios | 18-feb-15 | Actualización | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Actualización del procedimiento incluyendo interacción entre componentes de la adquisición predial incluyendo lineamientos de gestión documental y de sistemas de información |
| PR-GP-03 | Procedimiento | Adquisición predial | 23-sep-15 | Actualización | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Actualización del procedimiento incluyendo interacción entre componentes de la adquisición predial incluyendo lineamientos de gestión documental y de sistemas de información |
| IN-GP-01 | Instructivo | Recolección de Datos en los Censos Socioeconómicos para la adquisición de predios | 1-sep-14 | En revisión | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Actualización de acuerdo con la dinámica de proyectos |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

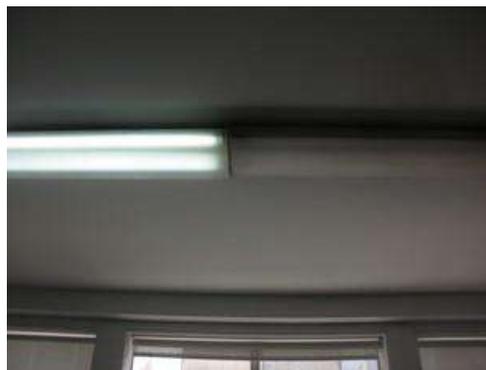
| CODIGO | TIPO | NOMBRE | VIGENCIA | ALCANCE ACTIVIDAD | CRONOGRAMA | OBSERVACIONES MEJORA |
|----------|-------------|--|-----------|-------------------|--------------------------|--|
| CA-GP-02 | Cartilla | Cartilla de gestión predial y reasentamiento | 31-mar-15 | En revisión | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Actualización de acuerdo con la dinámica de proyectos |
| IN-GP-02 | Instructivo | Verificación de equipos topográficos | 22-sep-15 | En revisión | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Supresión de instructivo se incluye como anexo del procedimiento |
| CA-GP-01 | Cartilla | Avalúos comerciales | 29-dic-15 | En revisión | 22/04/2019 al 30/08/2019 | Actualización de acuerdo con la dinámica de proyectos |

Fuente: Dirección Técnica de Predios

Subsistema de Gestión Ambiental: Se encontró que el personal determina y conoce los aspectos ambientales para su proceso, los cuales se plasman en la respectiva matriz de aspectos e impactos ambientales, y a través de los anexos de los contratos en los que se establecen requisitos y obligaciones para aportar al Subsistema de Gestión Ambiental.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST: Para la evaluación de este Subsistema, se aplicó una lista de verificación con los principales aspectos requeridos:

- En sede de la Calle 17 (Piso 3) fueron evaluadas 3 divisiones de la Dirección Técnica de Predios (Oficina Troncal Centenario, Avalúos, ESP y Administración de Predios), a las cuales se les aplicó la respectiva lista de verificación, destacándose las siguientes situaciones para los diferentes aspectos:
 - **Iluminación:** las condiciones de iluminación son relativamente adecuadas; sin embargo, en la división que opera la Troncal Centenario, se evidenció que una de las luminarias no está en funcionamiento.



- **Confort Térmico:** Los niveles de temperaturas son adecuados en las áreas de trabajo; sin embargo, en la división de Administración de Predios se manifiesta que la división está sometida a bajas temperaturas.
- **Ruido:** Los niveles de ruido son normales (se tiene el ruido normal generado desde la calle)
- **Mecánico:** Las herramientas de trabajo en términos generales son buena calidad y se encuentran en buen estado. Se cuenta con adecuadas herramientas de oficina como grapadoras, perforadoras, tijeras, etc.

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- **Eléctricos:** Los cables eléctricos se encuentran protegidos y canalizados; las instalaciones eléctricas están protegidas; algunos cables no se encuentran debidamente amarrados, de tal forma que no presenten riesgo locativo; se cuentan con interruptores y tomacorrientes en buen estado y funcionando correctamente.
- **Biológico:** Se evidenció que no existe una adecuada clasificación de los residuos en las respectivas canecas.



- **Orden y Aseo:** Se verificó que los puestos de trabajo no se encuentran en su totalidad libres de obstáculos, algunos puestos de trabajo no se encuentran debidamente organizados (están dispuestos cajas, elementos de oficina y presentan desorganización de los mismos); se evidenció que los equipos y herramientas de trabajo están limpios, en buen estado y ubicados en los sitios disponibles para su almacenamiento; los puestos de trabajo se encuentran debidamente aseados (incluye estantes, cajones, paredes, detrás de mesas, cables, equipos).



| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |



- **Sanearamiento:** El número de sanitarios están en proporción de uno por cada 15 trabajadores; los servicios sanitarios están discriminados por sexos; se tiene un programa sistemático para el control de plagas; el almacenamiento de basuras se hace en lugares con buena ventilación e iluminación; los sitios de almacenamiento de basuras cuentan con un programa de orden y aseo; sin embargo, se manifestó por parte de los funcionarios y contratistas que los insumos (papel, jabón, toallas entre otros), son insuficientes para el número total de personas que utilizan los servicios.
- **Condiciones Locativas:** Se cuenta con escaleras en cantidad suficiente y ofrecen las debidas condiciones de solidez, estabilidad y seguridad; los ascensores se encuentran en

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

buen estado; los pisos de las áreas de trabajo están libres de huecos y desniveles; los techos están limpios, libres de goteras y sin grietas; sin embargo, se evidenció una de las impresoras ubicada en el área jurídica del proyecto Avenida Centenario, la cual se encuentra obstruyendo el área de circulación de esta división, dificultando su tránsito.



- **Químico:** Existen implementos de aseo (sustancias químicas) dispuestas en los baños; las sustancias almacenadas no se encuentran envasadas en recipientes originales, ni debidamente etiquetados.



- **Emergencias:** Se cuenta con una señalización de emergencia básica; existen extintores en cada uno de los pisos; el personal tiene identificado el procedimiento a ser desarrollado en caso de una emergencia; la totalidad de funcionarios y contratistas no tienen identificados los sonidos de alarma y alerta que existen en la sede.
- **Inspección general de elementos de emergencia:** El número de camillas que cuenta la sede de la Calle 17, son insuficientes en relación con el número de personas que laboran en la sede; la señalización de evacuación es mínima; se conoce por parte de todo el personal, cuál es el punto de encuentro en caso de una emergencia; se cuenta con gabinetes contra incendios, los cuales tienen manguera con boquilla, hacha, extintor. Se cuenta con botiquines; sin embargo, éstos, a su vez, son insuficientes para atender en caso de una emergencia.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |



- **Ergonómico:** Se evidenció que gran parte del personal contratista, manifiesta que tiene problemas de estabilidad y confort, debido al mal estado de las sillas que están empleando para el desarrollo de sus actividades propias; muchas de estas sillas están en malas condiciones.



| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |



Sistema Gestión de Seguridad de la Información: Para la evaluación de este Subsistema, se aplicó una lista de verificación con los principales aspectos requeridos.

- **Respaldo de la información:** Se encuentra en servidores que reposan en la DTDP con base en el contrato IDU-1424-2019, mediante carpetas compartidas.
- **Activos de información:** El proceso atendió lo solicitado para la actualización de los activos de información por la Subdirección General de Gestión Corporativa oficializada mediante memorado 20195050086633 donde indica *“Teniendo como referencia que en el año 2014, la Subdirección General de Gestión Corporativa asumió el liderazgo en la continuación del proyecto de implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, y que el decreto 103 de 2015, que reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014, hace un conjunto de solicitudes puntuales entre las cuales se incluye en el artículo cuatro (4°), literales (2) y (3) “El Registro de Activos de Información” y “El Índice de Información Clasificada y Reservada”, los cuales obligan a las entidades del orden nacional, departamental, municipal y distrital a desarrollar la actividad de crear y mantener el inventario de activos de información, se requiere de su colaboración para dar cumplimiento a la revisión del Inventario General de Activos de Información del Instituto. Para esta actividad, los líderes operativos de los procesos de la Entidad deberán identificar y delegar a uno o más gestores de información de acuerdo al tamaño y complejidad de cada proceso. Lo anterior, con el fin de mantener actualizada y consistente la información de este inventario, tanto para la gestión propia del Instituto, como para atender las obligaciones legales que hacen referencia a este tema.”*
- **Teletrabajo:** Según lo manifestado por el proceso, ningún funcionario realiza teletrabajo.
- **Revisión de los derechos de acceso de usuarios:** Según lo manifestado por el proceso cada funcionario tiene un perfil de acceso y gestión a la carpeta compartida, de acuerdo al rol a desempeñar.
- **Terminación o cambio de responsabilidades de empleo:** el proceso cuenta con los siguientes contratos los cuales presentan la "Suscripción de cláusulas de confidencialidad y no divulgación de la información del Instituto así:

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Tabla N° 5. Verificación cláusulas de confidencialidad

| Contrato | Cláusula de confidencialidad |
|---|--------------------------------|
| Contrato IDU-829-2017 cuyo objeto es <i>“Elaborar los avalúos comerciales incluidas las indemnizaciones elaborar avalúos de referencia y las actualizaciones de cabida y linderos que se requieran en los diferentes procesos de adquisición predial por enajenación voluntaria o expropiación administrativa para provisión de espacio público programas y proyectos de infraestructura vial conforme lo establecido en la normatividad vigente al igual que avalúos comerciales que sirvan de base para la venta de predios remanentes propiedad del IDU”</i> | Clausula 14. Confidencialidad |
| Contrato IDU-1544-2018 cuyo objeto es <i>“El contratista se obliga con el IDU a realizar la demolición, limpieza, cerramiento y mantenimiento de predios adquiridos por el instituto de desarrollo urbano - IDU para la ejecución de proyectos viales y de espacio público que se encuentran en administración a cargo de la dirección técnica de predios -proyectos varios, en Bogotá D.C.”</i> | Cláusula 40. Confidencialidad. |
| Contrato IDU-1546-2018 cuyo objeto es <i>“Interventoría técnica administrativa financiera legal social y SST SGA para la demolición limpieza cerramiento y mantenimiento de predios adquiridos por el instituto de desarrollo urbano IDU para la ejecución de proyectos viales y de espacio público que se encuentran en administración a cargo de la Dirección Técnica de Predios proyectos varios en BOGOTA D.C.”</i> | Cláusula 35. Confidencialidad. |
| Contrato IDU-1395-2018 cuyo objeto es <i>“prestación del servicio integral de vigilancia móvil y seguridad privada para predios en administración y los recibidos en desarrollo de los procesos de adquisición por enajenación voluntaria o expropiación administrativa o judicial a cargo de la Dirección Técnica de Predios para la ejecución de proyectos viales o de espacio público en Bogotá D.C.”</i> | Cláusula 29. Confidencialidad |
| Contrato IDU-1424-2019 cuyo objeto es <i>“prestar el servicio de arrendamiento de equipos de cómputo y periféricos por demanda para al área de predios proceso de selección IDU-CD-STRT-136-2019”</i> | Cláusula 29. Confidencialidad |

Fuente: Sistema de Información y Acompañamiento Contractual-SIAC. Elaboración: Equipo Auditor

Para los contratos de Prestación de servicios –Apoyo a la Gestión los contratos, presentan la siguiente cláusula de confidencialidad *“La información que le sea entregada o a la que tenga acceso EL CONTRATISTA en desarrollo y ejecución del presente contrato, goza de confidencialidad y, por tanto, solo podrá ser usada para fines inherentes a su actividad en desarrollo del contrato. La protección es indefinida, por lo que no se podrá hacer uso de ella ni durante la ejecución del contrato ni una vez finalizado, so pena que la entidad inicie las acciones administrativas /o judiciales a que haya lugar.”*

Por otra parte, para los funcionarios y/o contratistas que tiene acceso para la consulta a la base de datos de la Ventanilla Unica de Registro VUR de la Superintendencia de Notariado y Registro, se observó que debe firmarse por cada usuario el formato *“Formato creación de usuarios -gestión tecnológica ventanilla única de registro - VUR”*, en la sección condiciones para la consulta a la base de datos, en cuanto a confidencialidad de la información se indica *“El usuario autorizado se comprometen a: 1. no divulgar la información que le sea suministrada por la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO, sin previo consentimiento escrito por parte de la entidad, ni podrá comunicar, ni divulgar, ni aportar, ni comercializar, ni suministrar, ni utilizar indebidamente la información que haya conocido a ningún título frente a terceros ni en provecho propio. 2. Aceptar y garantizar el conocimiento y cumplimiento de la Política y estándar de Seguridad dispuesta por la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO. 3. Adoptar, respecto de la información las medidas de seguridad que garanticen la confidencialidad y no divulgación de la información 2 entregada por parte de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO, evitando su pérdida, robo, sustracción o utilización no autorizada, su uso debe estar orientado en cumplir con las funciones legalmente asignadas”*

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Mediante correo electrónico del 21/08/2019, se remitió el Informe preliminar de auditoría al Sistema Integrado de Gestión SIG, a los responsables líderes operativos de los procesos. El proceso remitió vía correo electrónico del 26/08/2019 dentro del término previsto para el efecto, observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad N° 1. No se evidenció publicación en la página WEB de los predios susceptibles de venta administrados por la DTDP.

El proceso respondió *“Frente al incumplimiento mencionado, es importante señalar que si bien la DTDP cuenta en su inventario de administración predial con un total de 57 predios susceptibles de venta, la decisión de proceder a este proceso no es potestativa únicamente de la DTDP por cuanto la misma se circunscribe al aval institucional del Comité de Gestión y Desempeño, el cual no se ha verificado a la fecha. En este sentido y en función al requisito 8.2.1. Comunicación con el cliente, resultaría inconveniente enunciar información para la que la entidad no ha dispuesto las autorizaciones correspondientes.*

Es importante señalar que la DTDP ha previsto en este sentido comunicar acerca de la no disposición de predios para la venta a través del acceso <HTTPS://WWW.IDU.GOV.CO/PAGE/PREDIOS-SOBRANTES-PARA-LA-VENTA>, siendo esta una situación real, reiterando que no se cuenta con el aval institucional para este fin.

De acuerdo con lo anterior, agradezco tipificar frente al criterio evaluado, una observación de mejora que conduzca a priorizar de manera integral a instancias del Comité Institucional de Gestión y Desempeño las acciones correspondientes para la venta de predios.

Se adjunta copia del acta del antes Comité Institucional de Predios de la vigencia 2017, periodo desde el cual ha solicitado por parte de DTDP la revisión del tema de venta de predios.”

El equipo auditor realizó consulta a las resoluciones relacionadas con el Comité Institucional de Predios y observó que fue creado mediante la resolución IDU 6315 de 2016, la cual fue modificada en cuanto a su objeto y funciones por la resolución IDU 1665 de 2017, posteriormente fue derogado mediante la Resolución IDU 2275 de 2018.

Por último, se evidenció que mediante la Resolución 5014 de 2018 se actualizan las instancias de coordinación interna del IDU y se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual en su artículo 9.4.1. Gestión Predial y Reasentamiento, señala *“a) Determinar las políticas para el destino de los predios sobrantes de obra desarrollables y no desarrollables, que se encuentren en administración de la Dirección Técnica de Predios, además de aquellos predios adquiridos para proyectos de infraestructura vial y de espacio público que fueron adquiridos en vigencia de un Plan de Desarrollo cuyas obras no se encuentran vigentes en el Plan de desarrollo en que se realiza la respectiva sesión del comité en el que se trate este asunto...”*

El proceso adjuntó la copia del acta del Comité Institucional de Predios celebrada el 28/12/2017 en el cual se estableció el compromiso de *“Presentar al Comité de Dirección para su consideración, la decisión del Comité de Predios de recomendar la venta de predios y/o las prefactibilidades”*. Se observó que en la respuesta el proceso no allegó evidencia de cumplimiento del compromiso de presentar al Comité de Dirección la recomendación de venta de predios, ni al Comité Institucional de Gestión y Desempeño posterior a la vigencia 2017.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta que en el Procedimiento PR-GP-02. Administración y Venta de Predios no se establece la actividad del Comité, se ratifica la No conformidad 1 del informe preliminar del proceso de Gestión Predial.

No Conformidad N°2. Falta de reporte a la OAP de las salidas no conformes identificadas por el proceso.

El proceso respondió *“Se solicita se proceda a valorar lo identificado por el equipo auditor como un aspecto de mejora y no un incumplimiento, lo anterior por cuanto el alcance del numeral da cuenta de la identificación de las salidas no conformes como instancia preventiva de control, situación que se verificó en la gestión del proceso por parte de la DTDP y de la cual ha procurado desarrollar estrategias que permitan reducir las salidas no conformes. La responsabilidad del líder del proceso en el cumplimiento del requisito es verificable por cuanto la DTDP tiene claramente identificadas y controladas sus salidas no conformes evitando usos no acordes con la dinámica del proceso. La remisión de esta información a OAP si bien genera valor agregado en el seguimiento integral a los procesos no puede desvirtuar la labor desarrollada por la dependencia y por ende el aseguramiento en el cumplimiento del requisito de la norma.”*

Respuesta equipo auditor:

El equipo auditor no desconoce las gestiones del proceso en la identificación de las salidas no conformes como instancia preventiva de control y el desarrollo de estrategias que permitan reducirlas, en tal virtud, se elimina como criterio el incumplimiento de la NTC ISO 9001:2015 numeral 8.7 Control de las salidas no conformes, sin embargo, se considera el incumplimiento del Procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes Numeral 1.6.13. Consolidar información de salidas no conformes del proceso: *“El líder del proceso o delegado, será responsable de llevar las estadísticas de las salidas no conforme en los medios disponibles por la OAP. El líder remitirá la información a la OAP”*, quedando la no conformidad N° 2 Falta de reporte a la OAP de las salidas no conformes identificadas por el proceso.

3.10.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|---|
| NC1 | <p>Procedimiento PR-GP-02. Administración y Venta de Predios</p> <p>Numeral 7.14 Incorporar en el inventario área sobrante: <i>“Incorporar el predio sobrante a la base de datos “Inventario de predios sobrantes susceptibles de venta” de la entidad y publicar en la Página WEB”</i></p> <p>Ejecutantes Profesional especializado DTDP, Profesional universitario DTDP, Técnico DTDP</p> <p>Observaciones Una vez subida esta información a la página web se entiende por notificado a todos los interesados.</p> | <p>No Conformidad N°1. No se evidenció publicación en la página WEB de los predios susceptibles de venta administrados por la DTDP.</p> <p>Se evidenció que en la página WEB del IDU no están publicados los 57 predios susceptibles de venta administrados por la DTDP y registrados contablemente con corte al 31/03/2019 en las cuentas 151002001 – IDU - INVENTARIO PREDIOS SOBRANTES y 151002002 TM_ INVENTARIO PREDIOS SOBRANTES TRONCALES, incumpliendo lo establecido en el numeral 7.14 del procedimiento PR-GP-02 <i>“Administración y Venta de Predios”</i> y en el numeral 8.2.1 Comunicación con el Cliente la Norma NTC ISO 9001:2015; situación que puede generar</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|--|--|
| | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>8.2 Requisitos para los productos y servicios</p> <p>8.2.1 Comunicación con el cliente: “La comunicación con los clientes debe incluir: a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios (...)”.</p> | <p>inconsistencias en los reportes de información y omisión de información a las partes interesadas referente a predios susceptibles de venta.</p> |
| NC2 | <p>Procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes</p> <p>Numeral 1.6.13. Consolidar información de salidas no conformes del proceso: “El líder del proceso o delegado, será responsable de llevar las estadísticas de las salidas no conforme en los medios disponibles por la OAP. El líder remitirá la información a la OAP”</p> <p>Ejecutantes Áreas IDU, Jefe de Área, Profesional Especializado, Profesional</p> <p>Puntos de Control Correo Electrónico o Medio electrónico de registro</p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>8.7. Control de las salidas no conformes. 8.7.1 “La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada”.</p> | <p>No Conformidad N°2. Falta de reporte a la OAP de las salidas no conformes identificadas por el proceso.</p> <p>No se observó el reporte de las salidas no conformes identificadas por el proceso durante la vigencia 2019 a la Oficina Asesora de Planeación, incumpliendo lo establecido en el numeral 1.6.13 del procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes, además de lo definido en el numeral 8.7 de la NTC ISO 9001:2015, situación que podría dificultar el seguimiento de la gestión relacionada con la solución del evento presentado y la definición e implementación de las acciones que traten las causas que ocasionaron dicho evento.</p> |

3.11 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS

De acuerdo con la Caracterización CP-EO-01 Ejecución de Obras, el proceso cuenta con seis (6) actividades críticas, dentro de las cuales se escogieron como objeto de la Auditoría las siguientes:

Actividad crítica N° 2: “Realizar seguimiento a la ejecución de proyectos en la etapa de construcción”

Se escogió evaluar como muestra de la auditoría, ya que el mayor volumen de contratos a cargo de la Dirección Técnica de Construcciones DTC, se encuentra en la etapa de ejecución de las obras contratadas, donde se está ejecutando el valor presupuestal más alto y es la esencia misional de la DTC.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Para efectos de la selección de la muestra para la auditoría al Proceso de Ejecución de Obras, se definió evaluar dos contratos en la etapa de ejecución, que preferiblemente hubieran tenido etapa de Diseños. Igualmente, estos dos contratos a seleccionar deberían tener un valor inicial significativo dentro de los coordinados por la DTC. Así fue que se definieron los siguientes contratos para ser tenidos en cuenta para la auditoría:

Contrato IDU-1851-2015:

Desarrollada las visitas al frente de obra y Punto IDU del contrato IDU-1851-2015 “*Complementación o actualización o ajustes o diseños y construcción de la Avenida José Celestino Mutis (calle 63), desde la avenida constitución (AK 70) hasta la avenida Boyacá (AK 72), código de la obra 116 y la intersección de la Avenida José Celestino Mutis (Calle 63) por la Avenida Boyacá (Ak 72), código de obra 115, según el acuerdo 523 de 2013, en Bogotá D.C.*”, se encontraron los siguientes aspectos:

- Es de resaltar, que se realizó inducción acerca de los riesgos, previo ingreso al frente de obra del equipo auditor, así como las recomendaciones para la visita, con el fin de evitar posibles accidentes. Posterior a esta inducción se ingresó al frente de obra en el cual se verificó que se estuviera dando cumplimiento con algunos componentes del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo-SGSST, la identificación de riesgos, su valoración y documentación.
- Se verificó la calibración y certificación de los equipos de topografía y equipos utilizados para el desarrollo de ensayos, nivelaciones entre otros, los cuales se encuentran vigentes, como se observa en el registro fotográfico N° 1 y 2.



| TIPO | MARCA | MODELO | FECHA DE CALIBRACION | VIGENCIA | ESTADO |
|------|---------------|---------|----------------------|------------|--------|
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |
| N.A | Station Total | TS-1000 | 2017-05-23 | 2018-05-23 | Activo |

Imagen N° 1 y 2. Certificados y listados de calibración de los equipos de topografía y ensayos de laboratorio.

- Se evidenció la trazabilidad de la revisión y aprobación del MG-AC-02 “Manual Único de Control y Seguimiento Ambiental y de SST del IDU” - MAO, mediante oficio 20175260358142 del 23/05/2017 y 20175260400662 del 08/06/2017, con base en lo cual, la interventoría dio aprobación a la segunda versión del MAO y mediante radicado 20173360564871 del 20/06/2017, se emitió por parte del IDU la no objeción del documento en los componentes ambiental, SST y forestal.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- Se evidenció la instalación de puntos ecológicos, debidamente identificados cumpliendo con lo establecido en el MAO, como se puede observar en el registro fotográfico N° 3.



Imagen N° 3. Punto Ecológico debidamente identificado.

- Las volquetas se encontraron totalmente identificadas, cumpliendo lo establecido en el MAO, así como con su respectivo PIN emitido por la SDA.
- Se encontró identificada, calificada y documentada la Matriz de Riesgos Ambientales, como se puede observar en el registro fotográfico N° 4.



Imagen N° 4. Matriz de Impactos Ambientales.

- Se verificó también, que se dio cumplimiento al cronograma de capacitaciones establecidas en el MAO, durante la ejecución de las obras, para los informes N°. 20 y 21.
- Se verificó que se encuentran asignadas y comunicadas las responsabilidades al personal para que cumpla con la competencia. Se entrevistó al brigadista de Orden y Limpieza, quien conoce sus funciones y roles a desempeñar dentro de la obra.
- Se verificó la revisión de los proveedores de materiales y RCD cuentan con los permisos otorgados por la autoridad ambiental, para ello solo utilizan los contenidos en el listado de proveedores del IDU.
- Se evidenció la realización del simulacro de manejo de sustancias químicas el 07/09/2018.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- Se verificó la existencia de 2 de los 4 permisos de Ocupación de Cauce y Silvicultural, solicitados para el desarrollo de las actividades, a la espera que la autoridad ambiental se pronuncie; sin embargo, esto aún no ha afectado el cronograma de ejecución.
- Para la ejecución del proyecto, en general, se observó al personal de mano de obra no calificada, haciendo adecuado uso de los Elementos de Protección Personal-EPP, como se puede observar en el registro fotográfico N.º 5 y 6.



Imagen N° 5 y 6. Uso de EPPs

- En relación con la verificación de pago de salarios y seguridad social, en visita realizada, se verificó la afiliación al sistema de seguridad social, el cual no registró ninguna novedad. Se tomó como muestra 6 trabajadores, para revisar el pago de seguridad social, y la afiliación al riesgo correspondiente a la labor realizada. En la siguiente tabla se relacionan los trabajadores encuestados:

Tabla N° 1. Relación Trabajadores muestreados en frente de obra

| Nombre | Cargo | Cumple con pagos parafiscales y riesgo asociado a sus actividades. |
|-------------------|----------------------------|--|
| Jenny Paola Mena | Auxiliar de Trafico | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Wilfredo Pantoja | Ayudante de obra | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Alexis Córdoba | Ayudante de obra | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Fernando Coronado | Ayudante de obra | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Daniel Moreno | Ayudante de obra | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Edward Escobar | Brigadista de Orden y Aseo | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |

Fuente: Elaboración propia – Grupo Auditor

- Se verificaron los campamentos de obra en cada uno de los puntos, donde se observó la implementación de los puntos de hidratación, suministro e instalación del kit de emergencia, extintores cargados, camillas, baños portátiles y adecuaciones sanitarias para el personal de obra, como se puede observar en el registro fotográfico N° 7 y 8.

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |



Imagen N° 7 y 8. Kit de emergencias, extintor, camilla y botiquín.

- Se verificó que las rutas de evacuación estuvieran implementadas de manera adecuada, en los diferentes puntos de intervención del proyecto, así como la divulgación de políticas, números de emergencia, la conformación de la brigada de emergencia, evidenciando en términos generales, que se ha dado cumplimiento al SGSST en este aspecto, ver registro fotográfico N° 9.



Imagen N° 9. Cartelera de publicación de políticas, números de emergencia entre otros.

- Se identificó como el riesgo más alto el de trabajo en alturas, para lo cual se han realizado capacitaciones y simulacros al personal de obra, dando cumplimiento a la preparación y respuesta ante emergencias, como se observa en el registro fotográfico N° 10 y 11, así como la realización del simulacro de emergencias realizado el 24/10/2019.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

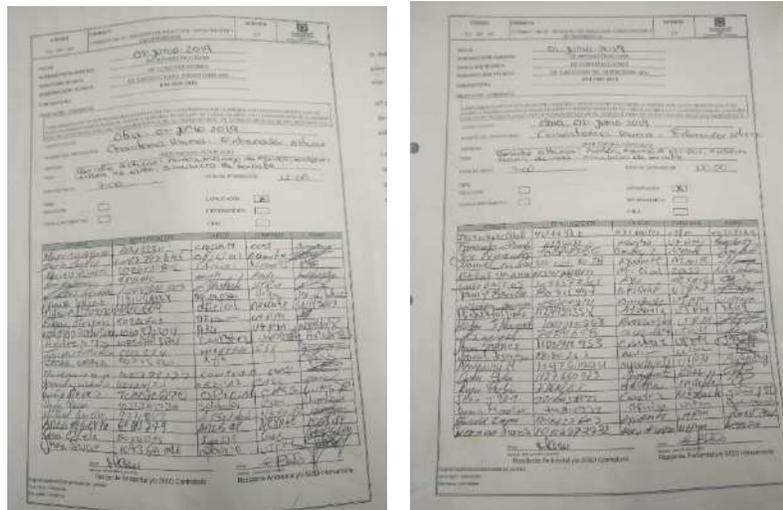


Imagen N°. 10 y 11 Evidencia de las capacitaciones y simulacro del riesgo de altura

- Se revisaron los accidentes de trabajo ocurridos durante el año 2019 y se escogió aleatoriamente dos de los trabajadores Víctor Arrieta y Doris Carolina Niño ocurridos el 27/05/2019 y 8/05/2019, respectivamente. Se verificó la documentación del reporte, la investigación, la lección aprendida y el cierre por parte de la ARL, dando cumplimiento a lo establecido en la normativa.
- Se verificó la calibración y certificación de los equipos de alturas, utilizados para el anclaje de los trabajadores, que se encuentran realizando las labores del puente; así mismo, que cumplieran con el curso en alturas correspondiente.
- Se encontró durante la visita que los documentos y en particular los Planos de la obra, se encuentran debidamente archivados y con los pertinentes controles de versión, lo que garantiza que no se está trabajando sobre documentos obsoletos, según se observa en registro fotográfico N° 12 y 13



Imagen N° 12 y 13. Planos constructivos

A continuación, de acuerdo con la verificación realizada por el equipo auditor, se mencionan los aspectos a mejorar, identificados para el contrato evaluado:

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- Durante la visita realizada a las instalaciones de la DTC y realizando una muestra aleatoria a la información consignada en los Aplicativos que el Instituto tiene para tal fin, se evidenció que en la información incluida en el aplicativo SIAC, no se encuentran consignados la totalidad de los profesionales de apoyo a la coordinación.
- Revisando los libros de obra en las instalaciones del Punto IDU y como se observa en el registro fotográfico N° 14 y 15, se evidenció que éstos no se encuentran diligenciados con la totalidad de la información pertinente para un adecuado seguimiento de las actividades de obra. Se observaron varios espacios en blanco, lo que sugiere que la información no se ha consignado en ellos de forma completa.

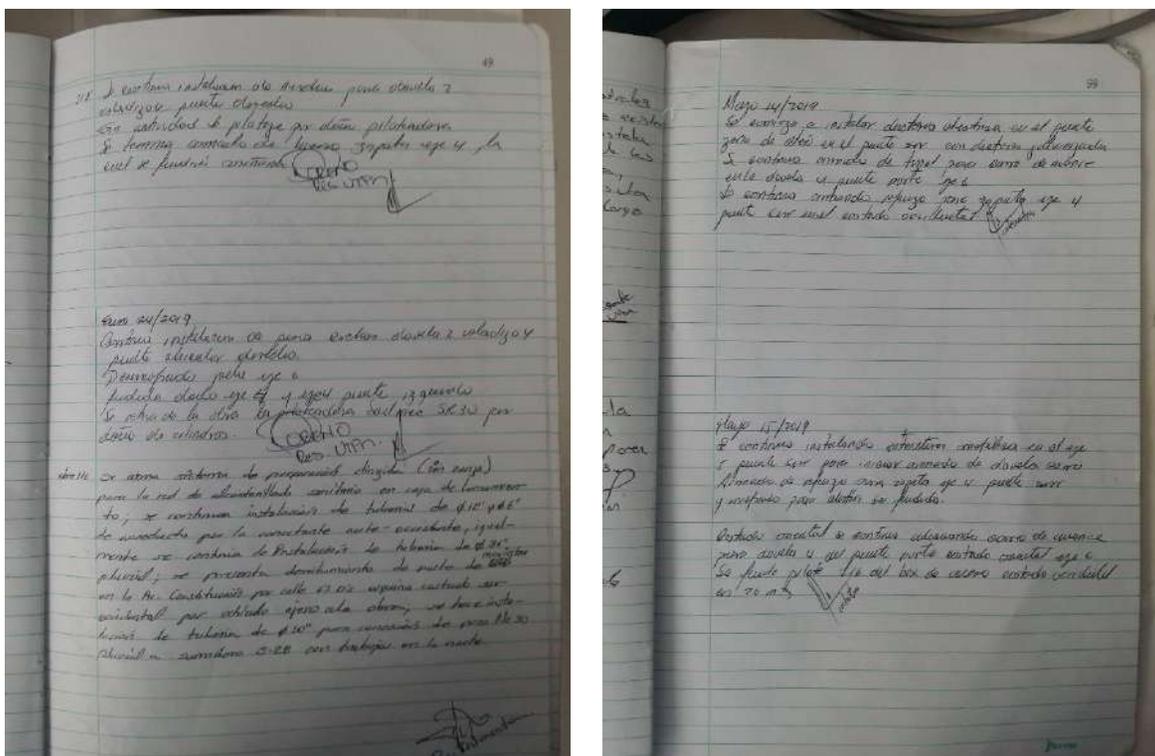


Foto N° 14 y 15. Libros de Obra

- Se verificaron los productos contenidos en la caracterización del proceso, en los contratos auditados, para lo cual se solicitó mediante correo dicha información y no se adjuntó el Acta de recibo y aprobación de diseño e iniciación de obra (cambio de etapa) del proyecto de Mutis, Actas de cambio de supervisor o coordinador del IDU del Ing. Manuel Arbeláez y la Ing. Jennifer Capera, en el proyecto de Mutis conforme a lo establecido como producto.
- En la visita a las Instalaciones del Punto IDU, se verificó la seguridad con la que cuenta la información almacenada, observando que los documentos se encuentran en oficinas a las cuales puede tener acceso cualquier persona incluso ajena al contrato, según se muestra en el registro fotográfico N° 16. De igual forma se evidenció que varios de los originales de las Actas de vecindad, que se guardan en carpetas, se encuentran sueltos, lo que facilita la posible pérdida de alguno de estos documentos.

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |



Imagen N° 16. Archivo de documentos en obra

- En términos generales, los puntos de acopio se encuentran bien señalizados, ubicados dentro del área establecida dentro del frente de obra; sin embargo se evidenció material metálico de retiro, que supera la altura establecida en el MAO, en su capítulo de “*Medidas de Manejo para obras de concreto, asfalto y prefabricados*” estableció: “(...) *Para los casos que aplique, los prefabricados y las tuberías a utilizar se almacenarán ordenadamente en los sitios destinados para tal fin (sitios previamente aprobados por la interventoría) y no se podrá apilar a alturas superiores a 1,20 m*”, como se puede observar en el registro fotográfico N° 17 y un acopio de tubería desorganizada como se observa en el registro fotográfico N° 18.



Imagen N° 17. Acopio de material de RCD una altura superior a 1.50m



Imagen N° 18. Acopio de material de RCD desordenado

- Se verificó aleatoriamente los informes mensuales ambientales N° 20 y 23 que reporta las actividades ejecutadas durante 10/01/2019 al 09/02/2019 y 10/04/2019 y 09/05/2019 en el área ambiental, radicado mediante oficio 20195260461732 del 15/04/2019 y 20195260659032, con oficio de concepto favorable mediante radicado 20193460322401 del

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

24/04/2019 y 20193460585231 del 17/06/2019, respectivamente; este último para el cual se emite el oficio extemporáneo en relación con los tiempos establecidos en el manual de interventoría. Adicionalmente, en los folios 195 y 208 del documento, respectivamente, se utiliza un formato FO-GIP-058 Manejo de materiales obsoleto, que fue actualizado por el formato FO-AC-53 Control de materiales, desde el 15/12/2017).

- Se verificó aleatoriamente los informes mensuales SST N°. 18 y 21 que reporta las actividades ejecutadas durante 10/11/2018 al 09/12/2018 y 10/02/2019 y 09/03/2019 en el área SST, radicado mediante oficio 20195260346872 del 27/03/2019 y 20195260675822 del 31/05/2019 con oficio de concepto favorable, mediante radicado 20193460322401 del 24/04/2019 y 20195260583071 del 17/06/2019, respectivamente, para los cuales se verificaron los formatos empleados de maquinaria y equipos con el fin de registrar las inspecciones preoperacionales, encontrando que se utilizaron formatos obsoletos, que fueron actualizados por los formatos FO-AC-39 Abastecimiento de Combustible, FO-AC-42 Listado de vehículos, FO-AC-43 Traslado de Maquinaria y Equipos desde el 15/12/2017, como se observa en el registro fotográfico N° 19 y 20.



Foto N°. 19 y 20 Formatos preoperacionales en versión obsoleta

- Se realizó una muestra de la documentación de la maquinaria y equipos de los móviles 47, 38, 37, 69,22 y 51, revisando los registros preoperacionales, se evidenció cumplimiento de la documentación requerida para el ingreso y operación de la misma, y el cumplimiento con lo establecido en el MAO, y la normativa; sin embargo, se encontró el móvil 37 sin extintor, lo cual incumple con lo establecido en el decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y ley 769 de 2002.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Contrato IDU-1550-2017:

Desarrollada las visitas al frente de obra y Punto IDU del contrato **IDU-1550-2017** “*Construcción de la Avenida La Sirena (Ac 153) desde la Avenida Laureano Gómez (Ak 9) hasta la Avenida Santa Bárbara (Ak. 19), Acuerdo 523 de 2013 de valorización en la ciudad de Bogotá D.C.*” se encontraron los siguientes aspectos:

- En visita realizada el 20/06/2019, se realizó inducción acerca de los riesgos, previo ingreso al frente de obra del equipo auditor, así como las recomendaciones para la visita, con el fin de evitar posibles accidentes. Posterior a esta inducción se ingresó al frente de obra en el cual se verificó que se estuviera dando cumplimiento con algunos componentes del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo-SGSST, la identificación de riesgos, su valoración y documentación.
- Se encuentran identificados, calificados y documentada la matriz de riesgos ambientales.
- Se evidenció el cumplimiento al cronograma de capacitaciones establecidas en el MAO, durante la ejecución de las obras.
- Se evidenció la realización del simulacro de manejo de sustancias químicas el 29/08/2018.
- Se verificó que se cuenta con los permisos de Ocupación de Cauce para el canal del cedro y el de tratamiento Silvicultural, solicitados para el desarrollo de las actividades.
- Para la ejecución del proyecto, en general, se observó al personal de mano de obra no calificada, haciendo adecuado uso de los Elementos de Protección Personal-EPP.
- En relación con la verificación de pago de salarios y seguridad social, en visita realizada, se verificó la afiliación al sistema de seguridad social, el cual no registró ninguna novedad. Se tomó como muestra, 6 trabajadores, para revisar el pago de seguridad social, y la afiliación al riesgo correspondiente a la labor realizada. En la siguiente tabla se relacionan los trabajadores encuestados:

Tabla N° 2: Relación Trabajadores muestreados en frente de obra

| Nombre | Cargo | Cumple con pagos parafiscales y riesgo asociado a sus actividades. |
|------------------------|---------------------|--|
| Luis Antonio Ura B. | Auxiliar de Trafico | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Wilfrido Guerra | Ayudante de obra | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Carlos segundo Luna | Ayudante de obra | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Jorge Enrique Reyes | Ayudante de obra | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| José Alfredo Rodríguez | Auxiliar de Trafico | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |
| Martin Muñoz | Operador | Se verificó pago de salud, pensión y ARL (RIESGO V) |

Fuente: Elaboración propia – Grupo Auditor

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- Se verificaron los campamentos de obra en cada uno de los puntos, donde se observó la implementación de los puntos de hidratación, suministro e instalación de los kit de emergencia, extintores cargados, camillas, baños portátiles y adecuaciones sanitarias para el personal de obra, como se puede observar en ver registro fotográfico 21 y 22.



Imagen N°. 21 y 22 Kit de emergencias, extintor, camilla y botiquín.

- Se verificó que las rutas de evacuación estuvieran implementadas de manera adecuada, en los diferentes puntos de intervención del proyecto, así como la divulgación de políticas, números de emergencia, la conformación de la brigada de emergencia en términos generales, ha dado cumplimiento al SGSST en este aspecto.
- Se verificó la realización de simulacros de emergencia al personal de obra realizado el 24/10/2019, dando cumplimiento a la preparación y respuesta ante emergencias como se observa en el registro fotográfico N° 23 y 24.

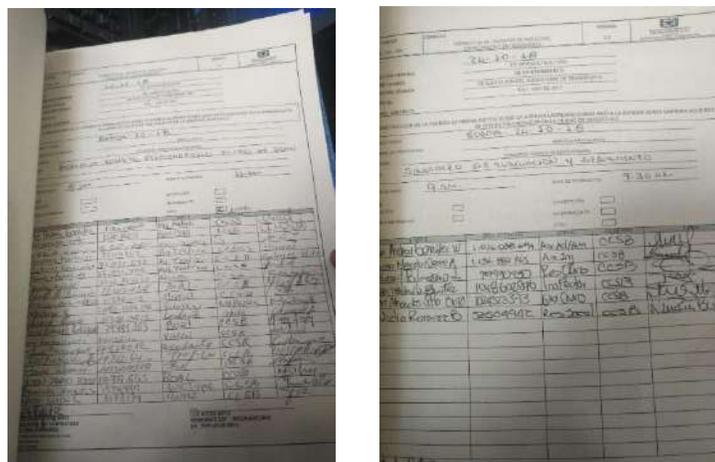


Foto N°. 23 y 24 Evidencia de las capacitaciones y simulacro de emergencia.

- Se realizó una muestra de la documentación de la maquinaria y equipos de los móviles 031, 022, 111, 26 revisando los preoperacionales, cumplimiento de la documentación requerida para el ingreso y operación de la misma, cumpliendo con lo establecido en el MAO, y normativa asociada.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

A continuación, de acuerdo con la verificación realizada por el equipo auditor, se mencionan los aspectos a mejorar identificados para el contrato evaluado:

- Durante la visita que se adelantó al Punto IDU del contrato, no se pudo establecer la versión de algunos documentos, en particular los Planos de la obra, lo que no garantiza que se está trabajando sobre documentos actualizados.
- De igual forma, en la visita realizada a las instalaciones del punto IDU de los contratos 1550 de 2017 y 1537 de 2017, se observó que los documentos se encuentran almacenados en oficinas a las cuales puede tener acceso cualquier persona incluso ajena a los contratos.
- Se pudo observar la trazabilidad de la revisión y aprobación del Manual Ambiental en Obra – MAO, contenida en la siguiente tabla:

Tabla N° 3: Revisión y aprobación del MAO

| COMPONENTE | RADICADO APROBADO POR INTERVENTORIA | FECHA | RADICADO DE NO OBJECION POR PARTE DEL IDU | FECHA |
|------------|-------------------------------------|------------|---|------------|
| AMBIENTAL | 20185260345262 | 16/04/2018 | 20183360491001 | 28/05/2018 |
| SST | 20185260317302 | 09/04/2018 | 20183360311531 | 17/04/2018 |
| FORESTAL | 20185260606382 | 18/06/2018 | 20183360844031 | 03/09/2018 |
| AVIFAUNA | 20185260639102 | 25/06/2018 | 20183360678251 | 18/07/2018 |

Fuente: Elaboración propia – Grupo Auditor

Como se evidencia en la tabla anterior, se emitió un oficio para cada parte del MAO y no se evidenció un oficio que consolide la no objeción y la aprobación por parte de la interventoría de todo el documento; así mismo, no es claro si esto hace parte de unos ajustes posteriores teniendo en cuenta que uno de los requisitos para el inicio de la etapa de ejecución es la aprobación de todo el MAO y este se genera el 25/06/2018, por parte de la interventoría, mientras que el proyecto comenzó el 02/04/2018, conforme al acta de cambio de etapa a construcción.

- En términos generales, los puntos de acopio se encuentran bien señalizados, ubicados dentro del área establecida dentro del frente de obra; sin embargo, es importante mantener esta señalización ya que se encontraron prefabricados acopiados sin señalar, como se observa en el registro fotográfico N.º 25.
- Se evidenció la instalación de puntos ecológicos; sin embargo, éstos se encuentran mal identificado, puesto que se encuentra descrito en los residuos a depositar, los residuos peligrosos combinados con ordinarios, incumpliendo con lo establecido en la normativa ambiental, como se puede observar en el registro fotográfico 26, 27 y 28.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |



Imagen N°. 25 Acopio de materiales desorganizado.



Imagen N°. 26 Punto Ecológico con una identificación equivocada



Imagen N°. 27 y 28 Punto Ecológico con una identificación equivocada, y los residuos mal seleccionados conforme al código de colores.

- En el campamento se encontraron materiales acopiados en la entrada, que dificultan el ingreso como se observa en el registro fotográfico N.º 29 y 30.

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |



Imagen N°. 29 y 30 Acopio de materiales y equipos en la entrada del campamento

- Durante el recorrido se observó en diferentes lugares dentro del cerramiento falta de aislamiento y señalización de los sitios de excavación, con el fin de garantizar la seguridad integral de los trabajadores, conforme a lo estipulado en el MAO, que en el capítulo de “8.5 programa de señalización de seguridad” estableció: “(...) El contratista debe garantizar que en todo momento se encuentren aislados y señalizados los sitios de excavación o frentes en los que se esté desarrollando cualquier tipo de actividad de obra” teniendo en cuenta que se encuentra identificada y calificada en la matriz de riesgos de caída, y en La resolución 2400 de 1979, como se observa en el registro fotográfico 31 y 32.



Imagen N°. 31 y 32 Sitios de excavación sin aislamiento ni señalización

Actividad crítica N° 6. Generar acciones de mejora

Planes de mejoramiento: Se realizó la evaluación de las acciones propuestas dentro del Plan de mejoramiento a los hallazgos de Auditorías anteriores y que con corte a la realización de esta auditoría se encontraban pendientes por evaluar su efectividad en el Aplicativo CHIE. A continuación, se presenta los resultados de la verificación realizada:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Tabla N° 4. Efectividad de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|---|
| 1635 | Incumplimiento en la fecha de entrega, revisión o aprobación de los informes mensuales por parte de interventoría y/o supervisión en los contratos 1543 de 2017, 1835 de 2014 y 1550 de 2017. | Realizar la gestión con la STRF para que se de en el Orfeo un plazo de 10 días hábiles a la radicación de los informes mensuales. Fecha fin: 05/04/2019 | Se evidenció la recurrencia de las acciones que motivaron el hallazgo, en el contrato 1550 de 2017, definido como muestra de auditoría, para el cual no se está cumpliendo con los tiempos establecidos en la revisión del informe mensual al IDU dentro de los 10 días hábiles siguientes, a la fecha de radicación del informe, lo que indica que las acciones propuestas no son efectivas. |
| 1636 | | Informar a los nuevos contratistas de obra y de Interventoría, los términos para la presentación de los documentos necesarios para la suscripción de los modificatorios en caso de ser necesario. Fecha fin: 05/04/2019 | |
| 1637 | Incumplimiento de términos establecidos para dar respuesta de la objeción o no objeción de los ítems no previstos en el contrato IDU 1835 de 2014. | Realizar la contratación de mínimo cuatro personas que se encarguen de revisar y presentar los ITEMS No previstos. Fecha fin: 30/11/2019 | No se evidenció la ocurrencia de los factores que llevaron al levantamiento de este hallazgo lo que indica que los controles establecidos han sido efectivos, permitiendo el cierre de la acción. |
| 1640 | Extemporaneidad en la presentación de la solicitud de prórroga, así como en la suscripción de la Prórroga No. 1 al contrato 1550 de 2017. | Informar a los nuevos contratistas de obra y de Interventoría, los términos para la presentación de los documentos necesarios para la suscripción de los modificatorios en caso de ser necesario. Fecha fin: 05/04/2019 | No se evidenció la recurrencia de los factores que llevaron al levantamiento de este hallazgo, lo que indica que los controles establecidos fueron efectivos, permitiendo el cierre de la acción. |
| 1641 | Debilidad en la gestión de riesgos del proceso Ejecución de Obras. | Actualizar la matriz de riesgo del proceso de Ejecución de obra con el nuevo formato. Fecha fin: 05/04/2019 | No se evidenció la ocurrencia de los factores que llevaron al levantamiento de este hallazgo lo que indica que los controles establecidos fueron efectivos. Mediante memorando 20183350330493 del 28 de diciembre de 2018, la DTC envió a la OAP, la Matriz de riesgo del Proceso de Ejecución de obra, ajustado al nuevo formato. Por su parte, de acuerdo con el monitoreo realizado por la Dependencia al 01/05/2019, se evidenció la adecuada implementación de |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|----------|------------------|---|
| | | | controles y materialización de riesgos. |

Fuente: Elaboración propia – Grupo Auditor

Para el hallazgo que motivó las acciones de mejora “Accion_1635 y Accion_1636” se tomó únicamente la muestra del contrato **IDU-1550-2017** “*Construcción de la avenida la sirena (ac 153) desde la Avenida Laureano Gómez (ak 9) hasta la Avenida Santa Bárbara (ak 19), Acuerdo 523 de 2013 de valorización en la ciudad de Bogotá D.C.*” debido que el contrato **IDU-1851-2015** “*Complementación o actualización o ajustes o diseños y construcción de la Avenida José Celestino Mutis (calle 63), desde la avenida constitución (AK 70) hasta la avenida Boyacá (AK 72), código de la obra 116 y la intersección de la Avenida José Celestino Mutis (Calle 63) por la Avenida Boyacá (Ak 72), código de obra 115, según el acuerdo 523 de 2013, en Bogotá D.C.*” a la fecha límite para la entrega de la documentación no aportó la información solicitada; esta muestra se realizó para el seguimiento a los hallazgos encontrado en auditorias anteriores, que cuentan con plan de mejoramiento, en el cual se verifica que aún persiste el retraso en los tiempos de respuesta de las observaciones o no objeciones por parte del IDU a la interventoría, conforme a lo establecido en el Manual de interventoría.

Gestión de riesgos del proceso: Para determinar los riesgos asociados al proceso Ejecución de Obras, se analizó la Matriz de riesgo institucional que se encuentra publicada en la intranet del Instituto.

Se encuentran publicados catorce (14) riesgos, de los cuales 6 son riesgos de Gestión, que cubren la actividad misional de la Dirección Técnica de Construcciones y sus respectivas Subdirecciones Técnicas, 3 de Seguridad de la Información y 5 de Corrupción.

Con respecto a los componentes de la Matriz de riesgos que aplican al proceso auditado, se realizaron las siguientes actividades:

1. Identificación de los factores de riesgo evidenciados en la Matriz
2. Evaluación de los controles.
3. Posible materialización de algún riesgo identificado.
4. Identificación de riesgos y/o causas no considerados en la Matriz del riesgo del proceso.

Riesgos de Gestión:

Tabla N° 05: Monitoreo de Riesgos de Gestión

| CÓDIGO RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | Materialización |
|---------------|--|-----------------|
| G.EO.01 | Inicio de la etapa de Construcción sin el cumplimiento de los requisitos previos | Si |
| G.EO.03 | Recibo parcial y/o final de Obras sin el cumplimiento de las condiciones técnicas | No |
| G.EO.04 | No cumplimiento del objeto del proyecto en el plazo y recursos establecidos contractualmente | Si |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| CÓDIGO RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | Materialización |
|----------------|---|-----------------|
| Sin establecer | Mayor valor de obra al presupuestado inicialmente | No |
| G.EO.08 | Falta de seguimiento oportuno e integral de los componentes técnico, Ambiental, SST y Social durante la ejecución de los contratos a cargo. | No |
| G.EO.09 | Que no se cumpla el término establecido en el contrato y/o la Ley, para liquidar. | No |

Fuente: Matriz identificación de riesgos del Proceso Ejecución de obras

- **Riesgo G.EO.01:** “Inicio de la etapa de Construcción sin el cumplimiento de los requisitos previos”:

Una vez verificada la documentación solicitada, se evidenció que se aumentó la probabilidad de que se materialice el riesgo, ya que en el Contrato de obra IDU 1851 de 2015, no se evidenció el cumplimiento al control N° 5 (Suscripción del Acta de cambio de etapa).

Según reporta la Dirección Técnica de Construcciones en su Matriz de riesgo al 1/05/2019, se materializó el riesgo **G.EO.01** motivado por lo registrado en la casilla “Descripción del evento”, el cual dice:

“En lo corrido del año 2019, los proyectos de Acciones populares, Ampliación de estaciones Gp 1 y Red Sabana Gp 1, terminaron el tiempo estimado para terminar la etapa de Estudios y Diseños a cargo de la DTP, sin cumplir con los requisitos establecidos ni suscribir el acta de cambio de etapa.”

- **Riesgo G.EO.03** “Recibo parcial y/o final de Obras sin el cumplimiento de las condiciones técnicas”:

Teniendo en cuenta lo evidenciado en los contratos tomados como muestra para la Auditoría, se observó que se está dando aplicación a los controles establecidos en la Matriz de riesgos como por ejemplo: Realización de Comités mensuales de seguimiento, Revisión y verificación del cumplimiento por parte de la Interventoría, Realización de recorridos de obras y Revisión de actas y de los Informes Mensuales.

Las acciones de respuesta y/o contingencia para control del riesgo son adecuadas.

- **Riesgo G.EO.04:** “No cumplimiento del objeto del proyecto en el plazo y recursos establecidos contractualmente”:

Según lo observado en los contratos tomados como muestra para la Auditoría, no se evidenció la materialización de este riesgo; sin embargo, por lo consignado en la Matriz de Riesgo al 1/05/2019, este riesgo si se materializó, dado que el plazo de ejecución del contrato IDU-1838-2015 “Construcción del puente de la Avenida San Antonio sobre la Autopista Norte”, concluyó faltando por realizar algunos pendientes menores.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- **Riesgo Sin codificar:** “Mayor valor de obra al presupuestado inicialmente”:

La DTC con la aplicación de las acciones de respuesta para minimizar la materialización de este riesgo, reporta según monitoreo a 1/05/2019, que éste no se materializó.

- **Riesgo G.EO.08** “Falta de seguimiento oportuno e integral de los componentes técnico, Ambiental, SST y Social durante la ejecución de los contratos a cargo”

La atención de los controles como la de aplicar el procedimiento de gestión social, realizar cargues semanales al aplicativo ZIPA, requerir al Interventor cuando se presente atrasos en la entrega de los informes, realizar el seguimiento a la obra con visitas semanales, permitieron que este riesgo no se materializara.

La verificación de la aplicación de estos controles en los contratos tomados como muestra permitió corroborar la aplicación efectiva de los controles.

- **Riesgo G.EO.09** “Que no se cumpla el término establecido en el contrato y/o la Ley, para liquidar”:

Este riesgo no se reporta como materializado, según monitoreo realizado a 1/05/2019.

Dado que los contratos tomados como muestra se encuentran aún en etapa de ejecución, no se pudo realizar verificación real de este evento.

Riesgos de Corrupción:

Tabla N° 06: Monitoreo de Riesgos de Corrupción

| CÓDIGO RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | Materialización |
|---------------|--|-----------------|
| C.EO.01 | Uso indebido del poder para la aprobación por parte del interventor en la elaboración y/o ajuste de estudios y diseños sobredimensionados por parte del constructor en la etapa de ejecución de obras. | No |
| C.EO.02 | Que por extralimitación u omisión por parte de la interventoría y/o contratista y/o supervisión del contrato, se dé mal uso por parte del contratista de los dineros girados por concepto de anticipo, con el fin de favorecer un tercero. | No |
| C.EO.03 | Uso indebido del poder por parte del interventor para aprobar Ítems no previstos por fuera de los valores del mercado con el fin de beneficiar al contratista y/o el mismo interventor | No |
| C.EO.04 | Que por omisión o extralimitación de funciones o de común acuerdo con el contratista el interventor apruebe Mayores cantidades de obra injustificados con el fin de beneficiar al contratista y/o el mismo interventor | No |
| C.EO.05 | Que por omisión o extralimitación de funciones se suscriba el acta de recibo parcial y/o final de obra, sin el debido cumplimiento de los requisitos técnicos ni contractuales, con el fin de favorecer al contratista y/o interventor. | No |

Fuente: Matriz identificación de riesgos del Proceso Ejecución de obras

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Tomados como muestra los contratos de obra IDU 1851 de 2015 y 1550 de 2017 y de Interventoría 1852 de 2015 y 1537 de 2017, no se evidenció durante la auditoría al Proceso de Ejecución de obras la materialización de alguno de los riesgos contemplados en la Matriz de Riesgos de corrupción.

Riesgos de Seguridad de la Información:

Tabla N° 07: Monitoreo de Riesgos de Seguridad de la Información

| CÓDIGO RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | Materialización |
|---------------|---|-----------------|
| I.EO.01 | Acceso a los sistemas de información o a los documentos físicos o digitales que generen lectura, copia, modificación o sustracción por personas no autorizadas. | No |
| I.EO.02 | Pérdida o alteración de información | No |
| I.EO.03 | Manejo inadecuado de la información personal de los ciudadanos o de terceros. | No |

Fuente: Matriz identificación de riesgos del Proceso Ejecución de obras

Adelantada la verificación del manejo que se hace de la información en las instalaciones de la Dirección Técnica de Construcciones, se determinó que la custodia, protección y almacenamiento de la información relativa a los contratos escogidos como muestra y de algunos otros documentos verificados durante la auditoría, se está llevando de forma efectiva.

Sin embargo, el manejo que se le da a la documentación en los frentes de obra y en los Puntos IDU, puede llevar a la materialización de los riesgos I.EO.01 “Manejo inadecuado de la información personal de los ciudadanos o de terceros” y I.EO.02 “Pérdida o alteración de información”, sin que durante la auditoría se haya evidenciado la materialización de alguno de estos riesgos.

Indicadores de gestión del proceso: Para la verificación de los Indicadores de Gestión asociado al proceso, se analizó la Matriz presentada por la Dirección Técnica de Construcciones como parte de los documentos evidencia de esta auditoría.

En dicha Matriz se encuentran doce (12) indicadores de gestión, de los cuales 4 son indicadores de Producto, que cubren la actividad misional de la Dirección Técnica de Construcciones y sus respectivas Subdirecciones Técnicas, 1 de Eficacia, 6 de Eficiencia y 1 de Efectividad.

Tabla No 9: Indicadores de gestión

| N° | DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | Meta prevista 1er trimestre | Resultado 1er trimestre | % de cumplimiento |
|------|--|-----------------------------|-------------------------|-------------------|
| 3351 | Convenios y Contratos de obra e interventoría Liquidados | 6 | 3 | 50% |
| 3352 | Contratos iniciados | 0 | 2 | N.A. |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| N° | DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | Meta prevista 1er trimestre | Resultado 1er trimestre | % de cumplimiento |
|-------|--|-----------------------------|-------------------------|-------------------|
| 3353 | Contratos Terminados | N/A | N/A | N/A |
| 3354 | Informes en la vigencia 2018 del estado actual de los proyectos priorizados por SGI reportados | 1 | 1 | 100% |
| 3355 | Porcentaje del presupuesto de inversión de la vigencia ejecutado | \$20.115.000 | \$517.192'057.872 | 2'571.176% |
| 3358 | Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento interno | N/A | N/A | N/A |
| 3359 | Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento externo | 4 | 3 | 75% |
| 33510 | Porcentaje de reservas presupuestales con giros autorizados | \$17.435'024.039 | \$14.166'072.874 | 81,3% |
| 33511 | Porcentaje de Pasivos Exigibles con giros autorizados | \$27.327.547.555 | \$18.212.247.381 | 66.64% |
| 33514 | Reuniones de seguimiento a los contratos que se ejecutan en el área realizadas | 7 | 6 | 116,7% |
| 33518 | Seguimiento al cumplimiento de la planeación financiera a través del PAC Inicial ejecutado. | \$31.130'888.169 | \$29.051'116.784 | 93,3% |
| 33519 | Seguimiento al cumplimiento de la planeación financiera a través de la reprogramación del PAC ejecutado. | \$34.465'867.031 | \$29.051'116.784 | 84,3% |

Fuente: Matriz de Gestión de la DTC.

Una vez verificada la información aportada por la DTC en la Matriz de Caracterización de Indicadores de Gestión, a marzo/2019, se observa que de los 12 indicadores reportados 5 son de Gestión y 7 son transversales.

Se destaca la sobre ejecución reportada para el indicador 3355 “Porcentaje del presupuesto de inversión de la vigencia ejecutado” el cual reporta un 2'571.176 % ejecutado, lo que presume una errónea planeación de este indicador. En esta misma condición está el indicador 33514 “Reuniones de seguimiento a los contratos que se ejecutan en el área realizadas” que tuvo una ejecución del 116,7%

Únicamente el indicador 3354 “Informes en la vigencia 2018 del estado actual de los proyectos priorizados por SGI reportados” cumplió a cabalidad con la meta establecida. Junto con los indicadores 33510 “Porcentaje de reservas presupuestales con giros autorizados”, 33518 “Seguimiento al cumplimiento de la planeación financiera a través del PAC Inicial ejecutado” y 33519 “Seguimiento al cumplimiento de la planeación financiera a través de la reprogramación

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



del PAC ejecutado”, son clasificados en nivel de rango “bueno”, según lo definido en la GU-PE-018 Guía de seguimiento y evaluación del desempeño institucional.

El indicador clasificado como aceptable, es el 33511 “Porcentaje de Pasivos Exigibles con giros autorizados”.

El indicador 3351 “Convenios y Contratos de obra e interventoría Liquidados”, reporta 50% de cumplimiento, por lo que se clasifica dentro del rango “deficiente”.

Según la información aportada por la DTC en la Matriz de Indicadores de gestión, también se evaluó el reporte de gestión a junio/2019, donde se observó que los porcentajes de cumplimiento de gestión, no mejoran con respecto a los evaluados en esta Auditoría.

Es el caso de la cantidad de indicadores que se encontraban evaluados en el rango de deficiente, se evidenció que a junio/2019, incrementó a 5 indicadores.

El indicador 33514 que se encontraba clasificado como sobre ejecutado paso en el mes de junio a “aceptable”, con un resultado de 58.33%.

De forma concluyente, se observó que en general la totalidad de los Indicadores de gestión misional a junio/2019 de la Dirección Técnica de Construcciones, bajó su porcentaje de ejecución con respecto al trimestre enero – marzo 2019.

Control de salidas no conformes: El proceso cuenta con el formato FO-AC-14 “Plan de calidad para el trámite de no conformes”, previsto para identificar los productos o servicios que serán controlados en el marco de los requisitos establecidos para producto no conforme, publicado en la intranet.

Mediante correo electrónico del 14/06/2019, se aportó la relación de los reportes realizados de Producto no conforme.

Analizada la información y contrastada se tienen las siguientes observaciones:

- La Dirección Técnica de Construcciones realiza el control de las Salidas de no conformes reportando a la Oficina Asesora de Planeación de forma mensual y llevando el control de los reportes.
- Contrastados la descripción de las salidas no conformes reportadas por la DTC, con relación a lo consignado en el formato “Plan de calidad para el trámite de no conformes” se observó que la totalidad de los reportes realizados se enmarcan dentro del ítem N° 5 “Informes mensuales y finales de Interventoría – Técnico - Sociales – Ambientales – SST”, donde se describe como No conformidad que “Los informes mensuales no cuentan con todos los requisitos establecidos en el Manual de interventoría”.

Sin embargo, no se observó que se haya reportado no conformidades relacionadas con el ítem N° 2 “Acta de inicio del contrato” siendo que las Actas N° 1 de Inicio de los contratos 1539 de 2018 y 1560 de 2018 fueron firmadas el 14 de febrero de 2019, siete (7) días

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



calendario después del paso establecido e informado por el Instituto en el oficio IDU STESV 20193360068131 de febrero 06 de 2019.

Lo anterior se configuraría en un producto no conforme según “Producto, trámite o servicio”, cuya descripción dice: “No suscribir el acta de inicio dentro de los términos establecidos en el contrato y documentos técnicos”, el cual no se encuentra reportado según la relación de Reportes de Producto no conforme aportadas por la DTC.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

A continuación, se relacionan los aspectos verificados y los resultados evidenciados para cada Subsistema objeto de auditoría:

Subsistema de Gestión de Calidad, Ambiental y SST:

- Con relación al Normograma propio del Proceso, en la visita realizada a las oficinas de la DTC se verificó que este se encuentra actualizado con corte a abril de 2019, matriz de riesgos ambientales y SST.
- Se evidenció un adecuado conocimiento de los aspectos generales de la Norma Técnica NTC ISO 9001:2015, por parte del personal, tanto de funcionarios del Instituto, como del personal de los Contratistas.
- Por parte de los funcionarios del IDU, del personal de obra y de Interventoría, se hace una adecuada observancia de lo dispuesto en el Manual de interventoría vigente, en temas de gestión de obra, gestión documental, calidad y procedimientos constructivos.
- En relación con el conocimiento de directrices de los SGC, SGA y SGSST, se evidenció con el personal de obra del proceso, 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).

Subsistema de Seguridad de la Información:

- Verificado el sistema de permisos para dar acceso a los sistemas y equipos informáticos, tanto de la DTC como del Contratista e Interventoría, se observó que éstos se encuentran debidamente controlados con usuarios y claves de acceso, lo que redundará en una mayor seguridad de la información allí almacenada.
- Verificada la lista de funcionarios de la DTM que se han retirado de la Institución, se verificó que éstos ya no cuentan con acceso a los servicios informáticos controlados de la Entidad y que su retiro fue oportunamente comunicado a la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos, para que su usuario y contraseña fueran inhabilitados.
- Con relación a los Activos de información, se verificó que no hay pendientes por actualizar; sin embargo, no se pudo establecer la fecha del último reporte.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- Revisados los contratos de prestación de servicio de algunos funcionarios de la DTC, se evidenció que se encuentra de manera explícita una Cláusula que haga referencia al “Acuerdo de confidencialidad con terceros” (FO TI 04). De igual forma, dicha Cláusula se encuentra expresada en los Contratos de obra 1550 de 2017 e interventoría 1537 de 2017; sin embargo, en los contratos de obra 1851 de 2015 e Interventoría 1852 de 2015 no cuentan con esa cláusula explícita, dado que en el contrato se suscribió antes de entrada a vigencia esta condición.
- Con el propósito de verificar los controles y actividades que realiza la DTC para respaldar la información que reposa en dicha dependencia se indagó sobre las solicitudes de Back up de realizadas por la DTC, evidenciando que con corte a la fecha de la Auditoría, no se ha realizado ninguna solicitud de generación de copias de seguridad.

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Mediante correo electrónico del 21/08/2019, 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 26/08/2019 y dentro del término previsto para el efecto, el proceso evaluado remitió observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

No Conformidad N°1. Deficiencias en el control de la Información documentada del proceso.

El proceso argumenta: *“En cuanto a las no conformidades del contrato IDU-1851-2015, se informa que a la fecha la interventoría y la contratista viene adelantando los controles adicionales para evitar que estas situaciones se presenten nuevamente.*

En cuanto al contrato IDU-1550-2017, se aclara que los planos con los que se están trabajando en obra, corresponde al del inicio de las obras y no se cuentan con versiones posteriores”.

Al respecto, el equipo auditor realizó la verificación correspondiente, encontrando que, si bien y como la afirma la DTC, los planos observados durante la auditoría son la primera versión de dichos documentos, precisamente no se pudo evidenciar el control de las versiones, que asegure a los usuarios de los documentos que están ante la primera y única versión y que no ha habido modificaciones posteriores.

A la luz de la NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5 “Información documentada”, literal 7.5.3 “Control de la Información documentada”, no se hacen excepciones al debido control por ser primera versión del documento, mientras que, sí exige el control de cambios, mencionando como ejemplo el control de versiones.

Por lo anterior, **se mantiene** la No Conformidad N° 1 en lo que se refiere al incumplimiento del literal c) del numeral 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001 de 2015, entendiendo que, de acuerdo con los requisitos de la mencionada norma, la información documentada que se requiere para la apropiada implementación y funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad, debe estar controlada y así asegurar que esta esté disponible y sea idónea para su uso.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

No Conformidad Nº 2: Falencias en el control de procesos contratados externamente.

Mediante correo el proceso indica: *“En cuanto al contrato IDU-1550-2017, se aclara que en cuanto a las excavaciones sin aislamiento y señalización que:*

De acuerdo con la evaluación realizada se informa que durante el desarrollo del contrato se han ejecutado actividades de aislamiento y señalización de las excavaciones, para el punto específico de la Carrera 15 entre Calles 153 y 154 costado norte, se informa que al tramo en mención se encontraba en adecuación de la caja de la vía con presencia de maquinaria en movimiento y con la presencia de cerramiento y señalización respectiva es decir con polisombra a doble altura, maletines y señalización en los broches de acceso, igualmente en dicha área no se manifiesta paso de personas ni vehículos ajenos a la obra ya que el frente de obra colinda con el muro de un conjunto residencial y con la turboglorieta.

No obstante, se procedió al relleno de la excavación con materiales granulares evitando cualquier desnivel”.

Adicionalmente, se adjuntó registro fotográfico, de fecha posterior a la auditoría, argumentando que las no conformidades encontradas ya fueron superadas.

Al respecto, el equipo auditor realizó la verificación correspondiente, encontrando que, si bien las observaciones fueron atendidas posteriormente al día de la visita, estas acciones deben centrarse en identificar y eliminar las causas raíz, evitando la posible manifestación de los eventos en mención en futuros proyectos.

Por lo anterior, la No Conformidad Nº 2 se mantiene, entendiendo que de acuerdo con los requisitos de la NTC ISO 14001:2015 e NTC ISO 45001:2018, la organización debe asegurarse que las funciones y los procesos contratados externamente estén controlados, minimizando riesgos e impactos en el desempeño ambiental y SST en el proceso de Ejecución de obras.

No Conformidad Nº3. Inadecuada clasificación y manejo de residuos en obra.

El proceso argumentó: *“Ante las no conformidades encontrados se implementaron las medidas correctivas inmediatas, ejecutándose por parte del contratista los cambios a la rotulación de los recipientes usados en la obra que se encuentran en los puntos ecológicos para el manejo de residuos sólidos orgánicos y reciclables.*

Para mejorar el manejo de los residuos orgánicos, reciclables y peligros se adelantó por parte del Contratista una capacitación en el tema de “Manejo de Residuos Sólidos en obra, separación en la fuente en los puntos ecológicos, reciclaje” los días 21/06/2019 y 09/07/2019 a los trabajadores de la obra, donde se detallaron los residuos a depositar en cada bolsa y el manejo para los residuos especiales o peligrosos. (Se adjuntó registro fotográfico)”.

Al respecto, el equipo auditor realizó la verificación correspondiente, encontrando que, si bien las observaciones fueron atendidas posteriormente al día de la visita, y se implementaron las medidas correctivas, estas acciones deben centrarse en identificar y eliminar las causas raíz, evitando la posible manifestación de nuevos eventos en futuros proyectos.

Por lo anterior, la No Conformidad Nº 3 se mantiene, entendiendo que de acuerdo con los requisitos de la NTC ISO 14001:2015 y Decreto 1076 de 2015, la organización debe asegurarse que las funciones y los procesos contratados externamente estén controlados, minimizando

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



riesgos e impactos en el desempeño ambiental en cumplimiento de los requisitos legales incluidos en la matriz legal del proceso de Ejecución de obras.

No Conformidad N° 4: Falta de reporte y tratamiento de salidas no conformes generadas por el proceso.

En relación con el plan de calidad para el tratamiento de no conformes, el proceso indica: *“Vale la pena resaltar que en la descripción de los tratamientos de esta no conformidad se indica que “Previamente a la fecha límite del inicio se recuerde el plazo límite de inicio al interventor y/o al contratista de obra.” Por lo tanto se puede establecer que como medida de tratamiento dentro del proceso de Ejecución de obra se ha debido recordar el plazo límite para la suscripción del acta de inicio, tal como lo describe el oficio IDU STESV 20193360068131 (el mismo oficio mencionado en la no conformidad del grupo auditor) por lo tanto se puede establecer que independientemente que no se halla reportado la no conformidad en el listado de no conformes de la DTC, se realizó el respectivo control y tratamiento.*

Así mismo en la siguiente parte del tratamiento que indica que: “posteriormente se deben conminar al interventor e iniciar el proceso sancionatorio” se indica la no conformidad fue debidamente tratada, lo cual se puede evidenciar con el oficio 20193360071911, el cual promovió la suscripción del acta de inicio del contrato, objeto de esta no conformidad”.

Al respecto, el equipo auditor realizó la verificación correspondiente, considerando pertinente aclarar y precisar los motivos por los cuales se levantó la No conformidad, así:

1. La Norma y literal general de esta sobre la cual se fundamenta la No conformidad es el literal numeral 8.7 de la NTC ISO 9001:2015, el cual establece que es necesario identificar las salidas no conformes, determinar qué hacer con ellas y llevar registros de estas y de la acción emprendida que no se usen ni se entreguen.
2. Es el literal 8.7.1 de la NTC ISO 9001:2015 el que requiere que la Organización asegure que las salidas no conformes se identifiquen y controlen, lo anterior en conjunción con el literal 8.7.2 que conlleva a conservar la información documentada pertinente.

Así es como, para dar cumplimiento integral al Numeral 8.7 de la NTC ISO 9001:2015, el Instituto en el formato FO-AC-14 Plan de Calidad para el tratamiento de No Conformes – Proceso Ejecución de Obras, establece los productos o servicios que serán controlados en el marco de los requisitos establecidos para producto no conforme. Dentro de estos, además de los Informes de Interventoría y otros documentos, se encuentran las Actas de inicio del contrato.

Sin embargo y de acuerdo con la evidencia suministrada por la DTC mediante correo electrónico del 14 de junio de 2019, donde se aportó la relación de los reportes realizados de Producto no conforme, no se encontró incluida la devolución de las Actas N° 1 de Inicio de los contratos 1539 de 2018 y 1560 de 2018, las cuales se constituyeron en Producto no conforme de acuerdo con las observaciones hechas a estas en el oficio IDU STESV 20193360068131 de febrero 06 de 2019.

Por lo anterior, la No Conformidad N° 4 se mantiene, limitando su enfoque al reporte de las salidas no conformes, más no al tratamiento, entendiendo que de acuerdo con los requisitos de la NTC ISO 9001 de 2015, cuando se hace la identificación y devolución para corrección de un producto que no está conforme con los requisitos establecidos, esta acción se debe dejar registrada, máxime cuando la Organización ha incluido dicho producto dentro de un documento interno

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

donde se especifica que un Acta de inicio de contrato mal elaborada, se constituye en un producto, trámite o servicio no conforme.

3.11.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|--|--|
| NC1 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>Control de la información documentada.</p> <p>7.5.3.2 “...Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:</p> <p>a) distribución, acceso, recuperación y uso;</p> <p>b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;</p> <p>c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);</p> <p>d) conservación y disposición.</p> <p><i>La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar”.</i></p> | <p>No Conformidad Nº1. Deficiencias en el control de la Información documentada del proceso.</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en el control de la Información documentada, que soporta la gestión del proceso en obra, incumpliendo lo establecido en el numeral 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual podría generar falencias al momento de evaluar la conformidad del proceso, derivada de la documentación soporte generada en desarrollo de la operación y gestión del mismo.</p> <p>Lo anterior, se pudo establecer para el contrato IDU-1851-2015 cuyo objeto es “<i>Complementación o actualización o ajustes o diseños y construcción de la Avenida José Celestino Mutis (calle 63), desde la avenida constitución (AK 70) hasta la avenida Boyacá (AK 72), código de la obra 116 y la intersección de la Avenida José Celestino Mutis (Calle 63) por la Avenida Boyacá (Ak 72), código de obra 115, según el acuerdo 523 de 2013, en Bogotá D.C.</i>”, para el cual se evidenciaron las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se están usando los siguientes formatos obsoletos: FO-AC-39 Abastecimiento de Combustible, FO-AC-42 Listado de vehículos, FO-AC-43 Traslado de Maquinaria y Equipos y FO-AC-53 Control de materiales, en los informes Nº 18, 20, 21 y 23 presentados por parte de la interventoría (contratista externo), para el registro de sus actividades ambientales, SST y maquinaria y equipos. • El tratamiento que se está dando a las actas de vecindad, no garantiza su buen almacenamiento y preservación, en consideración a que no se encuentran debidamente archivadas. • Los Libros de obra, no se encuentran diligenciados con la totalidad de la información pertinente para un adecuado seguimiento de las actividades de obra. Se observaron varios espacios en blanco lo que sugiere que la información no se ha consignado en ellos de forma completa. <p>Por su parte, para el contrato IDU-1550-2017, cuyo objeto es “<i>Construcción de la Avenida La Sirena (AC</i></p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|---|
| | | <i>153) desde la Avenida Laureano Gómez (Ak 9) hasta la Avenida Santa Bárbara (ak 19), Acuerdo 523 de 2013 de valorización en la ciudad de Bogotá D.C.</i> , los Planos de la obra, no cuentan con el debido control de versión, lo que no garantiza que se esté trabajando sobre documentos actualizados. |
| NC2 | <p>NTC ISO 45001:2018. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>8.1.4.3 Contratación externa: “<i>La organización debe asegurarse de que las funciones y los procesos contratados externamente estén controlados. La organización debe asegurarse de que sus acuerdos en materia de contratación externa son coherentes con los requisitos legales y otros requisitos y con alcanzar los resultados previstos del Sistema de Gestión de la SST (...)</i>”.</p> | <p>No Conformidad N°2. Falencias en el control de procesos contratados externamente.</p> <p>No se evidenció que los procesos contratados externamente, estén controlados para cumplir los requisitos del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SST, incumpliendo lo definido en el numeral 8.1.4.3 de la NTC ISO 45001:2018, lo cual podría generar riesgos e impactos sobre el desempeño SST del Instituto.</p> <p>Lo anterior, se pudo establecer, de acuerdo con las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el frente de obra para el contrato IDU-1550-2017, cuyo objeto es “<i>Construcción de la Avenida La Sirena (AC 153) desde la Avenida Laureano Gómez (Ak 9) hasta la Avenida Santa Bárbara (ak 19), Acuerdo 523 de 2013 de valorización en la ciudad de Bogotá D.C.</i>”, se encontraron excavaciones sin aislamiento y señalización. • El móvil 37 (contrato IDU-1851-2015 cuyo objeto es “<i>Complementación o actualización o ajustes o diseños y construcción de la Avenida José Celestino Mutis (calle 63), desde la avenida constitución (AK 70) hasta la avenida Boyacá (AK 72), código de la obra 116 y la intersección de la Avenida José Celestino Mutis (Calle 63) por la Avenida Boyacá (Ak 72), código de obra 115, según el acuerdo 523 de 2013, en Bogotá D.C</i>”) y el móvil 111 (contrato IDU-1550-2017), no cuentan con el extintor requerido en caso de emergencia. • En el contrato IDU-1851-2015, anteriormente mencionado, se evidenciaron acopios de material, superiores a la altura permitida en el Manual Único de Control y Seguimiento Ambiental y SST. |
| NC3 | <p>Decreto 1076 de 2015. Decreto Único Reglamentario.</p> <p>Título VI Residuos Peligrosos - Sección 2: Clasificación, caracterización, identificación y presentación de los residuos o</p> | <p>No Conformidad N°3. Inadecuada clasificación y manejo de residuos en obra.</p> <p>Se evidenció en la obra del Contrato IDU-1550-2017, que los residuos ordinarios no se encuentran adecuadamente clasificados; además el punto ecológico se encuentra identificado de manera</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|--|
| | <p>desechos peligrosos. Artículo 2.2.6.1.2.1. Clasificación de los residuos o desechos peligrosos. <i>"(...) La mezcla de un residuo o desecho peligroso con uno que no lo es, le confiere a estas últimas características de peligrosidad y debe ser manejado como residuo o desecho peligroso."</i></p> <p>NTC ISO 14001:2015. Sistema de Gestión Ambiental.</p> <p>6.1.3 Requisitos Legales y otros requisitos: <i>"La organización debe..."c) tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos cuando se establezca, implemente, mantenga y mejore continuamente su Subsistema de Gestión Ambiental..."</i></p> | <p>inadecuada, permitiendo el depósito de residuos ordinarios con los residuos peligrosos, sin el correspondiente manejo, incumpliendo con los requisitos estipulados en el Decreto 1076 de 2015 - Título VI, así como en el numeral 6.1.3 de la NTC ISO 14001:2015, lo cual podría generar que al combinar los residuos, éstos sean tratados como peligrosos, aumentando los costos y control de los mismos, además de acarrear una multa por parte de la Autoridad Ambiental, por el inadecuado manejo de los residuos.</p> |
| NC4 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>8.7 Control de salidas no conformes. 8.7.1 <i>"La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada".</i></p> <p>PR-AC-05 Salidas No Conformes</p> <p>Numeral 1.6.13. Consolidar información de salidas no conformes del proceso: <i>"El líder del proceso o delegado, será responsable de llevar las estadísticas de las salidas no conforme en los medios disponibles por la OAP. El líder remitirá la información a la OAP"</i></p> | <p>No Conformidad Nº 4: Falta de reporte de salidas no conformes generadas por el proceso.</p> <p>No se evidenció el reporte de las salidas no conformes relacionadas con las Actas Nº 1 de Inicio de los contratos 1539-2018 y 1560-2018, las cuales fueron firmadas el 14/02/2019, siete (7) días calendario después del plazo establecido e informado por el Instituto en el oficio IDU STESV 20193360068131 de 06/02/2019, incumpliendo lo definido en el numeral 8.7.1 de la NTC ISO 9001:2015 y lo establecido en el numeral 1.6.13 del procedimiento de salidas no conformes, lo cual podría generar falta de control de las salidas no conformes y del tratamiento adecuado para su corrección.</p> |

3.12 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

Para la ejecución de la auditoría, se revisaron las actividades críticas descritas en la caracterización del proceso, que son de responsabilidad de la Dirección Técnica de Mantenimiento DTM, pues en la auditoría de gestión, realizada en los meses de mayo a julio de 2019, se revisaron las actividades bajo la responsabilidad de la Dirección Técnica de

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Administración de Infraestructura. Las actividades críticas revisadas fueron, de la N° 1 a la N° 5 y la N° 13 y N° 14.

Previa presentación de los resultados, se resalta y agradece a los responsables del proceso, por facilitar la información y atender la auditoría de manera oportuna y precisa, destacándose la calidad profesional de los funcionarios que participaron 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, discriminados, en primer término, por actividad crítica y continuando con los aspectos transversales del proceso y los asociados a las normas NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 45001:2018 y NTC ISO IEC 27001:2013:

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

En esta actividad se verificó la interacción con los procesos de Planeación Estratégica y de Gestión Financiera, para la obtención de los productos definidos en la caracterización del proceso, los cuales se relacionan con la planeación de recursos necesarios para desarrollar el objetivo de *“Ejecutar programas para el mantenimiento, rehabilitación y reconstrucción, de la malla vial y el espacio público a través de la supervisión y control de contratos y convenios y, realizar la coordinación y seguimiento a las intervenciones ejecutadas por terceros, para mejorar la movilidad y seguridad vial en la ciudad”*. Para la presente vigencia, las gestiones fueron coordinadas según la programación presupuestal emitida en 2018, por la Dirección General de Gestión Corporativa SGGC y la Oficina Asesora de Planeación OAP, encargadas de consolidar el anteproyecto de presupuesto en el componente de inversión y consolidar las necesidades en el Plan Anual de Adquisiciones.

Por lo anterior, para cotejar las necesidades de la Dirección Técnica de Mantenimiento DTM, se consultó el Plan Anual de Adquisiciones 2019, con fecha de actualización de 08/07/2019², encontrando las siguientes líneas contractuales, planeadas a desarrollar en el segundo semestre de la vigencia:

| TEMA | | Modalidad de contratación | Presupuesto | Fecha estimada de presentación de propuestas |
|---|---------------|-----------------------------|-----------------|--|
| Ejecución a monto agotable de las obras de mantenimiento, rehabilitación y reconstrucción de espacio público, la red de ciclorrutas, en Bogotá D.C. | Interventoría | Concurso de méritos abierto | \$1.809.776.957 | Septiembre |
| Obras de conservación de puentes peatonales grupos 2, 3 y 4, en Bogotá D.C., incluye superestructura, subestructura y accesos | Interventoría | Concurso de méritos abierto | \$1.500.000.000 | Septiembre |

² Publicado en el link [HTTPS://WWW.IDU.GOV.CO/PAGE/TRANSPARENCIA/PRESUPUESTO/PLAN-DE-ADQUISICIONES](https://www.idu.gov.co/page/transparencia/presupuesto/plan-de-adquisiciones)

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Tabla 1. Líneas contractuales de la DTM en el Plan Anual de Adquisiciones | | | | |
|--|---------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| TEMA | | Modalidad de contratación | Presupuesto | Fecha estimada de presentación de propuestas |
| Ejecutar actividades puntuales a precios unitarios y a monto agotable, en la Malla Vial Arterial (MVA) No Troncal. | Interventoría | Concurso de méritos abierto | \$1.100.280.805 | Septiembre |
| Interventoría de obras de conservación de puentes peatonales de la Malla Vial Arterial Troncal | Interventoría | Concurso de méritos abierto | \$1.500.000.000 | Septiembre |
| Obras requeridas para la conservación de la malla vial rural principal, en la ciudad de Bogotá D.C. | Interventoría | Concurso de méritos abierto | \$768.237.886 | Septiembre |
| Obras requeridas para la conservación de la malla vial rural principal, en la ciudad de Bogotá, D.C. | OBRA | Licitación pública (Obra pública) | \$6.246.975.756 | Septiembre |
| Ejecución a monto agotable de las obras de mantenimiento, rehabilitación y reconstrucción de espacio público, la red de ciclorrutas, en Bogotá D.C. | OBRA | Licitación pública (Obra pública) | \$13.670.754.000 | Septiembre |
| Obras de conservación de puentes peatonales de la Malla Vial Arterial Troncal. | OBRA | Licitación pública (Obra pública) | \$8.500.000.000 | Septiembre |
| Ejecutar a precios unitarios y a monto agotable, las obras y actividades necesarias para la conservación de la malla vial intermedia en la ciudad de Bogotá D.C. | OBRA | Licitación pública (Obra pública) | \$9.800.001.000 | Septiembre |
| Brigada de Reacción Vial para ejecutar actividades puntuales a precios unitarios y a monto agotable en la Malla Vial Arterial (MVA) No Troncal. | OBRA | Licitación pública (Obra pública) | \$8.899.719.195 | Septiembre |
| Obras de conservación de puentes peatonales en Bogotá D.C., incluye superestructura, subestructura y accesos. | OBRA | Licitación pública (Obra pública) | \$8.500.000.000 | Septiembre |
| TOTAL | | | \$ 62.295.745.599 | |
| Fuente: Elaboración equipo auditor con base en Información Plan Anual de Adquisiciones a 08/07/2019 | | | | |

Revisando las líneas de contratación referenciadas en la tabla anterior, se encontró relación con las metas plan de acción, a las cuales el proceso de Conservación de Infraestructura aporta. Es así que la contratación de obras requeridas para la malla vial rural, aporta a la meta 228 *Conservar 100 km de ciclorrutas*. La línea de contratación obras de mantenimiento, rehabilitación y reconstrucción de espacio público, la red de ciclorrutas, en Bogotá D.C. aporta a las metas 237 *Conservar 1,2 millones de m2 de espacio público* y 238 *Conservar 100 km de ciclorrutas*. De esta forma se pudo verificar la planeación de recursos para el cumplimiento de las metas Plan de Desarrollo a cargo del proceso.

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

Según la Caracterización del proceso, en esta actividad se gestionan dos productos; el primero es la solicitud de necesidades y el segundo el plan de contratación que es consolidado para toda la entidad por la Oficina Asesora de Planeación. El primer producto es responsabilidad del

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

proceso, por tanto, para la verificación, en la auditoría se revisaron los registros asociados a la solicitud de necesidades de personal y recursos del área ejecutora. Se revisaron dos memorandos, el primero 20183550178613 de 26/07/2018, correspondiente a la planeación de la vigencia, emitido por la Dirección Técnica de Mantenimiento DTM y dirigido a la Subdirección General de Gestión Corporativa SGGC. En este documento, se presentaron las necesidades de personal para la vigencia 2019, con un presupuesto previsto de \$4.469 millones, para un total de 65 contratos, discriminados en objeto, cupo, fuente y dependencia.

Para la revisión de la trazabilidad de la solicitud del área con el segundo producto, que es el plan de adquisiciones, específicamente en el suministro del personal, se tomó un contrato asociado a la supervisión del mantenimiento de puentes peatonales, para el que se necesitó suplir la necesidad, pues no se contaba con personal de planta. El contrato seleccionado fue el IDU-300-2019 de objeto: “Prestar servicios profesionales para brindar apoyo a la supervisión de los contratos de interventoría de alta complejidad de las obras que se ejecutan”. En la solicitud de necesidades del 26/07/2018, se encontraron 5 ítems con los N° 15, 19, 20, 22 y 23 que guardan relación directa con este objeto, al igual que en el plan de adquisiciones de fecha 04/01/2019, se encontró de la celda 1178 a la 1183, relación directa con el objeto. De esta forma se pudo evidenciar que tanto en la solicitud de necesidades, el plan de adquisiciones y el contrato, mantienen coherencia en lo relacionado con el objeto contractual.

El segundo documento revisado se relaciona con la planeación de la vigencia 2020, en el cual se presentó las necesidades de recursos de personal, para la conformación del equipo de apoyo a la supervisión, a través del memorando 20193550178223 de 02/07/2019, emitido por la Dirección Técnica de Mantenimiento y dirigido para la Subdirección General de Gestión Corporativa. El proceso prevé una necesidad de recursos por \$4.305 millones, las exposiciones del área serán gestionadas en el plan de adquisiciones del 2020.

Actividad crítica N° 3. Supervisar los contratos de interventoría y hacer seguimiento a los contratos de obra y convenios de la fase de preliminares (en caso de que aplique dicha fase) con el fin de verificar y controlar el cumplimiento de las obligaciones.

Como productos de esta actividad crítica, se encontró en la caracterización del proceso, temas previos al inicio de las obras, los cuales se relacionan con la revisión de requisitos y compromisos contractuales, definición del alcance real de las obras, cumplimiento de competencias del personal y demás información necesaria para la suscripción del acta de inicio. A continuación, se presentan los resultados de la revisión de los 2 contratos seleccionados en la muestra descrita en la metodología.

Muestra 1: IDU-1509-2017 e IDU-1534-2017

Se verificó la conservación de información en expediente físico y en el aplicativo Orfeo, para el contrato de obra expediente 201743519090000021E y para interventoría expediente 201743519080000040E. Se solicitó la información contractual, la cual se relaciona a continuación:

| Tabla 2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO PUENTES PEATONALES | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO PUENTES PEATONALES | | | | | | | |
|--|--|------------------|-----------|--------------------------------------|--|--|--|
| Contrato N° | IDU-1509-2017 | | | Contrato de Interventoría | IDU-1534-2017 | | |
| Objeto contrato | Obras de conservación de puentes peatonales de la malla vial arterial, grupo 4: troncales américas, suba, caracas, NQS, en Bogotá D.C. incluye superestructura, subestructura y accesos. | | | Objeto contrato Interventoría | Interventoría técnica, administrativa, legal, financiera, social, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo para realizar las obras de conservación de puentes peatonales de la malla vial arterial, grupo 4: troncales Américas, Suba, Caracas, NQS, en Bogotá D.C., incluye superestructura, subestructura y accesos. | | |
| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | |
| Contrato N. / Convenio. | IDU-1509-2017 | | | | | | |
| Estado Contrato | Sin Iniciar | En ejecución | Terminado | X | | | |
| | Otros En proceso de liquidación | | | | | | |
| Nombre Contratista | CONSORCIO INFRAESTRUCTURA PUENTES PEATONALES | | | | | | |
| Fecha de Inicio Contrato Actualizada | 01/marzo/2018 | | | | | | |
| Fecha de Terminación Contrato Actualizada | 07/febrero/2019 | | | | | | |
| Plazo Inicial (meses) | 8 meses | | | | | | |
| Prórroga (s) | 3 meses | Suspensión (es) | | | | | |
| Plazo Actualizado | 11 meses | | | | | | |
| Valor Inicial Contrato | \$4.287.518.135,00 | | | | | | |
| Valor Adiciones, Reajustes, Etc. | \$ 2.270.238.471,00 | Fecha de Adición | | | | | |
| Valor Actualizado Contrato | \$6.557.756.606 | | | | | | |
| FUENTE: Elaboración equipo auditor con base en información suministrada por la DTM STMST y Aplicativos SIAC y ZIPA | | | | | | | |

Este contrato consistió en el mantenimiento de 58 puentes peatonales, sobre corredores troncales, a monto agotable, según información suministrada por la STMST. En el aplicativo Orfeo, se consultó el radicado 20185260333142 de 12/04/2018, correspondiente a la entrega del informe de diagnóstico, información que permitió determinar el alcance real de intervención. Se aplicó el formato de inspección visual a puentes, para analizar las variables de aspecto físico, estado de elementos, Aspecto Mecánico relacionado con la deformación, la presencia de deflexiones y asentamientos, así como fisuras y grietas. Finalmente, la revisión de la presencia de patologías de origen químico, relacionado con eflorescencias, sulfatos, cloruros, oxidación y corrosión

Con el radicado 20183660333121 de 23/04/2018, se evidenció la no objeción por parte del IDU de este diagnóstico. Estos documentos evidenciaron la realización del diagnóstico, principal producto de preliminares, el cual permitió priorizar los elementos a intervenir. Finalmente se evidenció mediante el radicado 20183660157811 de 5/05/2018 la remisión de acta de inicio.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Muestra 2: IDU-1257-2017 e IDU-1287-2017.

Se verificó la conservación de información en expediente físico y en el aplicativo Orfeo, para el contrato de obra expediente 201743519090000004E y para interventoría expediente 201743519080000013E. Se solicitó la información contractual, la cual se relaciona a continuación:

| Tabla 3. INFORMACIÓN DEL CONTRATO ESPACIO PUBLICO Y CICLO RUTAS | | | | | | | |
|--|---|---------------------------|------------------|-------------------------------|---|--|---|
| Contrato N° | IDU-1257-2017 | | | Contrato de Interventoría | IDU-1287-2017 | | |
| Objeto contrato | ejecución a monto agotable de las obras de mantenimiento, mejoramiento, adecuación y rehabilitación de espacio público en Bogotá D.C. grupo 2 | | | Objeto contrato Interventoría | interventoría técnica, administrativa, legal, financiera, social, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo para la ejecución a monto agotable, de las obras de mantenimiento, mejoramiento, adecuación y rehabilitación de espacio público en Bogotá D.C. grupo 2 | | |
| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | |
| Contrato N. / Convenio. | IDU-1257-2017 | | | | | | |
| Estado Contrato | Sin Iniciar | | En ejecución | | Terminado | | X |
| | Otros | En proceso de liquidación | | | | | |
| Nombre Contratista | CONSORCIO SAN ANTONIO | | | | | | |
| Fecha de Inicio Contrato Actualizada | 25/septiembre/2017 | | | | | | |
| Fecha de Terminación Contrato Actualizada | 25/enero/2019 | | | | | | |
| Plazo Inicial (meses) | 8 meses | | | | | | |
| Prórroga (s) | 270 DIAS | Suspensión (es) | | N/A | | | |
| Plazo Actualizado | 17 meses | | | | | | |
| Valor Inicial Contrato | \$6.626.742.978 | | | | | | |
| Valor Adiciones, Reajustes, Etc. | *Adición \$2.470.578.363 | 1. | Fecha de Adición | *Adición 1. 02/agosto/2018 | | | |
| | *Adición \$1.037.175.670 | 2. | | *Adición 2. 19/noviembre/2018 | | | |
| Valor Actualizado Contrato | \$10.134.497.011 | | | | | | |
| FUENTE: Elaboración equipo auditor con base en información suministrada por la DTM STMST y Aplicativos SIAC y ZIPA | | | | | | | |

Este contrato consistió en el mantenimiento y rehabilitación de espacio público, de los corredores priorizados y a monto agotable según la STMSV. Como especificaciones se definieron la cartilla de espacio público, el manual ambiental y las especificaciones descritas en el marco normativo del anexo técnico separable, al igual que el apéndice c de redes. Como producto de este contrato se realizó un análisis de la meta física, el cual se presentó mediante Orfeo 20185260181992 de 01/03/2018. Igualmente se revisaron los oficios del 19/09/2017 con radicados 20175260664972 y 20175260664992 con observaciones a hojas de vida y a la metodología respectivamente.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Con respecto al establecimiento de responsabilidades se pudo evidenciar la comunicación 20173550225543 de 22/09/2017, con designación de supervisión al STESV. Así como la remisión del acta de inicio de los contratos de obra e interventoría, mediante radicado 20173560228343 de 26/09/2017. Con la firma del acta de inicio, se determinó por los responsables, el cumplimiento de los requisitos previos para suscribir este documento, los cuales corresponden a los productos principales de la esta actividad crítica, y de esta forma se evidenció la aplicación de controles.

Actividad crítica N° 4. Supervisar los contratos de interventoría y hacer seguimiento a los contratos de obra y convenios en la fase de liquidación hasta la entrega de las obras para el seguimiento a la estabilidad y calidad de las obras con póliza vigente.

El principal producto de la actividad 4 es el informe mensual de interventoría, documento que consolida el avance de todos los componentes, incluyendo los ensayos de materiales necesarios para soportar la conformidad frente al cumplimiento de requisitos. A continuación, se describe el comportamiento de la entrega y revisión de este documento, para cada uno de los contratos de la muestra:

Muestra 1.IDU-1509-2017 e IDU 1534-2017

En el siguiente cuadro se presenta la relación de informes para cada periodo del contrato y su respectiva fecha de radicación:

| Informe N° | Periodo | Radicado entrada | Fecha de radicado |
|------------|------------------------------|------------------|-------------------|
| 1 | 1 al 31 de marzo 2018 | 20185260343972 | 16-abr-18 |
| 2 | 1 al 30 de abril 2018 | 20185260496142 | 22-may-18 |
| 3 | 1 al 31 mayo 2018 | 20185260643182 | 26-jun-18 |
| 4 | 1 al 30 junio 2018 | 20185260800392 | 03-ago-18 |
| 5 | 1 al 31 de julio 2018 | 20185260917732 | 04-sep-18 |
| 6 | 1 al 31 de agosto 2018 | 20185261007502 | 25-sep-18 |
| 7 | 1 al 30 de septiembre 2018 | 20185261115422 | 22-oct-18 |
| 8 | 1 al 30 de octubre 2018 | 20185261254882 | 28-nov-18 |
| 9 | 7 al 30 de noviembre 2018 | 20185261325182 | 17-dic-18 |
| 10 | 1 al 31 de diciembre 2018 | 20195260038702 | 16-ene-19 |
| 11 | 1 de enero al 7 febrero 2019 | 20195260201112 | 27-feb-19 |

Fuente: Elaboración Propia – suministro de información, supervisión del contrato IDU-1509-2017

De acuerdo con la información de la tabla anterior, la cual fue suministrada mediante correo electrónico del 29/07/2019, la interventoría no ha dado estricto cumplimiento con los términos previstos en el MG-GC-01 Manual de Gestión Manual de Interventoría y/o Supervisión de Contratos, para la radicación de los informes mensuales, que en el numeral 6.2.1.2 Informe Mensual establece: “(...) dicho informe debe ser entregado al supervisor del IDU dentro de los siguientes diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de corte mensual del contrato”. Con base en la información consignada en la Tabla y con el acta de comité N° 45 del 01/02/2019, suministrada mediante correo electrónico del 30/07/2019, donde se enuncia: “El IDU manifiesta

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



que el informe del mes de enero de 2019 debe incluir el periodo del 01 de Enero al 07 de febrero de 2019; esto aplica para todas las áreas”, tomando de esta manera los cortes de los informes mensuales, a fecha del 30 de cada mes, se puede observar lo siguiente frente a los tiempos de presentación de los informes:

- Informe mensual N° 1: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 13/04/2018.
- Informe mensual N° 2: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/05/2018.
- Informe mensual N° 3: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 18/06/2018.
- Informe mensual N° 4: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/07/2018.
- Informe mensual N° 5: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 15/08/2018.
- Informe mensual N° 6: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 14/09/2018.
- Informe mensual N° 7: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 12/10/2018.
- Informe mensual N° 8: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/11/2018.
- Informe mensual N° 9: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

se cumplirían el 14/12/2018. Se aclara que para este informe el periodo correspondiente es del 07 al 30 de noviembre, debido a la suspensión de 7 días generados en el mes de octubre y reinicio del 07 de octubre de 2019.

- Informe mensual N° 10: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU dentro de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/01/2019.
- Informe mensual N° 11: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 21/02/2019.

Tabla 5. Apremios generados al contrato de interventoría 1534 2017

| NUMERO DE INFORME | NUMERO DE RADICADO | FECHA | REFERENCIA Y OBSERVACIÓN | HECHOS |
|-------------------|--------------------|------------|--|---|
| 4 | 20183660689241 | 23/07/2018 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual No.4 (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN Y APROBACIÓN DE EL INFORME MENSUAL No 4 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/06/2018 AL 30/06/2018." | Iniciado el contrato IDU-1534-2017, en atención de las obligaciones plasmadas en los documentos contractuales, la Interventoría debió haber radicado los informes mensuales pasados 10 días hábiles contados a partir del día 30 de cada mes (fecha de corte), con el lleno de requisitos que exigen |
| 5 | 20183660792191 | 21/08/2018 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual No.5 (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN Y APROBACIÓN DE EL INFORME MENSUAL No 5 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/07/2018 AL 31/07/2018." | su aprobación y trámite, de acuerdo con el Manual de Interventoría y/o Supervisión de Contratos de Infraestructura Vial y Espacio Público, numeral 6.2. Informe Mensual de Interventoría, y 6.2.2.3 Informe Mensual que establece "La interventoría debe presentar al IDU el Informe Mensual (...), el cual debe ser entregado dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de corte mensual de obra"; y/o en su defecto, frente a la renuencia del contratista de entregar los insumos |
| 6 | 20183660901071 | 18/09/2018 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual | |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Tabla 5. Apremios generados al contrato de interventoría 1534 2017 | | | | |
|--|--------------------|------------|--|---|
| NUMERO DE INFORME | NUMERO DE RADICADO | FECHA | REFERENCIA Y OBSERVACIÓN | HECHOS |
| | | | No.6 (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN Y APROBACIÓN DE EL INFORME MENSUAL No 6 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/08/2018 AL 31/08/2018." | que le permitieran a la interventoría cumplir con los requisitos para la entrega de informes mensuales, requerirlo en cumplimiento de sus obligaciones. |
| 7 | 20183660990881 | 16/10/2018 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual No.7 (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN Y APROBACIÓN DE EL INFORME MENSUAL No 7 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/09/2018 AL 30/09/2018." | |
| 8 | 20183661140951 | 28/11/2018 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual No.8 (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN Y APROBACIÓN DE EL INFORME MENSUAL No 8 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/10/2018 AL 30/10/2018." | |
| 9 | 20183661209061 | 17/12/2018 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual No.9 (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN Y APROBACIÓN DE EL INFORME MENSUAL No 9 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07/11/2018 AL 30/11/2018." | |
| 10 | 20193660099801 | 19/02/2019 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, | |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 5. Apremios generados al contrato de interventoría 1534 2017 | | | | |
|--|--------------------|------------|---|--------|
| NUMERO DE INFORME | NUMERO DE RADICADO | FECHA | REFERENCIA Y OBSERVACIÓN | HECHOS |
| | | | GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". <i>Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual No.10. (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN DE LA ATENCION DE OBSERVACIONES Y APROBACIÓN DEL INFORME MENSUAL No 10 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/12/2018 AL 31/12/2018.</i> | |
| 11 | 20193660114151 | 22/02/2019 | "REF: Contrato de INTERVENTORIA IDU-1534-2017 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACION DE PUENTES PEATONALES DE LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO4: TRONCALES AMERICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ F.C, INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y ACCESOS". <i>Apremio por la no radicación y aprobación del informe mensual No.11. (...) PRESUNTO INCUMPLIMIENTO POR LA NO RADICACIÓN DE LA ATENCION DE OBSERVACIONES Y APROBACIÓN DEL INFORME MENSUAL No 11 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/01/2019 AL 7/02/2019.</i> | |

Fuente: Elaboración Propia – suministro de información, supervisión del contrato IDU-1509-2017

De la tabla anterior, se puede observar los apremios generados por parte de la Supervisión del contrato, a la interventoría, mostrando gestión frente al incumplimiento generado por parte de la interventoría.

Muestra 2: IDU-1257-2017 e IDU-1287-2017.

En el siguiente cuadro se presenta la relación de informes para cada periodo del contrato y su respectiva fecha de radicación:

| Tabla 6. Control de informe mensuales del contrato de interventoría 1287-2017 | | | |
|---|----------------------------|------------------|-------------------|
| Informe No | Periodo | Radicado entrada | Fecha de radicado |
| 1 | 1 al 31 de octubre 2017 | 20175260843632 | 20-nov-17 |
| 2 | 1 al 30 de noviembre 2017 | 20175260931732 | 18-dic-17 |
| 3 | 1 al 31 diciembre 2018 | 20185260266822 | 22-mar-18 |
| 4 | 1 al 31 enero 2018 | 20185260435582 | 07-may-18 |
| 5 | 1 al 28 de febrero 2018 | 20185260435482 | 07-may-18 |
| 6 | 1 al 31 de marzo 2018 | 20185260440652 | 08-may-18 |
| 7 | 1 al 30 de abril 2018 | 20185260713092 | 12-jul-18 |
| 8 | 1 al 31 de mayo 2018 | 20185260724132 | 16-jul-18 |
| 9 | 1 al 30 de junio 2018 | 20185260770862 | 27-jul-18 |
| 10 | 1 al 31 de julio 2018 | 20185260898602 | 29-ago-18 |
| 11 | 1 al 31 agosto 2018 | 20185260975792 | 17-sep-18 |
| 12 | 1 al 30 de septiembre 2018 | 20185261098412 | 18-oct-18 |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Tabla 6. Control de informe mensuales del contrato de interventoría 1287-2017 | | | |
|---|---------------------------|------------------|-------------------|
| Informe № | Periodo | Radicado entrada | Fecha de radicado |
| 13 | 1 al 31 de octubre 2018 | 20185261212602 | 16-nov-18 |
| 14 | 1 al 30 de noviembre 2018 | 20185261323662 | 14-dic-18 |
| 15 | 1 al 31 de diciembre 2018 | 20195260041212 | 16-ene-19 |
| 16 | 1 al 31 de enero 2019 | 20195260177632 | 21-feb-19 |
| 17 | 1 al 25 de febrero 2019 | 20195260272452 | 13-mar-19 |

Fuente: Elaboración Propia – suministro de información, supervisión del contrato IDU-1257-2017

De acuerdo con la información de la tabla anterior, la cual fue suministrada, mediante correo electrónico del 25/07/2019, la interventoría no ha dado estricto cumplimiento con los términos previstos en el MG-GC-01 Manual de Gestión Manual De Interventoría y/o Supervisión de Contratos, para la radicación de los informes mensuales, que en el numeral 6.2.1.2 Informe Mensual establece: *“(...) dicho informe debe ser entregado al supervisor del IDU dentro de los siguientes diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de corte mensual del contrato”*. Con base en la información consignada en la Tabla y con el acta de comité N° 7 del 8/11/2017, suministrada mediante correo electrónico del 29/07/2019, donde se enuncia *“El primer informe con corte de 31 de octubre se debe radicar a más tardar el 15 de noviembre cumpliendo con los requisitos establecidos en el manual. El IDU tiene 10 días para la revisión, aprobación y objeción, si hay observaciones se tienen 5 días hábiles para el interventor para que responda dichas observaciones”*, tomando de esta manera los cortes de los informes mensuales, a fecha del 30 o 31 de cada mes, se puede observar lo siguiente frente a los tiempos de presentación de los informes.

- Informe mensual N° 1: como se puede observar en el acta de comité del 8 de noviembre, la interventoría debió haber radicado el primer informe el 15 de noviembre. Una vez verificada esta fecha en la tabla anterior, se observó que fue radicado el 20 de noviembre, incumpliendo de cierta manera el compromiso generado y de igual manera los tiempos establecidos en el manual de interventoría.
- Informe mensual N° 2: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 15/12/2017.
- Informe mensual N° 3: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 18/01/2018.
- Informe mensual N° 4: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 14/02/2018.
- Informe mensual N° 5: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 14/03/2018.

- Informe mensual N° 6: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 13/04/2018.
- Informe mensual N° 7: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/05/2018.
- Informe mensual N° 8: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 18/06/2018.
- Informe mensual N° 9: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/07/2018.
- Informe mensual N° 10: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 15/08/2018.
- Informe mensual N° 11: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 14/09/2018.
- Informe mensual N° 12: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 12/10/2018.
- Informe mensual N° 13: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU dentro de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/11/2018.
- Informe mensual N° 14: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU dentro de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 14/12/2018.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- Informe mensual N° 15: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU dentro de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 16/01/2019.
- Informe mensual N° 16: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 14/02/2019.
- Informe mensual N° 17: el informe mensual correspondiente a este periodo fue radicado al IDU fuera de los tiempos establecidos en el manual de interventoría. No obstante, se sugiere al equipo de apoyo a la supervisión, verificar la fecha de vencimiento, pues los 10 días hábiles se cumplirían el 11/03/2019.

| NUMERO DE INFORME | NUMERO DE RADICADO | FECHA | REFERENCIA Y OBSERVACIÓN |
|-------------------|--------------------|------------|---|
| 2-3-4-5-6 | 20183560452801 | 21/05/2018 | "REF: <i>Apremio por contenido de los informes semanales, y presentación de los informes mensuales – contrato de interventoría 1287 de 2017. (...) se indica que la Interventoría no ha entregado oportunamente los Informes Mensuales, además las versiones radicadas no cumplen con las exigencias mínimas de la Entidad, por lo tanto, no han sido aprobados. (...) Por la no presentación en los tiempos establecidos de los informes mensuales No. 2 del mes de noviembre de 2017, No.3 del mes de diciembre de 2017, No.4 del mes de enero de 2018, No.5 del mes de febrero de 2018 y No.6 del mes de marzo de 2018.</i> " |
| 8-9 | 20183560665241 | 16/07/2018 | "REF: <i>Segundo Apremio por la no radicación, entrega oportuna y atención de observaciones efectuadas por la supervisión – contrato de interventoría 1287 de 2017. (...) se indica que la Interventoría no ha entregado oportunamente los Informes Mensuales, además las versiones radicadas no cumplen con las exigencias mínimas de la Entidad, por lo tanto, no han sido aprobados. (...) se colige que la Interventoría al no cumplir con la entrega de los Informes mensuales en debida forma, estaría incurriendo en un presunto incumplimiento por la no radicación, entrega oportuna, atención de observaciones efectuadas por la supervisión, así: (...) Por la no presentación en los tiempos establecidos de los informes mensuales No. 8 concerniente al periodo del 1 al 31 de mayo de 2018 y No. 9 concerniente al periodo del 1 al 30 de junio de 2018.</i> " |

Fuente: Elaboración Propia – suministro de información, supervisión del contrato IDU-1257-2017

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

De la tabla anterior, se puede observar los apremios generados por parte de la Supervisión del contrato, a la interventoría, mostrando gestión frente al incumplimiento generado por parte de la interventoría.

Así las cosas, con las gestiones adelantadas por los equipos de apoyo a la supervisión de los contratos revisados en la muestra, frente a los incumplimientos generados por la interventoría en la entrega oportuno de los informes mensuales, el equipo auditor, considera que no hay incumplimiento en los controles, una vez que se generaron apremios a cada contrato. Sin embargo, se recomienda gestionar acercamientos con los actores involucrados al contrato de interventoría a fin de aumentar la capacidad del control.

Actividad crítica N° 5. Supervisar los contratos de interventoría y hacer seguimiento a los contratos de obra y convenios en la fase de liquidación hasta la entrega de las obras para el seguimiento a la estabilidad y calidad de las obras con póliza vigente.

Esta actividad se verificó en dos momentos, inicialmente la revisión de documentación en oficina y para en un segundo momento realizar una visita de inspección visual superficial. A continuación se realiza la revisión para uno de los contratos de la muestra:

Muestra 1.IDU-1509-2017 e IDU 1534-2017

De los puentes que componen el contrato, se seleccionaron 9 ubicados en la Av. Ciudad de Cali para realizar verificación a la información y al producto final en obra, encontrando lo siguiente:

Verificación de Metas Físicas y reporte de cumplimiento de Metas Plan de Desarrollo:

1. Puente Av. Ciudad de Quito con calle 18ª

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|-------------------------------|--------|---------------------|
| Estructura piso: | 637,21m ² + 9,16ml | Lavado | 3.567m ² |

2. Puente Av. Ciudad de Quito con calle 18ª

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|----------------------|--------|--------------------|
| Estructura piso: | 244,37m ² | Lavado | 2601m ² |

3. Puente Av. Ciudad de Quito con Av. Américas

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|----------------------|--------|---------------------|
| Estructura piso: | 353,08m ² | Lavado | 3.679m ² |

4. Puente Av. Ciudad de Quito con CII 25A

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|----------------------|--------|--------------------|
| Estructura piso: | 298,22m ² | Lavado | 2378m ² |

5. Puente Av. Ciudad de Quito con CII 45A

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|----------------------|--------|---------------------|
| Estructura piso: | 543,72m ² | Lavado | 3.887m ² |

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

6. Puente Av. Ciudad de Quito con CII48

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|-------------------|--------|---------------------|
| Estructura piso: | 649m ² | Lavado | 2.795m ² |

7. Puente Av. Ciudad de Quito con CII 53A BIS

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|----------------------|--------|-----------------------|
| Estructura piso: | 651,39m ² | Lavado | 3414,15m ² |

8. Puente Av. Ciudad de Quito con Av. Américas

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|----------------------|--------|---------------------|
| Estructura piso: | 353,08m ² | Lavado | 3.679m ² |

9. Puente Av. Ciudad de Quito con CII 63G

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|------------------|----------------------|--------|---------------------|
| Estructura piso: | 691,37m ² | Lavado | 3.744m ² |

10. Puente Av. Ciudad de Quito con CII65

| Ítem | Medición | Ítem | Medición |
|---------|----------------------|---------|------------------------|
| Lavado: | 988,68m ² | Pintura | 1.236,21m ² |

La información presentada fue recopilada de manera manual, para corroborar las mediciones en el acta de recibo de obra y en la información soporte del reporte de territorialización de la inversión, con el que se mide la meta Plan de Desarrollo a la cual aporta el proyecto. Se encontró conformidad en la identificación y trazabilidad, pues la información es común en todos los reportes, manteniendo la integridad en las mediciones.

El acta de Recibo Final de Obra se verifico en los Oficios 20193660055873 del 14/03/2019 y 20193660074933 del 01/04/2019. El equipo auditor aclara que las magnitudes solo fueron verificadas en el reporte, la veracidad de las mediciones en campo son responsabilidad de los actores que ejecutaron las labores contratadas.

En la visita de verificación del 12/07/2019 realizada a los puentes seleccionados, se inspeccionó el estado de las labores entregadas, encontrando afectaciones, producto de ataques de vandalismo, ajenos al desarrollo del contrato. Como registro de esta actividad se presenta anexo a este informe el registro fotográfico.

Muestra 2: IDU-1257-2017 e IDU-1287-2017.

Al igual que con la muestra 1, se realizó una verificación de las metas física y sus respectivos reportes en acta de recibo de obra e información suministrada para la medición del avance del Plan de Distrital de Desarrollo así:

| Cr. 9 entre CII 19 y 25 | |
|-------------------------|------------------------|
| Ítem | Medición |
| Espacio Público: | 2.846,70m ² |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Cr 15 entre Cll 72 y 100

| Ítem | Medición |
|--------------------|-------------------------|
| Espacio Público T1 | 20.109,26m ² |
| Espacio Público T2 | 1.398,00m ² |
| Espacio Público T3 | 5.542,83m ² |
| Total | 27.050,09m ² |

Cl. 42 entre Tv 78H y Tv 78J

| Ítem | Medición |
|------------------|------------------------|
| Espacio Público: | 1.255,00m ² |

Total reportado 31.151,79m²

La información presentada fue recopilada de manera manual, para corroborar las mediciones en el acta de recibo de obra y en la información soporte del reporte de territorialización de la inversión, con el que se mide la meta Plan de Desarrollo a la cual aporta el proyecto. Se encontró conformidad en la identificación y trazabilidad, pues la información es común en todos los reportes manteniendo la integridad en las mediciones en los temas de espacio público. En cuanto a la Cicloruta, se presentó una modificación del ancho de carril que afectó la meta física propuesta pues inicialmente fue de 2.5m de ancho y finalmente se calculó de 2.8m disminuyendo la magnitud alcanzada.

El acta de Recibo Final de Obra se verificó en el Oficio 2019356016043 del 20/06/2019. El equipo auditor aclara que las magnitudes solo fueron verificadas en el reporte, la veracidad de las mediciones en campo son responsabilidad de los actores que ejecutaron las labores contratadas.

El segundo componente de verificación fue la visita de obra del 16/07/2019, la cual se soporta en el Anexo Fotográfico. En esta visita se evidencio en el tramo de la Kr. 15 entre calle 75 y 76, costado oriental, la presencia de losetas sin confinamiento, situación que puede causar deterioro de la base por filtración de las aguas de escorrentía. Verificado el documento Acta de Recibo Final de Obra, documento establecido para la liberación de las actividades del proceso, no se encontró relación a la situación evidenciada. En el documento se hace referencia al cumplimiento de las actividades a satisfacción. Ante lo evidenciado es fundamental que se realice el correctivo pertinente.

Actividad crítica N° 13. Gestión del riesgo de desastres.

Continuando con la revisión de actividades críticas del proceso de Conservación de Infraestructura, que se encuentran a cargo de la Dirección Técnica de Mantenimiento, se revisó la actividad relacionada con la atención de emergencias, a las cuales el IDU apoya en caso de presentarse una eventualidad. Para este fin, se elaboró en la vigencia 2015 el PL-CI-01 Plan de emergencias, el cual se elaboró armonizado con las directrices del momento del Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



En este documento se definieron niveles de emergencia, dependiendo la complejidad de los sucesos y mejoras que tengan que realizarse. Se consultó al personal del proceso sobre las últimas contingencias presentadas, del cual informaron que se presentaron eventos tipo 1 y 2 los cuales se gestionan según el PL-CI-01 de manera mental y se comunica verbalmente; sin embargo, se conservan registros fotográficos de los eventos, con dificultad de recuperar la información correspondiente al registro de los hechos, pues no fue posible identificar las fechas de inicio de la contingencia y finalización, así como los registros de la conformidad de los resultados aplicados, sin desconocer que los colaboradores del proceso manifestaron que esta información se encontraba asociada al desarrollo de los diferentes contratos de la DTM, en los cuales se definió a nivel contractual la atención de emergencias. Al no contar con criterios definidos para el almacenamiento de la información que soporta la conformidad de las actividades realizadas, se hace dispendiosa su recuperación.

Actividad crítica N° 13. Evaluar la gestión.

Para la verificación de esta actividad se revisaron dos aspectos, los indicadores y los riesgos de gestión identificados para el proceso.

Indicadores del proceso: Esta revisión se realizó tomando la información contenida en el cuadro de mando con corte a 30/06/2019, donde se encontraron 31 indicadores que le aportan al proceso de Conservación de Infraestructura, de los cuales 9 son responsabilidad de la DTM, 5 de la STMST y 9 de la STMSV. Los restantes 8 indicadores son responsabilidad de la DTAI, la cual fue objeto de evaluación en los meses de mayo a julio.

En cuanto al desempeño de estos 23 indicadores, en la primera mitad de 2019, dos indicadores, identificados con los códigos 3568 y 3569, relacionados con la aprobación de informes finales de interventoría y de pólizas, presentan semáforo en rojo; debido a que de 3 informes programados se ha aprobado 1, es decir el 33% de avance. Es conveniente realizar los correctivos pertinentes para cumplir lo propuesto.

Igualmente, 4 indicadores identificados con los códigos 3559, 3662, 3663, 3665, se encuentran en amarillo; sin embargo, están sobre el 60%, con posibilidad de alcanzar lo propuesto, si la dependencia toma las contingencias necesarias en lo restante de la vigencia.

Por otro lado, revisadas las fórmulas se constató que algunas de las recomendaciones realizadas por la Oficina de Control Interno, como la inclusión de los porcentajes símbolo en la fórmula no fue aplicada, así es el caso del indicador (Número de contratos y/o convenios de la DTM con acta de inicio suscrita en tiempos contractuales / Número de contratos y/o convenios de la DTM programados para iniciar) * 100.

Riesgos de Gestión: Se identificaron 5 riesgos asociados a las actividades de la DTM, los cuales fueron referenciados con los códigos del G.CI.07 al G.CI.11. Revisada la redacción de los controles, es pertinente tener en cuenta las recomendaciones de la guía del DAFP, evaluando la inclusión en la redacción del control el responsable, la periodicidad, el propósito, como se realiza la actividad, debe indicar que pasa con las desviaciones resultantes y que evidencia queda del control.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



En el caso del riesgo G.CI.07 se pudo apreciar la identificación de 8 causas y 30 controles para mitigarlo; sin embargo, la redacción de los controles reafirma responsabilidades y operaciones definidas en documentos del proceso o de la Entidad, que contribuyen a la mitigación, pero que no facilitan la operatividad y seguimiento de los controles, como a continuación se referencia

1. Contractualmente se encuentran establecidas las obligaciones en los aspectos técnico, ambiental, social, SST, forestal, de maquinaria, vehículos y equipo, financiero, administrativo y legal, tanto de contratista como de la interventoría, así mismo, los apremios y sanciones ante eventuales incumplimientos.

9. La DTM asigna a cada proyecto de conservación un equipo de apoyo a la supervisión conformado por profesional por cada componente, quienes deben cumplir con lo establecido en el Manual de Interventoría y Supervisión del IDU y demás documentos que le apliquen.

30. Se tiene establecido como mecanismo, mesas de trabajo entre el IDU y la SDA, las ESP, el Jardín Botánico y demás que se requiera, orientadas a coordinar y agilizar los trámites relacionados con los temas de competencia de tales entidades.

31. Mediante oficios, cuando resulta necesario, se solicita a estas entidades agilizar la emisión de los actos administrativos requeridos.

Esta observación es común a los riesgos identificados, por lo que se recomienda evaluar la pertinencia de operatividad los controles y de esta forma favorecer la gestión de riesgos, aplicando las directrices emitidas en la Guía de Gestión de Riesgo del DAFP.

Riesgos de Corrupción: El proceso cuenta con 5 riesgos de corrupción identificados para la DTM y 5 para la DTAI, para los cuales la OCI realizó seguimiento, con corte a mayo, sin evidenciar materialización de los mismos, razón por la cual no fueron verificados en la auditoría.

Riesgos de Seguridad de la Información: Por su parte, el proceso cuenta con riesgos de Seguridad de la Información, para las dependencias de la DTM y la DTAI, así:

- **DTM**, para esta dependencia se cuentan con 2 riesgos de seguridad de la información, evidenciando que ninguno de ellos se materializo; sin embargo, se recomienda para esta dependencia, generar como responsable de estos riesgos, al líder de la misma, ya que solo se tiene relacionado como responsables a la interventoría, Equipo de apoyo a la supervisión y los usuarios del proceso respectivamente.
- **DTAI**, para esta dependencia se cuentan con 4 riesgos de seguridad de la información, evidenciando según el seguimiento cuatrimestral realizado por el proceso, que ninguno de ellos se materializo; sin embargo, se recomienda para esta dependencia, generar como responsable de estos riesgos, al líder o profesional específico de la misma, ya que se tiene relacionado como responsables a todos los servidores del área.

Actividad crítica N° 14. Acciones de mejora.

Para la verificación de esta actividad, se identificaron las acciones en estado “Terminado”, pendientes de evaluación de efectividad. Según la información contenida en el aplicativo CHIE, se encontraron 2 acciones, las cuales se relacionan a continuación, con su respectiva evaluación:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Tabla 8. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Hallazgo | Evaluación de efectividad |
|--------|--|---|--|
| 980 | Atendiendo la cláusula cuarta del contrato 1129-2016, la solicitud de prórroga y adición debió realizarse "con una antelación no menor de quince (15) días hábiles (07/06/2017), a la fecha de vencimiento del plazo originalmente estipulado (30/06/2017)", sin embargo, tal como se observa en los considerandos No. 5 y 6 de la prórroga el 20 de junio de 2017 se suscribió el acta de solicitud y hasta el 29/06/30 (1 día antes del vencimiento) se solicitó a la DTGC la elaboración del respectivo documento (...) | Memorando a la DTGC para revisar las minutas de los contratos de modo que los plazos establecidos para adiciones, prórrogas y modificaciones contractuales estén acordes a los definidos en el procedimiento PR-GC-14. Fecha fin: 11/10/2017 | Se verificaron las adiciones realizadas entre octubre de 2018 y marzo de 2019, según compromiso de acta de verificación de efectividad de abril, encontrando los contratos relacionados a continuación, con los respectivos días desde la solicitud de modificación a la fecha de suscripción así: IDU-1544-2017 3 días IDU-1571-2017 4 días IDU-1542-2017 4 días De esta forma, se evidenció que no se eliminaron las causas del hallazgo pues la situación permanece. En consecuencia, se cancela y se solicita iniciar un nuevo plan de mejoramiento. |
| 981 | Mediante correo electrónico del 17/05/2017 DTGC remitió la Modificación No. 1 al área técnica (cc contratista) con la anotación de que vencía el término para su presentación el 22/05/2017; fueron radicadas hasta el 30/05/2017, sin que se ubicara evidencia de más requerimientos. En relación con la Prorroga 1, a 26/07/2017, NO se han radicado las garantías ante DTGC, según se desprende del correo electrónico enviado por el supervisor el 26/07/2017 el término venció el 06/07/2017. No se han evidenciado más requerimientos por parte del área técnica. Con lo anterior se estaría contraviniendo lo estipulado en la cláusula 2 del documento de modificación (3 días hábiles). | Memorando a la DTGC solicitando realizar revisión del procedimiento PR-GC-14 de modo que las garantías se radiquen por ORFEO | Se revisó radicación de pólizas a través del aplicativo ORFEO, encontrando los contratos: IDU-1667-2015 20195260342312 IDU-935-2016 20195260222072 IDU-1862-2014 20195260209812 IDU-1888-2014 20195260253192 IDU-1131-2016 20195260286672, con sus respectivos radicados, cumpliendo con lo propuesto. De esta forma, se procedió a dar cierre a la acción. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Salidas No Conformes: Se evidenció que para el año 2019, el proceso reportó un total de 190 salidas no conformes SNC, de las cuales 132 corresponden a la DTM relacionadas con el incumplimiento de los requisitos establecidos en el manual de Interventoría Vigente y 58 a la DTAI relacionadas con la estabilidad de la obra. Al respecto, según el FO-AC-13 Informe de Producto No Conforme, se evidenció reporte a la Oficina Asesora de Planeación y tratamiento de las mismas.

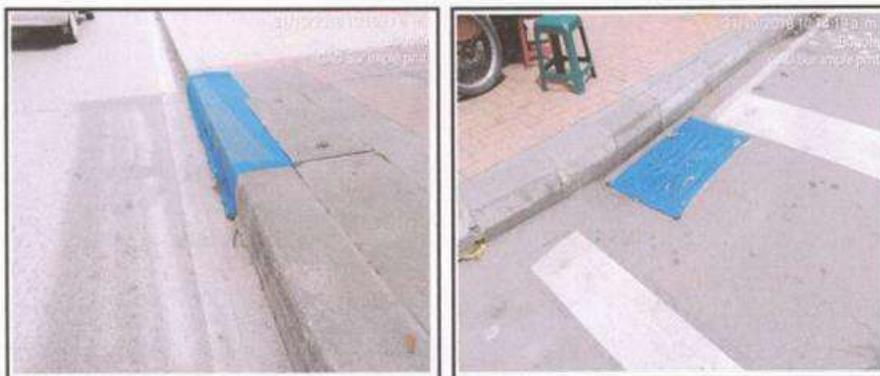
Generalidades Sistema Integrado de Gestión

Subsistema de Gestión Ambiental: Para la verificación de Aspectos e impactos ambientales identificados en el proceso de Conservación de Infraestructura, se verificó la planificación y control operacional, a través de los lineamientos incluidos en el documento FO-AC-23 Matriz de aspectos e impactos ambientales, la cual se encontró publicada en la intranet institucional y en la que se han definido 70 aspectos ambientales a tener en cuenta en el desarrollo de las actividades críticas según la caracterización del proceso.

En entrevista directa, se revisaron los aspectos mencionados; los participantes manifestaron que el documento de aspectos e impactos ambientales estaba orientado al seguimiento en obra, razón por la cual se realizó la verificación directa de la planificación y el control operacional. Se seleccionó el aspecto 68 “*Vertimientos no domésticos con descarga al alcantarillado y suelo*”, el cual se verificó en el contrato.IDU-1509-2017 e IDU 1534-2017 correspondiente a la muestra 1.

Esta elección obedeció a que gran parte de las actividades que aportaron al cumplimiento de la meta física, se relacionaron con el lavado de los puentes peatonales, situación relacionada directamente con este aspecto. Como impacto en la matriz se estableció la contaminación del recurso agua y como control la aplicación de listas de chequeo. Como soporte, el equipo de apoyo a la supervisión del contrato, suministro el informe ambiental de abril de 2018, radicado 20185260604102, en el que se verificó la lista de chequeo aplicada del 25/04/2018 al 30/04/2018, cuyo índice de calificación fue del 97%.

En el ítem verificado en las listas de chequeo se referenció el uso de filtro para protección de sumidero (poli sombra). Igualmente se presentó el registro fotográfico



De esta forma se revisó el cumplimiento de lo dispuesto en la matriz de aspectos ambientales

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Siguiendo con la revisión de requisitos aplicables de la NTC ISO 14001:2015, se solicitó información sobre el manejo de emergencias. El equipo de soporte a la supervisión del contrato allegó como evidencia, el informe de simulacro de derrame de sustancias químicas y/o peligrosas del 25 y 26 de agosto de 2018, el cual se aplicó entre otros, en el frente de Paloquemado, Puente peatonal Av. Ciudad de Quito con calle 18ª, puente seleccionado en la muestra para la verificación de la actividad crítica 5.

En el informe se describió la metodología implementada así: Inspección de Kit de derrames, explicación de las funciones e importancia del kit, simulacro de derrame y manejo de residuos peligrosos. También se documentó la realización de una actividad de sensibilización a través de la presentación de buenas prácticas. De esta forma se pudo verificar el cumplimiento del requisito de preparación ante emergencias.

Finalmente, con respecto a los impactos ambientales que se suscitan por el trabajo de oficina que desarrolla el equipo de apoyo a la supervisión y demás personal del proceso, se comentó nuevamente por parte de los colaboradores entrevistados, que la matriz de aspectos e impactos ambientales, estaba orientada al cumplimiento de aspectos de la obra; sin embargo, se recomienda identificar los aspectos ambientales susceptibles de impacto y proceder a aplicar los controles.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Para la verificación de los riesgos y peligros asociados a las actividades críticas del proceso, se consultó la matriz de peligros y riesgos, encontrando que se han definido para el proceso tres grupos de exposición GES identificados con los N° 1,5 y 6 y se realizó entrevista directa con los colaboradores del proceso, encontrando los siguientes resultados:

Para el grupo 1, se ubicó el personal que realiza labores administrativas, identificando 44 peligros asociados. Se verificó el peligro de “*condiciones de seguridad resultante del desplazamiento entre sedes*”, se solicitó soportes de aplicación del control “*Campañas de divulgación sobre desplazamiento seguro en vía pública*”. Al respecto, los participantes manifestaron que en el momento se están realizando las actividades de sensibilización, pues la matriz de peligros fue actualizada recientemente.

Para el grupo 5, se identificaron actividades relacionadas con personal que realiza ingreso a obras civiles, identificando 16 riesgos. Los peligros identificados se relacionaron con condiciones de seguridad, aspectos psicosocial, físico, químico y biológico. Con respecto a los controles a los procesos contratados a terceros, en el informe mensual de interventoría, se relacionó para cada contrato revisado, el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo, al igual que el ambiental y social.

Por último, el grupo 6 se relacionó con personal que desarrolla actividades fuera de las instalaciones. Se identificaron 3 peligros relacionados con condiciones de seguridad, y 3 relacionados con temas psicosocial, biomecánico y biológico respectivamente.

Se recomienda revisar los peligros junto con sus controles para cada uno de los grupos de exposición, e interiorizar por parte del personal del proceso, para favorecer la planeación y control operacional, en mejora del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Se verificó afiliación la ARL del apoyo principal a la supervisión de los contratos, encontrando que para el contrato IDU-1509-2017 se suministró en la cuenta de cobro, y se verificó antes de realizar el pago de los servicios. Para el contrato IDU-1257-2017, se cuenta con personal de planta, por tanto, se realizó directamente por el IDU, entendiendo que el nivel riesgo asociado es 5.

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: Se revisaron los activos de información, los cuales fueron actualizados el 21/05/2019. Se revisó el inventario de activos de información del colaborador ubicado en el módulo 57, del piso 10, de la Sede de la calle 20. Se encontró asociado el computador identificado con el código all in one I-2019. De los activos de información asociados se identificó información relacionada con la gestión desarrollada por la dependencia con la Contraloría y el seguimiento de la DTM, actividades encomendadas a la colaboradora usuaria del módulo e igualmente se encontró en los activos de información las carpetas de liquidaciones y mejoramiento.

En segundo lugar, se verificaron los controles que esta dependencia aplicó a los colaboradores que realizan teletrabajo. Se verificaron las resoluciones N° 5136 de 2016 y 5141 de 2016, que autorizan el trabajo bajo esta modalidad a dos personas de la dependencia. Estas resoluciones fueron emitidas en el primer piloto realizado en el IDU, y los permisos para la activación de la BPM y demás requisitos establecidos en el libro blanco de teletrabajo IDU, fueron solicitados en su momento, por tanto, el requisito de solicitar la activación de la BPM no aplica. Al tener acceso remoto al computador adjudicado a los colaboradores, la información se mantiene en las carpetas identificadas en los activos de información.

También en la verificación de los criterios de seguridad de la información aplicados al proceso, se verificó el conocimiento de riesgos de seguridad de la información, se revisó el control del riesgo 1 relacionado con el control de cambios de apoyo a la supervisión, se solicitó evidencias de este control en los últimos 3 meses, se presenta acta de reunión de seguimiento del 9 de julio de 2019, donde se presentó el cambio de supervisión realizado en los contratos IDU-1474 y 1517 de 2017.

Igualmente se revisó el control de verificación de entrega de mensajes de correo electrónico, para el cual el personal entrevistado presentó correo de 18 de julio. De esta forma se verificó la aplicación de los controles en el proceso.

3.12.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|-------------|---|---|
| NC.1 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad</p> <p>8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio: <i>“La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.</i></p> <p><i>Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable (...):</i></p> | <p>No Conformidad N° 1. Deficiencias en el confinamiento de losas en el tramo de la Kr. 15 entre calle 75 y 76, costado oriental, del contrato IDU-1257-2017.</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en el confinamiento de losas en el tramo de la Kr. 15 entre calle 75 y 76, costado oriental, del contrato IDU-1257-2017, sin la identificación de actividades pendientes asociadas, en documento de acta de recibo final de obra del 19/06/2019, ni documento de entrega y recibo por parte de la institución, situación que</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|---|---|
| | <p><i>h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega”.</i></p> <p>8.6 Liberación de los productos y servicios: “(...) La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera (...).</p> <p><i>La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios, La información documentada debe incluir:</i></p> <p><i>a). evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación (...)</i>”</p> | <p>contraviene los numerales 8.5.1 y 8.6 de la NTC ISO 9001:2015, relacionados con la liberación y entrega de los productos, lo que a futuro podría ocasionar deterioro en las obras entregadas, por deterioro de la base por filtración de las aguas de escorrentía.</p> |

3.13 PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

Previa presentación de los resultados, se resalta y agradece a los responsables del proceso, por facilitar la información y atender la auditoría de manera oportuna y precisa, destacándose la calidad profesional de los funcionarios que participaron y que hacen parte del proceso.

El proceso refleja su gestión en la caracterización CP-GC-01 y cuenta con doce (12) procedimientos a saber:

- PR-GC-01 Mínima cuantía – contratación hasta el 10% de la menor cuantía V 9.0;
- PR-GC-02 Licitación Pública V 8.0;
- PR-GC-03 Selección Abreviada Menor Cuantía V 6.0;
- PR-GC-04 Concurso de Méritos Abierto o con Precalificación V. 9.0;
- PR-GC-05 Suscripción de Contratos derivados de Procesos de Selección producto Convocatoria Pública V 5.0;
- PR-GC-06 Declaratoria de Incumplimiento para la imposición de Multa, Cláusula Penal y Caducidad V 8.0;
- PR-GC-07 Selección Abreviada Subasta Inversa V 6.0;
- PR-GC-09 Elaboración y suscripción de convenios y contratos bajo la modalidad de contratación directa, por causales distintas a prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión V 2.0;
- PR-GC-11 Elaboración modificación y cierre del plan anual adquisiciones V 2;
- PR-GC-12 Contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con personas naturales V 6.0;
- PR-GC-13-Liquidación contratos y convenios V 3 0;
- PR-GC-14 Modificación y cesión a contratos estatales V 5.0.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



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, discriminados, en primer término, por actividad crítica y continuando con los aspectos transversales del proceso y los asociados a las normas NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 45001:2018 y NTC ISO IEC 27001:2013.:

Actividad crítica N° 1. Consolidar el plan anual de adquisiciones de bienes y servicios.

Para esta actividad crítica se revisó el procedimiento PR-GC-11 Elaboración modificación y cierre del plan anual adquisiciones V 2.0, actualizado el 02/10/2018. El producto de esta actividad crítica es el Plan Anual de Adquisiciones – PAA. Como responsable de liderar esta actividad, se identificó a la Oficina Asesora de Planeación, por tanto, se constataron las actividades de planeación a través del sistema CHIE:PAA, en donde se consolida el Plan para cada vigencia, así como su publicación en SECOP II y sus actualizaciones a partir de las modificaciones de acuerdo con el procedimiento señalado.

Actividades críticas N°2 a N°5. Desde la elaboración de estudios y documentos previos hasta la selección del Contratista.

Estas actividades críticas se asocian en la respectiva caracterización, a la competencia de Dirección Técnica de Procesos Selectivos DTSPS, en donde se destaca la actualización de los procedimientos asociados a cada una de las modalidades de selección. Para efectos de la auditoría, en la visita in situ realizada el 18/07/2019, se solicitó al equipo auditado indicar los procesos adelantados, tras la actualización de cada uno de los procedimientos, seleccionando para el efecto, el primer proceso abierto en la vigencia 2019 por cada modalidad de selección, así:

- IDU-LP-SGGC-002-2019 (Prestar el servicio de mensajería interna, externa y expresa del IDU; Abierta el 02/04/2019);
- IDU-CMA-DTAF-004-2019 (Realizar la revisión técnica independiente a los diseños estructurales realizados en ejecución del contrato de consultoría IDU-1133-2016, prestar apoyo técnico en el trámite de licencia de construcción y obtención de la misma, así como prestar el apoyo técnico en la estructuración de los documentos precontractuales para los procesos de obra y la correspondiente interventoría, con el fin de contratar el reforzamiento estructural del edificio sede principal del IDU ubicado en la calle 22 N° 6-27; Abierto el 14/05/2019);
- IDU-SAMC-DTAF-001-2019 (Adquisición de la renovación, actualización, soporte y mantenimiento del licenciamiento para la plataforma de seguridad perimetral del IDU; abierta 21/05/2019);
- IDU-SASI-DTAF-005-2019 (actualización, renovación y soporte del licenciamiento antivirus bitdefender gravityzone advanced business security del IDU; abierta 22/04/2019);
- IDU-MC10%-DTAF-007-2019 (Prestar el servicio de fotocopiado para sedes del IDU, en la modalidad de Outsourcing; abierto 11/04/2019).

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:

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Actividad crítica Nº 2. Elaborar estudios y documentos previos

En lo relacionado, esta actividad crítica, encuentra su marco de gestión, en las respectivas actividades contenidas los procedimientos PR-GC-01 V 9.0; PR-GC-02 V 8.0; PR-GC-03 V 6.0; PR-GC-04 V. 9.0; y PR-GC-07 y con base en estas disposiciones internas, se evaluaron aspectos relacionados con la solicitud de trámite del respectivo proceso de selección (requisitos previos establecidos en la lista de chequeo formato FO-GC-02), la revisión de antecedentes por parte del área operativa del Proceso de Gestión Contractual (DTPS), ajustes y en general, la gestión tendiente a obtener un producto adecuado como soporte para la posterior elaboración de un proyecto de pliegos de condiciones. Particularmente se observaron temas de oportunidad y gestión documental, en el expediente ORFEO y en físico.

En la siguiente tabla, se relacionan los términos requeridos por modalidad de selección para estas actividades (sumatoria de horas de trámite), gestión operativa general y sumatoria de tiempos efectivamente ejecutados):

Tabla N°. 1 – Proceso de gestión Contractual – Trámite previo solicitud de procesos de selección

| Procedimiento /actividades | Horas previstas | Descripción trámite operativo | Tiempos efectivos por área / horas hábiles |
|---|---|--|--|
| PR-GC-01 V 9.0- Mínima cuantía Act. 6.1.5 a 6.1.13 | DTPS 27.60 Área 16 DTPS 16 Total 59,60 | Solicitud 20195260029583 del 20/02/2019 Reunión de ajustes 26/02/2019 Solicitud ajustes 20194150035853 del 26/02/2019 Ajustes 20195260072903 del 28/03/2019 Reunión ajustes 01/04/2019 Nuevos ajustes 20195260079973 del 05/04/2019 | DTPS 40 Área 184 DTPS 8 Área 24 Total 256 |
| PR-GC-02 V 9.0-LP Act. 6.1.3.2 a 6.1.3.12 | DTPS 52.50 Área 32 DTPS 8 Total 92,50 | Solicitud 20195260012003 del 28/01/2019 Solicitud ajustes 20194150017053 del 04/02/2019 Ajustes 20195260022593 del 12/02/2019 Reunión ajustes 13/02/2019 Solicitud ajustes 20194150024413 del 14/02/2019 Nuevos ajustes 20195260026393 del 15/02/2019 | DTPS 40 Área 48 DTPS 16 Área 8 Total 112 |
| PR-GC-03 V 6.0 – SAMC Act. 7.1.3 a 7.1.12 | DTPS 50.60 Área 32 DTPS 8 Total 90,50 | Solicitud 20195360059363 del 15/03/2019 Solicitud ajustes 20194150068153 del 22/03/2019 Ajustes 20195360076963 del 02/04/2019 Solicitud ajustes 20194150079523 del 04/04/2019 Nuevos ajustes 20195360084853 del 10/04/2019 Reunión ajustes 11/04/2019 Reunión ajustes 26/04/2019 Nuevos ajustes 20195360098063 del 30/04/2019 | DTPS 40 Área 48 DTPS 16 Área 128 Total 232 |
| PR-GC-04 V. 9.0-CM Act. 6.1.3 a 6.1.3.12 | DTPS 50.60 Área 32 DTPS 8 Total 90,60 | Solicitud 20195260072493 del 28/03/2019 Reunión de ajustes 08/04/2019 Solicitud ajustes 20194150081903 del 08/04/2019 Ajustes 20195260086793 del 12/04/2019 Solicitud ajustes 22/04/2019 Ajustes 20195260092253 del 23/04/2019 | DTPS 56 Área 32 DTPS 32 Área 12 Total 132 |
| PR-GC-07- SASI Act. 6.1.3 a | DTPS 51.50 Área 32 DTPS 8 | Solicitud 20195260049733 del 11/03/2019 Reunión de ajustes 19/03/2019 Solicitud ajustes 20194150064093 del 20/03/2019 | DTPS 56 Área 40 |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Procedimiento /actividades | Horas previstas | Descripción trámite operativo | Tiempos efectivos por área / horas hábiles |
|----------------------------|-----------------|---------------------------------------|--|
| 6.1.2 | Total 91,50 | Ajustes 20195260072893 del 28/03/2019 | Total 96 |

Fuente: Procedimientos DTSPS – consolidación Equipo Auditor

Se observó, según descripción de la tabla anterior, una extemporaneidad general en el respectivo trámite, que para el efecto se denomina revisión de antecedentes en los procesos IDU-MC10%-DTAF-007-2019; IDU-LP-SGGC-002-2019, IDU-SAMC-DTAF-001-2019, IDU-CMA-DTAF-004-2019 e IDU-SASI-DTAF-005-2019.

De otra parte, se evidenció la utilización de formatos no actualizados y/o modificación de los mismos, en los siguientes eventos:

- Designación de evaluadores en el IDU-MC10%-DTAF-007-2019, plantilla ORFEO memorando 20194150017053 (Sello de Certificación Cotecna);
- No inclusión de radicados en expediente ORFEO de la DTSPS (constitutivo hasta el traslado a DTGC del expediente único contractual de que trata el numeral 5.3. “Administración y archivo de los documentos contractuales” del Manual de Gestión Contractual): memorando 20195260079973;
- En el Concurso de méritos IDU-CMA-DTAF-004-2019, se evidenció la solicitud de ajustes a los documentos del proceso, mediante correo electrónico del 22/04/2019, siendo prevista esta actividad, a través de memorando, según se desprende de la descripción de la actividad 3.1.10 del respectivo procedimiento.

Actividad crítica N° 3. Iniciar el trámite del proceso de selección

En lo relacionado, esta actividad crítica, encuentra su marco de gestión en las respectivas actividades de los procedimientos PR-GC-01 V 9.0; PR-GC-02 V 8.0; PR-GC-03 V 6.0; PR-GC-04 V. 9.0 y PR-GC-07; inicia con la publicación del proyecto de pliego de condiciones, incluye apertura del proceso mediante resolución de apertura y culmina, para efectos de esta evaluación, con el trámite de los pliegos de condiciones definitivos antes del cierre y recepción de ofertas; es de anotar que dada la reglamentación legal del proceso de selección, a través de la plataforma electrónica SECOP II, se prevén puntos de control asociados a su trámite.

Se verificó la documentación soporte de esta actividad por cada proceso de selección objeto de la muestra, a través de la revisión de la carpeta física, el expediente ORFEO y los registros SECOP II, encontrándose lo siguiente:

- Utilización de formatos no actualizados y/o modificación de los mismos, en los siguientes eventos: la agenda N° 1 generada en desarrollo del proceso IDU-SAMC-DTAF-001-2019, del 22/05/2019 en su formato documental presenta sello de certificación de la firma Cotecna;
- No inclusión de radicados en expediente ORFEO de la DTSPS (constitutivo hasta el traslado a DTGC del expediente único contractual de que trata el numeral 5.3. “Administración y archivo de los documentos contractuales” del Manual de Gestión Contractual): memorandos 20195260091553, 201952620094023 (IDU-MC10%-DTAF-007-2019),

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



20195360011387, 20195360121643 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019), 20195360092453 y 20195360092913 (IDU-SASI-DTAF-005-2019).

Con ocasión de la implementación de la plataforma electrónica SECOP II, se realiza trámite inter-entidades denominado flujo de aprobación, para cada uno de los procesos de selección, que en su ejecución práctica implica la gestión operativa del proceso y la respectiva aprobación jerárquica; para esta etapa de trámite del proceso de selección, se revisó aleatoriamente la oportunidad en la publicación de los documentos precontractuales, evidenciándose el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias sobre el particular.

Actividad crítica N° 4. Efectuar la recepción y evaluación de las ofertas

Esta actividad crítica, encuentra su marco de gestión en las respectivas actividades de los procedimientos PR-GC-01 V 9.0; PR-GC-02 V 8.0; PR-GC-03 V 6.0; PR-GC-04 V. 9.0 y PR-GC-07 y se incluye como criterio particular para cada proceso de selección, el pliego de condiciones definitivo; inicia con la apertura de ofertas electrónicas en la plataforma SECOP II y la publicación de la lista de oferentes; esta etapa de evaluación incluye trámite de documentos de subsanabilidad, evaluación inicial y concluye para efectos de la auditoría con la publicación del consolidado de la evaluación final y respuesta a las observaciones formuladas por los oferentes. Igual que en la actividad anterior, dada la reglamentación legal del proceso de selección, a través de la plataforma electrónica SECOP II, se prevén puntos de control asociados a su trámite.

Se verificó la documentación soporte de esta actividad por cada proceso de selección objeto de la muestra, a través de la revisión de la carpeta física, el expediente ORFEO y los registros SECOP II, encontrándose lo siguiente:

- Utilización de formatos no actualizados y/o modificación de los mismos, en los siguientes eventos: plantilla ORFEO con sello de certificación Cotecna, respecto a los memorandos 20194150096903 (IDU-MC10%-DTAF-007-2019); 20194150091843 (IDU-LP-SGGC-002-2019), 20194150134893 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019); 20194150134913, (IDU-CMA-DTAF-004-2019); 20194150108983 (IDU-SASI-DTAF-005-2019), el documento de subsanabilidad y la adenda N° 1, la evaluación final y la evaluación luego de audiencia, generados en desarrollo del proceso IDU-CMA-DTAF-004-2019, en su formato documental presenta sello de certificación de la firma Cotecna;
- No inclusión de radicados en expediente ORFEO de la DTSPS (constitutivo hasta el traslado a DTGC del expediente único contractual de que trata el numeral 5.3. "Administración y archivo de los documentos contractuales" del Manual de Gestión Contractual): memorandos 20194150096903 (IDU-MC10%-DTAF-007-2019); 20194150147633, 20194150134893 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019); 20194150134913, 20194350147173, (IDU-CMA-DTAF-004-2019); 20194150108983, 20194350111933 (IDU-SASI-DTAF-005-2019).

Para esta etapa de trámite del proceso de selección, se revisó aleatoriamente la oportunidad en la publicación de los documentos precontractuales, evidenciándose el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias sobre el particular.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Actividad crítica Nº 5. Efectuar la selección del contratista

Esta actividad crítica, encuentra su marco de gestión en las respectivas actividades de los procedimientos PR-GC-01 V 9.0; PR-GC-02 V 8.0; PR-GC-03 V 6.0; PR-GC-04 V. 9.0 y PR-GC-07 y se incluye como criterio particular para cada proceso de selección, el pliego de condiciones definitivo; inicia con revisión de la evaluación final por parte del Ordenador de Gasto (Resoluciones de delegación 7903 de 2016, 449 de 2017 y 471 de 2019), acto administrativo de adjudicación, acta de audiencia si es del caso, organización (Planilla de control de documentos) y traslado de la documentación a DTGC para la elaboración del respectivo contrato. Igual que en la actividad anterior, dada la reglamentación legal del proceso de selección, a través de la plataforma electrónica SECOP II, se prevén puntos de control asociados a su trámite.

Se verificó la documentación soporte de esta actividad por cada proceso de selección objeto de la muestra, a través de la revisión de la carpeta física, el expediente ORFEO y los registros SECOP II, encontrándose lo siguiente:

- Utilización de formatos no actualizados y/o modificación de los mismos, en los siguientes eventos: plantilla ORFEO con sello de certificación Cotecna, respecto al memorando 20194150217573 (IDU-CMA-DTAF-004-2019).
- No inclusión de radicados en expediente ORFEO de la DTGS (constitutivo hasta el traslado a DTGC del expediente único contractual de que trata el numeral 5.3. "Administración y archivo de los documentos contractuales" del Manual de Gestión Contractual): memorandos 20194150178263 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019); 20194150153943 (IDU-SASI-DTAF-005-2019).

Para esta etapa de trámite del proceso de selección, se revisó aleatoriamente la oportunidad en la publicación de los documentos de adjudicación, evidenciándose el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias sobre el particular.

Respecto al traslado de la documentación soporte a DTGC, se evidenció extemporaneidad, en los siguientes eventos: IDU-SAMC-DTAF-001-2009 (adjudicación: 25/06/2019, traslado: 02/07/2019, término previsto: 16 horas); IDU-SASI-DTAF-005-2019 (adjudicación: 10/06/2019, traslado: 13/06/2019, término previsto: 16 horas); IDU-CMA-DTAF-004-2019 (adjudicación: 18/07/2019, traslado: 24/07/2019, término previsto: 16 horas).

En desarrollo de la evaluación, se hizo necesaria la revisión física de los expedientes, dado que a pesar del traslado mediante el sistema ORFEO, el expediente precontractual no había sido digitalizado en el Sistema; esta situación se observó en los procesos: IDU-SASI-DTAF-005-2019, IDU-SAMC-DTAF-001-2009 e IDU-MC10%-DTAF-007-2019 por lo cual se recomienda gestionar ante la Subdirección Técnica de Recursos Físicos, la digitalización prioritaria de los documentos adjuntos al memorando de traslado.

Actividad crítica Nº 6. Elaborar, suscribir y legalizar los contratos y convenios

Los criterios para el proceso y los productos de esta actividad crítica, se soportan en los procedimientos PR-GC-05 Suscripción de Contratos derivados de Procesos de Selección producto Convocatoria Pública V 5.0 y tratándose de la fecha de suscripción y legalización de los

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



respectivos contratos, en el cronograma de los respectivos procesos de selección, según el caso, se incluyeron fechas específicas que constituyen criterio de evaluación.

En primer término, es preciso anotar que el procedimiento asociado a esta actividad en su versión 2.0 data de 2014, evidenciándose su desactualización, entre otros temas en cuanto a su marco normativo, implementación de SECOP II, eliminación CAV, ajuste documental a la nueva metodología SIG.

Se verificó la información / documentación soporte de esta actividad para cada contrato objeto de la muestra, en SIAC, ORFEO y en el SECOP, encontrándose lo siguiente:

- Extemporaneidad en la suscripción de respectivo contrato: IDU-LP-SGGC-002-2019-Contrato IDU-1374-2019 (fecha prevista en el pliego de condiciones: 29/05/2019; fecha de suscripción 30/05/2019); IDU-SASI-DTAF-005-2019-Contrato IDU-1448-2019 (fecha prevista en el pliego de condiciones: 18/06/2019; fecha de suscripción 26/06/2019); extemporaneidad en la aprobación de pólizas IDU-1374-2019 (fecha prevista en el pliego de condiciones: 06/06/2019; fecha de aprobación 12/06/2019);
- La información referente a la aprobación de garantías del contrato IDU-1374-2019, se tomó del SIAC, teniendo en cuenta que no se ubicó en el expediente ORFEO.
- No se ubicó en SECOP II el acta de inicio del contrato IDU-1374-2019, a pesar de haberse remitido a DTGC para el efecto mediante memorando 20195260155883 del 17/06/2019 (Decreto 1082 de 2015 art. 2.2.1.1.1.1.7.1)

Actividad crítica N° 7. Elaborar, suscribir y legalizar las modificaciones a contratos y convenios

Los criterios para el proceso y los productos de esta actividad crítica, se soportan en el procedimiento PR-GC-14 Modificación y cesión a contratos estatales V 5.0.

En primer término, es preciso anotar que el procedimiento asociado a esta actividad en su versión 5.0 data de 2017, evidenciándose su desactualización, entre otros temas en cuanto a su marco normativo, implementación de SECOP II, eliminación CAV, ajuste documental a la nueva metodología SIG.

De otra parte, no se evaluó esta actividad crítica, en tanto los contratos derivados de los procesos de selección objeto de la muestra seleccionada, no han sido sujetos a modificaciones contractuales.

Actividad crítica N° 8. Efectuar apoyo jurídico durante la ejecución de los contratos y convenios celebrados por el IDU

El apoyo jurídico a los contratos abarca todo el proceso contractual, desde el inicio de los contratos suscritos y legalizados hasta la liquidación y archivo de los mismos. Incluye acompañamiento para la solicitud de modificaciones contractuales, elaboración de conceptos jurídicos solicitados por las dependencias del Instituto, acompañamiento a los procesos sancionatorios y acompañamiento en la liquidación de contratos, entre otros.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Para efectos de esta auditoría, el criterio para el proceso y los productos de esta actividad crítica, se soportan en el procedimiento PR-GC-06 V 5.0 (Declaratoria de incumplimiento para la imposición de Multa, Cláusula Penal, Caducidad y/o afectación de la garantía única de cumplimiento) y V.6.0 (Declaratoria de incumplimiento para la imposición de Multa, Cláusula Penal y Caducidad).

Dada la actualización del procedimiento (29/05/2019), para la selección de la muestra objeto de auditoría, se requirió al equipo auditado indicar el último proceso sancionatorio culminado en vigencia de la versión 5.0 y el primero en ejecución adelantado en vigencia de la nueva versión del procedimiento, correspondiendo éstos a los contratos IDU-1697-2013 e IDU-1495-2017.

Se verificó la documentación soporte de esta actividad por cada contrato objeto de la muestra, a través de la revisión de la carpeta física, el expediente ORFEO y los registros SECOP, observándose lo siguiente:

La solicitud de inicio de trámite del proceso sancionatorio respecto al contrato IDU-1697-2013, se realizó mediante memorando 20163460189563 del 07/09/2016 y la citación para la audiencia se surtió más de año y medio después, mediante oficio 20184350282451 del 10/04/2018. En el transcurso de este término, se realizaron más de 7 reuniones de trabajo y entre solicitudes de ajustes y generación de nuevas versiones del informe técnico, se generaron más de 10 comunicaciones interdependencias (DTGC-DTC), lo que a todas luces evidencia, reprocesos internos, que demoran el trámite sancionatorio. Ahora bien, según lo manifestado, por el equipo auditado con la actualización del procedimiento, particularmente lo indicado en la actividad 6.1.8 *“Si el insumo técnico no cumple con los elementos requeridos, será devuelto al área técnica y se asumirá por el coordinador de proyecto, quien en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles deberá subsanar las observaciones(...). Si se presentan dudas frente al informe técnico de presunto incumplimiento, se podrá realizar máximo dos (2) mesas de trabajo y definir la versión final. Si persisten las observaciones el informe será devuelto al área y se cerrará el trámite en la DTGC.”*

En el trámite sancionatorio del contrato IDU-1495-2017, se evidenció mejora en el trámite previo, siendo radicada la solicitud el 26/02/2019 mediante memorando 20192250035523 y la citación a la audiencia se realizó el 28/06/2019 con radicado 2019435063942.

Respecto al trámite del proceso sancionatorio IDU-1697-2013, se observó, la realización de la respectiva audiencia en 14 sesiones, que culminaron con la expedición de la resolución 1921 del 14/05/2019, confirmada mediante Resolución 2262 del 29/05/2019 y ejecutoriada el 30 del mismo mes y año, debidamente informada a la Procuraduría General de la Nación, la Cámara de Comercio de Bogotá y registrada en el SECOP; según lo manifestado por DTGC, se encuentra en trámite la obtención de su pago.

En cuanto al trámite general de proceso sancionatorio relacionado con el contrato IDU-1495-2017 en el término de ejecución de la auditoría, se adelantó previa citación la audiencia inicial del procedimiento, cuya acta a la fecha de revisión (22/07/2019), se encontraba en trámite.

Respecto a la gestión documental se observó en las actas N° 12 y 13 (proceso sancionatorio IDU-1697-2013), que, a pesar de indicarse en el orden del día de cada una de ellas, un último punto *“lectura y firma del acta”*, las mismas se encuentran sin firmas; según lo expuesto por el enlace

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



designado, esto obedece a que el contratista se abstuvo de firmarlas; al respecto se precisa que frente a esta situación, ha debido dejarse expresa constancia del tema e incluir como constancia de trámite la lista de asistentes y suscribirse por quienes se encuentran facultados para el efecto por parte del IDU.

Actividad crítica N° 9. Verificar la oportunidad en la publicación en los portales de contratación.

Esta actividad crítica, encuentra su marco normativo en el Decreto Unificatorio 1082 de 2015, particularmente en el artículo 2.2.1.1.1.7.1 y su marco de gestión operativa en todos los procedimientos asociados al proceso de Gestión Contractual; su evaluación se realizó simultáneamente a la verificación de las demás actividades críticas sujetas al trámite de los procesos de contratación entendiendo como tal el trámite público desde la formulación del Plan Anual de Adquisiciones, hasta la liquidación y cierre del respectivo contrato.

Ahora bien, la actividad estatal relacionada con las publicaciones contractuales y las actividades de terceros interesados o de los contratistas a través de la plataforma electrónica SECOP II, constituyen, al tenor de lo indicado en la Circular Externa No. 21 de 22 de febrero de 2017, suscrita por Archivo General de la Nación y Colombia Compra Eficiente, el expediente electrónico con plena validez legal y probatoria; por lo anterior, se requiere que el proceso de Gestión Contractual, gestione ante la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos la implementación y/o adecuación del sistema ORFEO, para que permita la inclusión del link de ubicación del expediente electrónico del SECOP II en cada expediente contractual ORFEO. Pues si bien es cierto, este tipo de soportes tecnológicos promueven la disponibilidad de la información para los usuarios interesados, se ve afectada la integridad y completitud de la misma, pues el IDU no cuenta con la totalidad de la información referente a los procesos contractuales, ubicados en un solo expediente, sino que la misma está dividida en dos y en algunos casos tres sistemas de información; dos propios de la entidad (Orfeo y SIAC) y otro externo (SECOP II).

Actividad crítica N° 10. Evaluar indicadores de gestión

Revisando la matriz de indicadores de las áreas DTGC y DTPS se encontró:

Que la DTGC cuenta con 7 indicadores, de los cuales, dos se encuentran con un nivel de desempeño crítico, éstos son:

- (i). Indicador 4353. Oportunidad en la revisión de los documentos del procedimiento sancionatorio. El cual tienen una meta esperada para cada trimestre de 100% y ha tenido un comportamiento del 48% para el primer trimestre y de tan solo un 29% para el segundo de 2019.
- (ii). Indicador 4358. Cumplimiento plan de mejoramiento Interno, pues cuentan con acciones vencidas desde el año anterior. Por tanto, están un rango “Deficiente” y la dependencia debe propender por acciones que disminuyan el riesgo de incumplimiento, lo anterior de conformidad con la GU-PE-018 Guía de seguimiento y evaluación del Desempeño Institucional.

En cuanto la DTPS cuenta con 5 indicadores que se encuentran en buen rango de cumplimiento. Solo se presenta error de descripción en el análisis del indicador 4156. Oportunidad en la entrega

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

de los procesos adjudicados, pues en el segundo trimestre se hace referencia a los meses de febrero y marzo y en el indicador de cumplimiento de planes de mejoramiento externos no hay acciones por cumplir en el periodo, por tanto, no se debe colocar datos en el numerador generando un desfase en el cumplimiento (400%) debido a que no hay valor esperado.

Actividad crítica N° 11. Generar acciones de mejora.

Planes de mejoramiento: Para la evaluación de este ítem, se revisó en el aplicativo CHIE, módulo de Planes de Mejoramiento, las acciones de mejoramiento que involucran las áreas ejecutoras del Proceso de Gestión Contractual y se evidenció que a la fecha de revisión 22/07/2019, se encontraban 14 acciones “*En progreso*” (1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1598, 1599 y 1660), con avances registrados.

En estado “*Terminado*”, se evidenciaron 5 acciones (1367, 1368, 1369, 1561 y 1597), en relación con las cuales se procedió a realizar la evaluación de efectividad correspondiente:

Tabla 2. Evaluación de efectividad de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|---|
| 1367 | Se evidenció extemporaneidad en la publicación en el SECOP, de documentos contractuales y precontractuales, excediendo los tres (3) días siguientes a su expedición, según lo dispuesto en el artículo 19 del Decreto 1510 de 2013, que puede conllevar a posibles riesgos jurídicos en el trámite contractual y afectar los principios de oportunidad y trazabilidad de la información. | Reiterar a las áreas del IDU a través de un memorando los términos establecidos para la publicación, resaltando las implicaciones de no adelantar esta actividad en los términos establecidos por la ley. Fecha fin: 31/12/2018 | Dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras del hallazgo, se solicita el cierre de la misma al auditor asignado en el aplicativo CHIE. |
| 1368 | Se evidenció ausencia de publicación en el SECOP de documentos /informes / constancias de ejecución contractual en los contratos IDU-10-2017, IDU-244-2017, IDU-340-2017, IDU-508-2017, IDU-902-2017, IDU-1186-2017, IDU-1202-2017, IDU-478-2017, IDU-70-2017, IDU-1033-2017 y IDU-211-2017, lo cual contraviene lo dispuesto en el Artículo 2.1.1.2.1.8 del Decreto Único Reglamentario 1081 de 2015, lo que conlleva la afectación de los principios de transparencia, oportunidad y trazabilidad de la información. | Elaborar una instrucción jurídica dirigida a las áreas del IDU, en la cual se establezca la obligatoriedad del envío de los informes de cumplimiento de los contratos en ejecución para dar cumplimiento con la ley de transparencia. Fecha fin: 31/12/2018 | No se evaluó su efectividad dado que la misma se ejecutó extemporáneamente (16/07/2019), haciendo improcedente una revisión de efectividad a 3 días hábiles de la expedición de la instrucción jurídica. |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|---|--|
| 1369 | Se evidenció extemporaneidad en la publicación en el SECOP, de documentos contractuales y pre contractuales, excediendo los tres (3) días siguientes a su expedición, según lo dispuesto en el artículo 19 del Decreto 1510 de 2013, que puede conllevar a posibles riesgos jurídicos en el trámite contractual y afectar los principios de oportunidad y trazabilidad de la información. | Asignar a un técnico operativo para realizar la verificación de las publicaciones efectuadas en SECOP, en cada etapa del proceso de selección: prepliego, pliego definitivo, evaluación y adjudicación Fecha fin: 31/01/2019 | Dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras del hallazgo, se solicita el cierre de la misma al auditor asignado en el aplicativo CHIE. |
| 1561 | Deficiencias en los soportes de controles de los bienes o productos adquiridos externamente-Contrato IDU-1413-2017. | Enviar un memorando al área supervisora del contrato IDU-1413-2017. en el cual se señale la importancia de contar con la totalidad de la información de la etapa de ejecución del contrato en el expediente físico y virtual Fecha fin: 31/12/2018 | Dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras del hallazgo, se solicita el cierre de la misma al auditor asignado en el aplicativo CHIE. |
| 1597 | Se evidenció en los procesos IDU-MC10%-DTAF-013-2017, IDU-SAMC-DTDP-006-2017, IDU-SAMC-SGI-018-2017, IDU-SASI-DTAF-003-2018, IDU-SASI-DTAF—004-2018, IDU-CMA-SGI-054-2017 e IDU-CMA-SGI-083-2017, IDU-LP-SGI-002-2018 e IDU-LP-SGI-036-2017, la ausencia de registros de publicación en el portal de Contratación a la Vista-CAV, en contravención de lo dispuesto en el Manual de Gestión Contractual V.14 y en los procedimientos vigentes(...) | Elevar consultar a la Secretaría Jurídica de la Alcaldía de Bogotá sobre la obligatoriedad de la publicación en el CAV de los procesos de selección Fecha fin: 19/03/2019 | Se verificó a través de la respuesta otorgada por la Secretaría General de la Alcaldía, en cuanto a la no obligatoriedad de publicación en el CAV, en razón a las fallas de operatividad que presentó el aplicativo, por lo cual, se solicita el cierre de la misma al auditor asignado en el aplicativo CHIE. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE

Por último, se reportan en estado “*Vencido*” para el proceso de Gestión Contractual, las acciones N° 1015 (Modificar el procedimiento PR-GC-05 Suscripción de contratos derivados de procesos de selección) y N° 1096 (Solicitar a la Oficina Asesora de Planeación el ajuste del documento), ambas vencidas desde el 21/12/2018, en cuyo caso no se han registrado siquiera avances en su ejecución.

Riesgos de Corrupción del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de corrupción, se observó que el proceso cuenta con 7 riesgos, 5 de ellos (C.GC.04, C.GC.05, C.GC.06, C.GC.07 y

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



C.GC.08) clasificados en nivel de riesgo inherente moderado y alto; los riesgos de corrupción C.GC.01 (*“Que por acción u omisión en la aplicación de los procedimientos y/o inobservancia de las competencias y funciones establecidas en la dependencia y/o por uso indebido del poder se adelanten procesos de selección direccionados para favorecer a un particular”*) y C.GC.03 (*“Utilización irregular y/o fuga de la información conocida con ocasión de sus funciones y/u obligaciones contractuales por quienes intervienen en el proceso de selección, con el propósito de favorecer a un particular”*), se encuentran clasificados en nivel de riesgo inherente bajo, respecto de lo cual la *Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas-Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP 2018*, numeral 3.1.3, dispone: *“Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que sí aplican para los demás riesgos (...)”*, por lo que se recomienda su revisión y ajuste.

Indagado el equipo auditado en relación con el reporte consignado en la matriz de riesgos institucional publicada en intranet, con fecha de corte 26/04/2019, según el monitoreo cuatrimestral realizado por la dependencia, ésta se reiteró en manifestar que no se ha materializado ningún riesgo de corrupción.

En cuanto a los 35 controles asociados a estos riesgos, en desarrollo de la auditoría, se evidenció su aplicación y/o ejecución; sin embargo, en cuanto a su diseño, se recomienda revisar y replantear su redacción y estructura, en consideración a la *“Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”* del DAFP, numeral 3.2.2 Valoración de los controles – diseño de controles.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

De manera transversal fueron verificados aspectos relacionados con los subsistemas de gestión, que conforman el Sistema Integrado de Gestión SIG, como parte de los criterios definidos para la auditoría, evidenciando:

Subsistema de Gestión de Calidad: Frente a los aspectos generales del Subsistema de Gestión de Calidad NTC ISO 9001:2015, respecto de la caracterización del proceso y el desarrollo de las funciones, se evidenció que 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 pese a que se actualizaron numerosos procedimientos de la Dirección Técnica de Procesos Selectivos, la caracterización del proceso CP-GC-01 se encuentra desactualizada toda vez que incluye ítems tales como:

2.1. Soporte SIAC del Módulo: Validación POAI. 2.2. Registro impreso del Plan de Compras del Portal Contratación SECOP-CAV. 2.3. Autorización de la Dirección General para dar trámite al proceso de selección, entre otros que no corresponden con el formato actualizado de lista de chequeo FO-GC-02 Versión 14.

De igual manera, el procedimiento PR-GC-09 Elaboración y Suscripción de convenios y contratos bajo la modalidad de contratación directa por causales distintas a Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión en su versión 2.0 del 2014, así como el procedimiento PR-GC-14 Modificación y Cesión a Contratos Estatales versión 5.0 de 2017 evidencian su

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



desactualización, entre otros temas en cuanto a su marco normativo, implementación de SECOP II, eliminación CAV y ajuste documental a la nueva metodología SIG.

Subsistema de Gestión Ambiental: Para la verificación de Aspectos e impactos ambientales identificados en el proceso de Gestión Contractual, se verificó la planificación y control operacional, a través de los lineamientos incluidos en el documento FO-AC-23 Matriz de aspectos e impactos ambientales, la cual se encuentra publicada en la intranet institucional y se ha definido los siguientes aspectos ambientales para tener en cuenta en el desarrollo de las actividades críticas definidas en la caracterización del proceso:

1. Consumo de energía eléctrica. (Uso de impresora fotocopidora)
2. Generación de emisiones atmosféricas por plantas eléctricas. (Uso de impresora fotocopidora)
3. Generación de residuos peligrosos (uso de impresora fotocopidora)
4. Consumo de energía eléctrica (elaboración de documentación)
5. Consumo de papel, (elaboración de documentación)
6. Generación de residuos peligrosos (elaboración de documentación)
7. Generación de residuos aprovechables (elaboración de documentación)
8. Emisiones atmosféricas (desplazamientos externos)
9. Consumo de combustibles (desplazamientos externos)
10. Generación de ruido por fuentes de combustión externa (desplazamientos externos).

En entrevista directa, se revisaron los aspectos mencionados; sin embargo, los participantes manifestaron debilidades en la interiorización de los conceptos, no conocían la ubicación en intranet de la directriz y objetivos del subsistema.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: El Proceso cuenta con la identificación de los riesgos y peligros asociados a las actividades críticas del proceso, MATRIZ_PELIGROS_&_RIESGOS_IDU_abril_2019.xlsm, con 44 peligros identificados de manera general para el Grupo de Exposición similar GES N° 1: Personal que realiza labores administrativas.

En entrevista directa se revisaron los peligros; aunque hay debilidades en la toma de conciencia pues se dejan de identificar riesgos de tipo psicosocial, este Subsistema de Gestión se destaca ante los demás, pues es el que más conoce los colaboradores en cuanto a sus peligros y/o riesgos biomecánicos, locativos y físicos, pues identifican los mismos, su clasificación en ARL y lo que implica la misma. Se observó cómo fortaleza la inducción realizada a los contratistas, pues esto permitió interiorizar más el tema por parte de los mismos.

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: Se evidenció que el proceso no cuenta con copias de seguridad, no se han solicitado a la STRT, ni se cuenta con el conocimiento de la existencia de la Carpeta compartida del área en el servidor de la Entidad. Manejan la información en forma física en los expedientes Orfeo y en cuanto a la digital está se encuentra en el aplicativo SECOP.

En la DTSP, se verificó con el gestor de información designado para el área, en el sistema de información CHIE, módulo SGSI evidenciando la creación de inventarios de información en estado aprobado.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Sin embargo, existe diferencia de criterios en el momento de determinar la confidencialidad de los documentos, por cuanto se observó que los documentos de una funcionaria, que tiene el mismo nombre para cada vigencia, han sido catalogados de manera diferente (publica de uso interno, publica clasificada, publica reservada), lo cual indica falta de claridad de conceptos por parte de los servidores, por falta de competencia de las personas encargadas de gestionar en las diferentes áreas el subsistema de seguridad de la información.

La Dirección Técnica de Procesos Selectivos DTSPS atiende lo indicado en la política operacional detallada para el procedimiento PRGC02_LICITACION_PUBLICA_V_8.0.pdf en cuanto acceso físico al Área: “El ingreso al área de evaluación de la Dirección Técnica de Procesos Selectivos, se encuentra restringido a personal no autorizado; el ingreso de personal diferente a los funcionarios y contratistas del área, en caso de ser autorizado, se debe hacer previo registro en la planilla de ingreso”. Sin embargo, en el documento DUTI06 POLITICAS OPERACIONALES DE TECNOLOGIAS DE INFORMACION V3, la misma no se encuentra considerada como Área segura del IDU.

Se recomienda revisar los criterios aplicables al proceso, sobre la identificación de activos de información, aumentando su especificidad y asociando la información con las tablas de retención documental, así como revisar y aplicar los criterios para la conservación de información.

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Efectuado por parte de la OCI, el traslado del informe preliminar de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión SIG, mediante correo electrónico del 21/08/2019, la Dirección Técnica de Gestión Contractual - DTGC, dentro del término previsto, remitió sus observaciones mediante memorando 20194350257173 del 26/08/2019, el cual se procede analizar respecto a cada una de las No Conformidades, así:

No conformidad N° 2. Deficiencias en la actualización y control de la Información documentada del SIG para el proceso de Gestión Contractual.

Manifiesta el proceso, luego de transcribir el criterio y la descripción de la No Conformidad, lo siguiente:

“Los procedimientos y demás documentos asociados al proceso de Gestión contractual son el principal insumo para la ejecución de las actividades en cuanto la orientación y establecimiento de lineamientos acorde a las necesidades de la entidad y siempre en armonía con la normatividad aplicable.

Es pertinente señalar que verificada la documentación señalada en el informe preliminar de auditoría interna se realizaran las correspondientes actualizaciones.

- *Caracterización del proceso CP-GC-01, la descripción de las actividades está acorde con el que hacer de las dependencias que hacen parte del proceso y se encuentra acorde con la operación y gestión del proceso, sin embargo, se debe realizar actualización en cuanto conceptos como el CAV e incluir en el ítem de recursos tecnológicos la Plataforma transaccional SECOP II.*
- *Procedimiento PR-GC-09 Elaboración y Suscripción de convenios y contratos bajo la modalidad de contratación directa por causales distintas a Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo*

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



a la Gestión en su versión 2.0 del 2014, este procedimiento en particular no requiere actualización en cuanto a la implementación del SECOP II ya que Colombia Compra eficiente no tiene habilitado el módulo de Contratación directa, razón por la cual este tipo de procesos se siguen adelantando por el SECOP I.

- Procedimiento PR-GC-14 Modificación y Cesión a Contratos Estatales versión 5.0 de 2017, se encuentra en revisión para la correspondiente actualización.”

Frente a lo manifestado por el proceso, es claro que se acepta deficiencia en la actualización documental, al manifestar de manera general que “realizarán las correspondientes actualizaciones”; posteriormente frente al procedimiento PR-GC-14 manifiesta que: “se encuentra en revisión para la correspondiente actualización”.

En relación con el procedimiento PR-GC-09 en su versión 2.0 del 2014, la actualización referida en el informe de Auditoría, no se circunscribe a la plataforma SECOP II, como se pretende limitar en la observación realizada; en la descripción de la No Conformidad, se habla de manera genérica sobre las deficiencias en la actualización y control de la información documentada respecto “entre otros temas, en cuanto a su marco normativo, implementación de SECOP II, eliminación CAV y ajuste documental a la nueva metodología SIG” (subrayado fuera de texto)

En consideración a lo anterior, se mantiene la No Conformidad N° 2. Deficiencias en la actualización y control de la Información documentada del SIG para el proceso de Gestión Contractual.

No Conformidad N° 4: No inclusión de la información referente a los procesos contractuales en un solo expediente

Manifiesta el proceso, luego de transcribir el criterio y la descripción de la No Conformidad, lo siguiente:

“La información documentada permite evidenciar la trazabilidad de las actuaciones que adelantan cada uno de los procesos, en ese sentido, toda la documentación soporte de los procesos de contratación es enviada a archivo y correspondencia del IDU a través de las correspondientes planillas para su digitalización y cargue en el Expediente contractual y posterior organización y custodia de la información.

Es pertinente resaltar que en los procedimientos del proceso de Gestión contractual se establece como última actividad, el envío de la documentación soporte al archivo, es decir, que la digitalización y cargue en el correspondiente expediente ORFEO hace parte del proceso de Gestión Documental.

En el caso del Sistema de Información de Acompañamiento Contractual SIAC, este no es un repositorio de datos, en este aplicativo se relaciona cada una de las actuaciones contractuales que se presentan en la ejecución de los contratos, pero su capacidad no es para cargar la totalidad de los documentos producto del contrato, los documentos que se cargan son básicamente, el contrato, las adiciones, prorrogas y modificaciones contractuales y para el caso de las pólizas es en este sistema que se aprueban para que se active uno de los requisitos de perfeccionamiento para dar inicio a la ejecución del contrato y sus correspondientes actualizaciones, es decir el SIAC guarda la trazabilidad de la información del contrato.

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

En cuanto a la Plataforma Transaccional SECOP II la entidad está obligada a cargar la totalidad de la información producto tanto del proceso de selección como del contrato y su respectiva ejecución, razón por la cual la totalidad de la información se encuentra cargada en el SECOP II.

Así las cosas no se considera que la información se encuentre dispersa en los tres (3) sistemas de información, dos (2) internos (SIAC y ORFEO) y uno (1) externo SECOP II, ya que en este último se encuentra publicada la totalidad de la información y en el caso de ORFEO las demoras en la digitalización de la información obedecen a factores externos que no están dentro del alcance del proceso de Gestión Contractual.

- La información referente a la aprobación de garantías del contrato IDU-1374-2019, se tomó del SIAC, teniendo en cuenta que no se ubicó en el expediente ORFEO.

Al respecto no se acepta esta observación ya que verificado el Sistema de Gestión Documental ORFEO, expediente 201943519110000017E en la página 1, anexo 8 se encuentra digitalizada el acta de aprobación de garantías (como lo muestra la imagen al final del presente cuadro).

- No se ubicó en SECOP II el acta de inicio del contrato IDU-1374-2019, a pesar de haberse remitido a DTGC para el efecto mediante memorando 20195260155883 del 17/06/2019 (Decreto 1082 de 2015 art. 2.2.1.1.1.1.7.1)

Verificada la información publicada respecto del contrato se acepta la observación y se resalta que el documento ya se encuentra cargado en el SECOP II.”

Frente a lo manifestado por el proceso, es claro que se acepta deficiencia en la no inclusión de los documentos respecto de la publicación del acta de inicio del contrato IDU-1374-2019 en la Plataforma SECOP II; en lo referente a la inclusión del acta de aprobación de las garantías del contrato en mención en el expediente Orfeo, a pesar de lo manifestado por el proceso, se consultó el historial del expediente 201943519110000017E, evidenciándose que el anexo 8 correspondiente al Acta citada fue digitalizado e incluido en el expediente físico el 16/08/2019, fecha posterior al alcance y cierre de la auditoría, tal como se observa en la siguiente imagen:

| Fecha y Hora | Acción | Descripción | Id | Almacenado en |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|---|
| 20-06-2019 08:24 AM | Incluir radicado en expediente | MARTHA ISABEL PAVALJARI HERRERA | 20195260081402 | Incluir radicado en Expediente |
| 20-06-2019 08:24 AM | Incluir radicado en expediente | MARTHA ISABEL PAVALJARI HERRERA | 20195260081412 | Incluir radicado en Expediente |
| 20-06-2019 08:23 AM | Incluir radicado en expediente | MARTHA ISABEL PAVALJARI HERRERA | 20195260081420 | Incluir radicado en Expediente |
| 20-06-2019 08:22 AM | Incluir radicado en expediente | MARTHA ISABEL PAVALJARI HERRERA | 20195260081428 | Incluir radicado en Expediente |
| 16-08-2019 15:44 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 14 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |
| 16-08-2019 15:16 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 10 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |
| 16-08-2019 15:16 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 11 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-2) |
| 16-08-2019 14:00 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 20 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |
| 16-08-2019 14:00 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 13 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-2) |
| 16-08-2019 14:03 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 15 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |
| 16-08-2019 14:40 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 18 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-3) |
| 16-08-2019 14:32 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 17 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |
| 16-08-2019 14:29 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 9 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |
| 16-08-2019 14:29 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 12 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |
| 16-08-2019 14:29 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 16 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-2) |
| 16-08-2019 14:29 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 16 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-4) |
| 16-08-2019 14:29 PM | Ingreso al Archivo Físico | GI SELA KATHERINE VELA SQUEZ FRANCO | 7 | Almacenado en Físico (BODEGA-PISO BODEGA-AREA 1 BODEGA E STANTE 0001-CAJA 28-01-82165-CAD-1DU 1835860-Folios-1) |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Ahora bien, en relación con la conformación de expediente contractual en el sistema Orfeo, el proceso podrá determinar si al momento de formular el respectivo plan de mejoramiento considera conveniente, involucrar al proceso de gestión documental en las acciones de mejora que permitan cumplir con los criterios auditados.

En consideración a lo anterior, se mantiene la No Conformidad N° 4: No inclusión de la información referente a los procesos contractuales en un solo expediente.

No Conformidad N° 5: Deficiencias en la ejecución de acciones registradas en el plan de mejoramiento del proceso.

Manifiesta el proceso, luego de transcribir el criterio y la descripción de la No Conformidad, lo siguiente:

“Se acepta la observación y se tomaran las acciones pertinentes, sin embargo, es oportuno aclarar que la acción 1015 ya se cumplió y se encuentra cargada la evidencia y aprobada en el Aplicativo CHIE en el mes de julio de 2019.”

Dada la manifestación del proceso y teniendo en cuenta que la auditoria tenía como alcance los procesos a 30/05/2019, se mantiene la No Conformidad N° 5: Deficiencias en la ejecución de acciones registradas en el plan de mejoramiento del proceso.

De otra parte, teniendo en cuenta que el proceso, no se manifestó respecto a las No Conformidades N° 1: Se evidenció el uso de plantilla desactualizada en comunicaciones oficiales externas. y N° 3: Deficiencias en el manejo de expedientes virtuales en ORFEO, éstas se ratifican.

Por último, dado que la Auditoría se adelantó por procesos, se recuerda que, para efectos de la formulación del respectivo Plan de Mejoramiento, éste deberá tener en cuenta el Proceso de Gestión Contractual en su integridad y no por áreas de gestión.

3.13.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|---|--|
| NC1 | <p>MGDO01 Manual de Gestión documental V19.</p> <p>12.2 Comunicaciones oficiales enviadas externas: “(...) El Sistema ORFEO, se constituye en el medio oficial de la Entidad para la generación de las comunicaciones oficiales enviadas externas y sólo el número consecutivo de radicación, fecha y hora generados por el mismo, darán la validez para todos los efectos legales y administrativos. Para su elaboración se debe utilizar el formato establecido FO-</p> | <p>No Conformidad N° 1: Se evidenció el uso de plantilla desactualizada en comunicaciones oficiales externas.</p> <p>Se evidenció la utilización de plantilla desactualizada en comunicaciones oficiales externas generadas en el proceso, por parte de la Dirección Técnica de Procesos Selectivos, en los cuales se exhibe en el pie de página los antiguos sellos de certificación otorgados por la firma Cotecna, incumpliendo el numeral 12.2 Comunicaciones oficiales enviadas externas del MGDO01 Manual de Gestión documental, además del requisito 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015; lo cual podría llevar a una No</p> |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|---|
| | <p><i>DO-07 OFICIO o el vigente y el número de radicación y fecha serán asignados automáticamente por el sistema ORFEO, una vez se firme mecánicamente.</i></p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad y NTC ISO 14001:2015 Subsistema de Gestión Ambiental.</p> <p>7.5.3 Control de la información documentada. 7.5.3.2 <i>“Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:</i></p> <p><i>a) distribución, acceso, recuperación y uso;</i></p> <p><i>b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;</i></p> <p><i>c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición”.</i></p> | <p>Conformidad Mayor por parte del organismo certificador y la suspensión de la certificación en la entidad.</p> <p>Lo anterior se evidenció en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adenda N° 1 generada en desarrollo del proceso IDU-SAMC-DTAF-001-2019, el 22/05/2019. Designación de evaluadores en el IDU-MC10%-DTAF-007-2019, plantilla ORFEO memorando 20194150017053 Memorandos 20194150096903 (IDU-MC10%-DTAF-007-2019); 20194150091843 (IDU-LP-SGGC-002-2019), 20194150134893 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019); 20194150134913, (IDU-CMA-DTAF-004-2019); 20194150108983 (IDU-SASI-DTAF-005-2019); 20194150217573 (IDU-CMA-DTAF-004-2019). Documento de subsanabilidad y la adenda N°1, la evaluación final y la evaluación luego de audiencia, generados en desarrollo del proceso IDU-CMA-DTAF-004-2019. |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad</p> <p>7.5 Información Documentada.</p> <p>7.5.2 Creación y actualización: <i>“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”.</i></p> <p>7.5.3 Control de la información documentada.</p> <p>7.5.3.1 <i>“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</i></p> | <p>No conformidad N° 2. Deficiencias en la actualización y control de la Información documentada del SIG para el proceso de Gestión Contractual.</p> <p>Se evidenció que el proceso de Gestión Contractual, presenta deficiencias en la actualización y control de la Información documentada, incumpliendo lo establecido en los numerales 7.5.2, 7.5.3.1 y 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015, dado que la información que hace parte del SIG, no está acorde con la operación y gestión del proceso, generando dificultades frente a la gestión operativa del proceso e incertidumbre frente a las responsabilidades de actores intervinientes.</p> <p>Esta situación se evidenció respecto a los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caracterización del proceso CP-GC-01, incluye entre otros, los siguientes ítems, que han perdido aplicabilidad: Registro impreso del Plan de Compras del Portal Contratación, Comité de adjudicaciones, implementación y uso de SECOP II, ajustes respecto a la lista de chequeo FO-GC-02 Versión 14. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|---|
| | <p>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).</p> <p>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 (...)"</p> | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento PR-GC-09 Elaboración y Suscripción de convenios y contratos bajo la modalidad de contratación directa por causales distintas a Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión en su versión 2.0 del 2014 y el procedimiento PR-GC-14 Modificación y Cesión a Contratos Estatales versión 5.0 de 2017, los cuales reflejan su desactualización, entre otros temas, en cuanto a su marco normativo, implementación de SECOP II, eliminación CAV y ajuste documental a la nueva metodología SIG. |
| NC3 | <p>PR-DO-03 Organización de archivos de gestión</p> <p>4. Política Operacional: "(...) Es responsabilidad de los servidores públicos de planta y contratistas de prestación de servicios, mantener actualizados los expedientes virtuales, realizando una correcta clasificación e inclusión de los radicados en los expedientes correspondientes y conforme con la Tabla de Retención Documental. Documental."</p> <p>Actividad 6.1.3. Observaciones "La Tabla de Retención Documental de cada dependencia, indica cuales documentos se deben archivar de acuerdo a la serie y/o subserie documental. La inclusión de documentos en un expediente se realiza en el mismo momento en que se genera o recibe un documento."</p> | <p>No Conformidad N° 3: Deficiencias en el manejo de expedientes virtuales en ORFEO.</p> <p>Se evidenció que en el proceso no se está incluyendo radicados en el respectivo expediente virtual ORFEO de la DTGS (constitutivo hasta el traslado a DTGC del expediente único contractual), contraviniendo lo dispuesto en las políticas operacionales y en la actividad 6.1.3 del Procedimiento PR-DO-03 Organización de Archivos de Gestión, situación que pone en riesgo la integridad y trazabilidad de la información.</p> <p>Esta circunstancia se evidenció respecto a los siguiente radicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> 20195260079973 (IDU-CMA-DTAF-004-2019); 20195260091553, 201952620094023 (IDU-MC10%-DTAF-007-019), 201953600113873, 20195360121643 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019), 20195360092453 y 20195360092913 (IDU-SASI-DTAF-005-2019); 20194150096903 (IDU-MC10%-DTAF-007-2019); 20194150147633, 20194150134893 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019); 20194150134913, 20194350147173, (IDU-CMA-DTAF-004-2019); 20194150108983, 20194350111933 (IDU-SASI-DTAF-005-2019); 20194150178263 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019); 20194150153943 (IDU-SASI-DTAF-005-2019); 20194150178263 (IDU-SAMC-DTAF-001-2019); 20194150153943 (IDU-SASI-DTAF-005-2019). |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|--|--|
| NC4 | <p>CA-TI-01 Cartilla Responsabilidades ante el SGSI. V1.0.</p> <p>9. Responsabilidades de la Gente IDU: “[...] c. <i>Cumplir con los principios de seguridad de la información: confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información [...]</i>”.</p> <p>Circular N.º 8 de 2016 (Orfeo 2016505000084), Referencia: “Protocolos de Seguridad de la Información”.</p> <p><i>“[...] 2. Se asigna la responsabilidad y propiedad de los sistemas de información a las áreas que lideran los procesos, con el fin de mantener la confidencialidad, integridad y disponibilidad de cada sistema de información, ajustado a las necesidades de la institución.</i></p> <p><i>[...] 4. El propietario será el responsable de la confiabilidad (integridad) de los datos ingresados al sistema de información y por ende de la calidad de la información que el sistema reporte a posteriori. Asimismo, debe garantizar que el sistema corresponda a los procesos y procedimientos adoptados por la entidad en el marco del Sistema Integrado de Gestión”.</i></p> <p>Política Operacional. (Vigente en todos los procedimientos de Gestión Contractual). <i>“En el marco de las políticas de conservación documental se debe completar el expediente de ORFEO, descargando todos los documentos del proceso de selección de la plataforma SECOP a una carpeta compartida en donde se realizará la organización correspondiente”.</i></p> | <p>No Conformidad N° 4: No inclusión de la información referente a los procesos contractuales en un solo expediente</p> <p>Se evidenció que el proceso de Gestión Contractual, no cuenta con la totalidad de la información referente a los procesos contractuales, ubicados en un solo expediente, sino que la misma está dividida en dos y en algunos casos tres sistemas de información; dos propios de la entidad (Orfeo y SIAC) y otro externo (SECOP II), incumpliendo los criterios establecidos en la CA-TI-01 Cartilla Responsabilidades ante el SGSI, numeral 9. “Responsabilidades de la Gente IDU”, literal c, la Circular N.º 8 de 2016 (Orfeo 2016505000084) “Protocolos de Seguridad de la Información”, numerales 2 y 4 y las políticas operaciones definidas en los procedimientos del proceso; lo cual puede generar riesgos asociados con la pérdida de integridad y disponibilidad de la información contenida en los mencionados sistemas.</p> <p>Lo anterior se evidenció al tratar de consultar la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información referente a la aprobación de garantías del contrato IDU-1374-2019, se tomó del SIAC, teniendo en cuenta que no se ubicó en el expediente ORFEO. • No se ubicó en SECOP II el acta de inicio del contrato IDU-1374-2019, a pesar de haberse remitido a DTGC para el efecto mediante memorando 20195260155883 del 17/06/2019 (Decreto 1082 de 2015 art. 2.2.1.1.1.1.7.1) |
| NC5 | <p>PRMC01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.</p> | <p>No Conformidad N° 5: Deficiencias en la ejecución de acciones registradas en el plan de mejoramiento del proceso e inefectividad de las mismas.</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en la ejecución de acciones de planes de mejoramiento, relacionadas</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|---|---|
| | <p>Política Operacional - acápite 17. <i>“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”</i></p> <p>1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento: <i>“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”</i></p> <p>1.9.1.6 <i>“¿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? (...)</i></p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad.</p> <p>10.2.1 <i>“Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe a) reaccionar ante la no conformidad y cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; 2) Hacer frente a las consecuencias; ...c) Implementar cualquier acción</i></p> | <p>con el cumplimiento oportuno y efectividad de las mismas, incumpliendo lo definido en la política operacional y 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 el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede generar que al persistir las causas generadoras de los respectivos hallazgos, sus consecuencias se mantengan e incrementen, afectando el normal desempeño del Instituto y dificultando la toma de decisiones que evidencien la orientación del SIG a la mejora continua.</p> <p>Lo anterior, se pudo establecer de acuerdo con las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La acción 1368, prevista su ejecución hasta el 31/12/2018, se ejecutó extemporáneamente (16/07/2019). • Las acciones N° 1015 (Modificar el procedimiento PR-GC-05 Suscripción de contratos derivados de procesos de selección) y N° 1096 (Solicitar a la Oficina Asesora de Planeación el ajuste del documento), cuyo plazo de ejecución prevista era el 21/12/2018, a la fecha de revisión in situ (18/07/2019), se encuentran vencidas y no se han registrado avances en su ejecución. |

3.14 PROCESO GESTIÓN LEGAL

Previo presentación de los resultados, se resalta y agradece a los responsables del proceso, por facilitar la información y atender la auditoría de manera oportuna y precisa, destacándose la calidad profesional de los funcionarios que participaron y que hacen parte del proceso.

El proceso refleja su gestión en la caracterización CP-GL-01 y cuenta con siete (7) procedimientos a saber: PR-GL-01 Cumplimiento de Sentencias y MASC, PR-GL-02 Prevención del Daño

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Antijurídico, PR-GL-03 Conciliación Prejudicial y Judicial, PR-GL-04 Actualización y Evaluación Normograma Institucional, PR-GL-05 Atención de Procesos Judiciales, PR-GL-06 Solicitud y Trámite Requerimientos Conceptos Jurídicos y PR-GJ-056 Recepción y Trámite de Acciones de Tutela.

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, discriminados, en primer término, por actividad crítica y continuando con los aspectos transversales del proceso y los asociados a las normas NTC ISO 14001, 45001 y 27001:

Actividad crítica Nº 1. Planear el proceso de prevención del daño antijurídico.

Para esta actividad crítica se definieron los criterios de aceptación del producto y servicios, así como los de control del proceso en el procedimiento PR-GL-02 Prevención del Daño Antijurídico. Atendiendo el contenido de este documento, particularmente la política operacional consistente en: *“En el año se aprobarán por parte del Comité de Conciliación mínimo dos estrategias de prevención de daño antijurídico”* y precisando que es claro para el equipo auditor que ni la Subdirección General Jurídica-SGJ, ni la Dirección Técnica de Defensa Judicial-DTGJ son el *“Comité de Conciliación”* y que el análisis de la información se realiza en el entendido que cada una de estas áreas soporta su responsabilidad frente al rol de líder general (SGJ- presentación del proyecto ante Comité) y líder operativo (DTGJ), se evidenció:

Dentro de la metodología para la construcción y formulación de políticas de prevención del daño antijurídico, según lo expresado por el equipo auditado en la visita in situ realizada el 18/06/2019 y con el fin de identificar las causas potencialmente generadoras de daño antijurídico, se cuenta entre otros, con la inclusión dentro de la concertación de objetivos de los funcionarios (abogados) de la DTGJ, de la obligación de analizar y estructurar propuestas de políticas de prevención de daño antijurídico.

Respecto a la formulación de las políticas de prevención del daño antijurídico, se indagó sobre el particular, las generadas en la vigencia 2018 y lo corrido de 2019, siendo posible evidenciar que en el 2018, de las 2 políticas exigidas en el procedimiento, se formuló una sola política que fue oficializada mediante memorando de instrucción jurídica 20184050305873 del 04/12/2018; relacionada con la *“objeción a dictámenes periciales contables-financieros”*, incumpléndose lo establecido en la política operacional mencionada anteriormente. Respecto a la segunda política del 2018, denominada *“Contrato Realidad”*, se observó que, a pesar de haber sido presentada en la última sesión anual del Comité, celebrada el 18/12/2018 (acta No 33), la misma no fue aprobada. En la vigencia 2019, con corte 18/06/2019 no se había presentado proyecto de política al Comité y según lo informado por la SGJ, se tenía programado presentarla en la sesión del 19/06/2019, lo que se evidenció con la citación y orden del día puesto a consideración del equipo auditor.

Actividad crítica Nº 2. Elaborar Conceptos e Instructivos Jurídicos.

En lo relacionado con los conceptos jurídicos, esta actividad crítica, encuentra su marco de gestión, en el procedimiento PR-GL-06 Solicitud y Trámite Requerimientos Conceptos Jurídicos y con base en esta norma interna, se evaluaron aspectos tales como la existencia de base de

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



datos o listado soporte, verificación de control asociado al sistema ORFEO, requisitos de trámite tales como: solicitante, respuesta, término de trámite y divulgación.

Para el efecto, en la visita in situ realizada el 18/06/2019, el equipo auditado suministró bases de datos por vigencia (2018 y 2019), en las que se identifican las solicitudes de concepto jurídico que fueron radicadas en la SGJ en el periodo auditado y se definió una muestra selectiva integrada por 4 radicados (2 por vigencia), a saber: 20185760203773, 20183660317553, 2019336031753 y 20193660045623, cuya conformidad se evidenció en el marco de los criterios descritos inicialmente, salvo para el radicado 20183660317553 del 14/12/2018, respecto del cual se evidenció extemporaneidad en su respuesta (20194350048613 del 08/03/2019), en 26 días.

Así las cosas, con el propósito de verificar la consistencia del comportamiento respecto a este trámite, se amplió la muestra con 3 radicados, a saber: 20193660045623, 2018355302713 y 2018225022643, evidenciando conformidad en el trámite.

De otra parte, en cuanto a los instructivos jurídicos, con fecha 25/06/2019, se evidenció en la intranet institucional, link soporte jurídico (ruta: [HTTP://LNTRANET/WEB/INTRANET/SOPORTE-JURIDICO?P_P_ID=101_INSTANCE_QMQJYZCL4RMV&P_P_LIFECYCLE=0&P_P_STATE=NORMAL&P_P_MODE=VIEW&P_P_COL_ID=COLUMN-1&P_P_COL_POS=1&P_P_COL_COUNT=9](http://LNTRANET/WEB/INTRANET/SOPORTE-JURIDICO?P_P_ID=101_INSTANCE_QMQJYZCL4RMV&P_P_LIFECYCLE=0&P_P_STATE=NORMAL&P_P_MODE=VIEW&P_P_COL_ID=COLUMN-1&P_P_COL_POS=1&P_P_COL_COUNT=9)), la publicación de 3 memorandos de instrucción jurídica generados a partir de mayo de 2018 ([20184050120703](#), [20184050331293](#) y [20184050305873](#)); para efectos de seguimiento, se solicitó vía correo electrónico a la SGJ, en la misma fecha, suministrar la base de datos o listado de control respectivo, evidenciándose consistencia respecto a la información publicada.

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

De acuerdo con la verificación realizada, esta actividad crítica se enmarca principalmente en los criterios documentados en la Circular 4 del 14/03/2019, emanada de la Dirección General, en la que se dictan "*Lineamientos para atención y respuestas a requerimientos de organismos de control y vigilancia, o autoridades administrativas y judiciales*", en la que se precisa el alcance de las competencias (en concordancia con la estructura organizacional descrita en el Acuerdo 002 de 2009) de la Subdirección General Jurídica en gestiones asociadas a este trámite, en los siguientes términos: "*3. La Subdirección General Jurídica liderará, orientará y supervisará las respuestas a los órganos de control y vigilancia o autoridades administrativas y judiciales, para ello podrá tomar las medidas necesarias a efecto de lograr la colaboración y el cumplimiento, en los plazos de ley o en el término que establezca la autoridad solicitante, por parte de los responsables de cada una de las áreas del Instituto que tenga a cargo la proyección del respectivo requerimiento.*"

Para la evaluación de estas gestiones de liderazgo y seguimiento, se puso a disposición del equipo auditor una base de datos de control, contentiva de los requerimientos provenientes de organismos de control y vigilancia y otras autoridades, radicadas en el Instituto durante las vigencias 2018 y 2019, así como la evidencia a través de correos electrónicos, de actividades previas y de seguimiento al trámite de este tipo de peticiones (incluidas prórrogas).

Para el efecto, se estableció una muestra selectiva integrada por 7 radicados, a saber: 20192250098781, 20195260160512, 20195260291932, 20195260416892, 20195260490102,

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

20195260580962 y 2019526068682, de los cuales, no fue posible validar trámite respecto al radicado 20195260291932, por encontrarse marcado como reservado, ni frente al 2019526068682, ya que, al consultarlo en el Sistema ORFEO, referencia el 2019526068622; por lo anterior, se recomienda revisar las causas de esta diferencia en la información para evitar debilidades en la confiabilidad y trazabilidad de los sistemas de información. Los restantes radicados cumplen los parámetros establecidos en los criterios evaluados de oportunidad en la respuesta y gestiones de seguimiento.

En consideración de lo anterior, se reitera la recomendación formulada en el memorando 20181350207763 (Informe final de auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión 2018), para esta actividad crítica, en los siguientes términos: *“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 crítica N° 4. Asesorar y acompañar otras dependencias – Estrategias para casos de alto impacto y asesoría externa.

Tanto en la etapa de planeación de la auditoría, como en la ejecución a través de entrevistas, se constató que esta actividad crítica no cuenta con criterios documentados para el proceso, que permita verificar sus entradas y salidas y por consiguiente, para definir las responsabilidades, necesidades de recursos y la aceptación de los productos, situación que no refleja la implementación de controles operacionales por parte del proceso para esta actividad.

Actividad crítica N° 5. Consolidar y elaborar Normograma IDU.

Los criterios para el proceso y los productos de esta actividad crítica, se soportan en el procedimiento PR-GL-04 Actualización y Evaluación Normograma Institucional, en donde se definió como política de operación, la actualización del Normograma semestralmente (abril y octubre). Es así que, para el segundo semestre de 2018, se generó el memorando 20184050135863 del 07/06/2018, en el cual, la Subdirección General Jurídica (SGJ) realizó solicitud a todas las dependencias, para que se realizara la revisión y actualización del normograma, cumpliendo de esta forma con el lineamiento en el segundo semestre de 2018.

Para la actualización del primer semestre de 2019, y realizar mejoras considerables en la presentación de la información del normograma, la SGJ mediante memorando 2018405028747 del 14/11/2018, comunicó a las áreas los nuevos lineamientos e incluyó un cronograma de actividades. Entre los nuevos criterios emitidos, se resalta la organización de las normas acorde con los productos definidos en la caracterización de cada proceso, así como la inclusión de la fecha de actualización del normograma y el vínculo de conexión con el “Régimen Legal de Bogotá”, facilitando la consulta de las normas. La fecha final de este cronograma fue abril de 2019 y de esta forma, se cumplió con lo dispuesto en el procedimiento.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Para la verificación del cumplimiento de los criterios contenidos en el procedimiento, se verificó en el normograma del proceso de Gestión Legal, la inclusión de la Circular 4 del 14/03/2019, citada anteriormente, pues este documento da los “lineamientos para la estructuración jurídica y/o control de legalidad de respuestas a órganos de control”, no siendo posible su ubicación, al igual que otros lineamientos internos, pues sólo aparecen, en su mayoría, leyes y decretos de origen externo. Es preciso mencionar que el normograma del proceso, se encuentra publicado en su última actualización en la Intranet, con corte a mayo de 2019.

En cuanto a la revisión de los requisitos legales aplicables al producto del normograma, en el procedimiento relacionado anteriormente, se encontraron leyes y decretos derogados como es el caso de la Ley 872 de 2003³, derogada por el Decreto 1499 de 2017⁴. Situación similar se evidenció con el Decreto 4485 de 18 de noviembre de 2009⁵. Lo anterior se constituye en un incumplimiento de la verificación de los requisitos aplicables a esta actividad.

Actividad crítica N° 6. Efectuar el análisis de la información para iniciar los procesos como demandados o demandantes

La evaluación de esta actividad crítica, se soporta principalmente en los procedimientos, PR-GL-03 Conciliación Prejudicial y Judicial y PR-GL-05 Atención de Procesos Judiciales.

El PR-GL-05 estableció como inicio, la actividad de recibir auto o notificación y como punto de control el Sistema de información de Gestión Documental ORFEO; sin embargo, en la verificación in situ, se encontró que el proceso cuenta adicionalmente con el mecanismo del correo electrónico; al respecto, es conveniente revisar y determinar si este punto de control debe incluirse en el procedimiento, o por el contrario, se precise que toda la información recibida a través de este medio, se radique en ORFEO.

La siguiente actividad definida en el PR-GL-05 es el reparto procesal al interior de la DTGJ. Para la verificación de la aplicación de los controles establecidos, se solicitó al responsable, según procedimiento, la relación de los procesos notificados entre octubre y diciembre de 2018. Se identificaron tres procesos y se revisaron, encontrando los siguientes resultados:

- Proceso 2018-00343 Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

Fue radicado en el IDU el 28/11/2018 con el Orfeo N° 20185261255012; este radicado no ha sido incluido en ningún expediente ORFEO. Acto seguido, se procedió a consultar la carpeta física, encontrando que no se identificó en el rótulo con el respectivo expediente e igualmente, algunos documentos se encontraron sueltos y sin organizar. En cuanto al registro en el SIPROJ, se evidenció que el proceso fue incluido en el sistema y la última actuación registrada corresponde a: “*EL 30 DE MAYO DE 2019 EL DESPACHO NOTIFICA EL AUTO QUE ORDENA ADELANTAR AUDIENCIA INICIAL EL 9 DE AGOSTO DE 2019 A LAS 11:00 AM*”. A continuación, se revisó el memorando de solicitud de soporte técnico 20184250264643 del 19/10/2018.

³ Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

⁴ Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

⁵ Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de la calidad en la Gestión Pública.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

En relación con la creación y asignación de expedientes, el Acuerdo 02 de 2014 “*Por medio del cual se establecen los criterios básicos para creación, conformación, organización, control y consulta de los expedientes de archivo y se dictan otras disposiciones*”, expedido por el Archivo General de la Nación, dispone en el artículo 5:

“Creación y conformación de expedientes. *Los expedientes deben crearse a partir de los cuadros de clasificación documental adoptados por cada entidad y las tablas de retención documental, desde el primer momento en que se inicia un trámite, actuación o procedimiento hasta la finalización del mismo, abarcando los documentos que se generen durante la vigencia y prescripción de las acciones administrativas, fiscales y legales.*

PARÁGRAFO. *Los expedientes se conformarán con la totalidad de los documentos de archivo agrupados en desarrollo de un mismo trámite, actuación o procedimiento, independientemente del tipo de información, formato o soporte y deben agruparse formando series o subseries documentales.”*

En todo caso, debe tenerse en cuenta la connotación de expedientes judiciales y no de gestión común, para su organización.

- Proceso 2018-00751 Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

Fue radicada la demanda en el IDU el 08/10/2018 con ORFEO 20185261074502; sin embargo, al consultar el documento, se encontró que fue asignado al expediente 201842599010000001E, el cual corresponde a documentos de apoyo de la DTGJ para la vigencia 2018, situación que dificulta la recuperación de registros asociados a la demanda. Al respecto, es importante que, por parte del proceso, se sensibilice a su interior, los temas relacionados con el manejo de expedientes, asignación de las tablas de retención documental, teniendo en cuenta temas de disposición final.

Se procedió a revisar la carpeta física, encontrando que tampoco se identificó en el rótulo con el respectivo expediente. En cuanto al registro en el SIPROJ, se evidenció que el proceso fue incluido en el sistema y su última actualización corresponde a la apelación presentada por el apoderado del Instituto, contra el auto que negó el llamamiento en garantía. Acto seguido, se revisó el memorando de solicitud de soporte técnico 20184250256433 del 09/10/2018. Al consultar este documento en el ORFEO, se evidenció que no cuenta con expediente en la DTGJ. Se vinculó al expediente 201232599010000015E de la Dirección Técnica de Predios DTDP.

- Proceso 2018-00374 Juzgado 65 Administrativo del circuito judicial de Bogotá DC.

Revisada la información en el aplicativo ORFEO, no se encontró radicado de esta acción popular; se encontró adjunta a la solicitud de información a las áreas involucradas de radicado DTGJ 20194250055473 (anexo 2019425005547300002). Estos documentos no cuentan con expediente en la DTGJ, fueron asignados al expediente 201922558020000003E de la Dirección Técnica de Proyectos – DTP. Como respuesta, se encontró el memorando 20192250056313 de la DTP, el cual se asoció al expediente de la DTGJ N° 201242555020000403E acciones populares, cuya fecha de apertura fue 01/11/2012, situación que dificulta la identificación y trazabilidad de este documento con los demás que integran el expediente. El proceso se encontró registrado en SIPROJ, cuya última actualización se surtió el 31/05/2019.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Es importante recordar que el Módulo de procesos judiciales del SIPROJ, es una herramienta tecnológica en red que permite realizar el registro, seguimiento y control de todos los procesos judiciales iniciados y en contra del Distrito Capital, ya sea del sector central o descentralizado, convirtiéndose en un instrumento de unificación y centralización de dicha información, y permitiendo efectuar un análisis tendiente a definir estrategias de defensa y acciones a seguir por parte de las entidades distritales, para la prevención del daño antijurídico.

Actividad crítica Nº 7. Desarrollar, ejecutar y efectuar el cierre del proceso.

Los criterios para el proceso y los productos resultantes de esta actividad crítica, se encuentran documentados en el procedimiento PR-GL-01 Cumplimiento de Sentencias y MASC. Para la verificación, se consultó en SIPROJ, sentencias notificadas en el segundo semestre de 2018. Se encontraron 3, cuyo resultado de la revisión se presenta a continuación:

- Proceso de reparación directa 2014-13: se recibió la comunicación de ejecutoria de la sentencia a través de correo electrónico del 29/01/2018, la cual surtió un proceso de ajuste solicitado por el demandante, el cual culminó con nueva comunicación ejecutoria del 25 de julio de 2018. Finalmente se realizó el pago el 18/12/2018.
- Proceso de reparación directa 2014-238: se recibió notificación de ejecutoria el 26/09/2018, mediante el radicado ORFEO 20185261050262 del 04/10/2018, el cual se asoció al expediente 201842599010000001E, el cual se relaciona con documentos de apoyo de la DTGJ para la vigencia 2018. Se realizó la liquidación de intereses el 18/10/2018 por correo electrónico, y se procedió al pago el 27/12/2018.
- Proceso 20031082: se recibió vía correo electrónico de 23/08/2018 el fallo condenatorio al IDU. Mediante comunicación de radicado 20185261226732 de 21/11/2018, se recibió en firme el fallo. Se hace la Solicitud de indexación y liquidación intereses, en el memorando de la DTGJ 20184250291213, recibiendo respuesta por parte de la Subdirección Técnica de Tesorería y Recaudo – STTR, en el memorando 201855600300713 de 29/11/2018, donde se envió el cálculo de intereses. Finalmente, se revisó orden de pago de 6 de marzo de 2019.

Para esta actividad crítica, se recomienda revisar si los correos electrónicos son incluidos dentro de la descripción de actividades en el procedimiento PR-GL-01 Cumplimiento de sentencias como registros, o se establece como único criterio el uso del ORFEO.

Actividad crítica Nº 8. Verificar la inclusión de las estrategias de prevención del daño antijurídico

Al indagar al equipo auditado sobre el particular en visita realizada el 26/06/2019, éste manifestó que en desarrollo de la labor de seguimiento enunciada en la actividad 9.13 del procedimiento PR-GL-02 Prevención del Daño Antijurídico, semestralmente, se realiza seguimiento y se presenta el respectivo informe a consideración del Comité de Defensa Judicial, Conciliación y Repetición.

Es así como se evidenció esta gestión por parte de la DTGJ, al presentar ante el citado Comité, para conocimiento y observaciones, el informe de seguimiento de las políticas de prevención del

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



daño antijurídico durante el 2do semestre de 2018, según consta en el acta N° 2 de 2019, de la sesión adelantada el 30/01/2019. Para la preparación de este informe, previamente, mediante memorando 20184250330753 del 28/12/2018, se solicitó a los Directores Técnicos remitir informe pormenorizado sobre la aplicación de las políticas (Nombre de la Política; - Acciones realizadas para su aplicación; - Razones por las cuales no se aplicó, si es del caso; - Ejemplos de su aplicación y - Observaciones y recomendaciones).

Teniendo en cuenta que esta labor se encuentra simplemente enunciada en la actividad 9.13 del procedimiento PR-GL-02 Prevención del Daño Antijurídico, se recomienda integrar a este procedimiento la metodología y responsabilidades, que constituyan criterios de control tendientes a garantizar su trazabilidad y cumplimiento.

Actividad crítica N° 9. Evaluar indicadores de gestión.

Se realizó verificación de esta actividad, consultando la información consignada en el cuadro de mando a 31 de marzo de 2019 publicado⁶ en la intranet. En este documento se encontró que, para el proceso de gestión legal, se formularon 7 indicadores, identificados con los códigos 4052, 4053, 4054, 4251, 42511, 42512, 42513. De éstos, se programó y reportó avance para el primer trimestre en 4 de ellos (4052, 4053 y, 4251) con un resultado de 100%, excepto para el indicador identificado con el código 42512, que arrojó el 99% de desempeño. Así las cosas, se aprecia una gestión estable del proceso frente a los resultados obtenidos con relación a lo planeado. Con respecto a las observaciones presentadas por la OCI en febrero de 2019, sobre la formulación de indicadores se pudo apreciar lo siguiente:

- En los indicadores 4052 y 4053, se definió como fuente de datos para la medición, correos electrónicos y actas de reunión aceptando la sugerencia de la OCI, pues antes se relacionaba como fuente el responsable. También se pudo evidenciar que se incluyó en la fórmula el símbolo %.
- En el indicador 4054 se modificó el nombre y se incluyó como fuente de la medición el Acta comité y la Instrucción jurídica.
- En el indicador 4251 se incluyó el símbolo % en la fórmula.
- Para el indicador 42512 se incluyó como fuente de la medición el SIPROJ y se incluyó el símbolo de % en la fórmula.
- En el indicador 42513 no se evidenciaron modificaciones con respecto a las recomendaciones de la OCI.

Actividad crítica N° 10. Generar acciones de mejora.

Planes de mejoramiento. Para la evaluación de este ítem, se revisó en el aplicativo CHIE, módulo de Planes de Mejoramiento, las acciones de mejoramiento que involucran las áreas ejecutoras del Proceso de Gestión Legal y se evidenció que a la fecha de revisión 22/06/2019, se encontraban 3 acciones en progreso (1613, 1654 y 1655), ninguna vencida y 6 acciones en estado "terminado" (1359, 1360, 1361, 1362, 1531 y 1533); respecto a estas últimas, se procedió a solicitar el cierre de las mismas al auditor asignado en el aplicativo CHIE, dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras de cada uno de los hallazgos.

⁶ [HTTP://INTRANET/MAPA PROCESOS/INTENASMAIN/ESTRATEGICOS/PLANEACION ESTRATEGICA.ASP](http://intranet/mapa_procesos/intenasmain/estrategicos/planeacion_estrategica.asp)

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Riesgos de Gestión del Proceso. Para la evaluación de este aspecto, se tomó en consideración, la matriz ubicada en la intranet institucional, con corte a 31/04/2019, en la que se identificaron 6 riesgos de gestión, a saber:

- *G.GL.01 - Que la DTGJ no conozca de forma oportuna las solicitudes radicadas en el IDU relacionadas con conciliaciones prejudiciales, G.GL.02- No contar con los insumos técnicos necesarios al momento de contestar la demanda para ejercer una defensa idónea de la entidad, G.GL.03 - Falta de Representación Judicial del IDU G.GL.05 - Demora en el pago de las sentencias proferidas en contra de la entidad, G.GL.06 - Desactualización del sistema de información SIPROJ, incumpliendo con el Decreto 654 de 2011 Artículo 110 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. y G.GL.07 - Caducidad en las Acciones de Repetición, todos ellos asociados a las actividades críticas 6 y 7 de la caracterización de Proceso de Gestión.*

En cuanto a los controles asociados a los 7 riesgos identificados, en desarrollo de la auditoría, se evidenció su aplicación y documentación; sin embargo, es importante complementar su diseño, de conformidad con lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

De conformidad con los lineamientos contenidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas⁷, en lo relacionado con la identificación del riesgo en el establecimiento del contexto del proceso, se recomienda revisar la pertinencia de incluir riesgos asociados a las actividades críticas 1, 2, 3, 4, 5 e igualmente, aplicar los lineamientos para la definición y aplicación de controles.

De acuerdo con la información suministrada por el equipo auditado, no se evidenció materialización de riesgo de gestión alguno.

Riesgos de Corrupción del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de corrupción, se observó que el proceso cuenta con 1 riesgo, descrito así: C.GL.01 “*Que no se inicien o adelanten las acciones judiciales de demanda y/o de defensa producto de una denuncia, queja o auditoría que indiquen un acto de corrupción que cursen en la entidad, por omisión y/o extralimitación del responsable del proceso al interior del IDU*”, clasificado en nivel de riesgo inherente alto y residual moderado.

Indagado el equipo auditado en relación con el reporte consignado en la matriz de riesgos institucional publicada en intranet, con fecha de corte 26/04/2019, según el monitoreo cuatrimestral realizado por la dependencia, ésta se reiteró en manifestar que no se han presentado denuncias o quejas asociados con actos de corrupción y que el mismo no se ha materializado.

En cuanto a los controles asociados a este riesgo, identificados como: “1. *Aplicación del procedimiento de Conciliación Prejudicial y Judicial. (Generación de Ficha de conciliación, Concepto Técnico y Actas de Comité de Conciliación). 2. Alimentar el sistema de información de la Alcaldía SIPROJ. 3. Archivos Físicos por expediente*”, en desarrollo de la auditoría, se evidenció su aplicación y/o ejecución; sin embargo, en cuanto a su diseño, se recomienda revisar y replantear su redacción y estructura, en consideración a la “*Guía para la administración del*

⁷ Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. Versión 04, Octubre de 2018.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP, numeral 3.2.2 Valoración de los controles – diseño de controles.

Riesgos de Seguridad de la Información del proceso. Finalmente, se evidenció que el proceso identificó un riesgo de “*pérdida o alteración de información*”, para el cual se recomienda revisar y replantear la descripción y diseño de los controles asociados en la matriz, en consideración a la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP, numeral 3.2.2 Valoración de los controles – diseño de controles.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

De manera transversal fueron verificados aspectos relacionados con los subsistemas de gestión, que conforman el Sistema Integrado de Gestión SIG, como parte de los criterios definidos para la auditoría, evidenciando:

Subsistema de Gestión de Calidad. Es importante mencionar que, revisados los criterios y productos asociados al proceso de Gestión Legal, no se encontraron aspectos relacionados con el numeral 8.5.3 Propiedad de clientes o proveedores externos; sin embargo, éste se identifica en la FO-AC-16 Matriz de requisitos del SIG, por lo tanto, se recomienda revisar la aplicabilidad de este numeral para este proceso.

Subsistema de Gestión Ambiental. Para la verificación de Aspectos e impactos ambientales identificados en el proceso de Gestión Legal, se verificó la planificación y control operacional, a través de los lineamientos incluidos en el documento FO-AC-23 Matriz de aspectos e impactos ambientales, la cual se encuentra publicada en la intranet institucional y se ha definido los siguientes aspectos ambientales a tener en cuenta en el desarrollo de las actividades críticas definidas en la caracterización del proceso:

1. Consumo de energía eléctrica. (Uso de impresora fotocopidora)
2. Generación de emisiones atmosféricas por plantas eléctricas. (Uso de impresora fotocopidora)
3. Generación de residuos peligrosos (uso de impresora fotocopidora)
4. Consumo de energía eléctrica (elaboración de documentación)
5. Consumo de papel, (elaboración de documentación)
6. Generación de residuos peligrosos (elaboración de documentación)
7. Generación de residuos aprovechables (elaboración de documentación)
8. Emisiones atmosféricas (desplazamientos externos)
9. Consumo de combustibles (desplazamientos externos)
10. Generación de ruido por fuentes de combustión externa (desplazamientos externos).

En entrevista directa, se revisaron los aspectos mencionados; sin embargo, los participantes manifestaron debilidades en la interiorización de los conceptos.

Se realizó la verificación del aspecto “Generación de emisiones atmosféricas por plantas eléctricas” (Uso de impresora fotocopidora), se consultó a los colaboradores del área si existían plantas eléctricas en la dependencia, a lo que respondieron que no existían. Se procedió a verificar el impacto ambiental relacionado en FO-AC-23 identificado como “*Sobrepresión del relleno sanitario*”. Se consultó a los auditados la pertinencia de este impacto, pues generó en el

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



equipo auditor incertidumbre de su relación con el aspecto ambiental de emisiones atmosféricas, a lo cual, el personal del proceso manifestó desconocer la metodología para esta identificación.

Seguidamente, se verificó el denominado PIGA: Programa de Gestión de Residuos; sin embargo, el documento por sí solo no es un control. Se procedió a consultar en el documento PIGA en el capítulo 5.3 y no se identificaron criterios para la aplicación de controles al impacto ambiental de sobrepresión del relleno sanitario producto de emisiones atmosféricas por plantas eléctricas.

En consideración de lo anterior, se recomienda revisar los aspectos e impactos ambientales junto con sus controles, e interiorizarlos por parte del personal del proceso, para favorecer la planeación y control operacional, en mejora del Subsistema de Gestión Ambiental.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Para la verificación de los riesgos y peligros asociados a las actividades críticas del proceso, se consultó la matriz de peligros y riesgos el 26/06/2019, encontrando dos documentos: uno asociado a la ubicación física de la dependencia, el cual se publicó en el link <HTTPS://WWW.IDU.GOV.CO/PAGE/TRANSPARENCIA/INFORMACION-DE-INTERES/SIGI/SEGURIDAD-Y-SALUD-EN-EL-TRABAJO>, documento que se organiza por sede y por pisos, en el cual, se identificaron 7 peligros para el piso 10 de la sede calle 22, donde se ubica la SGJ y para la sede calle 20 piso 4, donde se ubica la DTGJ, se identificaron 8 peligros. También se consultó el documento publicado en intranet en el proceso de Gestión Jurídica en el link HTTP://INTRANET/MAPA_PROCESOS/INTENASMAIN/APOYO/LEGAL.ASP, documento que cuenta con 44 peligros asociados a este proceso.

En entrevista directa se revisaron los peligros; sin embargo, los participantes manifestaron debilidades en la interiorización de los conceptos. A continuación, se procedió a revisar la matriz publicada en el proceso, y se verificó el peligro “Demandas cualitativas y cuantitativas de la labor. Demandas de carga mental (Complejidad, atención, minuciosidad, variedad y apremio de tiempo, demandas emocionales (por relaciones interpersonales) Estilos de mando”, se consultó sobre el control definido en la matriz “Continuar con el Programa de Vigilancia Epidemiológica en Prevención de Riesgo Psicosocial y el Programa de Sistema de Estímulos Institucional y de Bienestar”, al que los colaboradores manifestaron participar en procesos de pausas activas; sin embargo, expresaron el desconocimiento del programa como tal.

Igualmente, se verificó el peligro de “condiciones de seguridad resultante del desplazamiento entre sedes”, se solicitó soportes de aplicación del control “Campañas de divulgación sobre desplazamiento seguro en vía pública”. Al respecto, los participantes manifestaron que en la inducción realizada a los contratistas se hace alusión a estos temas; sin embargo, manifestaron desconocer las campañas.

Se recomienda revisar los peligros junto con sus controles, e interiorizar por parte del personal del proceso, para favorecer la planeación y control operacional, en mejora del Subsistema de Gestión Ambiental.

Se verificó afiliación a ARL de los colaboradores ubicados en los módulos 04 y módulo 14, encontrando que se suministran en la cuenta de cobro de servicios, y se verifican aleatoriamente en el FOSIGA. El nivel riesgo asociado es 1.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Se consultó sobre la ocurrencia de incidentes o accidentes, se comentó lo ocurrido en las olimpiadas de la entidad, a la colaboradora ubicada en el módulo 14, el cual se documentó y los soportes reposan en la Subdirección Técnica de Recursos Humanos - STRH, según lo afirmado por los auditados.

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: Se revisaron los activos de información, los cuales fueron actualizados el 12/06/2019. Se revisó el inventario de activos de información del colaborador ubicado en el módulo 04, se encontró asociado el computador identificado con el código I2440. De los activos de información asociados al módulo 04, sólo se identificó información resultante de la gestión de la dependencia, referencia de tipo general, y no se relacionó expedientes o información específica.

Igualmente, se verificó el Módulo 14 que, en el momento no tenía computador, pues se encontraba en mantenimiento. También se encontró que las carpetas asociadas se encontraban descritas de manera general. Finalmente, se verificaron los módulos 04 con el equipo asociado identificado como I2863 y el Módulo 05 con el equipo I2456.

Con respecto al manejo de copias de seguridad, no se identificaron criterios definidos en la dependencia, se comentó por parte de los auditados, la realización de copias de la información de los contratistas, como soporte de la ejecución de las obligaciones pactadas, a través de medio magnético; no se cuenta con carpeta compartida que permita el respaldo de la información.

Se recomienda revisar los criterios aplicables al proceso, sobre la identificación de activos de información, aumentando su especificidad y asociando la información con las tablas de retención documental, así como revisar y aplicar los criterios para la conservación de información.

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Efectuado por parte de la OCI, el traslado del informe preliminar de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión SIG, mediante correo electrónico del 21/08/2019, la Dirección Técnica de Gestión Judicial - DTGJ, dentro del término previsto, remitió sus observaciones mediante memorando 20194250257813 del 26/08/2019, el cual se procede analizar respecto a cada una de las No Conformidades, así:

No Conformidad Nº 2: Debilidades en la conservación de información.

Manifiesta el proceso, luego de transcribir la descripción de la No Conformidad, lo siguiente:

“Verificada la información, se estableció que efectivamente el documento no se encuentra vinculado a ningún expediente virtual de Orfeo, por ello el 22 de agosto de 2019 se envió solicitud para la creación, y ya se incluyó en el No. 201842555050000001E, igualmente en reunión de área programada para el 27 de agosto del año en curso, se reiterará la importancia de la creación de expedientes en Orfeo.

Por otra parte, esta dependencia considera que no ha incumplido con la conservación de la información por cuanto el numeral 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015 que se menciona dice entre otros... “Para poder controlar toda la información documentada, la empresa tiene que abordar

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

todas las actividades que realice, según corresponda: a) Acceso, distribución, recuperación y utilización. b) Almacenamiento y conservación de la legibilidad. c) Control de cambios. d) Conservación y disposición.”

Si bien es cierto el documento no se encuentra en un expediente virtual, sí se cumple con los requisitos de la norma mencionados anteriormente en virtud a que desde Orfeo con el número de radicado por consultas se puede verificar, recuperar, reimprimir, desde el histórico se puede acceder al control de cambios, se puede enviar a otro usuario si fuera pertinente, al igual que figura una copia en el expediente físico debidamente conservada.”

Frente a lo manifestado por el proceso, el equipo auditor precisa que la no conformidad detectada, se relaciona con las afectaciones de la recuperación de la información, la cual se realiza a través de la identificación de los expedientes en los medios de conservación físicos y virtuales. El no cumplimiento de esta condición, fue evidenciada en ejercicio auditor y reconocido en el escrito de observaciones, razón por la cual, se asoció al numeral 7.5.3.2 literal a). La creación y posterior inclusión del documento, en el expediente virtual, hace parte de la(s) corrección(es) que el proceso debe hacer para subsanar la situación evidenciada, para el caso particular; sin embargo, no analiza ni elimina la causa raíz de la No conformidad, para los procesos judiciales en los que se pueda presentar esta misma situación.

De otra parte, se aclara que el concepto de recuperación, además de la asignación a expediente único virtual, incluye la identificación del expediente e inclusión de las series y subseries documentales, definidas en las tablas de retención documental, situación que no se encontró en las carpetas físicas suministradas en el momento de la auditoría.

En consideración a lo anterior, se mantiene la **No Conformidad N° 2: Debilidades en la conservación de información.**

De otra parte, teniendo en cuenta que el proceso, no se manifestó respecto a las No Conformidades N° 1: Debilidades en la definición de criterios del proceso, N° 3: Incumplimiento de política operacional relacionada con aprobación de estrategias de prevención de daño antijurídico y N° 4: Desactualización de la normatividad relacionada en el normograma y la documentación del proceso, éstas se ratifican.

Por último, dado que la Auditoría se adelantó por procesos, se recuerda que, para efectos de la formulación del respectivo Plan de Mejoramiento, éste deberá tener en cuenta el Proceso de Gestión Legal en su integridad y no por áreas de gestión.

3.14.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| NC1 | NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad | No Conformidad N° 1: Debilidades en la definición de criterios del proceso No se evidenciaron criterios para la actividad crítica 4- “Asesorar y acompañar otras dependencias - |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|--|
| | <p>Numeral 8.1 Control Operacional: “La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos(...) mediante:</p> <p>a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios;</p> | <p><i>estrategias para casos de alto impacto y asesoría externa</i>”, situación que contraviene lo establecido en el numeral 8.1. de la NTC ISO 9001, dificultando la aplicación de controles a la gestión, la definición de responsabilidades y recursos, así como para la verificación de las salidas resultantes definidas para esta actividad en la caracterización del proceso, al no estar definidos los criterios para la misma.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad</p> <p>7.5.3.2 “<i>Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:</i></p> <p>a) <i>distribución, acceso, recuperación y uso(...)</i>”;</p> | <p>No Conformidad Nº 2: Debilidades en la conservación de información.</p> <p>Se evidenció que el documento 20185261255012 de radicación de la demanda 2018-00343 del Tribunal Administrativo de Cundinamarca no se encuentra asignado a un expediente en ORFEO; situación similar se encontró en la carpeta física, la cual tampoco identifica el expediente, lo cual contraviene lo establecido en el numeral 7.5.3.2. literal a) de la NTC ISO 9001:2015, dificultando la recuperación y conservación de la información soporte de las salidas del proceso.</p> |
| NC3 | <p>Procedimiento PR-GL-02 Prevención del Daño Antijurídico</p> <p>Política Operacional: “<i>En el año se aprobarán por parte del Comité de Conciliación mínimo dos estrategias de prevención de daño antijurídico</i>”</p> | <p>No Conformidad Nº 3: Incumplimiento de política operacional relacionada con aprobación de estrategias de prevención de daño antijurídico</p> <p>No se encontraron documentos que soporten la aprobación en la vigencia 2018, de la estrategia de prevención de daño antijurídico denominada “<i>Contrato Realidad</i>”, siendo una de las dos políticas que se tenían previstas en 2018 para ser aprobadas por parte del Comité de Conciliación, situación que contraviene lo establecido en la política operacional del procedimiento PR-GL-02 Prevención del Daño Antijurídico y que puede generar confusiones sobre su aplicabilidad y vigencia, al no contar con el documento que soporte su aprobación.</p> |
| NC4 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad</p> <p>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios: “<i>Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que:</i></p> | <p>No Conformidad Nº 4: Desactualización de la normatividad relacionada en el normograma y la documentación del proceso.</p> <p>Se evidenció que la normatividad relacionada en el normograma del proceso y en el procedimiento PR-GL-04 Actualización y evaluación del normograma institucional se encuentra desactualizada, toda vez que se cuenta con disposiciones derogadas, contraviniendo lo establecido en el numeral 8.2.2 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|---|---|
| | <p>a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo:</p> <p>1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable;</p> <p>2) aquellos considerados necesarios por la organización;</p> <p>b) la organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece”.</p> | <p>afectar la definición de requisitos de los productos y los requisitos asociados a otros procesos del SIG. A continuación, se citan algunos casos en los que se evidenció desactualización de la normatividad relacionada en la documentación del proceso:</p> <p>En el marco legal identificado en el procedimiento PR-GL-04 actualización y evaluación del normograma institucional, se encontraron leyes y decretos derogados como es el caso de la Ley 872 de 2003⁸, derogada por el Decreto 4485 de 18 de noviembre de 2009⁹. Situación similar con el Decreto 4485 de 18 de noviembre de 2009¹⁰.</p> <p>No se incluyó en el normograma del proceso, la Circular 4 del 14/03/2019, documento fundamental para la actividad crítica 3. “Llevar a cabo la estructuración jurídica y/o control de legalidad de respuestas a órganos de control”.</p> |

3.15 PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST

Para el desarrollo de la auditoría se revisaron los documentos asociados al proceso de Gestión Ambiental Calidad y SST, cuyo objetivo es: “Definir e implementar prácticas en Calidad, Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades organizacionales, los requisitos legales y normativos con el fin de mejorar el desempeño de la Entidad”, los cuales reposan en el Mapa de Procesos y en los diferentes aplicativos de la Entidad.

Con base en lo anterior, en desarrollo de la auditoría, se realizó la verificación de las entradas, actividades críticas y salidas relacionadas en la caracterización del proceso, según los criterios de auditoría. A continuación, se presentan los resultados:

Actividad crítica N° 1. Diagnosticar el cumplimiento de los subsistemas

Según el alcance definido en la caracterización, el proceso “inicia desde el diagnóstico de los subsistemas que compone el sistema integrado de gestión (...)”; no obstante, como producto N°1 de esta actividad y en atención al objetivo del proceso, únicamente se evidenció el diagnóstico realizado según necesidad, para tres de los subsistemas de la Entidad, a saber: Gestión de Calidad SGC, Gestión Ambiental SGA y Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, los cuales se encuentran estructurados de acuerdo con los requisitos de norma aplicables. Por lo anterior, es necesario dar claridad respecto al alcance y responsabilidad de este proceso, frente a los restantes subsistemas que hacen parte del SIG.

⁸ Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

⁹ Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de la calidad en la Gestión Pública.

¹⁰ Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de la calidad en la Gestión Pública.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Verificado el producto N°2, señalado en la caracterización como “*Necesidades o requerimientos de ajuste a los subsistemas*”, se indagó acerca de la diferencia de éste con el diagnóstico de los subsistemas, para lo cual se presentó el Plan de transición de las normas NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 14001:2015, requeridas en su momento para su garantizar el cumplimiento de los requisitos de norma por cambio de versión. No obstante, es recomendable definir claramente este producto en la caracterización, toda vez que el Plan de Transición fue implementado para asegurar la certificación del SGC y del SGA en 2018 y las necesidades o requerimientos de ajuste son evidenciables en cada diagnóstico.

Por su parte, se evidenció que si bien el producto N°5 “*Matriz de identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos*”, es un producto de este proceso en cumplimiento de requisitos de norma y legales, no es un producto que se genere como resultado del diagnóstico de los subsistemas.

Así mismo, se recomienda revisar y ajustar los usuarios finales de esta actividad crítica, entendiendo que el diagnóstico de los subsistemas debe convertirse en entradas para procesos como Planeación Estratégica, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, entre otros, que no se encuentran señalados como usuarios de esta actividad.

Actividad crítica N° 2. Planear estrategias y mecanismos de cumplimiento a requisitos.

Al verificar las entradas de esta actividad, se evidenció como insumos las “*Necesidades o requerimientos de ajuste a los subsistemas*” y “*Matriz de identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos*”, mencionados anteriormente como productos de la actividad N°1, que en concordancia con la actividad N°1, deben ser aclarados. Así mismo, a diferencia de la actividad anterior, en ésta si se relacionan como usuarios 8 procesos que intervienen y aportan de manera directa al cumplimiento de los requisitos de cada subsistema, 3 de ellos repetidos.

Se evidenció en cumplimiento de esta actividad, la formulación de planes de acción anual, para cada uno de los 8 subsistemas que componen el SIG. Así para el SGC, se cuenta con un plan de acción que contiene las actividades generales que se deben asegurarse de manera transversal para todos los procesos del Instituto; para el SGA el plan de acción se encuentra estructurado en concordancia con el Plan de Acción Cuatrienal Ambiental PACA y el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA y para el SGSST el plan anual se encuentra estructurado de acuerdo en atención a los requisitos normativos y legales y obedece a la prioridad dada por la Subdirección General de Gestión Corporativa, de certificar al Instituto en la Norma Técnica NTC ISO 45001:2018. Los demás planes de acción no fueron verificados, en coherencia con el alcance definido en la caracterización de este proceso.

Actividad crítica N° 3. Desarrollar los mecanismos de cumplimiento.

Verificado el avance con corte a junio de 2019, para los tres subsistemas objeto de evaluación, se encontró:

| | |
|---|-----|
| Subsistema de Gestión de Calidad: | 48% |
| Subsistema de Gestión Ambiental: | 40% |
| Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: | 90% |

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

De manera aleatoria, se revisaron acciones ejecutadas, con enfoque específico para el componente de Seguridad y salud en el Trabajo, tales como actualización de Matriz de partes interesadas, proposiciones de valor, encuesta de efectividad del Plan de Comunicaciones, actualización del procedimiento de Salidas No Conformes y del Plan de Emergencias, entre otros, evidenciando su oportuno cumplimiento en relación con lo planeado.

No obstante, de manera trimestral es reportado el avance de cada subsistema, al profesional del proceso perteneciente a la Oficina Asesora de Planeación, quien consolida el resultado de avance de los 8 subsistemas de gestión que componen el SIG y cuyas directrices y objetivos han sido definidos mediante Resolución Interna 1909 de 2019, incluidos el Subsistema de Gestión Documental y Archivo SIGA, Subsistema de Gestión de Continuidad del Negocio SGCN, Subsistema de Gestión de Antisoborno SGAS, Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información SGSI y Subsistema de Gestión de Responsabilidad Social SGRS; situación que ratifica la necesidad de aclarar el alcance de este proceso, en relación con la implementación de todos los subsistemas.

Por su parte, se evidenció que el proceso de Gestión de Recursos Físicos, apalanca en gran medida las necesidades identificadas en cuanto a mantenimiento de instalaciones que prevengan riesgos o impactos en SST; sin embargo, en la caracterización del proceso, no es evidente la participación de Recursos Físicos, por lo que es necesario delimitarlo claramente.

Actividad crítica N° 4. Evaluar el grado de implementación.

Como producto N° 1 de esta actividad, se definieron los “Indicadores de gestión”, para lo cual se evidenció el uso del “Tablero de Control SIG”, a través del cual se lleva control de los indicadores de cada subsistema, para cada vigencia, incluyendo los definidos legalmente, como por ejemplo, la frecuencia de accidentalidad, incidencia de Enfermedad Laboral, tasa de ausentismo, para el componente de SST.

Adicionalmente, de acuerdo con el Cuadro de Mando con corte a junio de 2019, se evidenció que el proceso ha formulado 6 indicadores de gestión, relacionados a continuación:

Tabla N° 1. Indicadores de gestión del proceso

| NUMERO | NOMBRE INDICADOR | DEPENDENCIA | SEMAFORO TRIMESTRE ABRIL A JUNIO | SEMAFORO ACUMULADO A JUNIO |
|--------|---|--|----------------------------------|----------------------------|
| 1153 | Porcentaje de cumplimiento de los subsistemas de gestión. | OAP - OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 161,88% | 151,89% |
| 5163 | Subsistema Seguridad y Salud en el Trabajo implementado | STRH - SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE RECURSOS HUMANOS | 360,00% | 360,00% |
| 20513 | Nivel de cumplimiento del plan de acción | SGDU - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO URBANO | 65,00% | 100,00% |
| 50524 | Certificación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información-SGSI | SGGC - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN CORPORATIVA | | 476,92% |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| NUMERO | NOMBRE INDICADOR | DEPENDENCIA | SEMAFORO TRIMESTRE ABRIL A JUNIO | SEMAFORO ACUMULADO A JUNIO |
|--------|---|--|----------------------------------|----------------------------|
| 50525 | Certificación del Subsistema de Seguridad y salud en el trabajo -SG-SST | SGGC - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN CORPORATIVA | 155,56% | 219,51% |
| 50526 | Nivel de cumplimiento del plan de acción del S.I.G.A. | SGGC - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN CORPORATIVA | 120,00% | 165,71% |

Fuente: Cuadro de Mando 30/06/2019

En relación con lo mencionado anteriormente, el objetivo del indicador 1153 es: “Medir el porcentaje de implementación de los planes de acción de los subsistemas, con el fin de obtener un alto grado de cumplimiento de los objetivos del sistema integrado de gestión”, sin limitar su medición a los tres subsistemas relacionados en el objetivo del proceso.

Así mismo, se evidenció que los indicadores 5163 y 50525, se encuentran relacionados con la implementación del SGSST con miras a la certificación; sin embargo, bajo el enfoque por procesos, no es clara la intención de contar con dos indicadores, cada uno para una Subdirección diferente.

Por su parte, los indicadores 20513, 50524 y 50526, miden el nivel de cumplimiento de las acciones programadas en el plan de acción del SGA, SGSI y SIGA, respectivamente.

En términos generales, con corte a junio de 2019, se observó que todos los indicadores, excepto el 20513, presentan un cumplimiento superior al 100%, por lo tanto, es necesario realizar un ejercicio de autoevaluación, donde se revise la planeación de los indicadores y su meta si es pertinente.

Ahora, respecto al producto N° 2 “*Informes de seguimiento trimestral y semestral a los planes de acción y gestión ambiental*”, se encontró que por directriz de la Secretaría de Ambiente, no se generan informes trimestrales, solo informes semestrales, a través de los cuales se reportan mediciones como la Huella de Carbono y Aspectos e Impactos Ambientales, por lo que también es recomendable este ajuste en la caracterización.

Actividad crítica 5. Generar acciones de mejora.

Planes de mejoramiento. Al revisar las acciones de planes de mejoramiento a cargo del proceso, en estado “Terminado”, se evidenció que las acciones identificadas con código 1119, 1123, 1513, 1516, 1518, 1519 y 1627 han sido efectivas, por lo que, derivado de los seguimientos y auditorías realizadas, no se ha identificado la recurrencia de los hallazgos identificados, para los cuales se formularon las acciones. En este sentido, se realizará la gestión respectiva para su cierre en el Módulo Plan de mejoramiento del sistema de información CHIE.

Ahora, como resultado de la auditoría realizada, se identificó que las acciones 1117, 1520 y 1521, no han sido efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, los hallazgos han sido recurrentes, así:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Tabla N° 2. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|---|---|
| 1117 | <p>Al revisar el formato FO-AC-16 Matriz de requisitos del Sistema Integrado de Gestión, con fecha de actualización del año 2015, se evidenció:</p> <p>a. Los procesos no coinciden con el mapa de procesos actual (...)</p> <p>b. Sólo se encuentran relacionados los requisitos de norma para la NTC GP 1000:2009, la NTC ISO IEC 27001, la ISO 14001 y los principios del pacto global (...)</p> <p>c. Los requisitos de la NTC ISO IEC 27001, no están definidos de acuerdo con la versión 2013 (...)</p> | <p>Actualizar la Matriz de requisitos del Sistema Integrado de Gestión</p> <p>Fecha fin: 28/02/2018</p> | <p>En desarrollo de esta auditoría se evidenciaron entre otras las siguientes situaciones relacionadas con la Matriz de requisitos SIG, que demuestran la recurrencia del hallazgo, por lo cual, esta acción debe ser cancelada, entendiéndose que no ha sido efectiva:</p> <p>a. El proceso de Gestión Legal se encuentra asociado con el requisito 8.1 Planificación y control operacional y 8.5.3 Propiedad de los clientes o proveedores externos de la NTC ISO 9001:2015; sin embargo, revisados los criterios y productos asociados a este proceso, no se encontraron aspectos relacionados y aplicables con dicho numerales.</p> <p>b. El proceso de Planeación Estratégica se encuentra asociado con los requisitos 5.1.2 Enfoque al cliente y 7.1.1 Generalidades de la NTC ISO 9001:2015, los cuales no hacen parte de los requisitos naturales de este proceso, toda vez que exceden su alcance y están cubiertos por otros procesos de la Entidad.</p> <p>c. Requisitos como el de Toma de conciencia y No conformidad y acción correctiva definidos para el SGC, SGA y SGSST, son requisitos que aplican de manera transversal para todos los procesos de la Entidad; sin embargo, en la matriz no es evidente su aplicabilidad para todos los procesos.</p> |
| 1119 | <p>Al indagar de qué forma se asegura el conocimiento y concientización respecto a temas ambientales, SST y de calidad, se evidenció:</p> <p>a. El componente Ambiental, realiza sensibilizaciones, de acuerdo con publicaciones ambientales, programa de orden y limpieza, entre otros, sin embargo, no se ha</p> | <p>Oficiar a la OAC para que se aumente la cobertura de divulgación de los temas de SST, SGA y SGC</p> <p>Fecha fin: 28/02/2018</p> | <p>De acuerdo con el PL-TH-02 Plan Institucional de Capacitación, aprobado en versión 4 el 30/01/2019, mediante Resolución 0390 de 2019, se evidenció en el numeral 5.3 Necesidades Identificadas y Programación PIC 2019, la inclusión de "Sensibilizaciones, socializaciones y transferencias de conocimiento en las temáticas que hacen parte de los Subsistemas de</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 (...)</p> | | <p>Gestión de la Entidad”, en la temática 4. Sistema Integrado de Gestión (SIG), lo cual permite evidenciar la efectividad de la acción, por lo cual se solicita que sea cerrada en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE.</p> |
| 1123 | <p>Como parte de la evaluación al proceso, se evidenciaron los siguientes aspectos relacionados con la documentación que soporta los subsistemas liderados por el proceso: a. El programa de capacitación en SST (DU-AC-02) y el procedimiento PR-AC- 04 Identificación de peligros, evaluación, valoración de riesgos y determinación de los controles necesarios, no contemplan la nueva normatividad para la</p> | <p>Actualizar documentos de acuerdo con cronograma definido</p> <p>Fecha fin: 27/04/2018</p> | <p>Se dio cumplimiento al Plan de Actualización Documental definido para el proceso y adicionalmente, en desarrollo de esta auditoría no se evidenciaron falencias en la creación, actualización y control de la información documentada, siendo notoria la importancia dada por el personal del proceso, para mantener la documentación a pesar de la dinámica del proceso y de los subsistemas a cargo.</p> <p>Por lo anterior, esta acción es evaluada como efectiva y puede ser cerrada en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE.</p> |

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|---|---|
| | implementación del SGSST (...) b. El documento DU-AC-04 Programa de Inspecciones planeadas SST, no se encuentra identificado de esta forma a lo largo del encabezado del documento. | | |
| 1513 | 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 (...) | Actualizar el plan de transición y llevar versionamientos Fecha fin: 30/08/2018 | De acuerdo con la verificación realizada a los planes de acción para los SGC, SGA y SGSST, se observó que no se han realizado modificaciones sobre la planeación inicial, permitiendo tener claridad respecto al grado de avance real de las acciones que componen cada plan. |
| 1516 | | Estructurar un lineamiento para gestión de cambios incluido en algún documento del Sistema Integrado de Gestión Fecha fin: 01/12/2018 | Por lo anterior, esta acción es evaluada como efectiva y puede ser cerrada en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE. |
| 1518 | 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 Subsistema de Gestión de Calidad y del Subsistema 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. | Realizar una actividad de sensibilización en aspectos fundamentales del Subsistema de Gestión de Calidad y Ambiental, a través de espacios presenciales en las tres sedes del IDU. Fecha fin: 30/09/2018 | Realizada la auditoría interna al SIG 2019, se evidenció que el personal de los diferentes procesos del IDU, conoce las directrices, generalidades y documentación asociada con los subsistemas de gestión objeto de auditoría, evidenciando la efectividad de las acciones tomadas, razón por la cual pueden ser cerradas en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE. |
| 1519 | | Medir el grado de entendimiento de aspectos básicos de la sensibilización impartida. Fecha fin: 30/09/2018 | |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|--|
| 1520 | 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 (...) | <p>Actualizar los documentos identificados con necesidad de ajustes de acuerdo con la hoja de cálculo adjunta, Documentos_por_actualizar.</p> <p>Fecha fin: 30/12/2018</p> | <p>En desarrollo de esta auditoría se evidenciaron entre otras las siguientes situaciones relacionadas con la creación, actualización y control de información documentada de los procesos del IDU, relacionados en el informe de cada proceso, que demuestran la recurrencia del hallazgo, por lo cual, esta acción debe ser cancelada, entendiendo que no ha sido efectiva:</p> <p>a. En el proceso de Innovación y Gestión del Conocimiento, se evidenció que el procedimiento PRIC04 investigación y desarrollo de los sistemas de movilidad y espacio público V2.0 del 2014, registra información que no está actualizada, considerando aspectos relacionados en el informe correspondiente.</p> <p>b. En el proceso de Gestión Documental, se evidenció que en el procedimiento PR-DO-08 "Ingreso Información Puesta al Servicio Sistemas Gestión Centro Documentación", se mencionan documentos que han sido derogados, como se puede evidenciar en el numeral 1.2.1.28 del mismo proceso, donde se menciona el manual MG-E0-01 "Manual Interventoría y Supervisión de Contratos", el cual fue derogado el 3/04/2017.</p> <p>c. En el proceso de Evaluación y Control, se evidenció que no se usa el documento FO-EC-89 Informe de Gestión por Proceso e Indicadores V1, vigente en la intranet, para la presentación de informes de gestión basado en indicadores de los diferentes procesos.</p> <p>d. En el proceso de Mejoramiento Continuo, se evidenció que el documento PRMC03 Revisión por la Dirección, se encuentra publicado en la intranet en dos versiones diferentes (versión 4.0 y 7.0).</p> |
| 1521 | | <p>Implementar el SID para la gestión de los documentos del SIG.</p> <p>Fecha fin: 30/11/2018</p> | |
| 1627 | No se evidenció firma del representante legal de la revisión anual realizada a la | Ajustar el procedimiento de Revisión por la dirección para dejar | Esta acción fue cumplida según lo planeado y adicionalmente como parte de esta auditoría se evaluó la |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| | Política del SGSST, tal y como lo solicita la Resolución 1111 de 2017, lo cual puede generar incertidumbre sobre los lineamientos oficiales asociados a la Política del sistema | explicita el chequeo de la política y definir un proceder si se considera ratificada la directriz de SST. Fecha fin: 14/02/2019 | revisión anual realizada a la Política (Directriz) del SGSST, la cual se ha realizado en cumplimiento del procedimiento, razón por la cual es declarada como efectiva y se recomienda su cierre en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE. |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE. Elaboración propia equipo auditor

Riesgos de Gestión del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de gestión, se observó que el proceso cuenta con 2 riesgos, clasificados en nivel de riesgo inherente “Moderado” y riesgo residual “Inferior”, encontrando:

- **G.AC.01. Fallas en la estructura o de algunos componentes del Sistema Integrado de Gestión.** Este riesgo cuenta con 8 controles, los cuales se están implementado según lo definido. Según el seguimiento cuatrimestral realizado no se reportó materialización del mismo; no obstante, al indagar a los responsables del proceso, acerca de dicho seguimiento, no se obtuvo evidencia que permitiera constatar el mismo,
- **G.AC.03. Accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.** Este riesgo cuenta con 10 controles, para los cuales se evidenció adecuada implementación según lo definido. Por su parte, según el seguimiento cuatrimestral realizado, no se reportó materialización del mismo; no obstante, en desarrollo de la auditoría se evidenció que para la vigencia 2019, se han presentado 19 Accidentes de Trabajo, lo cual indica materialización del riesgo, sin reporte del hecho a la Oficina Asesora de Planeación, aun cuando se ha realizado el reporte e investigación correspondiente de los mismos.

Riesgos de Corrupción del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de Corrupción, se observó que el proceso cuenta con 1 riesgo, clasificado en nivel de riesgo inherente y residual “Bajo”, así:

- **C.AC.01. Omitir responsabilidades, manipular controles, procedimientos y documentos del SIG a través del uso indebido del poder para beneficiar a un tercero.** De acuerdo con el seguimiento a riesgos de corrupción realizado por la OCI en mayo de 2019 y según el monitoreo cuatrimestral realizado por la dependencia, el riesgo no se ha materializado, encontrándose evidencias de la implementación de los controles. Por su parte, el numeral 3.1.3 de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, define “Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico (...)”, siendo necesario revisar la calificación del riesgo, clasificado en nivel de riesgo inherente y residual “Inferior”.

Riesgos de Seguridad de la Información del proceso. Al verificar la Matriz de riesgos de Seguridad de la Información, se observó que el proceso cuenta con 1 riesgo, clasificado en nivel de riesgo inherente y residual “Inferior”, así:

- **Riesgo I.AC.04. Divulgación o sustracción de información confidencial asociada a SST del personal del IDU.** De acuerdo con el monitoreo cuatrimestral realizado por la

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



dependencia, el riesgo no se ha materializado, encontrándose evidencias de la implementación de los controles.

No obstante, los controles N° 1 y 2, hacen alusión a la Guía de Elaboración y Formalización de Documentos y al procedimiento Control de Documentos, cuyo nombre ha sido modificado por Guía de Documentación MIPG-SIG y procedimiento de Información documentada, respectivamente, por lo que se requiere su actualización.

Control de salidas no conformes: Este control se encuentra a cargo de este proceso; no obstante, en la caracterización de éste, no se hace mención al respecto, por lo que es un aspecto adicional que debe tenerse en cuenta para el ajuste de dicho documento.

Se realizó verificación del reporte realizado por los procesos críticos, en formato FO-AC-12 Registro de Salidas No Conformes SNC, de acuerdo con el Plan de Calidad definido principalmente para los procesos misionales, según el procedimiento PR-AC-05 Salidas No Conformes, encontrando que a través de Google Drive han sido reportados 391 NC detectadas para el componente de Calidad, de las cuales han sido tratadas 387, siendo los procesos de Conservación de la Infraestructura y Factibilidad de Proyectos, los que más Salidas No Conformes han detectado, con 163 y 119 SNC respectivamente. Por su parte, para el componente Ambiental, han sido reportadas y tratadas 35 SNC, siendo el proceso de Ejecución de Obras el que más Salidas No Conformes ha detectado (19 SNC).

Por su parte, se indagó acerca del Consolidado de información de salidas no conformes, encontrando que desde la OAP, se lleva el control de las SNC reportadas por cada proceso, con base en las cuales se llevan estadísticas, en cumplimiento de lo definido en el numeral 1.6.14 del PR-AC-05 Procedimiento de Salidas No Conformes, que define: *“La OAP consolida la información y prepara un informe de salidas no conformes. el informe estará disponible para la consulta de la información en los medios más convenientes definidos por la Entidad”*, siendo el medio conveniente y definido por la OAP el Google Drive, según correo remitido a todas las dependencias desde el 01/08/2019.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

De manera transversal fueron verificados aspectos relacionados con los subsistemas de gestión, que conforman el Sistema Integrado de Gestión SIG, como parte de los criterios definidos para la auditoría, evidenciándose lo siguiente:

Subsistema de Gestión de Calidad: Verificada la información documentada del proceso, se evidenció que la caracterización debe ser actualizada, según lo indicado como parte de la revisión de las actividades críticas descritas anteriormente.

Se identificó actualización del normograma del proceso, realizada mediante correos electrónicos del 21/03/2019 y 18/07/2019, remitido a la Subdirección General Jurídica SGJ; en cumplimiento de la Política Operacional del procedimiento PR-GL-04 Actualización y evaluación del normograma institucional.

Subsistema de Gestión Ambiental: Se evidenció que cada proceso cuenta con la FO-AC-23 Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales, documentada en la vigencia 2018, con base en la

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

cual de manera transversal para todos los procesos objeto de auditoría interna al SIG, se verificó su apropiación por parte del personal del proceso, encontrando que en general, el personal demuestra conciencia respecto al uso de papel, recursos eléctricos asignados y ubicación de la matriz en la intranet.

Revisados los aspectos e impactos ambientales de cada proceso, se evidenció que en la Matriz del proceso de Gestión de Valorización y Financiación, no se han incluido aspectos e impactos ambientales, asociados a la nueva sede de la Calle 17.

Por su parte, según la información del proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, cargada en mapa de procesos en intranet, se evidenciaron dos matrices de aspectos e impactos ambientales, la primera en versión 2.0 y la segunda en versión 1.0., según como se puede ver en la siguiente imagen:



[FOTI03_ACTIVOS_DE_INFORMACION_GestionAmbientaCalidadSISO_2015.xlsx](#)
[FOTI03_MATRIZ_DE_ACTIVOS_DE_INFORMACION_GestionAmb-Cal-SST_2016.xlsx](#)
[MAL_AMBIENTAL_CALIDAD_SST.pdf](#)
[MATRIZ_ACTIVOS_DE_INFORMACION_Gestion_Ambiental_Calidad_SST_2017.xlsx](#)
[MATRIZ_DE_ACTIVOS_DE_INFORMACION_GESTION_AMBIENTAL_CALIDAD_SST_2019.xlsx](#)
[MATRIZ_DE_ASPECTOS_E_IMPACTOS_AMBIENTALES_V_1.0.xlsx](#)
[MATRIZ_PELIGROS_&_RIESGOS_IDU_abril_2019.xlsm](#)
[RENDICION_DE_CUENTAS_DE_SST_2019-22-02.xlsx](#)
[RESOLUCION_No_4509_DEL_26-09-2018-COMITE_DE_CONVIVENCIA_LABORAL_2018-2020.pdf](#)

Igual situación, se presentó con el proceso de Conservación de la Infraestructura, generando confusión respecto a la Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales aplicable.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Según la Matriz de Riesgos y Peligros por proceso, recientemente actualizada “con la participación de toda la Gente IDU a través de la encuesta de identificación de peligros enviada el 12 de marzo de 2019”, como consta en la misma, de acuerdo con los grupos de exposición (GES) aplicables para cada proceso del Instituto se realizó la verificación de entendimiento y aplicación, encontrando que en términos generales el personal conoce los riesgos y peligros asociados a sus funciones o actividades, aunque se hace necesario fortalecer el entendimiento de los mismos, según los grupos GES.

Para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, se incluyen riesgos para los Grupos de Exposición Similar 1 y 6; sin embargo, para el GES 6, no se incluye riesgos de condiciones de seguridad - locativo, debido a las labores de acompañamiento a las áreas ejecutoras en el seguimiento de convenios y visitas de obra de profesionales, contratistas y subdirectores generales, por lo que es necesario asegurar que la matriz involucre la totalidad de riesgos y peligros en desarrollo de los procesos.

Por su parte, al indagar acerca de los accidentes de trabajo AT, como se mencionó anteriormente, se evidenció que para la vigencia 2019, se han presentado 19 Accidentes de Trabajo, los cuales se han presentado en mayor medida en desarrollo de eventos deportivos, caídas a nivel y golpes

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

con objetos. Según verificación aleatoria, se evidenció dichos accidentes han sido reportados e investigados oportunamente, esto es, dentro de los quince (15) días siguientes a su ocurrencia, encontrando que para la vigencia 2019, este aspecto ha mejorado, en comparación con la evaluación realizada en 2018.

Así mismo, para cada AT, se evidenció la adecuada toma de acciones, entre las que se encuentra la implementación de lecciones aprendidas, las cuales son divulgadas tras el hecho sucedido y cargadas en intranet, para conocimiento de la Gente IDU, según como se puede ver a continuación:

Tabla 3. Verificación de Accidentes de trabajo 2019

| Fecha AT | Fecha investigación | Tipo de AT | Acciones |
|------------|---------------------|---|---|
| 05/02/2019 | 12/02/2019 | Corte en mano con bisturí | Recomendaciones de seguridad para uso de elementos de oficina |
| 29/03/2019 | 10/04/2019 | Esguince en actividad deportiva | Lección aprendida (Acta 08/05/2019) |
| 19/05/2019 | 30/05/2019 | Torcedura en mano partido baloncesto | Lección aprendida Intranet junio 2019) |
| 28/05/2019 | 06/06/2019 | Golpe contra vidrio de escritorio tras estornudo | Lección aprendida y gestión para cambio de divisiones en vidrio en la nueva sede de la Calle 17 |
| 20/06/2019 | 03/07/2019 | Golpe con rejilla en la cabeza durante desplazamiento entre sedes | Lección aprendida (Intranet) |

Fuente: STRH. Elaboración propia equipo auditor

Adicionalmente, se evidenció que para la vigencia 2019, se ha realizado la gestión con el personal conductor, para reporte de incidentes, los cuales están realizando los reportes correspondientes y con base en los cuales se gestionan actividades con el proceso de Gestión de Recursos Físicos o quien corresponda, para dar tratamiento a las situaciones evidenciadas.

En cuanto a los aspectos relacionados con el Plan de Emergencias, se identificó que como parte del Plan de Trabajo Anual en SST, formalizado mediante Resolución 006281 de 2018, se proyectó “Actualizar y divulgar el Plan para la prevención y atención de emergencias de las diferentes sedes del Instituto”, para junio/2019, informando que esta actividad fue realizada de manera previa, ante lo cual se verificó el PL-AC-01 Prevención, preparación y respuesta ante emergencias, aprobado en versión 6.0 del 12/04/2019. Sin embargo; al verificar la inclusión del plan de evacuación para la nueva sede de Valorización ubicada en la Calle 17, se evidenció que no fue incluida, aun cuando desde finales de febrero se inició el traslado a dicha sede.

Con base en lo anterior, se verificó el proceso de Planificación y Gestión del Cambio realizado como base para la instalación y puesta en marcha de la nueva sede de la Calle 17, encontrando memorando 20195260092653 del 24/04/2019, cuya referencia es: “Informe traslado de funcionarios para activación procedimiento gestión del cambio” y adicionalmente, acta de mesa de trabajo de Gestión del Cambio del 10/05/2019, desarrollada según lo definido en el numeral 1.7.5 del PR-AC-09 Gestión del Cambio en Seguridad y Salud en el Trabajo, actualizado el 28/03/2019; no obstante, las fechas mencionadas son posteriores a la instalación y operación de

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



la nueva sede, contraviniendo lo definido en el numeral 1.7.3 del procedimiento, que indica: *“Las dependencias que proyecten generar un cambio deberán informarlo mediante memorando a la SGGC, en un lapso no mayor a quince (15) días hábiles antes de efectuarlo”.*

Por su parte, realizada la auditoría al proceso de Gestión de Valorización y Financiación, se evidenciaron en la nueva sede de la Calle 17, varios aspectos que pueden llegar a afectar las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, descritas en los resultados de auditoría de cada proceso y resumidas a continuación:

- En los pisos de esta sede, no se cuenta con camillas ni inmovilizadores en caso de una emergencia.
- No se han realizado pruebas de alarma.
- No se cuenta con señalización de evacuación, solo se evidenció una señal de ruta de evacuación ubicada en el primer piso.
- No se conoce cuál es el punto de encuentro en caso de una emergencia.
- Se cuenta con un solo botiquín ubicado en el segundo piso del edificio.
- Los cables de los equipos de cómputo, no se encuentran debidamente organizados y asegurados.
- Las sustancias químicas almacenadas, no se encuentran envasadas en recipientes originales o debidamente etiquetados.

Lo anterior, permite evidenciar falencias en la implementación y el control de los cambios temporales y permanentes que tienen un impacto en el desempeño del SST del Instituto.

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: Este componente fue verificado con el Gestor de Información designado para la Subdirección General de Gestión Corporativa SGGC, donde se encuentra el profesional responsable del diseño del SGSST; para la Subdirección Técnica de Recursos Humanos STRH, donde se encuentran las profesionales encargadas de la operatividad del SGSST y para la Oficina Asesora de Planeación OAP, en donde se encuentran los profesionales a cargo del SGC y el SGA.

Al verificar los controles y actividades que realiza el proceso para respaldar la información crítica y sensible de su gestión, se evidenció, por una parte, que el componente de SST cuenta con una carpeta compartida gestionada desde la STRH, mediante la cual se salvaguarda la documentación producto de su gestión; sin embargo, no existe evidencia de solicitud de copia de seguridad realizada por el proceso, la cual, en todo caso, se realiza sobre la carpeta compartida asignada al mismo.

Respecto a los activos de Información del proceso, se verificó de acuerdo con la información reportada en el módulo SGSI del sistema de información CHIE, la actualización realizada en mayo/2019; no obstante, al verificar los activos de información del personal y su estado de aprobación, se evidenció:

- Los activos de información del profesional responsable del diseño del SGSST en la SGGC, quien ingresó al instituto desde mediados de julio/2019, fueron actualizados y aprobados el 22/07/2019, un día antes de anunciada y realizada la auditoría.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- Los activos de información del profesional que fue responsable del diseño del SGSST en la SGGC, hasta mediados de julio/2019, se encuentran en estado “de baja”.
- Los activos de información de las profesionales encargadas de la operatividad del SGSST en la STRH, se encuentran actualizados, en estado “Aprobado” y son coherentes con la naturaleza del activo (físico y lógico).
- Los activos de información del profesional a cargo del SGC, se encuentran en estado “Arqueo” desde el 27/05/2019, sin soporte de la actualización del inventario en mención.
- Los activos de información del profesional a cargo del SGA, se encuentran actualizados y en estado “Aprobado”.

Finalmente, respecto a la cláusula de confidencialidad, inicialmente fue verificado el contrato IDU-1289-2019 cuyo objeto es: *“Prestación de servicios para la formación de auditores internos en el estándar de gestión de seguridad y salud en el trabajo SST ISO 45001 en el marco de la norma ISO 19011:2018”*, sin encontrar cláusula de confidencialidad suscrita por parte del proveedor.

En vista de lo anterior, se solicitó el contrato IDU-1365-2019, cuyo objeto es: *“Prestación de servicios para la formación de auditores internos integrales con enfoque en las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 27001:2013 E ISO 22301:2012”*, para el cual tampoco se encontró cláusula de confidencialidad.

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Mediante correo electrónico del 21/08/2019, 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 26/08/2019 y dentro del término previsto para el efecto, el proceso evaluado remitió observaciones sobre el mismo. A continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

La Oficina Asesora de Planeación, realizó la siguiente observación para la No Conformidad N° 2: *“Las Matrices de Aspectos e Impactos Ambientales, se han elaborado por procesos y no por sedes, por lo que el Proceso de Valorización que es el que opera en la sede Calle 17 si cuenta con matriz de aspectos e impactos ambientales. Por lo que se solicita retirar este hallazgo”*.

Al respecto, el equipo auditor realizó la verificación correspondiente, encontrando que si bien la matriz de aspectos e impactos ambientales se encuentra documentada por proceso, revisada la matriz correspondiente al proceso de Gestión de Valorización y Financiación, se encontró que en la sexta columna denominada *“Ubicación”*, no ha sido incluida la nueva sede de la Calle 17, donde se encuentra ubicado el personal del proceso desde marzo de 2019, únicamente se hace referencia a *“Calle 22, Calle 20, CADE, SUPERCADES y Obras IDU”*.

Así mismo, por mencionar otras situaciones, se evidenció que la matriz del proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, no cuenta con identificación de aspectos e impactos ambientales, para la sede de la Calle 17 en cuestión, donde la OTC cuenta con un equipo de trabajo.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Por lo anterior, la No Conformidad N° 2 se mantiene, entendiéndose que de acuerdo con los requisitos de la NTC ISO 14001:2015, cuando se identifican Aspectos ambientales, se debe tener en cuenta los cambios y las actividades, productos y servicios nuevos o modificados, que puedan generar afectación o impacto sobre el Sistema de Gestión Ambiental, para el caso particular, el cambio generado por la nueva sede en la que opera el proceso de Valorización y Financiación.

Por otra parte, según memorando 20195160258233 de 26/08/2019, remitido por la Subdirección Técnica de Recursos Humanos, se presentó “objeción parcial” frente a la No Conformidad N° 3, respecto a la evidencia de auditoría, relacionada con la suficiencia de camillas, inmovilizadores y botiquines y conocimiento del punto de encuentro en caso de una emergencia.

Al respecto, el equipo auditor mantiene la No Conformidad N° 3, declarada como “*No se evidenció gestión del cambio en SST, asociado a la nueva sede de la Calle 17*”, entendiéndose que cualquier acción tomada frente a las evidencias de auditoría que soportan la No Conformidad, corresponde a correcciones inmediatas; sin embargo, el plan de mejoramiento debe ser formulado incluyendo adicionalmente, las acciones correctivas necesarias para que, frente a futuros cambios, en la ubicación de los lugares de trabajo, las condiciones laborales, procesos o servicios, entre otras, se realice una adecuada planificación, asegurando una mínima afectación en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Es importante resaltar, que según memorando 20171350312233 de 27/12/2017 con asunto “*Informe de Auditoría Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST*”, esta situación fue establecida por la OCI como una observación O1, toda vez que “*Se evidenció que los responsables de SST, realizaron inspección a las instalaciones de la Calle 17, cuando éstas ya habían sido arrendadas, por lo que no se evaluaron de manera previa los impactos en SST de este cambio interno, de acuerdo con lo definido en el procedimiento de Gestión del Cambio*”, encontrando que esta situación, ha sido reiterativa tanto para la sede de Predial de la Calle 17 y la nueva sede de Valorización, razón por la cual, para esta ocasión, fue declarada como No Conformidad, puesto que el componente de Gestión del Cambio hace parte de los principales aspectos contenidos en la NTC ISO 45001:2018.

3.15.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|--|--|
| NC1 | MG-PE-18 Manual de Administración del Riesgo. 6.7 Gestión de Eventos de Riesgos Materializados (ERM): “ <i>Las dependencias deberán reportar a la OAP los eventos de riesgo ocurridos en el formato de la matriz de riesgos que corresponda y específicamente en la sección de seguimiento. El reporte de seguimiento tendrá una periodicidad igual al seguimiento que se realiza para los riesgos de corrupción. Las dependencias deberán reportar a otras partes interesadas según corresponda, por ejemplo, a las áreas de</i> | No Conformidad N° 1. Se evidenció materialización del riesgo G.AC.03, sin reporte a la Oficina Asesora de Planeación OAP Se evidenció materialización del riesgo G.AC.03 “ <i>Accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales</i> ”, sin reporte de materialización a la Oficina Asesora de Planeación, según monitoreo cuatrimestral realizado el 02/05/2019, incumpliendo lo definido en el numeral 6.7 del Manual de Administración del Riesgo y lo establecido en el numeral 6.1.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede generar incertidumbre |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|--|---|
| | <p><i>control disciplinario, o entes de control externos”.</i></p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. <i>“La organización debe planificar:</i></p> <p><i>a) Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;</i></p> <p><i>b) La manera de: 1. Integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad y 2. Evaluar la eficacia de estas acciones”.</i></p> | <p>respecto a la información real de eventos materializados a nivel organizacional.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 14001:2015. Sistemas de Gestión Ambiental</p> <p>6.1.2 Aspectos ambientales: <i>“Dentro del alcance definido del Subsistema de Gestión Ambiental, la organización debe determinar los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida.</i></p> <p><i>Cuando se determinan los aspectos ambientales, la organización debe tener en cuenta:</i></p> <p><i>a) los cambios, incluidos los desarrollos nuevos o planificados, y las actividades, productos y servicios nuevos o modificados (...)</i>”</p> | <p>No conformidad N° 2. No se evidenció identificación de aspectos e impactos ambientales, asociados a la nueva sede de la Calle 17.</p> <p>Se evidenció que no se han identificado aspectos e impactos ambientales, asociados a la nueva sede de la Calle 17, en la matriz FO-AC-23 “Matriz de aspectos e impactos ambientales” del proceso de Gestión de Valorización y Financiación, incumpliendo lo definido en el numeral 6.1.2 de la NTC ISO 14001:2015, lo cual puede incrementar la posibilidad de que condiciones ambientales no controladas afecten el normal desempeño de las actividades que se ejecutan en esta sede.</p> |
| NC3 | <p>NTC ISO 45001:2018. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>8.1.3 Gestión del Cambio: <i>“La organización debe establecer uno o varios procesos para la implementación y el control de los cambios temporales y permanentes que tienen un impacto en el desempeño del SST, incluyendo:</i></p> <p><i>a) Los nuevos productos, servicios y procesos o los cambios en los mismos, incluyendo: → Las ubicaciones de los lugares de trabajo y sus alrededores; → La organización del trabajo; → Las</i></p> | <p>No conformidad N° 3: No se evidenció gestión del cambio en SST, asociado a la nueva sede de la Calle 17.</p> <p>No se evidenció implementación y control del cambio asociado a la nueva sede de la Calle 17, cuya instalación y puesta en marcha inició desde febrero/2019, encontrando diferentes condiciones e impactos en Seguridad y Salud en el Trabajo, incumpliendo el PR-AC-09 Gestión del Cambio en Seguridad y Salud en el Trabajo, además de lo definido en el numeral 8.1.3 Gestión del Cambio de la NTC ISO 45001:2018, lo cual puede afectar la adecuada gestión de riesgos asociados a cambios internos</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|--|---|
| | <p><i>condiciones de trabajo; → Los equipos; → La fuerza de trabajo (...)</i></p> <p>PR-AC-09 Gestión del Cambio en Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <p>1.6. Política Operacional: “(...) 2. Este procedimiento se aplicará por lo menos a los siguientes casos: * Cambios en la estructura física de las instalaciones o infraestructura del edificio. * Adecuación de nuevas sedes y sedes existentes. * Traslados de la operación a otra ubicación o sede (...).”</p> <p>1.7.5. Realizar Mesa de trabajo del equipo gestión de cambios. “En mesa de trabajo el equipo analiza el cambio, establece su impacto sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo y determina las acciones aplicables de acuerdo con los impactos previsibles. Si el cambio lo amerita, deberán establecerse acciones para asegurar la integridad del SGSST. Las acciones de forma puntual pueden considerar la actualización de uno o varios mecanismos vigentes en el SGSST”.</p> | <p>realizados, que puedan generar impacto sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>Lo anterior, se pudo establecer, entre otras por las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evidenció memorando 20195260092653 del 24/04/2019, informando el traslado de funcionarios y acta de mesa de trabajo de Gestión del Cambio del 10/05/2019, las dos actividades realizadas de manera posterior a la instalación y puesta en marcha de la nueva sede. • Verificado el PL-AC-01 Prevención, preparación y respuesta ante emergencias, aprobado en V6.0 del 12/04/2019, se evidenció que no fue incluido el plan de evacuación para la nueva sede de Valorización ubicada en la Calle 17, aun cuando desde finales de febrero se inició el traslado de personal a la misma. • En los pisos de esta sede, no se cuenta con camillas ni inmovilizadores en caso de una emergencia. • No se han realizado pruebas de alarma. • No se cuenta con señalización de evacuación, sólo se evidenció una señal de ruta de evacuación ubicada en el primer piso. • No se conoce cuál es el punto de encuentro en caso de una emergencia. • Se cuenta con un solo botiquín ubicado en el segundo piso del edificio. |
| NC4 | <p>DU-TI-05 Declaración de Aplicabilidad para seguridad de la Información IDU</p> <p>Subdominio A.13.2 Transferencia de Información. Control Actual A.13.2.4 Acuerdos de Confidencialidad o de NO divulgación</p> <p>Evidencia o registro: FO-TI-04 Formato Acuerdo de confidencialidad con terceros</p> <p>“Se adopta este control, puesto que se debe identificar, revisar y documentar los requisitos para los acuerdos de confidencialidad o no divulgación que</p> | <p>No conformidad N° 4. No se suscribieron Acuerdos de Confidencialidad en los contratos IDU-1289-2019 y IDU-1365-2019</p> <p>Se evidenció que en los contratos IDU-1289-2019 cuyo objeto es: “Prestación de servicios para la formación de auditores internos en el estándar de gestión de seguridad y salud en el trabajo SST ISO 45001 en el marco de la norma ISO 19011:2018” y el IDU-1365-2019, cuyo objeto es: “Prestación de servicios para la formación de auditores internos integrales con enfoque en las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 27001:2013 e ISO 22301:2012”, no se suscribieron acuerdos de confidencialidad con terceros, ni se incluyeron cláusulas de confidencialidad en los contratos,</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|---|--|
| | <i>reflejen las necesidades de la organización para la protección de la Información”.</i> | incumpliendo las políticas de control para la Seguridad de la Información, definidas en el artículo décimo de la Resolución Interna 34217 de 2015, además de lo definido en el control A.13.2.4 del DU-TI-05 Declaración de Aplicabilidad para seguridad de la Información IDU, lo cual podría generar uso indebido o divulgación no autorizada de la información del Instituto. |
| NC5 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad</p> <p>10.2.1 “<i>Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</i> (...) <i>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</i>”.</p> <p>PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.</p> <p>1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento: “<i>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</i>”.</p> | <p>No conformidad N° 5: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas.</p> <p>Se evidenció que la acciones con código 1117, 1520 y 1521, no fueron efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, las desviaciones asociadas han sido recurrentes, incumpliendo lo definido en el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015 y en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PR-MC-01, situación que puede generar que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen y afecten en mayor medida el desempeño del proceso.</p> <p>Los hallazgos de las acciones en mención, se encuentran relacionados con falencias encontradas en la Matriz de Requisitos vs procesos y con falta de control y actualización de la información documentada de los procesos del IDU.</p> |

3.16 PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

El equipo auditor presenta los resultados de acuerdo con cada una de las actividades críticas establecidas para efectuar la verificación.

Para iniciar, se destaca la buena disposición por parte del personal entrevistado para atender la auditoria y proporcionar la información solicitada tanto en entrevista como por medio físico y electrónico.

Actividad crítica N° 1: “Planear los Servicios de la Entidad y sus Dependencias con Base en las Necesidades Identificadas”:

De acuerdo con los productos que se encuentran descritos en la Caracterización del proceso para esta actividad crítica, se establecieron como productos a verificar el Plan de Adquisiciones de Bienes y/o Servicios, el Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones del

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



IDU, el Plan de Seguridad Vial y Vigilancia y el Plan del Parque Automotor. Lo anterior teniendo en cuenta que los productos: Plan de acción PIGA y el Plan de Acción de Seguridad y Salud en el Trabajo, fueron verificados desde el marco de la auditoría SIG, efectuada al proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST.

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se desarrolla la revisión realizada para la planeación de esta actividad crítica a través de la evidencia de la existencia de los productos seleccionados.

- **Plan de Adquisición de Bienes y/o Servicios.** Se observó que el área inicia todo su proceso de planeación antes de comenzar cada año, cuando se establece el Plan Anual de Adquisiciones, donde se plasman las necesidades de la entidad y con este el proceso establece sus actividades para dar cumplimiento y establecer las tareas a ejecutar durante el año. Este plan se evidenció publicado en el SECOP.
- **Plan de mantenimiento de las instalaciones del IDU,** se evidenció que actualmente el proceso cuenta con un plan de mantenimiento de nombre “*Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo Instalaciones Locativas en Sedes del Instituto de Desarrollo Urbano Vigencia 2019*”, al respecto es de resaltar que un plan de mantenimiento, como su nombre lo indica debe tener la planeación de lo que se va hacer, en este caso de manera preventiva, para asegurar el adecuado funcionamiento de los equipos e instalaciones, por lo tanto, no es posible describir en este los mantenimientos correctivos a realizar, toda vez que estos responden a fallas de operación no programadas.
- **Plan de Seguridad Vial y Vigilancia,** durante la verificación realizada se observó que en la intranet se encuentra publicado el Plan Estratégico de Seguridad Vial 2018-2019, en su versión 2, cuyo objetivo es formular y establecer políticas para todo el personal del Instituto en materia de seguridad vial.
- **Plan de Mantenimiento del Parque Automotor.** Durante la verificación realizada se observó que el proceso cuenta con un plan de mantenimiento identificado como “*Plan de mantenimiento del parque automotor del Instituto de Desarrollo Urbano*”, con el cual se busca que el mantenimiento básico, que corresponde a los cambios de aceite, de batería, de llantas, a la revisión del sistema de frenos, de embragues, refrigeración, transmisión, suspensión, eléctrico, del chasis y del sistema de escape, se efectúe de manera adecuada y oportuna.

En conclusión, se pudo establecer en la auditoría que el proceso realiza planeación de sus actividades, lo cual es una fortaleza y se evidencia a través de los planes establecidos por el proceso.

Actividad crítica N° 3: “Ejecutar las Acciones Programadas, Administrar los Recursos Físicos Contratados y Proporcionar los Bienes y Servicios Internos”:

Para esta actividad crítica, se realizó revisión a la ejecución, según lo establecido en los planes verificados en la actividad crítica 1, para lo cual se evidenció:

- **Plan de Adquisición de Bienes y/o Servicios.** Al realizar verificación a la ejecución del Plan de Adquisiciones, se observó que los apoyos a la supervisión, efectúan constantemente actividades para asegurar su cumplimiento y así lograr la satisfacción de las necesidades del

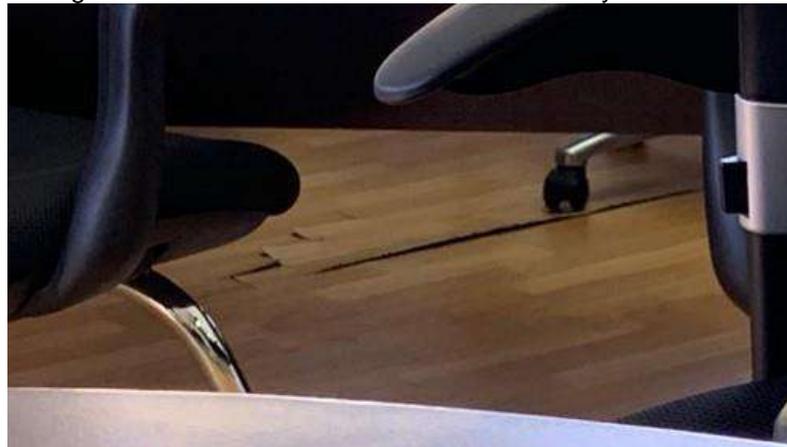
| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Instituto; aunque, actualmente se evidencian demoras en la contratación de servicios, como por ejemplo el de papelería y el de ferretería.

- **Plan de mantenimiento de las instalaciones del IDU.** En el seguimiento realizado al cumplimiento de las actividades programadas en este plan, se evidenció que con corte al 19/07/2019, 4 actividades (Nº 2, 8, 13 y 20) de las 20 programadas, han presentado demoras en una y máximo dos semanas, para las cuales se recomienda evaluar cuál es la causa de su demora y tomar las medidas necesarias para evitar que se siga presentando, teniendo en cuenta que algunas de éstas, se deben desarrollar periódicamente. Las demás actividades se han cumplido de acuerdo con lo programado.

No obstante, aunque se esté cumpliendo con el plan, es importante mencionar que se evidenció que en la sede de la calle 22 en los pisos 3 en la oficina del jefe de Diseño de Proyectos, en el piso 10 en la oficina del Jefe de la Oficina de Comunicaciones y en módulos de trabajo N° 55, 71 y 74 de la STRT, el piso se encuentra levantado, tal y como se observa en los siguientes registros fotográficos:

Imagen 1: Piso Laminado Oficina Gestión de Proyectos.



Fuente: Foto tomada por el equipo auditor del proceso de Diseño de Proyectos

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Imagen 2: Piso Laminado Oficina de Comunicaciones.



Fuente: Foto tomada por el equipo auditor del proceso de Comunicaciones

Imagen 3: Piso Laminado módulos de trabajo N° 55, 71 y 74 STRT.



Fuente: Foto Tomada por el equipo auditor del Proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Imagen 4: Piso Laminado módulos de trabajo N° 55, 71 y 74 STRT.



Fuente: Foto Tomada por el equipo auditor del Proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación

Por otra parte, en visita realizada a la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos STRT, se observó un vidrio de fachada roto, para el cual el funcionario cuyo módulo de trabajo se ubica al frente, ha solicitado el correspondiente cambio sin haberse realizado el correspondiente reemplazo.

Imagen 5: Vidrio de fachada roto STRT.



Fuente: Foto Tomada por el equipo auditor del Proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación

Al respecto, es importante mencionar que revisado el documento “Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo Instalaciones Locativas en sedes del Instituto de Desarrollo Urbano

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Vigencia 2019”, no se observó plan de tratamiento alguno respecto al levantamiento del piso laminado o cambio de vidrios en la calle 22.

Por lo tanto, se debe realizar una valoración general, teniendo en cuenta que esto se puede estar presentando por falta de mantenimiento preventivo y si no es así, se debe hacer un mantenimiento correctivo lo más pronto posible, teniendo en cuenta que esto puede generar accidentes laborales.

- **Plan de Mantenimiento del Parque Automotor:** En el seguimiento realizado al cumplimiento de las actividades programadas en este plan, se evidenció que con corte al 19/07/2019, éstas se han cumplido en su totalidad.

Por otro lado, se realizó seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el procedimiento PR-RF-01 “Procedimiento De Mantenimiento Preventivo Y Correctivo” de 2014, cuyo alcance es: “*Actividades de aplicación para los vehículos del Instituto de Desarrollo Urbano*”, con base en el cual se revisó el caso de falla del vehículo de placas OBH 596 del 17/06/2019, evidenciando el correo donde se piden los servicios al contratista, la orden de servicios N°. 5 de la misma fecha donde se identifica la falla y los repuestos y mano de obra requerida. En esa misma orden de servicios se observó con fecha de 24/06/2019, el concepto del conductor mecánico de la Entidad que señala: “*vehículo arreglado sin dar fe de la originalidad de los repuestos*”.

El numeral 6.13 del procedimiento PR-RF-01, describe: “*Notificar al Conductor-Mecánico. El Supervisor del Contrato de Mantenimiento notifica al funcionario designado como Conductor-Mecánico o quien haga sus veces (el cual será designado por el Subdirector Técnico de Recursos Físicos) quien deberá desplazarse (cuando se requiriera) al sitio donde se ubica el vehículo, para realizar una revisión preliminar*”. Al efectuar entrevista con el supervisor, expresó que actualmente el conductor reporta la falla y debe llamar al seguro para que realicen el envío de la grúa y transportar el vehículo al taller; por lo tanto, el cumplimiento de este procedimiento no se evidenció en el caso analizado, para el cual la revisión del conductor mecánico se da al final, cuando el carro “ya está arreglado”.

Por otro lado, es de considerar el realizar mantenimientos preventivos a mayor profundidad a aquellos vehículos que tienen un kilometraje mayor y que por estadísticas presentan constantemente ingresos al taller porque presentan fallas en sus sistemas durante recorridos y en los parqueaderos del IDU, como ha ocurrido con los vehículos OBH596, OBH609 y OBH622, entre otros.

- **Plan de Seguridad Vial y Vigilancia,** Se verificó que con corte al 12/07/2019 se ha cumplido con las 3 actividades de las 11 que se tenían programadas de enero a julio de 2019.
- **Compras por Caja menor.** Para este producto, se realizó arqueo de caja menor no anunciado, donde se evidenció el registro a través de STONE de las compras realizadas a través de la caja menor, quedando con un saldo de -\$6 por diferencia en los pagos lo cual resulta inmaterial. También se revisó el último cambio de clave de la caja fuerte, el cual se realizó en el mes de julio/2019.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Actividad crítica N° 4: “Analizar el Comportamiento de los servicios prestados mediante los Indicadores de Gestión establecidos”:

Para esta actividad crítica, se realizó revisión de los dos productos que se generan de la ejecución de esta actividad crítica los cuales son los indicadores y los históricos de consumo:

Indicadores de gestión del proceso. Se evidenció que el proceso cuenta con 6 indicadores, de los cuales se realizó seguimiento a 5, teniendo en cuenta que el indicador número 52612, se verifica desde la auditoría al proceso de Gestión Documental, como responsable del mismo.

En la siguiente tabla, se presenta el avance de los indicadores reportados por el proceso con corte al 30/06/2019.

Tabla N° 1: Indicadores Proceso de Gestión de Riesgos Físicos.

| No | NOMBRE INDICADOR | SEMAFORO ACUMULADO A JUNIO |
|-------|---|----------------------------|
| 51520 | Cumplimiento del Plan de Modernización Física | 100,00% |
| 52614 | Telefonía IP implementada | 100,00% |
| 52615 | Inventario de bienes inservibles en bodega IDU depurado | N/A periodo |
| 52616 | Sistematización de las solicitudes de servicio a la STRF, para los módulos de: -Transporte, Mantenimiento locativo, -Almacén e inventarios - Disponibilidad de auditorios. | 100,00% |
| 52617 | Estudio de factibilidad para la reposición parcial del parque automotor | N/A periodo |

Fuente: Cuadro de mando Integral 30/06/2019.

De acuerdo con el seguimiento a la formulación de indicadores que la OCI realizó en febrero de 2019, se evidenció que el Proceso adoptó las recomendaciones realizadas, en cuanto al ajuste de las fórmulas de los indicadores en concordancia con los nombres de los mismos.

Histórico de consumos de bienes y estadísticas de los servicios prestados así como informes de administración de recurso logísticos.

Se evidenció que actualmente el proceso tiene seguimientos históricos de los consumos de agua y luz, los cuales se reportan para el seguimiento al PIGA. También cuentan con el seguimiento al número de ingresos y los costos uso del taller contratado para el mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos e igualmente se evidenció histórico del consumo de papel, cumpliendo así con el producto establecido para esta actividad.

Actividad crítica N° 6: “Evaluar el Desempeño del Proceso e Identificar Oportunidades de Mejora”:

De acuerdo con los productos que se encuentran descritos en la Caracterización del proceso para esta actividad crítica, se estableció como productos a verificar: la matriz institucional de riesgos de gestión, las acciones correctivas, acciones preventivas y oportunidades de mejora y los planes de mejoramiento. No se realizó revisión de los riesgos de corrupción, teniendo en cuenta que la OCI efectuó en mayo de 2019, la mismos.

Gestión de riesgos del proceso. Actualmente en la matriz de riesgos publicada en la intranet, el proceso de Gestión de Recursos Físicos cuenta con 10 riesgos de Gestión, 8 de Seguridad de la Información y 7 riesgos de Corrupción.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Teniendo en cuenta que en mayo de 2019, la Oficina de Control Interno efectuó evaluación de diseño y efectividad de los riesgos de corrupción, éstos no fueron evaluados en el marco de la auditoría SIG. Por su parte, los Riesgos de Seguridad de la Información, no fueron evaluados, teniendo en cuenta, que la responsabilidad de los controles definidos, ha sido designada al “*Líder operativo del Sistema de Seguridad de la Información*”, por lo cual dichos controles no han sido apropiados por el proceso de Recursos Físicos. Por lo anterior, teniendo en cuenta las actividades críticas establecidas para esta auditoría, los riesgos que se evaluaron y su resultado, fueron los siguientes:

- **G.RF.03 “*Indisponibilidad de los bienes o servicios a cargo de la STRF por retrasos en la contratación de los mismos*”:**

Respecto a la implementación de los controles y los planes de tratamiento para los riesgos identificados en el proceso con corte a mayo/2019, se observó materialización del mismo, en cuanto al contrato de suministro de elementos de ferretería, para el cual estaba previsto su inicio en abril de 2019, pero se realizó en junio de 2019, por demoras en el proceso de contratación.

Frente a las acciones para abordar el riesgo, la STRF manifestó que cuenta con elementos en el inventario, pero no aparece documentada la acción asociada al control, en la matriz de riesgos del proceso según el monitoreo realizado en mayo/2019, donde se señala además que no se materializó el mismo y tampoco se evidenció plan de tratamiento o mejoramiento al respecto. No obstante, aunque se adelantan acciones de mejora, hace falta su documentación, según lo referenciado anteriormente.

- **G.RF.04 “*Prestación inadecuada del servicio de mantenimiento en las sedes del IDU*”:**

No se evidenció materialización de este riesgo, teniendo en cuenta que se tiene un plan de mantenimiento, el cual en general se está cumpliendo y no se han dejado de atender las solicitudes de mantenimiento realizadas por los demás procesos.

- **G.RF.06 “*Inadecuada prestación del servicio de transporte del IDU*”:**

De acuerdo con el monitoreo realizado por el área, se observó materialización del riesgo, debido a que “*La Dirección Técnica de Administración de Infraestructura presentó una queja con motivo a la puntualidad al inicio de uno de los servicios de transporte. Situación que se corrigió asignando un nuevo conductor de manera inmediata para la atención del requerimiento*”, pero no la toma de acciones correctivas, argumentando: “*Dado que la situación reportada fue corregida de manera inmediata y a que la ocurrencia de este tipo de quejas en el periodo fue mínima comparada con la cantidad de solicitudes de transporte, no se consideró pertinente la formalización de un plan de mejoramiento*”.

En resumen, para los riesgos de gestión, se encontró que teniendo en cuenta la materialización de dos riesgos, los controles asociados no son efectivos y el proceso aún no ha tomado acciones correctivas, para evitar que se presenten nuevamente.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Acciones correctivas, acciones preventivas y oportunidades de mejora. Se indagó acerca de las acciones de mejora tomadas a partir de las oportunidades del proceso, para lo cual se identificaron las oportunidades establecidas para el proceso y las acciones tomadas para aprovechar las mismas, pero no mostraron que éstas sean documentadas según procedimiento y enviadas a la OCI para su consolidación y seguimiento.

Por otro lado, no se observó que el proceso cuente con una herramienta o una actividad que les permita conocer la percepción de su cliente interno y que se pueda realmente conocer las quejas o reclamos presentados por los mismos, para identificar acciones de mejora para el servicio prestado.

Planes de mejoramiento. Para verificar el cumplimiento de esta actividad crítica, se revisó el aplicativo CHIE de planes de mejoramiento. A continuación, se relacionan las acciones sujetas de evaluación y las observaciones respectivas, por parte del equipo auditor:

Tabla N° 2. Evaluación de efectividad de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|---|---|
| 1088 | El riesgo R.RF.03 "Demora en la adjudicación de contratos", a pesar de tener controles asociados, no fueron efectivos, dado que en el contrato para revisión técnico mecánica se venció y demoraron casi 4 meses con vehículos inmovilizados, sin analizar las causas de la demora de la adjudicación, incumpliendo con el numeral 8.5.3 Acciones preventivas de la NTC GP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008, relacionado con "determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia" | Diseñar una herramienta en donde se relacione la información relevante de los procesos de contratación a cargo de la STRF, con la cual se pueda realizar un seguimiento y control a los mismos. | Este riesgo ya no se encuentra identificado en la matriz de riesgos institucionales publicada en la intranet y teniendo en cuenta la revisión realizada al informe preliminar, durante la reunión efectuada el 23/08/2019, se declara la acción como efectiva para su correspondiente cierre en el aplicativo CHIE. |
| 1251 | Se observa uso de formato FO-RF-03 correspondiente a la Hoja de Vida Vehículos, el cual no corresponde al publicado en la intranet. Se observa uso de los formatos FO-RF-02 Entrega y recibo de vehículos del IDU y FO-RF-04 Lista de chequeo pre-operacional condiciones de seguridad, para los cuales no se están firmando según lo solicitado por los mismos. Se observa en la intranet procedimiento 814, Administración del parque de bicicletas el cual se encuentra desactualizado. | 1. Realizar un inventario de la documentación publicada en la Intranet para el proceso de Recursos Físicos | Aunque se observó la utilización adecuada de los formatos que hacen parte del proceso, se evidenció, de acuerdo con la verificación realizada, que aún se encuentra publicado el procedimiento 814 "Administración del parque de bicicletas" el cual se encuentra obsoleto, teniendo en cuenta que el procedimiento se realiza de manera diferente. Así mismo, no se observó actualización del procedimiento 2STRFRF33.2 "Entrega De Materiales Reutilizables De Las Obras Al IDU, se encuentra desactualizado" |
| 1252 | Se evidencia incumplimiento en el manual MG-RF-01 Administración del parque automotor numeral 6 Administración del parque automotor, literal h El procedimiento 2STRFRF33.2 Entrega De Materiales Reutilizables De Las Obras Al IDU, se encuentra desactualizado | 2. Identificar los documentos que se deben actualizar y formular un cronograma para llevar a cabo esta actividad. | Por tal motivo, se deben cancelar estas dos acciones y generar una nueva. |
| 1253 | Se observa que no se han tenido en cuenta las recomendaciones realizadas por la Oficina de Control Interno, ya que aún está publicado el procedimiento 814 Administración del parque de bicicletas el | 1. Realizar un inventario de la documentación publicada en la Intranet para el proceso de Recursos Físicos. | De acuerdo con la verificación realizada, aún se encuentra publicado el procedimiento 814 "Administración del parque de bicicletas" el cual se encuentra obsoleto, teniendo en |

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| 1254 | cual se observó en la auditoría anterior que se encuentra desactualizado. En el memorando 201711350007393 del 23 de enero de 2017, se recomendó incluir la póliza de infidelidad de riesgos financieros en el Manual Administración Programa de Seguros y actualizar lo pertinente en riesgos de acuerdo con el manual de Riesgos que aportó el nuevo corredor de seguros. A la fecha de la presente auditoría no se había dado cumplimiento con la actualización del manual de riesgo. | 2. Identificar los documentos que se deben actualizar y formular un cronograma para llevar a cabo esta actividad. | cuenta que el procedimiento se realiza de manera diferente a lo definido. Por tal motivo, se deben cancelar estas tres acciones y generar una nueva. |
| 1255 | | 3. Solicitar mediante memorando a la OAP, el acompañamiento para realizar anualmente la revisión y actualización de los documentos publicados en la intranet para el proceso | |
| 1256 | La STRF no planificó para la vigencia 2017 los recursos financieros del proceso de contratación de actualización y mantenimiento de los equipos y sistema de control de acceso a las sedes IDU. | Radicar un proceso de selección en la DTPS con el objeto de contratar del mantenimiento al sistema de control de acceso de la Entidad. | De acuerdo con la verificación realizada, se evidenció que permanentemente se efectúa mantenimiento al control de acceso y que cuando no se tienen contratos se llevan a cabo acciones que permiten mantener funcionando el control biométrico y ahora con tarjeta de proximidad. Por lo tanto, se considera que la acción es efectiva y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |
| 1542 | 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. | Diseñar un cronograma en donde se plasmen las actividades y fechas a cumplir para presentar el PESV ante el organismo de tránsito. | De la revisión realizada al Plan Estratégico de Seguridad Vial, se encontró que se encuentra registrado y aprobado. Adicionalmente, se verificó cumplimiento adecuado de las actividades programadas con corte a julio/2019. Por lo tanto, se considera que la acción es efectiva y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |
| 1603 | Deficiencias en el diligenciamiento del formato de orden de servicio para la revisión de vehículos. | Socializar el uso del formato FO-RF-11 Orden de Servicio para la Revisión de Vehículos, entre los conductores y el conductor mecánico, además de exigir su diligenciamiento pleno, incluidas las firmas. | De acuerdo con la verificación realizada, se evidenció el uso adecuado del formato, por lo tanto, se considera que la acción es efectiva y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |

Fuente: Realización Propia del equipo auditor, datos tomados de CHIE Planes de Mejoramiento y del seguimiento realizado.

En conclusión y de acuerdo con lo descrito en la tabla anterior, se verificaron 9 acciones en estado terminado, de las cuales se observaron 5 acciones (1251, 1252, 1253, 1254 y 1255) que deben ser canceladas por no ser efectivas y 4 (1088, 1256, 1542 y 1603) que el equipo auditor considera efectivas, por tal motivo, se recomienda su cierre.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

En entrevista de reunión inicial, de fecha 18/07/2019, la líder operativa del proceso de Gestión de Recursos Físicos, reconoce las partes principales interesadas, señalando que son todas las dependencias del IDU principalmente, ya que la dependencia es un área de servicio.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Al indagar sobre el conocimiento de la directriz de Calidad y Ambiental, si bien la líder operativa del proceso no expone un concepto al respecto, si señala que las mismas se aplican al proceso de diversas formas como en la documentación estandarizada, apoyo de la política de cero papel, mejoramiento continuo, entre otras y adicional menciona que hay una cláusula ambiental en todos los contratos.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que el personal auditado conoce los aspectos como, visión, misión, directriz, objetivos, sus partes interesadas y las responsabilidades que tiene el proceso desde cada uno de los subsistemas; sin embargo, no fueron fácilmente recordados.

Subsistema de Gestión de Calidad. Se considera pertinente mencionar que, al realizar revisión documental del proceso, se observó que, éste cuenta con documentos que se encuentran desactualizados como 814 “*Administración del parque de bicicletas*” y el procedimiento 2STRFRF33.2 “*Entrega De Materiales Reutilizables De Las Obras Al IDU*”, ya que algunas de las actividades descritas no se ejecutan en la práctica. Esta situación ha sido identificada en auditorías anteriores, para las cuales se han formulado acciones de planes de mejoramiento, para la cuales el equipo auditor emitió concepto en el aparte de planes de mejoramiento.

Por su parte, de acuerdo con correo de actualización del normograma, remitido por el proceso el 26/04/2019 y publicado en la intranet, se observó lo siguiente: Se relaciona el Decreto 1443 de 2014, norma que se derogó tácitamente por el Decreto 1072 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, referenciado en el normograma del proceso. Tampoco se referencia la Resolución 1572 del 3 de mayo de 2019: “*Por la cual se reglamenta la instalación y uso de cintas retrorreflectivas y se dictan otras disposiciones*” aplicables al IDU.

Por lo anterior, es importante para la próxima actualización del normograma, programada por procedimiento para octubre/2019, realizar el ajuste al mismo, teniendo en cuenta la normatividad derogada y la generada desde mayo.

Subsistema de Gestión Ambiental. Se encontró que el personal determina y conoce los aspectos ambientales para su proceso, los cuales se plasman en la respectiva matriz de aspectos e impactos ambientales, y a través de los anexos de los contratos en los que se establecen requisitos y obligaciones para aportar al Subsistema de Gestión Ambiental.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Con el fin de conocer la participación del personal del proceso en la identificación de peligros y riesgos, se indagó a los auditados sobre este aspecto, evidenciando que el personal en efecto, ha participado en la identificación de peligros y riesgos a los que se encuentra avocado.

Considerando la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos de la Entidad, se observó que uno de los riesgos detectados fue el de discomfort térmico (frio) para el grupo de vigilancia contratado por el IDU. Al respecto señala la matriz que el control existente está definido por la empresa contratista y la medida de intervención a través de control administrativo será la supervisión al contratista y el uso de Elementos de Protección Personal: ropa abrigada. Se recomienda que según lo definido se realice la supervisión con el personal de vigilancia verificando que dichos controles establecidos en la matriz citada se hayan implementado reduciendo el riesgo.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Por otra parte, según inspección física se observó que en algunas áreas de trabajo del proceso de STRF hay desorden, acumulación de cajas bajo los puestos y documentos en el escritorio, afectando el programa de orden y aseo y la Circular 18 de 2017 sobre directrices en materia de orden y aseo de la Entidad.

Finalmente, se encontró que el personal del proceso conoce la forma como debe realizar los reportes de accidentes, y con qué acciones deben responder en caso de presentarse una emergencia.

Subsistema de Seguridad de la Información. Para finalizar, se realizó seguimiento a los componentes de Seguridad de la Información, evidenciándose que, los auditados no hacen uso de carpetas compartidas, en las que repose y se salvaguarde la información crítica que genera en las actividades diarias; afirman que utilizan discos duros para mantener un Back up de su trabajo y que no han solicitado éstos a través de la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos.

Por otro lado, se observó en el sistema de información CHIE: SGSI que el proceso realizó recientemente la actualización de los activos de información, y en cuanto al manejo de la confidencialidad de la información, se evidenció en los contratos la inclusión de la respectiva cláusula.

Como parte de la verificación en cuanto a seguridad de la información, también se indagó por personal que se encuentra en teletrabajo, con lo que se evidenció que no existe actualmente personal con este beneficio

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

Mediante correo electrónico del 21/08/2019, 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 26/08/2019 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: No se evidenció plan de tratamiento ante la materialización de riesgos.

La STRF registró lo siguiente en su respuesta: *“Unificar esta no conformidad junto con el hallazgo NC 4, dado que estas se encuentran orientadas a una misma situación asociada con las matrices de riesgo del proceso, tanto en la identificación, medición y tratamiento del riesgo G.RF.03 y G.RF.06. De fondo, se idéntica que la misma acción de mejora puede atender y solucionar la no conformidad, la cual se proyecta sea actualizar las matrices de riesgo de proceso.”*

Al respecto, el equipo auditor precisa que, aunque las causas de las no conformidades puedan llegar a ser solucionadas a través de la misma acción, no es posible unificar la no conformidad N° 1 con la N° 4, teniendo en cuenta que cada No Conformidad se encuentra asociada a un incumplimiento normativo e impactos diferentes, por tal razón, se mantiene la No Conformidad de la misma manera como se planteó inicialmente y queda a potestad del proceso, que dentro

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



del análisis de causas, ejecuten acciones similares o iguales para las 2 no conformidades, derivadas del análisis de causas que se realice.

No conformidad N°2: Deficiencias en el mantenimiento preventivo de instalaciones y parque automotor.

“Conforme a lo expuesto en la reunión del pasado viernes 23 de agosto, la Subdirección indica que:

Respecto del mantenimiento preventivo de instalaciones: La Subdirección cuenta con un plan de mantenimiento el cual propende por proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de la Entidad, y que tal como lo indica el mismo pre-informe de auditoría en la página 241, en el análisis del riesgo G.RF.04 que señala: Prestación inadecuada del servicio de mantenimiento en las sedes del IDU, el equipo auditor manifestó.

“No se evidenció materialización de este riesgo, teniendo en cuenta que se tiene un plan de mantenimiento, el cual en general se está cumpliendo y no se han dejado de atender las solicitudes de mantenimiento realizadas por los demás procesos”.

Por lo tanto, si bien es cierto existen condiciones de mantenimiento que efectivamente deben ser corregidas y en las cuales ya se está trabajando, no se considera que estas se contemplen como una No Conformidad, toda vez que estas no impiden que la Entidad continúe operando.

De igual manera ocurre con lo reportado con el mantenimiento del parque automotor, en donde se evidencia que se cuenta con un plan de mantenimiento preventivo el cual se ha ejecutado conforme al mismo, y que los casos presentados en auditoría son situaciones que no son predecibles y en donde la Subdirección actuó conforme a lo establecido en sus procedimientos, propendiendo por una rápida y efectiva solución.”

Teniendo en cuenta lo expresado en la respuesta emitida por el proceso, se debe considerar:

Primero, que el equipo auditor haya afirmado que: *“No se evidenció materialización de este riesgo, teniendo en cuenta que se tiene un plan de mantenimiento, el cual en general se está cumpliendo y no se han dejado de atender las solicitudes de mantenimiento realizadas por los demás procesos”*, obedece a las condiciones de las variables que describen el riesgo, tal cual como están plasmadas en la matriz de riesgos y en consideración a que las actividades establecidas en el Plan de mantenimiento, se han ejecutado, con base a lo planeado y las solicitudes recibidas. No obstante, presentándose evidenciaron debilidades en el mantenimiento de las instalaciones, toda vez que se encontraron situaciones y condiciones no identificadas por el proceso.

Segundo, aunque el área afirma que: *“Por lo tanto, si bien es cierto existen condiciones de mantenimiento que efectivamente deben ser corregidas y en las cuales ya se está trabajando, no se considera que estas se contemplen como una No Conformidad, toda vez que estas no impiden que la Entidad continúe operando”*, es importante resaltar que aunque no impide la operación del Instituto, sí se considera un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores y adicionalmente se está incumpliendo un requisito de la norma (Numeral 7.1.3 de la NTC ISO9001:2015), según el objetivo y alcance del proceso, tal como se señaló en el criterio de auditoría.

Finalmente, frente a lo que describe el proceso de acuerdo con el mantenimiento del parque automotor: *“De igual manera ocurre con lo reportado con el mantenimiento del parque automotor, en donde se evidencia que se cuenta con un plan de mantenimiento preventivo el cual se ha ejecutado conforme al mismo, y que los casos presentados en auditoría son situaciones que no son predecibles y en donde la Subdirección actuó conforme a lo establecido en sus procedimientos, propendiendo por una rápida*

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

y efectiva solución.”, es importante tener presente, que no se está efectuando mantenimiento de acuerdo al procedimiento, tal y como se evidenció en la No conformidad N° 5 y que teniendo en cuenta la antigüedad de los vehículos, es importante realizar un mantenimiento preventivo, más exhaustivo, para evitar la falla de los mismos antes y durante la prestación del servicio.

No conformidad N°3: Inefectividad de acciones de planes de mejoramiento.

El proceso indica: “OK, se acepta la no conformidad. No procede apelación.”

Aunque el proceso no se pronuncia sobre esta no conformidad, se tuvieron en cuenta los comentarios realizados durante la reunión sostenida el 23/08/2019, con base en los cuales se efectuó nuevamente revisión de la acción 1088 y se cambió su calificación a efectiva, por lo tanto, se ajusta la No Conformidad N°3 y la evaluación de efectividad de la acción, en el cuerpo del documento, quedando así:

“Se evidenció que las acciones identificadas en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE, con código 1251, 1252, 1253, 1254 y 1255, no fueron efectivas, toda vez que aunque se encuentran terminadas según lo planeado, los hallazgos han sido reiterativos, incumpliendo lo definido en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PRMC01 y en el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015, situación que podría generar que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen, afectando el normal desempeño del proceso.

A continuación, se mencionan los hallazgos que han sido reiterativos, razón por la cual se declara la ineffectividad de las acciones relacionadas, según lo descrito en este informe de auditoría:

- Se continúa presentando materialización de Riesgos y el no establecimiento de planes de tratamiento.
- Documentos desactualizados en la intranet.
- Inefectividad de acciones”.

No conformidad N°4: No se evidenció que se efectúe medición del indicador establecido para el riesgo de gestión G.RF.03.

“Al igual que lo mencionado en el punto 1, se sugiere unificar esta no conformidad junto con el hallazgo NC 1, dado que estas se encuentran orientadas a una misma situación asociada con las matrices de riesgo del proceso, tanto en la identificación, medición y tratamiento del riesgo G.RF.03 y G.RF.06.

De fondo, se idéntica que la misma acción de mejora puede atender y solucionar la no conformidad, la cual se proyecta sea actualizar las matrices de riesgo de proceso.”

Teniendo en cuenta lo descrito en la No Conformidad N°1, esta No Conformidad se mantiene de la misma forma como se planteó inicialmente.

3.16.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|--|--|
| NC1 | NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad | No conformidad N° 1: No se evidenció plan de tratamiento ante la materialización de riesgos. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|---|---|
| | <p>6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. <i>“La organización debe planificar:</i></p> <p><i>a) Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;</i></p> <p><i>b) La manera de: 1. Integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad”.</i></p> <p>MG-PE-18 Manual de Administración del Riesgo.</p> <p>6.7 Gestión de Eventos de Riesgos Materializados (ERM): <i>“Durante las fases de identificación y monitoreo de riesgos, las áreas líderes del proceso identificarán y mantendrán actualizada la información de las acciones de respuesta y/o contingencia que se deberían ejecutar en caso de un evento de riesgo materializado. Dichas acciones serán registradas en el formato de la matriz de Riesgos”.</i></p> | <p>No se evidenció plan de tratamiento para los riesgos materializados, identificados como G.RF.03 y G.RF.06, contraviniendo lo establecido en el numeral 6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades de la NTC ISO 9001:2015 y en el numeral 6.7 Gestión de eventos de riesgos materializados (ERM) del MG-PE-18 Manual de administración del riesgo, lo cual puede generar que los riesgos se continúen materializando o que sus consecuencias sean mayores al no tomar acciones oportunas para su mitigación.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>7.1.3 Infraestructura: <i>“La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios”.</i> Literales: a) <i>“Edificios y servicios asociados”,</i> y c) <i>“Recursos de transporte”.</i></p> | <p>No conformidad N° 2: Deficiencias en el mantenimiento preventivo de instalaciones y parque automotor.</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en el mantenimiento de los vehículos identificados con placa OBH596, OBH609 y OBH622, del piso laminado y los vidrios de la fachada en la sede de la calle 22, contraviniendo lo establecido en el Numeral 7.1.3, literales a y c de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede generar deficiencias en la prestación del servicio y posibles accidentes laborales por falta de un mantenimiento adecuado.</p> <p>Lo anterior fue evidenciado en los siguientes casos, los cuales se encuentran descritos en el presente informe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evidenció que en la sede de la calle 22, en el piso 3, en la oficina del director de Diseño de Proyectos, en el piso 10, en la oficina del Jefe de la Oficina de Comunicaciones y en los módulos de trabajo N° 55, 71 y 74 de la STRT, el piso laminado se encuentra levantado. • Se observó un vidrio de fachada roto en el piso de la Calle 22 donde se encuentra ubicada la STRT, para el cual el funcionario cuyo módulo de trabajo se ubica al frente, ha solicitado el |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|--|---|
| | | <p>cambio, sin haberse realizado el correspondiente reemplazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se observó que los vehículos OBH596, OBH609 y OBH622, han presentado diferentes fallas durante y antes de iniciar recorridos programados. |
| NC3 | <p>Procedimiento PR-MC-01: “Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento”, numeral 1.7.1.6 “Formular Acciones de Mejoramiento”</p> <p><i>“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. (Corrección y acción correctiva)”</i></p> <p>NTC ISO 9001:2015, Subsistema de Gestión de Calidad</p> <p>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”.</p> | <p>No conformidad Nº3: Inefectividad de acciones de planes de mejoramiento.</p> <p>Se evidenció que las acciones identificadas en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE, con código 1251, 1252, 1253, 1254 y 1255, no fueron efectivas, toda vez que aunque se encuentran terminadas según lo planeado, los hallazgos han sido reiterativos, incumpliendo lo definido en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PRMC01 y en el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015, situación que podría generar que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen, afectando el normal desempeño del proceso.</p> <p>A continuación, se mencionan los hallazgos que han sido reiterativos, razón por la cual se declara la ineffectividad de las acciones relacionadas, según lo descrito en este informe de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se continúa presentando materialización de Riesgos y el no establecimiento de planes de tratamiento. Documentos desactualizados en la intranet. Inefectividad de acciones. |
| NC4 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>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. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: (...) c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad”.</p> <p>Riesgo G.RF.03 “Indisponibilidad de los bienes o servicios a cargo de la STRF por retrasos en la contratación de los mismos”.</p> <p>Formula del indicador (De alertas y/o riesgos): “# de quejas o reclamos realizados a la STRF, por indisponibilidad</p> | <p>No conformidad Nº 4: No se evidenció que se efectúe medición del indicador establecido para el riesgo de gestión G.RF.03.</p> <p>No se observó medición, análisis y evaluación de datos del indicador “# de quejas o reclamos realizados a la STRF, por indisponibilidad de bienes o servicios responsabilidad de la Subdirección”, incumpléndose lo establecido en el numeral 9.1.3 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual puede generar que se pierda la posibilidad de tomar acciones de mejora en el proceso y el adecuado seguimiento de los riesgos.</p> <p>Cabe anotar que el indicador mencionado corresponde al indicador establecido para el riesgo G.RF.03 “Indisponibilidad de los bienes o servicios a cargo de la STRF por retrasos en la contratación de los mismos”.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|---|
| | <i>de bienes o servicios responsabilidad de la Subdirección”</i> | |
| NC5 | <p>PR-RF-01 Mantenimiento Preventivo y Correctivo</p> <p>6.13 Notificar al Conductor-Mecánico: “<i>El Supervisor del Contrato de Mantenimiento notifica al funcionario designado como Conductor-Mecánico o quien haga sus veces (el cual será designado por el Subdirector Técnico de Recursos Físicos) quien deberá desplazarse (cuando se requiriera) al sitio donde se ubica el vehículo, para realizar una revisión preliminar”</i></p> | <p>No conformidad Nº 5: No se evidenció cumplimiento del procedimiento PR-RF-01, cuando se presentan fallas en vehículos.</p> <p>Se evidenció que en ninguna situación, el Conductor-Mecánico o quien haga sus veces se desplace, al sitio donde se presenta la falla del vehículo, para realizar una revisión preliminar; ni tampoco, que al trasladar el vehículo al taller del contratista, para realizar un diagnóstico y evaluación del estado del vehículo, se haga en acompañamiento de la persona designada como Conductor Mecánico o quien haga sus veces, incumpliendo lo establecido en el en el numeral 6.13 del procedimiento PR-RF-01, lo cual puede generar costos adicionales en el contrato establecido para el mantenimiento de vehículos.</p> |

3.17 PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

La auditoría al proceso de Gestión Financiera, se realizó conforme las actividades descritas en la Caracterización del proceso CP-GF-01_3.0, e información documentada del mismo, para los cuales se describen los resultados a continuación:

Actividad crítica N° 1. Realizar la consolidación de las proyecciones de ingresos, gastos e inversión.

Al verificar con el personal del proceso sobre las partes interesadas, sus necesidades y expectativas, pertinentes al SGC y al SGA, se evidenció que el personal tiene claras necesidades y expectativas y están acordes con el alcance y objetivo plasmados en la caracterización del proceso.

Al indagar sobre las acciones de esta actividad crítica, se encontró que se encuentran documentadas, conforme lo verificado con la Subdirección Técnica de Presupuesto y Contabilidad, en el procedimiento PRPE02 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto V3.0 del 30 de septiembre de 2014, en las actividades N° 1, 2 y 3, utilizadas en la elaboración del Plan Financiero, dispuesto en el proceso de Planeación Estratégica, que en la actualidad se está modificando debido a cambios en la normatividad, especialmente por la resolución No.SDH-000037 del 6 de marzo de 2019, de la Secretaría de Hacienda Distrital, “*Por medio de la cual se modifica parcialmente el Manual de Programación, Ejecución y Cierre Presupuestal del Distrito Capital, adoptado y consolidado mediante resolución No. SDH-000191 del 22 de septiembre de 2017.*”

Por su parte, como se manifestó en el informe de auditoría SIG del año 2018, el procedimiento PRPE02 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto, contiene normatividad derogada, y

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



aunque el proceso auditado ha solicitado la actualización del normograma, este procedimiento sigue sin actualizar.

Se sugiere que, en los procedimientos sujetos de modificación, se haga referencia al normograma de la entidad, de tal manera, que si hay un cambio normativo, no se tenga que cambiar el procedimiento, solo actualizar el normograma.

Se observó el producto Proyecciones financieras y fuentes de financiamiento del IDU – Plan financiero con corte a junio 30 enviado a la Dirección Distrital de Planeación DDP.

Actividad crítica N° 2: Realizar la programación, la reprogramación, seguimiento y control mensual del Programa Anual Mensualizado de Caja – PAC (giros).

Se evidenció que el proceso programa y reprograma la definición del monto máximo mensual de fondos disponibles, para cumplir con los compromisos del IDU, teniendo en cuenta la información que han registrado las áreas en el aplicativo PAC de Stone.

Mediante correo el proceso auditado, envió al equipo auditor un archivo Excel, con la programación y reprogramación de PAC, correspondiente al periodo comprendido entre enero y junio de 2018, el mes con mejor ejecución de PAC, fue enero 102%, marzo 93% y julio y febrero 95%.

Actividad crítica N° 6. Administración de los Recursos Monetarios.

De acuerdo con la caracterización de Procesos CP-CF-01 V3, esta Actividad Crítica cuenta con dos acciones:

- Efectuar las gestiones correspondientes (inversiones, traslados, movimientos financieros, convenios, administración de cuentas bancarias, conciliaciones, recaudos, etc.), con el fin de contar con disponibilidad de recursos monetarios en las cuentas bancarias para cubrir (pagar) los compromisos adquiridos. Se hizo seguimiento a la Resolución 00314 de 2009, *por la cual se adopta el Protocolo de Seguridad para las Tesorerías de las Entidades Descentralizadas que conforman el Presupuesto Anual del Distrito Capital*, para este fin se verificaron los siguientes aspectos:

Cámaras de Seguridad. La Tesorería del IDU está ubicada actualmente en el segundo piso de la sede de la calle 22 6 27; las cámaras se encuentran ubicadas en todo el segundo piso y en el área específica de Tesorería; la grabación de llamadas se hace a un teléfono exclusivo para comunicaciones con las entidades financieras y es monitoreada por la STRT, se corroboró mediante la grabación del 1 de abril de 2019.

La caja fuerte, se encuentra ubicada en el área de giros, la clave es compartida en 2 personas, se cambiará la clave, dependiendo de las necesidades, ya sea por simple control o por periodos de vacaciones, incapacidades, etc.

En cuanto a los componentes específicos mencionados en la precitada Resolución, el talento humano de la Tesorería, de acuerdo con la información suministrada por STRF, se encuentra amparada con póliza de manejo para Entidades Estatales, póliza automática de seguro para

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

transporte de valores, póliza de seguro todo riesgo daño material, que cuenta con cobertura para dineros y títulos valores dentro y fuera de la caja fuerte; las pólizas áreas físicas para el año 2019 tienen cobertura hasta 22 de octubre de 2019, y para la póliza de todo riesgo hasta el 24 de octubre de 2019.

La Tesorería tiene acceso electrónico en la entrada para los funcionarios del área, para los demás se deben registrar en el momento de la entrada y salida. El área de giros está construida en mampostería, con puerta de seguridad, la entrada se hace por medio de tarjeta de acercamiento y únicamente están autorizadas las dos personas encargadas de los giros de la entidad.

Al indagar a la STRT sobre la seguridad en las conexiones con las entidades financieras, manifestaron que se cuenta con una persona dedicada al mantenimiento de los sistemas en el área de giros y/o Home Banking, además que la entidad cuenta con una red privada que permite la conexión a través de un portal o página web, los bancos cuentan con certificados de sitios seguros, la comunicación con las entidades financieras se realizan por internet vía Virtual Private Network (VPN), las VPN creadas en destino y en origen, se encuentran protegidas con firewall, cada entidad financiera realiza la gestión de la negociación de tráfico, y la conexión a las entidades financieras para la realización de operaciones, se hace desde direcciones IP fijas y se encuentran registradas como la MAC de las maquinas con cada banco.

- Efectuar la liquidación de los cupos de estacionamientos y emitir los formatos para el recaudo de los recursos. El proceso cuenta con la Caracterización de Productos CS-GF-01 Versión 2 para el producto Pago Compensatorio de Estacionamientos y/o Parquaderos.

Este trámite se encuentra registrado en la página web del IDU en la siguiente dirección: <HTTPS://GUIATRAMITESYSERVICIOS.BOGOTA.GOV.CO/TRAMITE-SERVICIO/PAGO-COMPENSATORIO-DE-ESTACIONAMIENTOS/>, en el aplicativo SUIT en la página <HTTP://WWW.SUIT.GOV.CO/INICIO>, conforme con lo requerido en el artículo 40 del decreto 19 de 2012.

De la revisión realizada, el producto/ servicio tiene como atributos funcionales la agilidad, cobro razonable, información de control y oportunidad. Los atributos de *agilidad*, y *oportunidad* se verificaron para los actos administrativos expedidos durante el primer semestre de 2019, fueran expedidos en 10 días hábiles después de la radicación del respectivo trámite los atributos de cobro razonable, se verificaron los actos administrativos de enero a junio de 2019. Los tiempos y en términos generales son conformes.

Se verificó de manera aleatoria en la carpeta de BLC CONSTRUCTORES S.A.S, la organización, completitud y cumplimiento de los requisitos de archivo y correspondencia, en cuanto a los trámites del Fondo compensatorio de Parquaderos, en términos generales, se encuentra conforme a lo establecido en el MG-DO-01 Manual Operativo Gestión Documental.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Actividad crítica N° 10. Verificar los Indicadores de Gestión.

Se realizó verificación de esta actividad, consultando la información consignada en el cuadro de mando a 31/03/2019 publicado en la intranet. En este documento se encontró que, para el proceso de gestión financiera, se formularon 7 indicadores para la STPC y 9 para la STTR.

La STPC cuenta con indicadores identificados con los códigos 5461 Porcentaje de solicitudes presupuestales aprobadas, 5462 Porcentaje de seguimiento a la ejecución presupuestal realizado, 5463 Porcentaje de conciliación de convenios (Contable, Presupuestal) ejecutados, 5464 Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento interno, 5465 Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento externo, 5467 Porcentaje de mesas de trabajo de Pasivos exigibles ejecutadas, 5468 Porcentaje de las acciones para la implementación y sostenibilidad de la Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público en el marco del MIPG y la adecuación del SIG ejecutadas.

De éstos, se programó y reportó avance para el primer semestre, con un resultado de 100%. Así las cosas, se aprecia una gestión estable del proceso frente a los resultados obtenidos con relación a lo planeado. Sin embargo, el equipo auditor sugirió establecer indicadores más retadores, según el aporte del proceso a los objetivos estratégicos de la Entidad.

Con respecto a las observaciones presentadas por la OCI a la STPC en febrero de 2019, sobre la formulación de indicadores, se pudo apreciar que fueron atendidas las sugerencias de la OCI respecto a replantear el objetivo en los indicadores 5461, 5462, 5463, 5467; para los demás indicadores no hubo sugerencias por parte de la OCI.

La STTR cuenta con 9 indicadores: 5561 Seguimientos al Plan Anual Mensualizado de Caja PAC realizados, 5562 Porcentaje de recaudos en línea realizados, 5563 Conciliaciones de convenios interinstitucionales realizadas, 5564 Porcentaje de órdenes de pago giradas, 5565 Inversiones realizadas con excedentes de liquidez superiores a tasa de referencia DTF, 5566 Porcentaje de partidas Conciliatorias bancarias realizadas 5567 Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento interno, 5568 Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento externo, 5569 Nivel de satisfacción de pago a terceros.

De éstos, se programó como meta el 100% los indicadores 5561, 5563, 5565, 5567, 5568 y reportó avance para el primer semestre, con un resultado de 100,00% para los indicadores 5561 y 5563 y 99,74% para el indicador 5564; para los indicadores 5567 y 5568 no aplica evaluación en el periodo, por cuanto no existen acciones de mejoramiento internas ni externas, se programó metas para los indicadores 5562 (70%), 5564 (95%), 5566 (98%), con un cumplimiento del 41.36%, 94.92% y 98,50%, respectivamente. Para el indicador 5569 se programó una meta del 80%, sin presentar resultados, debido a que la actividad se programó para julio de 2019.

Se apreció una gestión estable del proceso frente a los resultados obtenidos con relación a lo planeado, con excepción del indicador 5562 Porcentaje de recaudos en línea realizados, con una ejecución el 30.80% para el primer trimestre, 55.72% para el segundo trimestre y un acumulado en el semestre de 41.36%, indicando que no se cumplió la meta propuesta, aunque se mejoró respecto al primer trimestre del año, en razón a que no se previó con anticipación el tiempo necesario para realizar los desarrollos requeridos para la recepción y aplicación en línea de los

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

recaudos de este Acuerdo 724 de 2018. El mejor comportamiento del indicador para el segundo trimestre se debe a que actualmente se han estado adelantando los desarrollos necesarios con las entidades financieras para la recepción y aplicación en línea de los recaudos por valorización. Con respecto a las observaciones presentadas por la OCI a la STTR en febrero de 2019, sobre la formulación de indicadores se pudo apreciar que fueron atendidas las sugerencias de la OCI respecto a replantear el objetivo en los indicadores 5162, 5163, 5164 y 5166; para los demás indicadores no hubo sugerencias por parte de la OCI

Actividad crítica N° 11: Generar Acciones de Mejora

Planes de mejoramiento. Para la evaluación de este ítem, se revisó en el aplicativo CHIE, módulo de Planes de Mejoramiento, las acciones de mejoramiento que involucran las áreas ejecutoras del Proceso de Gestión Financiera y se evidenciaron 5 acciones en estado “terminado”, para las cuales se evaluó su efectividad, encontrando:

Tabla N° 1. Evaluación de efectividad de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción | Evaluación de efectividad |
|--------|--|---|--|
| 717 | Evaluar la forma de adelantar el proceso de integración de los sistemas de gestión financiera, con el objetivo de mantener la integridad de la información generada por el proceso. | Realizar una mesa de trabajo con la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos, para establecer el grado de integralidad de los sistemas y determinar las acciones a seguir para lograr la interoperabilidad entre ellos. Fecha fin: 30/03/2017 | Realizada la evaluación, se solicita al auditor el cierre de la acción, dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras de cada uno de los hallazgos. |
| 846 | Solicitar a la STRT revisar el caso relacionado con el error en “el año 1899”, que se registra reiteradamente, afectando la actividad de los funcionarios que expiden CRP. | Realizar una mesa de trabajo con la STRT para determinar la solución integral a los inconvenientes presentados con los aplicativos SIAC y STONE en la generación de CDP y CRP y proponer cronograma. Fecha fin: 30/09/2017 | Realizada la evaluación, se solicita al auditor el cierre de la acción, dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras de cada uno de los hallazgos. |
| 847 | Verificar la situación de las solicitudes de soporte tecnológico registradas en el sistema ARANDA, que a la fecha del proceso auditor se encuentran en estado registrado pero pendientes de finalizar. | Realizar una mesa de trabajo con la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos a efectos de definir cronogramas para atender las solicitudes registradas. Fecha fin: 30/09/2017 | Realizada la evaluación, se solicita al auditor el cierre de la acción, dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras de cada uno de los hallazgos. |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción | Evaluación de efectividad |
|--------|--|---|--|
| 850 | Se registran las conciliaciones remitidas a contabilidad en los siguientes expedientes del Sistema de Gestión Documental ORFEO: | Crear el expediente en el Sistema de Gestión Documental denominado "Conciliaciones" para cada vigencia Fecha fin: 30/07/2017 | Realizada la evaluación, se solicita al auditor el cierre de las acciones generadas en atención al hallazgo, dado que se evidenció la efectividad mediante la verificación de cumplimiento de sus objetivos frente a las causas generadoras del mismo. |
| 851 | 201454635090000002E, 201454635090000005E, 2014546350900000011E, 201454615060000001E Adicionalmente, a la comunicación de marzo, a la fecha de inspección, no se le había asignado expediente, evidenciando que no existe uniformidad en la asignación de expedientes y que los utilizados no corresponden a la vigencia de 2016. | Reclasificar en el expediente creado para la vigencia 2016, los documentos registrados en expedientes que no corresponden. Fecha fin: 30/07/2017 | |

Gestión de riesgos del proceso:

Riesgos de Gestión. Para la evaluación de este aspecto, se tomó en consideración, la matriz publicada en la intranet institucional, con corte a 30/04/2019, en la que se identificaron 12 riesgos de gestión, a saber:

- G.GF.01** Realizar una aplicación incorrecta o inoportuna del recaudo en el sistema Valoricemos,
- G.GF.02** Que no se encuentren disponibles los medios de pago que ofrece la entidad (pago electrónico y bancos),
- G.GF.03** Disponibilidad insuficiente de los recursos para atender las obligaciones con terceros,
- G.GF.04** Oportunidad en los traslados según los tiempos establecidos en los convenios bancarios y los compromisos adquiridos,
- G.GF.05** Pérdida de recursos por inadecuada inversión,
- G.GF.06** Realizar un pago diferente a lo ordenado (valor mayor, menor valor o a un tercero diferente),
- G.GF.07** Inoportunidad en el pago de obligaciones financieras (a proveedores y/o contratista, impuestos, seguridad social, beneficiario de pago, etc.),
- G.GF.08** Robo o desviación de dineros o pérdida,
- G.GF.09** Registrar valores inexactos en los aplicativos Administrativos y Financieros,
- G.GF.10** Reporte de información presupuestal con errores y/o de forma inoportuna,
- G.GF.12** Inadecuada clasificación de los hechos, transacciones y operaciones en los estados contables de la entidad y/o en los informes presupuestales.

Riesgos de Corrupción. Al verificar la Matriz de riesgos de corrupción, se observó que el proceso cuenta con 4 riesgos, descritos así:

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



C.GF.01 Manipular o divulgar información de las ofertas realizadas por los bancos al momento de efectuar inversiones, a cambio de prerrogativas, o favores a los servidores públicos,

C.GF.02 Manipulación de la información en el Sistema VALORICEMOS con el ánimo de aplicar y/o reversar pagos, con el fin de favorecer a un tercero,

C.GF.03 Tramitar pagos, con documentos incompletos, falsos o adulterados, así como violar el derecho al turno, consignado en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007, con el fin de favorecer un tercero.

C.GF.04 Tomar decisiones que contradicen la ejecución presupuestal las cuales alteran la destinación inicial de los recursos, omitiendo la normatividad presupuestal vigente

Riesgos de Seguridad de la Información. De acuerdo con la matriz de riesgos con corte a 30/04/2019 se identificaron 4 riesgos de seguridad de la información:

I.GF.01 Acceso a los sistemas de información o a los documentos para lectura, copia, modificación o sustracción por personas no autorizadas,

I.GF.02 Pérdida o alteración de información,

I.GF.03 Imposibilidad de uso de los recursos institucionales para la operación normal del proceso,

I.GF.04 Manejo inadecuado de la información personal de los ciudadanos o de terceros.

En cuanto a los controles asociados a los riesgos identificados (Gestión, Corrupción y Seguridad de la información), en desarrollo la auditoría se evidenció su aplicación, su documentación; sin embargo, en algunos controles es importante complementar su diseño, debido a que hay controles que se encuentran asociados a políticas, manuales, procedimientos y documentos; incumpliendo con lo establecido “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP, ya que en el numeral 3.2.2 Valoración de los controles – diseño de controles, ¿Cómo defino o establezco un control que mitigue el riesgo?, describen que: “(...) *El solo hecho de establecer un procedimiento o contar con una política por sí sola, no va a prevenir o detectar la materialización del riesgo o una de sus causas (...)*”.

Por otro lado es importante revisar la redacción del control teniendo en cuenta todas las variables para el adecuado diseño de controles para cumplir con lo establecido en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP, en el numeral 3.2.2 Valoración de los controles; Los riesgos de corrupción están calificados en una zona de riesgo “baja”, la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas-Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP 2018, numeral 3.1.3 Análisis del impacto en riesgos de corrupción, "Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que sí aplican para los demás riesgos (...)", se recomienda, realizar evaluación a la calificación del riesgo de acuerdo con lo estipulado.

Gestión de Oportunidades del proceso: Para esta evaluación, se tomó en consideración, la matriz ubicada en la intranet institucional, con corte a 26/04/2019, en la que se identificaron 3 oportunidades, a saber:

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



O.GF.01 Implementación del Sistema de Gestión Antisoborno ISO 37001:2017, para la adopción de otros controles financieros.

O.GF.02 Armonización y optimización del aplicativo STONE con la Implementación del sistema SAP por parte de la SDH.

O.GF.03 Búsqueda de nuevos canales y modalidades de recaudo que ofrecen las entidades financieras.

El proceso tiene definidos planes de acción para las oportunidades O.GF.01 y O.GF.03, para la oportunidad O.GF.02, aunque no se tiene un plan de acción, junto con la STRT se está trabajando en las interfaces Stone y SAP de la SHD.

Control de salidas no conformes: El proceso auditado tiene el Servicio Pago Compensatorio de Estacionamientos y/o Parqueaderos, documentado mediante CS-GF-01 Caracterización de Productos/Servicios Versión 2 y el Plan de Calidad para este servicio. Revisados los actos Administrativos expedidos durante el primer semestre de 2019, el equipo auditor no evidenció Salidas no conformes y el proceso por su parte tampoco ha realizado reporte de las mismas para la vigencia 2019.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Fueron verificados aspectos relacionados con los subsistemas de gestión, que conforman el Sistema Integrado de Gestión SIG, como parte de los criterios definidos para la auditoría, evidenciando:

Subsistema de Gestión de Calidad: Al validar con el personal del proceso, el conocimiento de las directrices del SGC, en dónde se encuentran publicadas y cómo aportan al proceso evaluado, se evidenció que las personas indagadas no encontraron en donde se encuentran publicadas las mencionadas directrices; además no supieron cómo estas directrices aportan al proceso de Gestión Financiera. Al verificar a qué objetivo estratégico se encuentra alineado el proceso auditado, no supieron responder.

En la vigencia 2018 - 2019 se ha determinado la necesidad de cambios en la gestión del proceso, especialmente, en la implementación de las NICSP y el aplicativo Sigpagos para el año 2018 y actualmente en los cambios en los reportes con motivo de la implementación del SAP en la Secretaría de Hacienda Distrital. Estos cambios han sido planificados y cuentan con la trazabilidad requerida.

Subsistema de Gestión Ambiental: Para la verificación de Aspectos e impactos ambientales identificados en el proceso de Gestión Financiera, se verificó conocimiento a través de los lineamientos incluidos en el documento FO-AC-23 Matriz de aspectos e impactos ambientales, el cual se encontró publicado en el proceso en la intranet, para lo cual se identificó que el proceso auditado tiene plena conciencia en consumo de energía, generación de residuos peligrosos, consumo de papel, la generación de residuos aprovechables. Se hizo comprobación en las canchas ubicadas en el cuarto piso verificando el uso adecuado de las mismas.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Para la verificación de los riesgos y peligros asociados a las actividades críticas del proceso, se consultó la matriz de peligros y riesgos de abril de 2019, documento publicado en intranet en el proceso de Gestión financiera

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

en el link http://intranet/Mapa_procesos/IntenasMain/apoyo/financiera.asp, documento que cuenta con 44 peligros asociados a este proceso.

En entrevista directa se revisó el conocimiento y conciencia de los peligros; sin embargo, los participantes manifestaron no conocer los peligros asociados al proceso de Gestión Financiera.

Se recomienda revisar los peligros junto con sus controles, e interiorizar por parte de los colaboradores del proceso, para favorecer la planeación y control operacional en mejora del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Sistema de Seguridad de la Información: Se verificaron los controles y actividades que realiza el proceso para respaldar la información, el proceso auditado responde que esta actividad en su mayoría es realizada en el aplicativo Stone, en cuanto a la información transaccional de Stone, en correo del 22 de julio de 2019 manifiesta: *“Se generan dos full backup al día, uno a medio día y otro en la noche por parte del grupo de Infraestructura Tecnológica del IDU en servidor físico y luego de un tiempo se llevan a cinta. Esto es programado por una herramienta”*.

Se evidenció que el proceso tiene carpetas compartidas y no han solicitado copias de seguridad. De igual manera se verificaron los controles asociados a los activos de información.

Como parte de la verificación en cuanto a seguridad de la información, también se indagó por personal que se encuentra en teletrabajo, con lo que se evidenció que no hay personas con este beneficio.

3.17.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

De acuerdo con el alcance y criterios de la auditoría, no se evidenciaron no conformidades para el proceso de Gestión Financiera.

3.18 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

El proceso de Gestión de Talento Humano presenta un alto grado de madurez evidenciada en la adecuada organización del trabajo, el nivel de especialización en las tareas, el uso de herramientas para facilitar el trabajo, como Kactus, el liderazgo con ejemplo de la Subdirectora y el nivel de detalle de la documentación descriptiva.

En la auditoría fueron abordadas de forma directa las siguientes actividades críticas, para las cuales a continuación, se describen los principales resultados derivados de la auditoría:

Actividad crítica N° 1. Desarrollar la planeación de necesidades de personal

Se verificó el Plan Institucional de Capacitación (PIC) vigente, evidenciando que, para definir el presupuesto anual, es realizado un estudio de mercado de 10 universidades, que permite establecer la partida presupuestal correspondiente, respondiente a la necesidad de recursos, soportando lo requerido por la NTC ISO 9001.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Para establecer los lineamientos de las capacitaciones, se utilizan diferentes instrumentos como encuestas a directivos o a la gente IDU. Sobre la descripción de la actividad crítica, dispuesta en la caracterización, debe plantearse el enfoque en la realización de estudios de trabajo como elemento para definir la planeación del ciclo de talento humano en el IDU y no solo basarse en estudios de cargas de trabajo, los cuales no son realizados continuamente por parte de la STRH. En este sentido es recomendable actualizar la caracterización.

Actividad crítica Nº 4. Realizar la inducción, reinducción y socialización

Revisado el PIC se evidenció que incluye los espacios de inducción a servidores nuevos y reinducción a toda la gente IDU. Se verificó la realización de inducciones, reinducciones y socializaciones a los servidores públicos de la entidad, para lo cual se cuenta con un curso virtual, donde los servidores nuevos conocen a la organización, ver Imagen 2. Detalle plataforma virtual de cursos de inducción 2018. La reinducción fue realizada a través de los cursos desarrollados por el Servicio Civil, ver Imagen 3. Detalle del correo de invitación a la reinducción en la plataforma PAO (Plataforma de Aprendizaje Organizacional) del Departamento Administrativo del Servicio Civil, julio 2018.



Imagen 2 Detalle plataforma virtual de cursos de inducción 2018.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

AVISO: Inicio curso Ingreso al Servicio Público (XXI Cohorte) ▶ Recibidos x

Buzón Capacitación DASC <capacitacion@serviciocivil.gov.co> (enviado por esanchez@servici... dom., 22 jul. 2018 20:58 para bcc: mí ▾



Reciban un cordial saludo de parte del Departamento Administrativo del Servicio Civil.

Hemos iniciado el curso **INGRESO AL SERVICIO PÚBLICO**. Le recordamos que este curso estará disponible desde el **23 de julio de septiembre**.

Para ingresar al curso los invitamos a ingresar a <https://moodle.serviciocivil.gov.co/pao/public/login> con el usuario y contraseña enviado por el sistema en el momento de inscripción.

Imagen 3. Detalle del correo de invitación a la reinducción en la plataforma PAO (Plataforma de Aprendizaje Organizacional) del Departamento Administrativo del Servicio Civil

Al respecto, sobresale el adecuado uso de los recursos tecnológicos para la inducción, reinducción y socialización, como la plataforma ELS (Learning Environment System), y el alto nivel de organización respecto a la programación y seguimiento de las acciones adelantadas.

Actividad crítica N° 5. Ejecutar el programa de capacitación

Un factor clave de éxito en el ciclo de talento humano es la construcción y aplicación del plan institucional de capacitación (PIC). Durante la auditoría fueron aportadas evidencias sobre la identificación de las necesidades y expectativas de las áreas y la gente IDU, así como, la definición de contenidos temáticos capaces de responder, de forma efectiva, a las brechas identificadas en la organización. Se verificaron soportes de asistencia y los controles sobre los cursos realizados por la Entidad.

Posterior a la revisión del PIC, se revisaron las funciones y competencias del personal, evidenciando los manuales de funciones y presentando la definición de competencias relativas a los Subsistemas de Gestión, al inicio de la Resolución 3576 de 2017 Instituto de Desarrollo Urbano – IDU, cumpliendo con el requisito definido por las normas internacionales.

Sobresale la difusión de oportunidades de formación externa, para complementar las ofertas internas de capacitación, como es el caso de los cursos del Departamento Administrativo del Servicio Civil - DASC.

Actividad crítica N° 6. Ejecutar los planes y programas de seguridad de salud ocupacional

Dicha actividad debe replantarse porque no se realiza en los términos descritos según el alcance actual del proceso, ya que el tema de SST fue trasladado al Proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST. En este sentido es recomendable actualizar la caracterización.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Actividad crítica Nº 7. Realizar y ejecutar el programa de bienestar e incentivos

Asegurar el bienestar y los incentivos de los Servidores Públicos del IDU, es un gran reto que sortean con habilidad los profesionales de la Subdirección Técnica de Recursos Humanos, en el marco del Plan Estratégico de Talento Humano. Es destacable la búsqueda permanente de oportunidades adecuadas al contexto organizacional del IDU, para ofrecer beneficios que redunden en el mejoramiento del bienestar de los Servidores Públicos.

La auditoría verificó la trazabilidad de la aplicación de los documentos y políticas sobre el plan de bienestar y estímulos, constatando la planificación y ejecución de actividades contenidas en el plan, como el Día de la Familia, realizado el 18 de mayo, para el cual se evidenció la planeación y ejecución de un evento que contó con la participación de más de 1200 personas. Se constató la organización del evento, las citaciones, las estrategias para el manejo de situaciones de emergencia y la aplicación de instrumentos de realimentación.

Finalizado el evento, la STRH realizó una encuesta de percepción virtual en donde participaron 198 servidores de 398 convocados, es decir, el 49%, demostrando el alto nivel de impacto y reconocimiento, en especial, considerando que las encuestas en la entidad con dificultad logran el 30% de participación.

Al respecto, se sugiere plantear la posibilidad de encuestar a las personas que no participaron con el fin de identificar motivos de fondo, que redunden en acciones para el aumento de la participación.

Por su parte, es aconsejable estandarizar los mecanismos mínimos de coordinación e información con los proveedores de servicios, para asegurar que, independiente del tipo de evento o proveedor, siempre se comunique aspectos claves de SST y el manejo de emergencias, como por ejemplo rutas de evacuación en las instalaciones propias del proveedor.

Actividad crítica Nº 9. Realizar evaluación de desempeño y acuerdos de gestión

El proceso de evaluación de desempeño y acuerdos de gestión fue revisado para constatar su cumplimiento general frente a los requisitos de ley.

Sobre la Evaluación de Desempeño, se presentó el informe anual de evaluación de desempeño para el periodo febrero - enero 2019 y el plan de trabajo derivado de las conclusiones. La información puede ser consultada en la página web de la entidad. El plan de trabajo y el informe se encuentran al día, evidenciando su cumplimiento.

Actividad crítica Nº 10. Verificar indicadores de gestión

Verificados los indicadores de gestión de la dependencia, se evidenció que de forma desagregada y puntual existen indicadores para medir el Plan Institucional de Capacitación, pero no el Plan estratégico.

Fue revisado, en especial, el indicador 51612 Plan de estímulos ejecutado, el cual se encuentra en un nivel de cumplimiento acumulado por el primer semestre de 100%. En general los

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

indicadores para el proceso presentan un nivel de cumplimiento del 90,63%, con corte al 30 de junio de 2019.

Se recomienda incluir indicadores asociados al Plan Estratégico de Talento Humano y Medir la Satisfacción de la Gente IDU, respecto a las acciones adelantadas en dicho plan, identificando indicadores asociados a la eficiencia, eficacia y efectividad del Plan de Talento Humano, como por ejemplo indicadores de satisfacción sobre las actividades del Plan.

Actividad crítica Nº 11. Generar acciones de mejora

En el proceso se evidenció un mejoramiento continuo, derivado de replantear continuamente la forma de realizar su misionalidad, como por ejemplo, el continuo interés por buscar diversas actividades que causen el mayor impacto positivo en la gente IDU.

Gestión de riesgos del proceso.

Para el proceso han sido identificados 7 riesgos (5 riesgos de gestión y 2 de Seguridad de la información), ninguno asociado con el Plan Estratégico de Talento Humano, cuya reprogramación frecuente, permite inferir que existen materializaciones de riesgos asociados que podrían administrarse para prevenir esta situación.

Riesgos de Gestión: Fue verificado el riesgo G.TH.05 Demora en la Ejecución del PIC, el cual se encuentra en un nivel de riesgo inferior, por lo cual no requiere plan de tratamiento. Se evidenció que en el transcurso de la vigencia no se ha materializado.

Se evidenció que fueron definidos riesgos de forma puntual para temas claves del área, aunque no para el Plan Estratégico. En este sentido, es deseable que la STRH identifique riesgos propios en relación con el Plan en mención.

Riesgos de Corrupción: El proceso cuenta con 2 riesgos de Corrupción, para los cuales la OCI realizó seguimiento, con corte a mayo, sin evidenciar materialización de los mismos, razón por la cual no fueron verificados en la auditoría.

Riesgos de Seguridad de la Información: Fue verificado el riesgo I.TH.05 Manejo inadecuado de la información personal de los servidores públicos o colaboradores del Instituto, evidenciando respecto al control “Dedicación exclusiva del personal para el archivo en historias laborales”, que existe un contratista, responsable de forma exclusiva de la tarea mencionada.

Planes de mejoramiento. De acuerdo con el alcance de la auditoría interna, el equipo auditor evaluó la efectividad de las acciones a cargo del proceso en estado “terminado” asociadas con la actualización del normograma. A continuación, se presenta la relación de las acciones con la evaluación de efectividad realizada por el equipo auditor:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Tabla N° 1. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción | Evaluación de efectividad |
|--------|---|---|---|
| 1268 | De acuerdo con la normatividad relacionada en el anexo técnico de la Resolución 1111/2017 y según lo definido en el Estándar E2.7 "Normativa nacional vigente y aplicable en materia de SST", en el normograma del proceso cargado en intranet con fecha 18/12/2017, no se encuentra relacionada la siguiente normatividad aplicable para el Instituto (...) | Actualizar el normograma de SST. Fecha fin: 30/06/2018 | Se realizó verificación de la versión vigente del normograma del proceso, evidenciando su constante actualización, por lo que es recomendable realizar el cierre correspondiente en CHIE. |
| 1549 | 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" (...) | Incluir en el normograma la norma faltante (Ley 1857 de 2017) Fecha fin: 15/10/2018 | Se realizó verificación de la versión vigente del normograma del proceso, evidenciando su constante actualización, por lo que es recomendable realizar el cierre correspondiente en CHIE. |
| 1550 | | Revisar periódicamente las fuentes de información de la normatividad vigente en Materia de Gestión de Talento Humano Fecha fin: 31/12/2018 | |
| 1628 | No se evidenció la inclusión de normatividad SST en el normograma del proceso "Gestión Ambiental, Calidad y SST", incumpliendo lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 1111 de 2017, lo que puede generar posibles incumplimientos de la normatividad legal vigente. | Actualizar el normograma lo pertinente a SST Fecha fin: 29/03/2019 | Se realizó verificación de la versión vigente del normograma del proceso, evidenciando su constante actualización, por lo que es recomendable realizar el cierre correspondiente en CHIE. |
| 1629 | | Emitir un acto administrativo donde se establezca el lineamiento para mantener el normograma actualizado. Fecha fin: 29/03/2019 | |
| 1630 | | Solicitar licencia y capacitación a SGJ de la herramienta Vlex Fecha fin: 14/02/2019 | |

Fuente: Aplicativo de planes de mejoramiento CHIE

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Se realizó recorrido por las instalaciones de la STRH, para constatar de forma visual, las condiciones de las oficinas, los puestos de trabajo, los elementos de seguridad, la limpieza y el manejo de las políticas de Seguridad de la Información (SI), como, por ejemplo, el cierre de sesiones en los equipos cuando son desatendidos, las instalaciones se encuentran en orden.

Frente al SGSST, fue evidenciado el cumplimiento de los elementos de seguridad, (señalización, extintores), las condiciones adecuadas de los puestos de trabajo, orden y aseo; y el conocimiento en el procedimiento de reporte de accidentes. Sobre el SGSI, se constató el cumplimiento de la política de equipos desatendidos, porque los equipos que no estaban en uso y se encontraban encendidos tenía sus sesiones bloqueadas.

Subsistema de Gestión de Calidad: Derivado de la verificación documental, se sugiere realizar una actualización de la caracterización de proceso identificada como CP-TH-01 – versión 02, para fortalecer la identificación del PHVA en las actividades críticas y explicitar el Plan Estratégico de Talento Humano, el cual es la columna vertebral del ciclo de gestión del talento humano en las entidades públicas y no es mencionado en dicho documento.

Fue verificado el normograma del proceso, seleccionando al azar el Decreto 51 de 2018 y el Decreto 614 de 1984, ambas normas fueron identificadas en el normograma actualizado en mayo de 2019.

Subsistema de Gestión Ambiental: Durante el recorrido fueron entrevistados dos colaboradores, a quienes se realizaron preguntas para constar la toma de conciencia en SGA, indagando sobre el uso correcto de la separación en la fuente. Las personas entrevistadas respondieron satisfactoriamente sobre los aspectos ambientales aplicables al proceso y el correcto uso de los puntos ecológicos, demostrando conocimiento de los mismos. Sin embargo, al inspeccionar el punto ecológico se encontraron disposiciones de residuos erróneas.

Fueron revisadas las instalaciones y se indago sobre la toma de conciencia frente a la directriz ambiental, el resultado fue satisfactorio. Adicionalmente, no fueron encontrados elementos o aparatos eléctricos ajenos a la Entidad, que presionaran el consumo de recursos energéticos.

Se recomienda fortalecer la toma de conciencia en el uso de los puntos ecológicos, que, al inspeccionar, evidenciaron residuos clasificados de forma errónea.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SST: Fueron inspeccionadas las instalaciones encontrando total conformidad en la infraestructura y en la disposición y vigencia de los extintores. Las personas entrevistadas respondieron adecuadamente sobre los peligros propios del proceso, demostrando comprensión de los mismos.

Finalmente, se sugiere plantear un mecanismo para asegurar que los eventos realizados en instalaciones de un proveedor, independiente de su tamaño, inicien impartiendo pautas de SST propias del sitio contratado.

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: A través de la inspección de las instalaciones, se evidenció la correcta aplicación al bloqueo de los equipos cuando se encuentren desatendidos.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Respecto a la política de Backup, para el respaldo de la información, se identificó el manejo de recursos como Google Drive, para respaldar la información relativa a los Manuales de Funciones, Capacitaciones y Evaluación de Desempeño. En este sentido, se recomienda utilizar carpetas compartidas para asegurar la aplicación de las políticas institucionales de respaldo, tal como lo describe el documento DU-TI-06 “Políticas Operacionales de Tecnologías de Información y Comunicación”.

3.18.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

De acuerdo con el alcance y criterios de la auditoría, no se evidenciaron no conformidades para el proceso de Gestión del Talento Humano.

3.19 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

El equipo auditor presenta los resultados de acuerdo con cada una de las actividades críticas establecidas para efectuar la verificación.

Para iniciar se destaca:

- La buena disposición por parte del personal entrevistado para atender la auditoria y proporcionar la información solicitada tanto en entrevista como por medio físico y electrónico.
- Los documentos soportes del proceso publicados en la Intranet institucional - mapa de procesos - Proceso Gestión Documental y en el portal Web institucional - Inicio – Transparencia - Información de Interés - SIGI - Gestión Documental, cumplen con los requerimientos solicitados en el Decreto 1080 de 2015 y demás normas complementarias.
- Se da cumplimiento a lo solicitado en la ley 1712 de 2014 (Ley de transparencia), haciendo la publicación del Programa de Gestión Documental – PGD, para la vigencia 2018 – 2022, en el portal Web - Inicio – Transparencia - Información de Interés - SIGI - Gestión Documental.
- Los responsables del proceso adelantaron un proceso contractual, para seleccionar a un experto en la gestión documental, de quien se espera recibir el documento base para complementar la Gestión Documental.

Actividad Crítica N° 15: Verificar los Indicadores de Gestión

Se evidenció que para medir la gestión del proceso, se definieron 6 Indicadores, los cuales se presentan a continuación con su porcentaje de avance acumulado con corte a junio de 2019 y el seguimiento realizado:

Tabla 1: Indicadores del Proceso de Gestión Documental

| CODIGO | NOMBRE INDICADOR | ACUMULADO | SEGUIMIENTO |
|--------|---|-----------|---|
| 5263 | Cronograma 2019 del PGD (Programa de Gestión Documental) implementado | 104,35% | Para el periodo abril - junio, la gestión del indicador reflejo un cumplimiento superior a lo programado (117,65%), lo que a su vez, refleja en el acumulado un |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| CODIGO | NOMBRE INDICADOR | ACUMULADO | SEGUIMIENTO |
|--------|---|-----------|--|
| | | | avance superior a lo programado; sin embargo, el comportamiento del indicador está controlado. |
| 5268 | Porcentaje de Pasivos Exigibles con giros autorizados | 129.62% | Para el periodo abril - junio, la gestión del indicador reflejo un avance del 305.6%, muy superior a la programación para el periodo evaluado, sobre el acumulado para lo transcurrido para la vigencia es de 129.6%; se recomienda hacer una revisión de los compromisos, para evitar las fluctuaciones elevadas en algunos periodos. |
| 5269 | Porcentaje de reservas presupuestales con giros autorizados | 110.36% | La gestión del indicador es adecuada, reflejando avances de acuerdo con la programación proyectada. |
| 52610 | Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento interno | 100% | A la fecha de la evaluación, la dependencia cumplió con las acciones de mejoramiento derivadas de auditorías internas que se han realizado al proceso. |
| 52611 | Porcentaje de oportunidad en cumplimiento de acciones de Plan de mejoramiento externo | N/A | A la fecha la Dependencia no tiene acciones de mejoramiento derivadas de auditorías externas. |
| 52612 | Biblioteca abierta del Centro de documentación implementada | N/A | La programación del registro de la gestión del indicador está programada para el mes de agosto. |

Fuente: Elaboración propia equipo auditor, información tomada del Cuadro de Mando publicado en la Intranet con corte al 30/06/2019

De acuerdo con lo descrito anteriormente, se evidenció que tres de los indicadores del proceso presentan un cumplimiento superior al 100%, por lo tanto, el equipo auditor considera que de acuerdo con la GU-PE-018 "Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional" V.5.0, se debe realizar un ejercicio de autoevaluación, donde se realice una revisión de la planeación del indicador y su meta si es pertinente.

Por otro lado, se observó que del seguimiento a la formulación de indicadores que la OCI realizó en febrero de 2019, el proceso adoptó las recomendaciones realizadas, en cuanto al ajuste de las fórmulas de los indicadores en concordancia con los nombres de los mismos.

Actividad Crítica N° 16: Generar Acciones de Mejora.

Planes de mejoramiento: Para esta actividad crítica, se realizó revisión al producto relacionado con los planes de mejoramiento a través del aplicativo CHIE, arrojando lo siguiente:

Primero, se realizó verificación del estado de las acciones que se encuentran reportadas en el aplicativo a cargo de la STRF, donde se encontró que:

Tabla 2: Estado de las Acciones STRF

| Estado de las acciones | Cantidad de acciones |
|------------------------|----------------------|
| Cancelada | 7 |
| Cerrado | 56 |
| En Progreso | 6 |
| Terminado | 36 |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Estado de las acciones | Cantidad de acciones |
|------------------------|----------------------|
| Total General | 105 |

Fuente: Elaboración propia equipo auditor, información tomada del Aplicativo CHIE: Planes de Mejoramiento Institucional.

Posteriormente, se verificaron las seis (6) acciones, que se encuentra en estado en progreso:

Tabla 3: Acciones en Progreso

| Acción | Acción | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|--------|--|--------------|------------|
| 1604 | Realizar la actualización documental de: 1. Resolución por la cual se constituye y reglamenta el funcionamiento de la Caja Menor de gastos generales del IDU, para la siguiente vigencia. 2. Manual MG-RF-02: Administración bienes muebles e inmuebles del IDU, teniendo en cuenta los nuevos lineamientos de la SDH o manual que expida dicha Secretaría. Las anteriores actualizaciones, conforme con la operación y gestión del proceso. | 01/11/2018 | 31/10/2019 |
| 1661 | Documentar el control de calidad | 01/06/2019 | 30/01/2020 |
| 1656 | Designar al profesional universitario las actividades de control y seguimiento del proceso de Gestión Documental. | 01/07/2019 | 30/01/2020 |
| 1659 | Dar continuidad a las inspecciones mensuales respecto del uso de los EPP, reportando al STRF, supervisor del contrato y/o aplicando el procedimiento PRGC06_DECLARATORIA_DE_INCUMPLIMIENTO. | 01/07/2019 | 30/01/2020 |
| 1657 | Presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño el documento Sistema Integrado de Conservación - SIC, identificando falencias y recomendaciones para la adecuación o asignación de un espacio físico que cumpla con las normas archivísticas. | 15/08/2019 | 31/10/2019 |
| 1658 | Con base en los recursos gestionados, diseñar el cronograma para mitigar las deficiencias de las áreas de Gestión Documental a corto y mediano plazo. | 01/11/2019 | 30/01/2020 |

Fuente: Elaboración propia equipo auditor, información tomada del Aplicativo CHIE: Planes de Mejoramiento Institucional.

De la tabla anterior, se evidenció que las acciones se encuentran en tiempo de ejecución, adicionalmente se observó que las acciones cuentan con el respectivo registro de avance.

Por otro lado, respecto de las acciones en estado “terminado” que tiene a su cargo la Subdirección Técnica de Recursos Físicos, relacionadas con auditorías efectuadas en años anteriores al proceso evaluado, se realizó la evaluación de efectividad, según el alcance de esta auditoría, encontrando:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Tabla N° 4. Evaluación de efectividad de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|--|
| 332 | No se evidenció cumplimiento ni inicio de acciones tendientes al logro de la actividad propuesta No.3 "Para mejorar las prácticas de almacenamiento de los CD's se recomienda diseñar unidades especiales para estos soportes y almacenarlos en un espacio que cumpla con las condiciones ambientales que garanticen su preservación en el tiempo y hacer las referencias cruzadas con la documentación textual con la cual pertenecen". El Instituto no cuenta con lo recomendado, ni en el centro de documentación, ni en el área definida para gestionar la información (archivo) • No se evidenció cumplimiento ni inicio de acciones tendientes al logro de la actividad propuesta No.4 "Los microfilms deben almacenarse en un espacio que cumpla con las condiciones de conservación para este tipo de soportes, mientras se realizan los procesos técnicos de organización y disposición final; para lo cual, se recomienda que se dispongan en los espacios de la empresa de custodia, ya que ésta cuenta con una bodega especial para medios audiovisuales", el IDU no cuenta con instalaciones adecuadas para tal fin, de igual forma en el avance presentado por la dependencia responsable, se evidencia que no se asignó presupuesto para esta actividad en las instalaciones del IDU. | Ejecutar las acciones identificadas, del Programa de Gestión Documental que puedan ser ejecutadas con los recursos disponibles. | De la revisión realizada se encontró que el cronograma del PGD, se encuentra actualizado incluyendo las actividades objeto de los hallazgos. Por lo tanto, se considera que las acciones son efectivas y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |
| 333 | Durante la visita realizada a la bodega de la empresa que custodia de la información del IDU (Tándem S.A.) se evidenció un número importante de cajas con documentación del IDU, en mal estado y deterioradas, incrementando el riesgo de deterioro y pérdida de la información, de acuerdo con lo manifestado por el personal de Tándem S.A., dicha empresa ha | Proyectar los recursos necesarios para dar cumplimiento a la normatividad en las vigencias 2017 a 2020. | |
| 334 | | Lograr la contratación del outsourcing para la organización documental de la serie contratos 2014 y serie Historias Laborales vigentes | Mediante los contratos 1346 - 2017, 1376 – 2017, 1275 – 2017, 1409- 2018, 1431 – 2018 y 1374 - 2019 se aseguran los recursos para atender las actividades objetadas. |
| 335 | | Lograr la asignación de los contratistas para el Grupo de Archivo. | Por lo tanto, se considera que las acciones son efectivas y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| | solicitado la reposición de las cajas al IDU sin obtener acciones que den respuesta a lo requerido | | |
| 341 | <ul style="list-style-type: none"> • Se evidenció un alto grado de hacinamiento de los acervos documentales en sede calle 20 así como falta de condiciones físicas y ambientales que permitan dar adecuado cumplimiento a la normatividad legal vigente, incrementando el riesgo de enfermedad y/o accidentes laborales por la obstrucción de pasillos de circulación, así como cajas en el piso sin estibadores o tarimas que protejan los documentos de plagas y roedores. (Ver fotografías a continuación). • Se evidenció una cantidad importante de cajas en el suelo y contra la pared, en todas las sedes visitadas, y no en tarimas o estibas plásticas ni guardando distancia con los muros de por lo menos 20 cm, los documentos están expuestos a un alto nivel de deterioro por contaminación debido a la actuación de plagas y roedores, así como obstrucción a pasillos de circulación. • Los muros, puertas y estantes en donde permanece la documentación en la sede de la calle 22 y calle 20, no son de material de alta resistencia mecánica, ignífugos y de poca abrasión, ya que existen marcos de venta en madera, paredes en DriWall y otros materiales inflamables (ver fotografías) en informe. (...) | Identificar y enviar a custodia los CDs o medios magnéticos de baja consulta, para que sean custodiados por el contrato de bodegaje. | |
| 342 | La mayoría de personas que colaboran en el área no utilizan tabocas, guantes ni ningún elemento de Protección Personal que propenda por la prevención de riesgos laborales. | Verificar el uso de los elementos de protección por parte de los funcionarios y contratistas de Gestión Documental. | Se implementó el formato FO – AC- 29, que enfatiza las necesidades de utilización de los elementos SST. |
| 343 | | Sensibilizar la conveniencia de utilizar los elementos de protección personal. | Por lo tanto, se considera que las acciones son efectivas y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| 344 | | Diseñar planilla de control y verificación del uso de los elementos de protección personal. | |
| 350 | La Dependencia no cuenta con el equipo de profesionales de diferentes disciplinas, suficiente para implementar oportuna y adecuadamente el PGD tal y como lo establecen: el Manual de Implementación de un Programa de gestión Documental PGD – 2014, expedido por el AGN, la Ley 1409 de 2010 en su artículo No. 8, en cuanto a los archivistas con que debe contar el Instituto para dicha implementación y con lo enunciado en el Programa de Gestión Documental del IDU, numeral 5.3 Requerimientos para el desarrollo del PGD (Administrativos). | Identificar las acciones del Programa de Gestión Documental aprobado, que puedan ser ejecutadas con los recursos disponibles. | De la revisión realizada se encontró que el cronograma del PGD, se encuentra actualizado incluyendo las actividades objeto de los hallazgos. |
| 351 | | Ejecutar las acciones identificadas, del Programa de Gestión Documental que puedan ser ejecutadas con los recursos disponibles. | Por lo tanto, se considera que las acciones son efectivas y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |
| 763 | Se evidenció que los informes finales: S&SOMA del contrato IDU-0687 de 2011 con radicado 20145260437982; Social del contrato IDU-046 de 2009 con radicado 2011526713872; Social del contrato IDU – 068 de 2011, no se encuentran en el Centro de Documentación, tal como lo establecen: el procedimiento PR-GAF -063, “Centro de Documentación Digital”, el Manual de Interventoría y/o supervisión de contratos MG-EO-01 numeral 7.3.9. | Solicitar a la Subdirección General Jurídica, la inclusión de una obligación contractual en la minuta de los contratos de prestación de servicios personales; en donde se establezca la obligatoriedad para los supervisores de contratos misionales de transferir al Centro de Documentación, los productos documentales finales con concepto favorable; establecidos en los manuales, guías y proveimientos Institucionales. | Se envió el memorando 20175260100463 del 8 de mayo de 2017 con instrucciones de inclusión de lo solicitado por el equipo auditor, para los tres hallazgos. Por lo tanto, se considera que las acciones son efectivas y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |
| 764 | | Incluir un punto de control en el procedimiento PR-GAF-063, frente al recibo de los productos documentales y su correspondiente reporte al área de archivo; para la trazabilidad e | |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|--|---|
| | | integridad de la información contractual. | |
| 765 | | Realizar campañas de sensibilización sobre los deberes de los supervisores de contratos misionales, frente a los productos documentales finales. | |
| 766 | Los tomos con códigos 60014394, 60014413 y 60014414 evidencian fecha de creación en el CD del 27/03/09 (14394), y 24/03/09 (14413 y 14414), lo que indica que formaban parte de las cajas 30160 y 30161 ubicadas en el archivo central, luego del seguimiento efectuado, mediante el sistema de información PMB, se evidenció que fueron reportados como perdidos desde el 13/10/2015, y a la fecha de corte del presente documento, tales tomos no se encontraban en las cajas mencionadas. | Implementar puntos de control en el procedimiento PR-GAF-090. | Mediante memorando 20165260118473 del 15 de junio de 2016 se implementó el Procedimiento para realizar consulta en el Centro de Documentación, publicado en la ruta de intranet HTTP://MV02CL01.IDU.GOV.CO:8080/JSPUI/ con el cual a partir de la fecha, el Centro de Documentación no está autorizado para prestar bajo la modalidad de consulta a domicilio (entrega), originales de los productos documentales como informes, planos, registros topográficos, fotografías y demás documentos digitales. |
| 767 | | Establecer el procedimiento (instructivo) de reorganización de archivos, en caso de un accidente en la bodega del Contratista o durante el transporte de las cajas | Por lo tanto, se considera que las acciones son efectivas y puede realizarse su cierre en el aplicativo. |

Fuente: Elaboración propia equipo auditor, información tomada del Aplicativo CHIE: Planes de Mejoramiento Institucional.

En conclusión y de acuerdo con lo descrito en la tabla anterior, el equipo auditor considera que las 15 acciones son efectivas y por tal motivo, se puede realizar su cierre en el aplicativo.

Gestión de riesgos del proceso: Actualmente en la matriz de riesgos publicada en la intranet, el proceso de Gestión Documental cuenta con 5 riesgos de Gestión, 7 de Seguridad de la Información y 2 riesgos de Corrupción.

Teniendo en cuenta que, en mayo de 2019, la Oficina de Control Interno efectuó evaluación de diseño y efectividad de los riesgos de corrupción, éstos no fueron evaluados en el marco de la auditoría SIG. Por lo anterior, teniendo en cuenta las actividades críticas establecidas para esta auditoría, los riesgos que se evaluaron y su resultado, fueron los siguientes:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Tabla 2: Riesgos de Gestión y de Seguridad de la Información

| Código | RIESGO (Amenaza) |
|---------|---|
| G.DO.01 | Que no se implemente completa y correctamente el Subsistema de Gestión Documental |
| G.DO.02 | Que se presente pérdida o deterioro de la información |
| G.DO.03 | Atención ineficiente a usuarios internos y externos de la gestión documental |
| G.DO.04 | No ofrecer a los usuarios internos y externos la versión final de los documentos misionales en el repositorio institucional, o que el existente se encuentre desactualizado |
| I.DO.01 | Acceso a los sistemas de información o a los documentos por personas no autorizadas |
| I.DO.02 | Lectura, copia, modificación o sustracción no autorizada de documentos archivados o datos institucionales. |
| I.DO.03 | Pérdida o alteración de información |
| I.DO.04 | Imposibilidad de uso de los equipos de cómputo, sistemas de información y/o aplicaciones institucionales |
| I.DO.05 | Manejo inadecuado de la información personal de los ciudadanos o de terceros. |
| I.DO.06 | Degradación de la calidad o legibilidad de la información |
| I.DO.07 | Violación a los derechos de propiedad intelectual y/o derechos de copiado |

Fuente: Elaboración propia equipo auditor, información tomada de la Matriz de riesgos con corte a abril/2019.

Se evidenció que el proceso realizó seguimiento cuatrimestral a los riesgos de Gestión y Seguridad de la Información, el 03/05/2019. Por su parte, de la verificación y seguimiento realizado, se pudo establecer que el proceso ha definido y tiene controlados los riesgos en mención y a la fecha de revisión no se han materializado, por lo tanto, actualmente no cuenta con planes de tratamiento.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

En entrevista de reunión inicial, de fecha 18/07/2019, se identificó que la líder operativa del proceso de Gestión Documental, reconoce las partes principales interesadas, señalando que son todas las dependencias del IDU principalmente, ya que la dependencia es un área de servicio.

Al indagar sobre el conocimiento de la directriz de Calidad y Ambiental, si bien la líder operativa del proceso no expone un concepto al respecto, si señala que las mismas se aplican al proceso de diversas formas, como en la documentación estandarizada, apoyo de la política de cero papel, mejoramiento continuo, entre otras y adicional, menciona que hay una cláusula ambiental en todos los contratos.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que el personal auditado conoce los aspectos como, visión, misión, directriz, objetivos, sus partes interesadas y las responsabilidades que tiene el proceso desde cada uno de los subsistemas; sin embargo, no fueron fácilmente recordados.

Subsistema de Gestión de Calidad: De la revisión realizada, se observó que el componente documental para gestionar la operatividad del proceso, está compuesto por:

- 31 Formatos
- 3 Guías
- 2 Instructivos
- 11 Procedimientos
- 1 Caracterización del proceso

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- 3 Documentos de soporte
- 1 Manual operativo

Evidenciando la revisión y actualización permanente de documentos del mapa de procesos.

Revisado el procedimiento PR-DO-08 “*Ingreso Información Puesta al Servicio Sistemas Gestión Centro Documentación*”, se encontró que se mencionan documentos que han sido derogados, como se puede evidenciar en el numeral 1.2.1.28 del mismo proceso, donde se menciona el manual MG-E0-01 “*Manual Interventoría y Supervisión de Contratos*”, el cual fue derogado el 3/04/2017. Es importante resaltar que el procedimiento fue actualizado el 14/06/2017, fecha posterior a la derogación del manual.

Subsistema de Gestión Ambiental: El proceso se enmarca dentro de los aspectos ambientales generales identificados por la Entidad, en la matriz FO-AC-023 - MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, con base en la cual se encontró que el personal determina y conoce los aspectos ambientales para su proceso, según lo plasmado en la matriz mencionada, y a través de los anexos de los contratos en los que se establecen requisitos y obligaciones para aportar al Subsistema de Gestión Ambiental.

También, se verificó que para las instalaciones donde se desarrolla el proceso, se hace el uso y disposición adecuada de residuos en las canecas dispuestas para dicho fin.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Los funcionarios asignados al proceso identifican y participan de las actividades promocionales de estilos de vida saludables realizados por la Entidad, entre ellos identifican:

- Campañas educativas de prevención y promoción realizadas por correo electrónico.
- Actividades de campaña realizadas en los pisos.
- Pausas activas.
- Semana de la salud.

Por otro lado, y con el fin de conocer la participación del personal del proceso en la identificación de peligros y riesgos, se indagó a los auditados sobre este aspecto, evidenciando que el personal en efecto, ha participado en la identificación de peligros y riesgos a los que se encuentra avocado.

Por otra parte, según inspección física se observó que en algunas áreas de trabajo del proceso de STRF hay desorden, acumulación de cajas bajo los puestos y documentos en el escritorio, afectando el programa de orden y aseo y la Circular 18 de 2017 sobre directrices en materia de orden y aseo de la Entidad.

Subsistema Gestión de Seguridad de la Información:

Activos de información: Se evidenció que, el encargado de la gestión del Subsistema de Seguridad de la Información, envió un correo el 23/04/2019, informando el inicio de proceso de actualización de activos de información, entre el 29 de abril y el 17 de mayo. Verificada la información registrada por el proceso Gestión Documental, el estado del proceso es el siguiente:

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Tabla 3: Activos de Información

| Estado Activos Información | Cantidad |
|----------------------------|------------|
| Aprobado | 344 |
| Arqueo | 62 |
| Rechazado | 1 |
| Total General | 407 |

Fuente: Elaboración propia equipo auditor, información tomada del aplicativo CHIE: SGSI.

De acuerdo con la tabla anterior, se evidenció un activo de información en estado rechazado, el cual hace referencia al aplicativo Orfeo, teniendo en cuenta que este aplicativo es donde se administra la gestión documental del instituto, se debe mantener actualizado y aprobado en el CHIE: SGSI. Por otro lado, se observaron 62 activos que se encuentra en estado arqueado, por lo tanto, se evidenció que el proceso realizó parcialmente la actividad.

3.19.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

De acuerdo con el alcance y criterios de la auditoría, no se evidenciaron no conformidades para el proceso de Gestión Documental.

3.20 PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Teniendo en cuenta las actividades anteriormente relacionadas, las cuales se implementaron en el marco de lo establecido en el Plan de Auditoría Interna al SIG, conforme a las verificaciones realizadas, soportes y registros obtenidos 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, se obtuvieron los siguientes resultados:

Actividad crítica N° 1. Direccionamiento estratégico de TIC.

Teniendo en cuenta que se estableció por parte del equipo auditor, como principal alcance de la auditoría, la verificación del grado de implementación del producto Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información con base en la norma NTC ISO IEC 27001:2013, a partir de las verificaciones, entrevistas, documentación y pruebas realizadas se establecieron los siguientes resultados, con base en el instrumento de evaluación del nivel de implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información:

| Tabla 1. Nivel de implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Estado | Significado | Proporción de requerimientos SGSI |
| Inexistente | No se lleva a cabo el control/requisito de seguridad en los sistemas de información. | 0% |
| Inicial | El control/requisito existe, pero no se gestiona, o no existe un proceso formal para realizarlo. Su éxito depende de la buena suerte y de tener personal de la alta calidad. | 0% |
| Repetible | La medida de seguridad se realiza de un modo totalmente informal (con procedimientos propios, informales). La responsabilidad es individual. No hay formación/divulgación/interiorización | 15% |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 1. Nivel de implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Estado | Significado | Proporción de requerimientos SGSI |
| Definido | El control/requisito se aplica conforme a un procedimiento documentado, o documento o existen registros, pero no ha sido apropiado o aplicado. | 37% |
| Administrado | El control/requisito se lleva a cabo de acuerdo con un procedimiento documentado, o documento aprobado y formalizado y ha sido interiorizado y apropiado por la organización. | 41% |
| Optimizado | El control/requisito se aplica de acuerdo con un procedimiento documentado, aprobado y formalizado, y su eficacia se mide periódicamente mediante indicadores. | 7% |
| No aplicable | A fin de certificar un SGSI, todos los requerimientos principales de ISO/IEC 27001 son obligatorios. De otro modo, pueden ser ignorados por la Administración. | 0% |

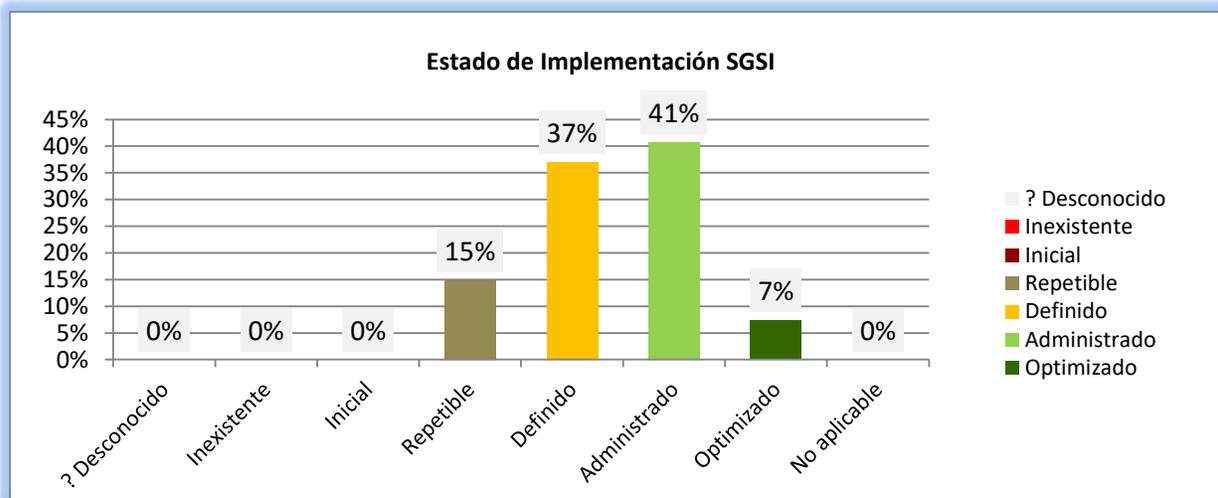
FUENTE: Elaboración equipo auditor, a partir de las verificaciones realizadas.

Los anteriores resultados fueron generados a partir de las verificaciones de cumplimiento e implementación de los “debes” de la norma NTC ISO IEC 27001:2013, con base en la siguiente caracterización de parámetros para interpretación de resultados registrados en la columna “Significado”, según la cual, el SGSI presenta un 41% en estado “Administrado”, que se interpreta como “el control/requisito se lleva a cabo de acuerdo con un procedimiento documentado, o documento aprobado y formalizado y ha sido interiorizado y apropiado por la organización”.

Así mismo, se observa que el 37% de requisitos se encuentran en un estado “Definido”, es decir que el control/requisito se aplica conforme a un procedimiento documentado, o documento o existen registros, pero no ha sido apropiado o aplicado en la organización. Igualmente, es importante destacar que no se identificaron requisitos (debes) en estado “Inexistente” o “Inicial”, por lo cual se interpreta que en términos generales el sistema se encuentra implementado, toda vez que no hay requisitos identificados para dichos criterios de interpretación con calificación de 0%.

Como soporte de lo anteriormente expresado, se verificó para cada uno de los requisitos específicos su nivel de cumplimiento y la documentación y análisis que soporta la calificación otorgada. En la siguiente gráfica se ilustra el estado actual de implementación del SGSI, a partir de las verificaciones realizadas por el equipo auditor:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |



Gráfica 1 Estado Implementación SGSI

No obstante, se identificaron requisitos asociados a la Declaración de Aplicabilidad vigente, la cual está publicada en el Manual de Procesos con el código DU-TI-06, que hace parte del numeral 6.1.3 *Tratamiento de riesgos de la seguridad de la información*, que no cuentan con el 100% de implementación, toda vez que algunos de los controles adoptados están desactualizados, no se han implementado o están en proceso de implementación. Revisado el documento vigente se estableció que:

| Tabla 2. Estado implementación controles registrados en Declaración de Aplicabilidad | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------|
| No. | Estado de implementación registrado | Cantidad de controles escogidos por la entidad | Porcentaje |
| 1 | Implementado | 68 | 60% |
| 2 | En implementación | 43 | 38% |
| 3 | Por implementar | 3 | 2% |
| TOTALES | | 114 | 100% |

Fuente: Elaboración equipo auditor a partir de la Declaración de aplicabilidad publicada en Intranet.

A partir de lo registrado en la tabla 2, se interpreta que en general se dispone de un importante porcentaje de controles implementados (60%); sin embargo, y teniendo en cuenta que la entidad decidió adoptar en su alcance los 114 controles, es necesario que se implementen los controles que no aparecen registrados como tal, es decir el 40 %, para cumplir con el requisito asociado a la gestión de riesgos de la seguridad de la información, conforme lo establece la NTC ISO IEC 27001:2013 en su Anexo A.

Actividad crítica N° 9. Seguimiento a la Gestión - Indicadores de gestión del proceso

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Frente a la formulación, seguimiento y ejecución de los indicadores de gestión asociados al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación, se identificaron los siguientes aspectos relevantes:

Composición de Indicadores de Gestión.

Teniendo en cuenta el enfoque por proceso establecido en los objetivos de la presente auditoría, a continuación, se registran los indicadores de las dependencias que gestionan o han formulado indicadores asociados al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación para la vigencia 2019, a partir del Cuadro de Mando V3 con fecha de corte al 30/06/2019, publicado por la Oficina Asesora de Planeación–OAP.

| No. | Dependencia | Cantidad indicadores | Código de indicadores | Indicadores actividades críticas de proceso Gestión TIC |
|---------|---|----------------------|---|---|
| 1 | Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos | 7 | 5362, 5363, 53619, 53620, 53621, 53622, 53623 | 7 |
| 2 | Dirección Técnica Administrativa y Financiera | 2 | 51517, 51519 | 2 |
| 3 | Subdirección General de Gestión corporativa | 1 | 50512 | 1 |
| TOTALES | | 14 | | 10 |

FUENTE: Elaboración equipo auditor a partir del Cuadro de Mando V3 con fecha de corte al 30/06/2019, publicado por la OAP.

Análisis de incorporación de recomendaciones presentadas por la OCI frente a la formulación de indicadores de gestión asociados al proceso Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación.

La Oficina de Control Interno-OCI, dentro del Plan Anual de Auditorías 2019, presentó a la Oficina Asesora de Planeación los resultados del seguimiento a la formulación de los indicadores de gestión de las dependencias, a partir de análisis que se hicieron con base en la información consignada en el cuadro de mando integral, con corte a la fecha de revisión (fechas entre el 11 y 22 de febrero de 2019).

En su momento, el alcance del ejercicio correspondió a la presentación de elementos de análisis y recomendaciones para que la OAP los considerara, y en caso de estimarlos pertinentes, se realizara la retroalimentación con las dependencias respectivas, a fin de adelantar los ajustes a que hubiera lugar, antes del primer reporte.

Dado lo anterior, y a partir de las observaciones y recomendaciones respecto a la formulación de los 14 indicadores que formularon la Subdirección General de Gestión Corporativa-SGGC, la Dirección Técnica Administrativa y Financiera-DTAF y la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos-STRT, para el proceso Gestión de Tecnologías de la Información y con base en la

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

información que genera el Cuadro de Mando, con fecha de corte al 30/06/2019, publicado por la OAP, a continuación se presentan las recomendaciones correspondientes y la verificación de la incorporación de las mismas por parte de las áreas que gestionan el proceso Gestión de TIC.

| Tabla 4. Análisis de Indicadores Proceso Gestión de TIC | | | | | |
|---|---|---|---|------------------|---|
| ID | Indicador | Objetivo indicador | Recomendaciones OCI | Área que reporta | Análisis OCI |
| 5362 | Disponibilidad de los servicios de TI | Mantener los niveles de disponibilidad de los Servicios de TI definidos para el Instituto. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajustar la fórmula del indicador para que se incluya el símbolo de "%", de manera que su resultado sea concordante con la unidad de medida y la meta esperada. 2. Indicar los valores mensuales esperados de disponibilidad de los Servicios de TI, con el fin de que, en el Cuadro de Mando Integral, el resultado del mismo se calcule de manera adecuada. 3. Reformular el objetivo del indicador, de modo que se indique qué busca medirse. | STRT | Verificado el Cuadro de Mando con corte al 30/06/2019, se observó que la STRT acogió la recomendación 2. Las recomendaciones 1 y 3 fueron desestimadas. |
| 5363 | Operación del SGSI | Medir el porcentaje de cumplimiento del plan de acción del SGSI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajustar la fórmula del indicador para que se incluya el símbolo de "%", de manera que su resultado sea concordante con la unidad de medida y la meta esperada. 2. Especificar claramente, en el plan de acción del SGSI, cuáles son las actividades que se espera efectuar cada mes, de manera que se pueda verificar de manera inequívoca su cumplimiento. | STRT | Se observó que la STRT acogió la recomendación 2. La recomendación 1 fue desestimada. |
| 50512 | Plan Estratégico de TI (Modernización de infraestructura tecnológica) | Garantizar la ejecución de los proyectos estratégicos definidos para el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica del IDU | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la pertinencia de la existencia del indicador 50512 o crear un indicador que esté orientado hacia la actividad de seguimiento que efectúa la SGGC. 2. Revisar y ajustar el nombre del indicador y la redacción del objetivo, tomando en cuenta lo establecido en la Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, código GU-PE-18, versión 5.0, de manera que se identifique, claramente, qué se pretende medir con él. 3. Realizar los ajustes pertinentes para que haya coincidencia entre lo registrado en el campo "FRECUENCIA DE MEDICIÓN" y lo programado. 4. Verificar la concordancia de la meta anual registrada en el plan de acción de la dependencia para el año 4 (campo "META PROGRAMADA4") y la consignada en el Cuadro de Mando Integral. | SGGC | Se observó que la SGGC acogió la recomendación 3. Las recomendaciones 1, 2 y 4 fueron desestimadas. |
| 51517 | Porcentaje de cumplimiento de los acuerdos de | Medir el cumplimiento de los acuerdos de disponibilidad de los servicios tecnológicos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la pertinencia de la existencia del indicador 51517, u orientarlos más a las actividades que efectúa la DTAF, tomando en cuenta | DTAF | Se observó que la DTAF no acogió la recomendación presentada. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 4. Análisis de Indicadores Proceso Gestión de TIC | | | | | |
|---|--|--|--|------------------|--|
| ID | Indicador | Objetivo indicador | Recomendaciones OCI | Área que reporta | Análisis OCI |
| | servicios prestados | prestados a las áreas, a través de un informe entregado por la STRT, para asegurar el óptimo cumplimiento de los servicios de tecnología. | que las actividades, son realizadas, principalmente, por la STRT y que dicha área tiene planteado un indicador para el seguimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI (que incluye las actividades relacionadas con el proyecto de modernización tecnológica) y otro para la medición de los niveles de disponibilidad de los Servicios de TI en el Instituto. | | |
| 51519 | Cumplimiento del Plan de Modernización Tecnológica | Medir el cumplimiento de la ejecución del Plan de Modernización Tecnológica aprobado, a partir del cronograma establecido, con el fin de fortalecer la institucionalidad y permitir facilidades en el cumplimiento de las funciones de la Entidad. | 1. Plantear el indicador como una relación de 2 variables expresadas en términos absolutos (No. de actividades ejecutadas/No. de actividades programadas) *100% | DTAF | Se observó que la DTAF no acogió la recomendación presentada por la OCI. |
| 53619 | Percepción de la prestación del servicio de soporte de TI | Conocer la percepción de la prestación del servicio de soporte tecnológico | 1. Verificar la concordancia de la meta anual registrada en el plan de acción de la dependencia para el año 4 (campo "META PROGRAMADA 4") y la consignada en el Cuadro de Mando Integral. 2. Articular la unidad de medida de la fórmula (unidad) y la unidad de medida de la meta definitiva (%). | STRT | Se observó que la STRT acogió la recomendación 2. La recomendación 1 fue desestimada. |
| 53620 | Avance del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información | Medir el porcentaje avance de los proyectos del PETI NOTA: En este indicador no se medirá el avance de la operación del SGSI | 1. Verificar la concordancia de la meta anual registrada en el plan de acción de la dependencia para el año 4 (campo "META PROGRAMADA4") y la consignada en el Cuadro de Mando Integral. 2. Efectuar los ajustes pertinentes para que haya coincidencia entre lo programado y lo registrado en el campo "FRECUENCIA DE MEDICIÓN". 3. Poner entre paréntesis la relación que hace parte de la fórmula del indicador. Esto es, expresar la fórmula así: "(Avance proyectos PETI / Avance planeado proyectos PETI) * 100%". | STRT | Se observó que la STRT acogió la recomendación 2. Las recomendaciones 1 y 3 fueron desestimadas. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 4. Análisis de Indicadores Proceso Gestión de TIC | | | | | |
|---|--|---|--|------------------|---|
| ID | Indicador | Objetivo indicador | Recomendaciones OCI | Área que reporta | Análisis OCI |
| 53621 | Gestionar riesgos de seguridad de la información | Administrar los riesgos de seguridad de la información para mantenerlos o reducirlos hasta un nivel Moderado o Inferior, según la metodología de riesgos vigente. | Dado que el indicador fue formulado en fecha posterior a los análisis realizados por la OCI, no se presentaron observaciones, ni recomendaciones. No obstante, se identifica pertinencia del indicador, así como oportunidad de mejora en la formulación de algunos de los atributos de este indicador, relacionados con ajuste en el objetivo, fórmula, entre otros. | STRT | Se evidenció que este indicador fue formulado en fecha posterior al ejercicio de análisis y recomendaciones realizado por la OCI. |
| 53622 | Conocimiento del SGSI | Fortalecer la cultura de seguridad de la información en los funcionarios del Instituto. | Dado que el indicador fue formulado en fecha posterior a los análisis realizados por la OCI, no se presentaron observaciones, ni recomendaciones. No obstante, se identifica pertinencia en la temática del indicador, así como oportunidad de mejora en la formulación de algunos de los atributos de este indicador, relacionados con ajuste en el objetivo, fórmula, entre otros. | STRT | Este indicador fue formulado en fecha posterior al ejercicio de análisis y recomendaciones realizado por la OCI. |
| 53623 | Diagnóstico del SGSI | Evaluar el Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información frente al cumplimiento contra la norma de referencia (NTC/ISO 27001:2013) | Dado que el indicador fue formulado en fecha posterior a los análisis realizados por la OCI, no se presentaron observaciones, ni recomendaciones. No obstante, se identifica pertinencia en la temática del indicador, así como oportunidad de mejora en la formulación de algunos de los atributos de este indicador, relacionados con ajuste en el objetivo, fórmula, entre otros. | STRT | Este indicador fue formulado en fecha posterior al ejercicio de análisis y recomendaciones realizado por la OCI. |

Fuente: Cuadro de Mando publicado por la Oficina Asesor de Planeación Corte junio de 2019

En conclusión, se identificó que, de 16 recomendaciones presentadas por la OCI, se incorporaron o se acogieron 5, es decir un 31,25%, lo que denota asertividad en el proceso y tendencia de aceptación de recomendaciones para la mejora.

Análisis de resultados de avance y cumplimiento de los indicadores de gestión asociados al proceso Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación, en las actividades críticas registradas en la caracterización con corte al 30/06/2019.

| Tabla 5. Análisis de Indicadores Proceso Gestión de TIC | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------|--|
| Id indicador | Indicador | Meta anual definitiva | Semáforo acumulado junio de 2019 | Meta ejecutada | Análisis de los resultados |
| 5362 | Disponibilidad de los servicios de TI | 99,30% | 99,88% | 45,40% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Tabla 5. Análisis de Indicadores Proceso Gestión de TIC | | | | | |
|---|---|-----------------------|----------------------------------|----------------|--|
| Id indicador | Indicador | Meta anual definitiva | Semáforo acumulado junio de 2019 | Meta ejecutada | Análisis de los resultados |
| 5363 | Operación del SGSI | 95,00% | 96,59% | 43,90% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 50512 | Plan Estratégico de TI (Modernización de infraestructura tecnológica) | 100,00% | 174,29% | 61,00% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 51517 | Porcentaje de cumplimiento de los acuerdos de servicios prestados | 99,30% | 100,30% | 50,15% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 51519 | Cumplimiento del Plan de Modernización Tecnológica | 100,00% | 94,05% | 47,03% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 53619 | Percepción de la prestación del servicio de soporte de TI | 94,00% | 97,87% | 48,94% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 53620 | Avance del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información | 90,00% | 140,56% | 70,28% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 53621 | Gestionar riesgos de seguridad de la información | 100,00% | 100,00% | 33,33% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 53622 | Conocimiento del SGSI | 4,50 | 95,56% | 95,56% | A partir de los análisis de cumplimiento registrados por los responsables del proceso, no es posible realizar verificaciones sobre la razonabilidad de los resultados obtenidos, toda vez que no se presenta la trazabilidad de la información y resultados que se reportan. Por lo tanto, no se emite juicio sobre dichos resultados. |
| 53623 | Diagnóstico del SGSI | 90,00% | 0,00% | 0,00% | Para este indicador, el proceso no registró avances, ni análisis, lo cual denota que aún no se realizan actividades asociadas al diagnóstico formulado como indicador. |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 5. Análisis de Indicadores Proceso Gestión de TIC | | | | | |
|---|-----------|-----------------------|----------------------------------|----------------|----------------------------|
| Id indicador | Indicador | Meta anual definitiva | Semáforo acumulado junio de 2019 | Meta ejecutada | Análisis de los resultados |
| Fuente: Cuadro de Mando en Excel publicado por la Oficina Asesora de Planeación Corte Junio de 2019 | | | | | |

A partir de los resultados obtenidos para los diferentes indicadores del proceso y teniendo en cuenta los resultados que general el Cuadro de Mando publicado por la OAP, el proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación, alcanza un porcentaje de cumplimiento respecto a los compromisos adquiridos con corte al 30/06/2019 del 98,22%, lo que ubica a este proceso en el rango de calificación BUENO, teniendo como referencia lo establecido en el documento GU-PE-018 Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional V5.0.

No obstante, y de acuerdo con las recomendaciones establecidas en la mencionada Guía (página 59), el proceso de Gestión de TIC, debería realizar ejercicios de autoevaluación y mantenerse en busca del logro de las metas propuestas.

Conclusiones sobre indicadores del proceso Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación

- Como se observó en el análisis de indicadores del proceso, para la actividad crítica N° 5. “Soporte a los Servicios de TI” se han formulado dos indicadores (5362 y 51517), uno que gestiona la Dirección Técnica Administrativa y Financiera y otro a cargo de la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos, lo cual desde el enfoque por procesos no resulta coherente, dado que se formulan actividades por dependencias. Dado lo anterior, se recomienda depurar los indicadores del proceso, teniendo en cuenta los objetivos y la participación de 2 dependencias en las actividades críticas descritas en la caracterización de mismo.
- Se observó que, en los reportes de ejecución de indicadores, enviados por las áreas responsables del proceso y que se transcribieron en el Cuadro de Mando publicado por la OAP, con corte al 30/06/2019, no se presentó la trazabilidad de la información y resultados que se reportan, dado lo cual no se es posible emitir juicio sobre dichos resultados. Por lo anterior, se recomienda registrar, en los análisis periódicos de ejecución de indicadores de gestión del proceso, la información de trazabilidad y análisis, con cifras que permitan realizar seguimiento y evaluación del origen de la información fuente utilizada para el cálculo de los indicadores del proceso y determinar con certeza el desempeño del proceso.

Actividad crítica N° 10. Optimización del proceso

Planes de Mejoramiento: En relación con el seguimiento de los Planes de Mejoramiento y según lo registrado en el sistema de información CHIE11, módulo Plan Mejoramiento Institucional, se revisaron 21 acciones de mejoramiento de la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos, para determinar su efectividad, como se observa en la siguiente tabla:

¹¹ Sistema de Apoyo a la Gestión Administrativa.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento | | | |
|--|--|--|---|
| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
| 822 | <p>Conciliación información TIC STONE – ARANDA: Realizado el cruce de información suministrada por la STRF y la STRT, se presentan diferencias en cantidad y ubicación en los ítems de computadores y portátiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el reporte de servidores de la STRT, se reporta una placa duplicada. - En el reporte de computadores de escritorio se reportan equipos portátiles ya reportados por la STRT en el Anexo 2 reporte de portátiles. - En el reporte de software presentado por la STRT presentan placas con la observación "Dar de baja" o "Desactualizada", mientras que en el reporte Stone de STRF figuran en Almacén. - Se presentan diferencias en el registro de equipos como en almacén así: Stone Reporta 205 y el sistema de gestión Aranda 291. | <p>Desarrollar un módulo de software dentro del sistema de información CHIE que permita generar cruces de información entre Stone y Aranda</p> | <p>Se verificó que el módulo (o <i>webservice</i>) de conciliación de inventarios está desarrollado y se encuentra en funcionamiento, de uso exclusivo de la STRT. En él está capturada la información de los equipos de cómputo que se encuentran en funcionamiento, suministrada desde el sistema Aranda¹², relacionada con la información de inventarios que la Subdirección Técnica de Recursos Físicos almacena en Stone¹³.</p> <p>Es importante mencionar que la información en relación con Aranda se captura siempre y cuando los equipos estén encendidos y conectados a la red, por lo cual, en ocasiones pueden presentarse discordancias en la información (comparada con la almacenada en Stone).</p> <p>El módulo permite modificar información de acuerdo con los cambios en los usuarios responsables de los equipos, nombre o identificación de éstos, ubicación, entre otros.</p> <p>Con base en lo expuesto, se consideró efectiva la acción y se cerró.</p> <p>Dado que tanto software como hardware forman parte de los activos de información, se recomienda continuar con depuraciones de la información relacionada y consignada en el módulo desarrollado, para minimizar al máximo las diferencias que se puedan presentar en relación con los inventarios de equipos de cómputo, particularmente en los casos en los que éstos no puedan ser monitoreados por Aranda, por encontrarse apagados o fuera de red en el momento en que se ejecuta dicho monitoreo.</p> |
| 1157 | <p>Acciones para tratar riesgos y oportunidades: "Solicitada y verificada información sobre riesgos y oportunidades del proceso, se observan las siguientes situaciones, las cuales evidencian que no se encuentra implementado el requisito 6.1 "Acciones para tratar riesgos y oportunidades" de la norma NTC ISO IEC 27001:2013:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La metodología de riesgos que aplica la entidad, conforme al Manual de Administración del Riesgo V6.0, no cumple lo establecido en el numeral 6.1.2 Valoración de riesgos de la seguridad de la información (NTC ISO IEC 27001:2013) en cuanto a c.2) "identificar a los dueños de los riesgos". 2. La metodología de riesgos mencionada, no cumple lo establecido en el numeral 6.1.3 Tratamiento de riesgos de la seguridad de la información (NTC ISO IEC 27001:2013) literal f) en cuanto a "obtener, de parte de los | <p>Actualizar el manual de administración del riesgo.</p> | <p>A la fecha de verificación de efectividad se encontró que en el Mapa de Procesos estaba publicado el Manual de Administración del Riesgo, código MG-PE-18, versión 9. En éste, en el numeral "6.2 ETAPA 2. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO" se encuentra el aparte "<i>Dueño del Riesgo</i>", que indica que "[...], los líderes de proceso definirán está (sic) asignación, considerando siempre las responsabilidades y funciones aplicables al Instituto"; también que "<i>La información relevante de la etapa de identificación se incluirá en el formato de la Matriz de Riesgos[...]</i>" incluyendo el dueño del riesgo.</p> <p>Dicha Matriz se encuentra en los formatos MATRIZ RIESGOS DE GESTIÓN, código FO-PE-06, versión 6; MATRIZ DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, código FO-PE-19, versión 1; y MATRIZ RIESGOS DE CORRUPCIÓN, código FO-PE-05, versión 6, los cuales incluyen el campo "DUEÑO Riesgo". Se verificó que la Matriz de Riesgos de Gestión y la Matriz de Riesgos del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGSI incluyen este campo.</p> <p>Por otra parte, en el Manual de Administración del Riesgo, MG-PE-18, versión 9, está incluido el numeral "6.5 ETAPA 5. TRATAMIENTO DEL RIESGO" que incluye Criterios de Aceptación del Riesgo (numeral 6.5.1) y Plan de tratamiento (numeral 6.5.2). En éste está indicado que "<i>Las acciones de tratamiento se documentarán en la</i></p> |

¹² Sistema de Gestión Mesa de Servicios de TI, utilizado para la gestión de recursos y servicios de tecnología del IDU.

¹³ Sistema de Información Administrativo y Financiero, aplicativo base para la gestión financiera del IDU.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento | | | |
|--|--|--|--|
| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
| | <p>dueños de los riesgos, la aprobación del plan de tratamiento de riesgos de la seguridad de la información, y la aceptación de los riesgos residuales de la seguridad de la información".</p> <p>3. La Declaración de Aplicabilidad, que corresponde al requisito 6.1.3 (d) "Tratamiento de riesgos de la seguridad de la información", no fue socializada de acuerdo a lo informado por el proceso TICs (sic), lo cual impacta de manera amplia la implementación efectiva del SGSI, al no ser conocida, interiorizada y apropiada por la organización.</p> | | <p><i>misma hoja de la matriz de riesgos.</i>" Se evidenció que los formatos incluyen campos relacionados con opciones y actividades de tratamiento del riesgo. Estos formatos son firmados por los líderes de procesos, quienes generalmente son los dueños de los riesgos.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se dio por efectiva la acción y se cerró.</p> <p>Se recomienda tener en cuenta los periodos de actualización, seguimiento y/o monitoreo de los riesgos y la utilización de los formatos establecidos en versiones vigentes, ya que se evidenció, por ejemplo, que la matriz de riesgos del SGSI, revisada el 05/06/2019 se encuentra en la versión 5 del formato FO-PE-06, cuando éste se actualizó a la versión 6 el 04/06/2019 (un día antes).</p> |
| 1158 | <p>Dado los requisitos, alcances y especificidades, el plan de tratamiento de riesgos del proceso TICS, no cumple todos los parámetros que exige la norma NTC ISO IEC 27001:2013.</p> <p>Lo anterior genera un incumplimiento del numeral 6.1 Acciones para tratar riesgos y oportunidades, de la norma NTC ISO IEC 27001:2013, por el cual se debe "determinar riesgos y oportunidades que es necesario tratar con el fin de a) asegurar que se logren los resultados previstos, b) prevenir o reducir efectos indeseados".</p> | <p>Realizar dos (2) campañas de divulgación sobre la declaración de aplicabilidad del SGSI</p> | <p>En relación con la Declaración de Aplicabilidad (DdA), adoptada mediante Resolución 006756 del 28/12/2017, se encontró que, está publicada en el mapa de procesos del proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DU-TI-05), e incluso, es citada como control en las matrices de riesgos de diferentes procesos, como Comunicaciones, Mejoramiento Continuo y Evaluación y Control. También se encontró que, en 2017, previo a su adopción, la STRT, a través del correo serviciosti@idu.gov.co, efectuó dos envíos de correos electrónicos que explican qué es y para qué se utiliza. En correo del 23/07/2019, desde el correo seguridaddigital@idu.gov.co, efectuaron divulgación de la DdA adoptada en el IDU.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, la acción se dio por efectiva y se cerró.</p> <p>Se recomienda efectuar continuas socializaciones de los documentos que forman parte del SGSI para asegurar la interiorización y apropiación de los conceptos y obligaciones de los funcionarios y contratistas frente al subsistema y asegurar el logro de los objetivos del mismo.</p> <p>Igualmente, se recomienda hacer revisiones periódicas de la documentación que describe los controles contenidos en la DdA, para asegurar que éstos se ejecuten de acuerdo con lo establecido y la dinámica del proceso.</p> |
| 1159 | <p>Gestión de capacidad y disponibilidad: Verificada la actividad No. 9 - Gestión de capacidad y disponibilidad definida en la caracterización del proceso, se evidencia el incumplimiento al procedimiento PRTI16 Gestión de capacidad y disponibilidad, actividad 1.1.6.6 Calcular reservas de requerimientos, al no diligenciar el formato FO-TI-30 Control de capacidad de los recursos de TI, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento, afectando el numeral 4.1 Requisitos Generales", de la NTC GP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008, literal c) "determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la</p> | <p>Actualizar el procedimiento PR-TI-16 Gestión de la Capacidad y Disponibilidad, para hacer la inclusión de las consolas de monitoreo</p> | <p>Si bien el proceso efectuó la actualización del procedimiento PR-TI-16 "Gestión de la Capacidad", el cual se encuentra en la versión 2, e hizo la respectiva divulgación, según las acciones planteadas, en la verificación realizada se evidenció la misma situación de incumplimiento descrita en el hallazgo al no utilizar el formato "Control de capacidad de los recursos de TI", que se encuentra referenciado en los numerales "1.1.6.6 Calcular reservas de requerimientos", "1.1.6.8 Realizar proyecciones de aprovisionamiento", "1.1.6.12 Realizar mediciones periódicas", "1.1.6.13 Registrar valores medidos" "1.1.6.16 Actualizar datos de uso" y "1.1.6.26 Formato Control de la capacidad de los recursos de TI".</p> |
| 1160 | <p>4.1 Requisitos Generales", de la NTC GP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008, literal c) "determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la</p> | <p>Divulgar el nuevo procedimiento, el formato asociado y su objetivo final</p> | <p>Dicho formato se encuentra referenciado en el Sistema Integrado de Gestión con el código FO-TI-30, en versión 1.</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento | | | |
|--|---|---|---|
| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
| | operación como el control de los procesos sean eficaces". | | Es importante mencionar que el control "A.12.1.3 Gestión de Capacidad" de la Declaración de Aplicabilidad para Seguridad de la Información IDU, código DU-TI-05, versión 1, adoptada mediante Resolución 006756 del 28/12/2017 hace referencia específica al procedimiento PR-TI-16 como Evidencia o Registro, y al no diligenciarse el formato de acuerdo con lo establecido en el procedimiento, se estaría también, incumpliendo este control. De acuerdo con lo anterior, se considera que las acciones 1159 y 1160 fueron inefectivas. Por lo tanto, se cancelarán y el proceso deberá formular nuevas acciones. Esto se considera una No Conformidad. |
| 1161 | <p>Declaración de aplicabilidad: Al solicitar al proceso Tics los controles adoptados y/o los registros que acrediten la entrega y recibo de los módulos del sistema de información ZIPA, que están en producción, asociados a la gestión de desarrollo realizada para los procesos de Ejecución de Obras y de Conservación de la Infraestructura, se suministró un Acta de Reunión del 4 de abril de 2017, cuyo contenido no corresponde al control asociado, ni al formato FO-TI-27 "Declaración de aplicabilidad para seguridad de la información", adoptado para realizar la entrega por parte de la STRT y la aceptación por parte de las áreas que van a utilizar el aplicativo ZIPA.</p> <p>Ésta situación refleja el incumplimiento del requisito 4.2.4 Control de registros, que establece "...los registros son un tipo especial de documento y se establecen para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos, así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad deben controlarse..." de la norma NTC GP 1000:2009 y NTC-ISO 9001:2008.</p> <p>De igual manera, se afecta el cumplimiento del objetivo de control A.14.2.9 "Prueba de aceptación de sistemas" correspondiente al Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información en su requisito 6.1.3 (d) de la norma NTC ISO IEC 27001:2013.</p> | Divulgar el nuevo procedimiento de desarrollo de soluciones de TI y los controles asociados | <p>El control A.14.2.9 "Prueba de aceptación de sistemas" de la Declaración de Aplicabilidad referencia los siguientes documentos como evidencias o registros de la aplicación del control:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instructivo para la realización de pruebas a los desarrollos de software (IN-TI-10). - Formato Aceptación de aplicaciones desarrolladas (FO-TI-15) - Formato Aceptación de pruebas realizadas a las aplicaciones desarrolladas (FO-TI-16) - Formato Aceptación de manuales para aplicaciones desarrolladas (FO-TI-17) - Formato Aceptación de código fuente de aplicaciones desarrolladas (FO-TI-18) <p>Se evidenció la utilización de los formatos FO-TI-15 "Acta de aceptación de aplicaciones desarrolladas" y FO-TI-16 "Aceptación de Pruebas Realizadas a las Aplicaciones Desarrolladas", referenciados en el procedimiento PR-TI-04 "Desarrollo de Soluciones", versión 2.0, que fue el procedimiento que se actualizó y divulgó en razón de esta acción. El primer formato se utiliza, particularmente para los desarrollos <i>in house</i> y el segundo tanto para éstos, como para los efectuados por terceros contratados. El instructivo "Realización de Pruebas a los Desarrollos de Software", código IN-TI-10, hace referencia a las pruebas de aceptación de sistemas.</p> <p>NOTA: Los formatos FO-TI-17 y FO-TI-18 se encuentran derogados.</p> <p>Tomando en cuenta lo anterior, se consideró efectiva la acción y se cerró.</p> |
| 1162 | Prueba de aceptación de sistemas: Se evidencia que no se cumple el procedimiento "PR-TI-04 Gestión de Desarrollo de TI" en lo que corresponde a los puntos de control de las actividades 1.1.6.18 realizar pruebas de aceptación; | Divulgar el nuevo procedimiento de desarrollo de soluciones de TI y los controles asociados | En primer lugar, es necesario aclarar que el procedimiento PR-TI-04 fue actualizado a la versión 2, el 29/06/2018. Dentro de los cambios efectuados está el del nombre del procedimiento, que pasó a ser "Desarrollo de Soluciones"; así mismo, indicaron en el control de versiones que "[...] |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|---|--|--|
| | 1.1.6.28 Entregar solución TI; 1.1.6.37 Formato lista de chequeo para la aceptación; 1.1.6.38 Formato Acta aceptación de producto, lo que afecta el cumplimiento del objetivo de control A 14.2.9 "Prueba de aceptación de sistemas" correspondiente al NTC-ISO-IEC 27001 en su requisito 7.5.3 Control de la información documentada, en relación con su "...c. distribución, acceso, recuperación y uso; d) almacenamiento y preservación, f) retención y disposición". | | <p><i>Se adopta una metodología ágil de desarrollo de software, basada en Scrum</i>".¹⁴</p> <p>Debido a esta actualización, hubo modificaciones sustanciales al contenido del procedimiento, por lo cual la realización de las actividades de los numerales citados en el hallazgo que dio origen a esta acción no aplican. No obstante, con base en la verificación de efectividad de otras acciones de mejoramiento, se concluyó que la STRT ejecuta las pruebas de aceptación de sistemas, evidenciado en la utilización de los formatos FO-TI-16 "Aceptación de Pruebas Realizadas a las Aplicaciones Desarrolladas", versión 2, FO-TI-33 "Actividades de Cambios Tecnológicos Presentadas a la Mesa de Trabajo", versión 1, y FO-TI-15 "Acta de Aceptación de Aplicaciones Desarrolladas", versión 3.</p> <p>De acuerdo con lo descrito, se consideró que la acción fue efectiva y se cerró.</p> |
| 1163 | <p>Acuerdo de confidencialidad con terceros: En reuniones realizadas con los líderes de proceso se evidenció que no se tiene conocimiento de la aplicación del formato FO-TI04 Acuerdo de confidencialidad con terceros, ni en qué momento se debe diligenciar.</p> <p>Adicionalmente, resultado de auditoría interna realizada a procesos como Planeación Estratégica, Factibilidad de Proyectos, Gestión Ambiental, Calidad y SST, se encontró que no se está implementando este formato, para asegurar un acuerdo de confidencialidad con terceros y tampoco se está contemplando una cláusula de confidencialidad en los contratos a cargo de dichos procesos.</p> | Fortalecer la estrategia de comunicaciones relacionada con el SGSI. | <p>Se evidenció la utilización del formato FO-TI-04 "Acuerdo de confidencialidad con terceros", versión 1, con el proveedor del servicio de mensajería interna, especializada y/o expresa, Postal Express SS SAS.</p> <p>Así mismo, se encontró que en los contratos de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión - PSP se incluye, en el numeral 9 de la cláusula primera "Obligaciones del Contratista" se incluye la obligación de guardar confidencialidad y reserva sobre los documentos que conozca en desarrollo del contrato. Igualmente, está la cláusula Novena "Confidencialidad" en la cual está indicado "La información que le sea entregada o a la que tenga acceso EL CONTRATISTA en desarrollo y ejecución del presente contrato, goza de confidencialidad y, por tanto, solo podrá ser usada para fines inherentes a su actividad en desarrollo del contrato. La protección es indefinida, por lo que no se podrá hacer uso de ella ni durante la ejecución del contrato ni una vez finalizado, so pena que la entidad inicie las acciones administrativas y/o judiciales a que haya lugar". Esto se verificó en los contratos IDU-1087-2019, IDU-1262-2019, IDU-1298-2019</p> |
| 1164 | <p>Bajo esta situación se presenta incumplimiento al requisito 6.1.3 Tratamiento de riegos (sic) de la seguridad de la información de la norma NTC ISO IEC 27001:2013, requisito 6.1.3 literal d) declaración de aplicabilidad, control A.6.1.5 Seguridad de la información en la gestión de proyectos y de las políticas de control para la Seguridad de la Información, definidas en el artículo decimo de la Resolución Interna 34217 de 2015, en relación con la "política de seguridad de la</p> | Elaborar y gestionar la divulgación de una cartilla digital sobre las responsabilidades de la Gente IDU ante el SGSI | <p>Esto mismo se verificó en el contrato IDU-1400-2018, celebrado con la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá – ETB – S.A. ESP para la prestación de servicios de Tecnologías de la Información por demanda mediante el suministro de canales de comunicación para el IDU. En la cláusula Décima Cuarta. – CONFIDENCIALIDAD está acordado que las partes no revelarán a terceros, ni utilizarán, directa o indirectamente, la información confidencial a la que tengan acceso durante el desarrollo del contrato.</p> |
| 1165 | | Solicitar al líder del SIG que se evalué la pertinencia de publicar los documentos propios de los subsistemas de | <p>Igualmente, en el contrato de compraventa IDU-1448-2019, celebrado con la empresa ADSUM Soluciones Tecnológicas S.A.S, para la actualización, renovación y</p> |

¹⁴ Scrum es una metodología ágil de desarrollo de software en la cual se trabaja en equipo a partir de iteraciones, bloques o *Sprints*. En aplicación de esta metodología, aunque se realizan entregas parciales y regulares del producto final, cada iteración proporciona un resultado completo. Al final de cada bloque o iteración, se revisa el trabajo validado de la anterior y, en función de esto, se priorizan y planifican las actividades para la siguiente iteración.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento | | | |
|--|--|---|--|
| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
| | información para las relaciones con proveedores”. | gestión como el SGSI, con códigos transversales que se entiendan como de propiedad y uso de toda la Gente IDU. | <p>soporte del licenciamiento del Antivirus <i>Bitdefender GravityZone Advanced Business Security</i>. En la cláusula 37 – CONFIDENCIALIDAD está estipulado, entre otros asuntos, que <i>“El CONTRATISTA no revelará ninguna información confidencial que reciba del IDU con ocasión de la ejecución del contrato, sin el previo consentimiento por escrito del IDU, salvo que: A) Exista obligación de conformidad con la ley o por mandato judicial o administrativo; o B) La respectiva información sea de dominio público. [...]”</i>.</p> <p>Tomando en cuenta lo descrito, se consideran efectivas las acciones y se solicita el cierre de estas en el sistema CHIE: Plan Mejoramiento Institucional.</p> <p>Dado que se estableció que el formato FO-TI-04 está en proceso de ajustes por parte de la STRT, se recomienda, una vez concluya su actualización e incorporación, de la nueva versión, a la documentación que hace parte del Sistema Integrado de Gestión del Instituto, aclarar la forma y eventos o actividades en los cuales es apropiada y/u obligatoria la utilización del mismo.</p> |
| 1166 | Gestión de Activos de Información: “De acuerdo con el procedimiento PR-TI-13 Gestión de Activos de Información, numeral 2, la SGGC es la responsable de la consolidación del inventarios de activos y por medio de sus dependencias brindará el apoyo necesario para asegurar que los activos de información de todos los procesos se encuentren identificados y controlados adecuadamente, situación que no se ha cumplido, ya que como resultado se observa que el inventario publicado en el portal Web es de 27/12/2016 y no se corresponde con el inventario publicado en la intranet, proceso gestión TICs, situación que se ratificó al verificar el listado de activos de información de los procesos objeto de la auditoría interna SIG, que no ha sido actualizado cada cuatro meses según lo indica el procedimiento, razón por la cual aparecen usuarios y custodios que ya no pertenecen al proceso, afectando el cumplimiento del requisito NTC ISO IEC 27001:2013, requisito 6.1.3 literal d) declaración de aplicabilidad, control A.8.1.1 Inventario de activos, relativo a “Recibo, administración, almacenamiento y custodia adecuada de los activos de información del proceso”.” | Ajustar el procedimiento PR-TI-13 Gestión de Activos de Información en cuanto a la periodicidad de la actualización del inventario y el mecanismo de publicación del reporte. | <p>Para la terminación de las acciones se verificó la actualización del procedimiento PR-TI-13 “Gestión de Activos de Información” a la versión 2.0 (del 22/12/2017), que la STRT efectuó, el 29/08/2018, una <i>“Sesión informativa sobre nueva actualización al inventario de activos de información”</i> y la realización de la campaña sobre los activos de información, presentada a través de los boletines “Ser Gente IDU” del 28 y 30 de agosto de 2018.</p> <p>A la fecha de revisión para verificación del cierre se encontró que el procedimiento PR-TI-13 “Gestión de Activos de Información” se actualizó a la versión 3.0 (25/10/2018), al igual que el instructivo IN-TI-13 “Identificación de Activos de Información y Uso del Módulo de Apoyo a la Gestión de Activos de Información”, también a la versión 3 (08/01/2019). Con las actualizaciones documentales mencionadas se modificó la frecuencia de la actualización de activos de información a <i>“[...] al menos una vez al año [...]”</i> dejando la responsabilidad, a los propietarios de los activos, de la actualización en el sistema de información <i>“[...] cuando ocurra un cambio importante en la generación de información, bien sea por ingreso, salida o traslado de personal, entre otros aspectos [...]”</i>.</p> |
| 1167 | | Realizar al menos una sesión de sensibilización a los gestores de activos organizacionales, previa a la actualización del inventario. | |
| 1168 | | Realizar una (1) campaña de divulgación sobre la importancia del inventario de activos organizacionales | <p>La más reciente actualización de activos de información del IDU, coordinada por la STRT, se efectuó en mayo de 2019. Los resultados se encuentran publicados en la intranet institucional, en el mapa de procesos.</p> <p>Tomando en cuenta lo descrito, se considera que las acciones fueron efectivas y se sugiere el cierre en el sistema de información CHIE: Plan Mejoramiento Institucional.</p> |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento

| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
|--------|--|---|---|
| 1169 | Respaldo de la información: Resultado de la auditoría interna SIG, se evidenció que el personal es consciente de la información crítica que maneja y, de manera independiente ejecuta acciones para salvaguardar su información, como por ejemplo, subir sus archivos al Drive, guardar la información en dispositivos de seguridad personales, mantener carpetas | Realizar una (1) campaña de divulgación sobre la importancia del correcto uso de las carpetas compartidas. | Se evidenció que en la STRT hacen uso de las carpetas compartidas, por ejemplo "DocumentosSTRT2013" en el servidor \\FS06CC01, la cual es utilizada por diferentes personas de dicha dependencia y en la que almacenan, entre otros, documentos técnicos, documentos de trabajo, información asociada a procesos de contratación de la STRT, etc. Así mismo, se evidenció que aplican las políticas de <i>backup</i> y que hacen uso de herramientas como el GIT, el cual es utilizado para almacenar código fuente y controlar versiones del software desarrollado en el Instituto. |
| 1170 | personales en sus equipos, pero no tiene conocimiento de la frecuencia, el mecanismo, ni el alcance de las copias de seguridad, según las directrices establecidas por el SGSI, lo cual afecta el cumplimiento del numeral A.12.3.1 Respaldo de la información de la NTC-ISO 27001:2013, relativo a "la verificación de los controles y actividades que realiza el proceso para respaldar la información crítica y sensible de su gestión". | Informar a los propietarios de los sistemas de información, la periodicidad y tipología de las copias de seguridad que se realizan. | Tomando en cuenta esto, desde el punto de vista del proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, se considera efectiva la acción y se solicita el cierre en el sistema de información CHIE: Plan Mejoramiento Institucional. |
| 1296 | Materialización de riesgos R.TI.02 y R.TI.13: "Según los valores presupuestales solicitados a la STRT, se revisa en el PREPROYECTO DE INVERSIÓN de dicha subdirección para la vigencia 2017, encontrándose que fue solicitada una apropiación de \$ 32.502.820.444, de los cuales se asignaron inicialmente \$11.000.000.000, posteriormente se adicionaron \$ 644.891.500 para un presupuesto vigente de \$ 11.644.891.500. Analizados los valores solicitados versus los asignados, se encuentra una diferencia considerable de alrededor de \$ 20.000.000.000, que de conformidad con el riesgo R.TI.02 Insuficiente asignación de recursos para el cumplimiento de los objetivos o actividades requeridas al proceso, se constituye en una materialización del mismo, aunque se hayan aplicado los controles existentes. | Realizar una reevaluación de los riesgos de gestión de la STRT teniendo en cuenta el MGPE018_ADMINISTRACION_DEL_RIESGO_V_6.0. | El área ha venido efectuando las actualizaciones a los riesgos del proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación de acuerdo con la programación institucional, establecida por la Oficina Asesora de Planeación. Se verificó que uno de los riesgos que dieron origen al hallazgo cambió su codificación a G.TI.02 y, también, que los dos riesgos cambiaron su valoración, desde el momento en el cual se generó el hallazgo (matriz de riesgos corte 30/09/2017), a la matriz que se tomó para la presente auditoría (corte 30/04/2019), lo cual significa que el proceso ha hecho esfuerzos por mantener actualizada su información de riesgos, tomando en cuenta los hechos identificados en las auditorías y por las actividades de revisión efectuadas por la STRT a los mismos. Tomando en cuenta lo anterior y que, además, el MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, código MG-PE-18, actualmente se encuentra en su versión 9, con modificaciones efectuadas en marzo y septiembre de 2018 y en mayo de 2019, relacionadas, entre otras, con ajustes a la descripción de las escalas de probabilidad, y, por tanto, la versión 6 (a la cual se relacionaba la acción) ya no se encuentra vigente, se consideró que la acción fue efectiva y se cerró. |
| 1297 | Situación similar se identificó con el riesgo R.TI.13 Incumplimiento de los acuerdos de atención de servicios en los términos pactados, luego de revisarse el reporte del aplicativo ARANDA, encontrando que de los 33 incidentes reportados en el periodo de septiembre a noviembre de 2017, 29 excedieron los acuerdos de niveles de servicio, materializándose el riesgo." | Realizar una revisión y ajuste de los ANS correspondientes a los servicios de TI registrados en el catálogo de servicios. | Se verificó que el CATÁLOGO DE SERVICIOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, código DU-TI-01, fue actualizado a la versión 4, incluyendo temas de tiempo de atención y contingencia para los servicios de atención de eventos de tecnología, instalación de aplicaciones de software, soporte sobre aplicaciones de software, digitalización de documentos e impresión en gran formato, administración de usuarios de tecnología, acceso seguro a la red institucional, asignación de permiso de navegación en internet, configuración de dispositivos móviles, generación de copias de seguridad por demanda, y restauración de copia de seguridad por |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento | | | |
|--|--|---|--|
| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
| | | | <p>demanda. Además, unificando los Acuerdos de Niveles de Servicio – ANS con lo consignado en el procedimiento GESTIÓN DE SERVICIOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, código PR-TI-06, versión 3.</p> <p>Tomando en cuenta lo anterior, se dio por efectiva y se cerró.</p> |
| 1298 | <p>Error 403 en Formulario Web de radicación de PQRS (Num 1.1. Resol 3564/2015): En relación con el numeral 1.1 de la Resolución 3564/2015, 'Mecanismos para la atención al ciudadano' literal 'e. Link al formulario electrónico de solicitudes, peticiones, quejas, reclamos y denuncias.':</p> <p>En la página de inicio se encuentra el botón de Atención al ciudadano, que lleva a la página https://www.idu.gov.co/page/pqrs, la cual presenta el formulario para radicación de PQRS. Sin embargo, al diligenciar el formulario y enviarlo, aparece una página con el error 403, que no permite radicar la PQRS. Es de anotar que al mencionado formulario se accede, también, de otras formas</p> | <p>Efectuar una depuración del código del sistema que controla el formulario de PQRS.</p> | <p>Se efectuó prueba de registro de PQRS (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones) a través de formulario web, encontrándose que el reclamo quedó registrado en el sistema Bachué. De hecho, se evidenció que, desde la fecha de terminación de la acción, el formulario web ha sido utilizado por ciudadanos y, particularmente, por personas que tienen o han tenido vinculación con el IDU (contratistas, por ejemplo), constatando, a través del sistema de información Bachué (Sistema de Gestión Social, Participación Ciudadana y Datos Abiertos del IDU), que les fue posible registrar su PQRS exitosamente.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se dio por efectiva la acción y se cerró.</p> <p>Se recomienda verificar, permanentemente, que el formulario web esté siempre disponible y que le garantice al usuario la confirmación del registro de las PQRS, indicándole el número a través del cual puede hacer seguimiento a su requerimiento, dado que se encontró que, en ocasiones, al culminar la radicación, se genera el error "502 - Bad Gateway", caso en el cual no siempre el registro es exitoso. Es decir, en algunas oportunidades, si bien puede efectuarse el registro de la PQRS, el usuario no visualiza el número que la identifica, quedando con la sensación de que la radicación no se efectuó correctamente y llevándolo a intentarla nuevamente, por lo cual se puede incrementar el número de peticiones a atender.</p> |
| 1300 | <p>No se encontraron enlaces que dirijan políticas de seguridad y condiciones de uso de la información (Num 1.4. Resol 3564/2015)</p> <p>En relación con el numeral 1.4 'Políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales', no se encontró, en la página web del IDU, el enlace que dirija a las políticas de seguridad de la información, además de las condiciones de uso de la información referente a la protección de datos personales publicada en el sitio web, según lo establecido en la Ley 1581 de 2012.</p> | <p>Revisar el código HTML y la hoja de estilo en cascada CSS para que los enlaces se muestren correctamente en cualquier navegador.</p> | <p>En el seguimiento efectuado, el 24 de diciembre de 2018 por la Oficina de Control Interno, al Cumplimiento de la Ley de Transparencia, se verificó que la entidad tiene publicados los siguientes documentos:</p> <p>- El "Manual Operativo para la Protección de Datos Personales", código MG-TI-17, versión 2.0 se encuentra publicado en el acceso directo: https://www.idu.gov.co/Archivos_Portal/Home/Proteccion%20a%20datos%20personales/Manual_Operativo_para_la_Proteccion_de_Datos_Personales_V02.pdf.</p> <p>A dicho Manual se puede acceder, también:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la categoría "Transparencia", sección "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública", Título "1. Mecanismos de contacto con el sujeto obligado", numeral "1.4 Políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales". 2. A través del enlace "Política de Privacidad y tratamiento de datos personales", ubicado en el pie de página de la web de la Entidad. <p>Así mismo, se encuentra publicado el documento "Condiciones de Uso y Políticas de Privacidad de la Página Web del IDU", código DU-TI-03, versión 1.0, en el enlace "Términos y Condiciones"</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento | | | |
|--|--|---|---|
| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
| | | | <p>(https://www.idu.gov.co/Archivos_Portal/Home/CONDICIONES_DE_USO_Y_POLITICAS_DE_PRIVACIDAD...S EPT.%2016-2015%20-%20MALG..pdf), ubicado en el pie de página de la web de la Entidad.</p> <p>El 08/07/2019, desde diferentes celulares y computadores, se efectuó, nuevamente la respectiva verificación, encontrándose que los enlaces siguen activos y que están publicados los mismos documentos, los cuáles se encuentran vigentes en las mismas versiones.</p> <p>Dado lo anterior, se dio por efectiva la acción y se cerró.</p> <p>Se recomienda efectuar verificaciones periódicas para asegurar que los accesos estén disponibles y que los documentos publicados estén actualizados a las versiones vigentes.</p> |
| 1502 | <p>NC 1: 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.</p> <p>Las situaciones específicas en las cuales no se evidenció el cumplimiento, tienen que ver con: [...]. 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 "[...] <i>Presentar al Subdirector, informes de estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración realizados, de forma bimestral.</i>" [...].</p> | <p>Elaborar informe y presentarlo a la Subdirectora, sobre el estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración de enero a agosto de 2018.</p> | <p>Para el cumplimiento de la acción, personal de la STRT elaboró y presentó a la respectiva Subdirectora Técnica, con fecha del 20/09/2018, un informe del estado general de copias de seguridad del periodo enero a agosto de 2018, con fecha del 20/09/2018. Posteriormente, en cumplimiento de la acción 1503 (que aún se encuentra en progreso y está programada para finalizar el 19/09/2019), se determinó que han continuado con la presentación bimestral de tales informes, de acuerdo con lo establecido en el "Manual de Copias de Seguridad", código MG-TI-16, versión 3.0, que, en su numeral 7.2 Operador de Copias de Seguridad, establece que éste debe, entre otras tareas, "[...] <i>Presentar al Subdirector, informes de estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración realizados, de forma bimestral.</i> [...]".</p> <p>En consecuencia, se consideró efectiva y se cerró la acción.</p> <p>Se recomienda adoptar las medidas necesarias para asegurar que los informes se sigan presentando, en lo sucesivo, conforme a lo determinado en el citado manual, incorporando, en lo posible, no sólo los datos técnicos del resultado del proceso de <i>backup</i>, sino, también, mayor detalle o explicaciones respecto de los aspectos incluidos en los informes, de manera que éstos sean más claros y faciliten la identificación de aspectos a corregir y/o mejorar y la toma de decisiones en la materia.</p> |
| 1505 | <p>NC 2. Incumplimiento en el envío de reportes para la revisión de los derechos de acceso a los recursos de TI: 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</p> | <p>Generar y enviar un reporte de usuarios registrados en el servicio del Directorio Activo para cada proceso, solicitando confirmación del</p> | <p>Se verificó que están efectuando los envíos de verificación de derechos de acceso y aplicando los cambios o novedades que las áreas reportan, se consideró que la acción fue efectiva y se cerró.</p> <p>Es importante mencionar que en diciembre no efectuaron envío de correos para verificación de derechos de acceso a los recursos de TI debido a "[...] <i>a terminación de contratos de prestación de servicios, lo que produce un gran flujo de personal de cada dependencia, haciendo que la actividad se vuelva inocua</i>". Así mismo, se encontró que</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 6. Evaluación de efectividad de acciones de planes de mejoramiento | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| Acción | Hallazgo | Acción propuesta | Evaluación de efectividad |
| | 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. | estado de cada usuario al líder. | la citada verificación se efectúa por área y no por proceso, como está indicado en el instructivo IN-TI-16 "Revisión de los Derechos de Acceso a los Recursos de TI". Por lo tanto, se recomienda al proceso tomar las medidas que consideren pertinentes para que en la documentación relacionada con la revisión de derechos de acceso a los recursos de TI se reflejen, si es lo pertinente, las desviaciones en la periodicidad de las verificaciones en casos especiales o de coyuntura y que tales verificaciones se efectúan por área y no por proceso. |
| Fuente: CHÍE: Plan Mejoramiento Institucional, información STRT. Elaboración: Equipo auditor. | | | |

En conclusión, derivado de la revisión, 19 acciones se consideraron efectivas y fueron cerradas, en el sistema CHÍE: Plan Mejoramiento Institucional: acciones 822, 1157, 1158, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1296, 1297, 1298, 1300, 1502, y 1505.

Se consideran inefectivas las acciones 1159 y 1160 dada la no utilización del formato "Control de capacidad de los recursos de TI", que se encuentra referenciado en los numerales "1.1.6.6 Calcular reservas de requerimientos", "1.1.6.8 Realizar proyecciones de aprovisionamiento", "1.1.6.12 Realizar mediciones periódicas", "1.1.6.13 Registrar valores medidos" "1.1.6.16 Actualizar datos de uso" y "1.1.6.26 Formato Control de la capacidad de los recursos de TI", situación idéntica a la evidenciada en el hallazgo "*Gestión de capacidad y disponibilidad*", identificado en la auditoría efectuada al Sistema Integrado de Gestión, en 2017. Esto genera una no conformidad.

Gestión de riesgos del proceso:

A partir de los productos entregables establecidos por la Oficina Asesora de Planeación, en relación con la administración de riesgos de la vigencia 2019 y teniendo como documentos base las matrices de riesgos de gestión, de riesgos de corrupción y de seguridad de la información vigentes para el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación, en lo que concierne al alcance establecido, se realizaron las siguientes actividades:

- Verificación del envío de los entregables de la vigencia 2019.
- Verificación del diseño y registro de controles frente a la metodología vigente, para los riesgos priorizados como alcance.
- Verificación de la ejecución de las actividades de control definidas para los riesgos priorizados.
- Identificación de riesgos materializados, a partir de las diferentes actividades de auditoría.
- Verificación de la ejecución de actividades que deben realizar los procesos para el caso en que se materialice un riesgo.
- Evaluación de efectividad de controles para los riesgos priorizados.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Como resultado de las verificaciones y actividades de evaluación de la gestión de riesgos del proceso y de acuerdo con lo evidenciado en la evaluación específica de cada una de las actividades críticas definidas en el alcance de la auditoría, y conforme a los objetos/proyectos que hacen parte de la muestra seleccionada, a continuación, se presentan los resultados consolidados, en relación con los riesgos de gestión, los riesgos de corrupción y los riesgos de seguridad de la información del proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación, a saber:

Riesgos de Gestión: Se tomó como muestra a evaluar riesgos no revisados en anteriores vigencias, para los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

| Tabla 7. Evaluación Riesgos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|----|----|---------------------|----|----|--|----|----|----------------------------|----|--|----|----|-----|---|
| Identificación Riesgo | | Evaluación Gestión de Riesgos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Código | Riesgo | Ejecución de Actividades de Levantamiento de Riesgos | | | Diseño de Controles | | | Ejecución de Actividades de Control Definidas en la Matriz | | | Materialización de riesgos | | Acciones Frente a Materialización de Riesgos | | | | |
| | | SI | NO | PR | SI | NO | PR | SI | NO | PR | SI | NO | SI | NO | PR | N/A | |
| R.TI.07 Seguridad | Alteración de la configuración de los elementos usados para la prestación de servicios. | X | | | | | | X | X | | | | X | | | | X |
| I.TI.08 Seguridad | Pérdida o interrupción del servicio de aire acondicionado en el datacenter | X | | | | | X | (*) | | | | X | | | | | X |

Fuente: Matriz Riesgos de Gestión Proceso Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación Elaboración Equipo Auditor OCI.
 (*) Dado que la actividad no se incluyó dentro del alcance de la auditoría, no se evalúa la operación de los controles.
 PR = Cumple parcialmente atributos

En la verificación documental asociada al diseño de los controles de los riesgos evaluados se identificó:

a) Desactualización/falta de registro del control descrito como “*Documento de matriz de responsabilidades (en construcción)*”, correspondiente al riesgo R.TI.07.

b) El documento para el control registrado como “*Acuerdos de trabajo con el proceso de gestión de recursos físicos*” frente al riesgo I.TI.08 “Pérdida o interrupción del servicio de aire acondicionado en el datacenter”, no contiene ninguna actividad relacionada o que mitigue aspectos sobre interrupción de aire acondicionado.

c) Desactualización de controles específicos registrados en el memorando 20155260339143 del 4/11/2015, el cual aparece como control registrado para el riesgo I.TI.08, entre otros para los siguientes controles que corresponden a la Declaración de Aplicabilidad vigente:

| Tabla 8. Controles desactualizados contenidos en memorando 20155260339143 | | |
|---|--|--|
| Control | Descripción | Observación equipo auditor |
| A.9.2.3 | Gestión de derechos de acceso privilegiado | Según el memorando, “ <i>se debe formalizar en un documento (puede ser un instructivo) que indique la forma de como el personal de aseo, vigilancia, mantenimiento locativo y soporte técnico (o cualquier otro colaborador que debe tener acceso a estas áreas) se le conceden los permisos de acceso y como se controlan los mismos.</i> ” |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 8. Controles desactualizados contenidos en memorando 20155260339143 | | |
|---|--|--|
| Control | Descripción | Observación equipo auditor |
| A.11.1.5. | Trabajo en áreas seguras: “Se deben diseñar y aplicar procedimientos para trabajo en áreas seguras.” | El inventario de áreas seguras ya no corresponde con el descrito en el memorando, por ejemplo, la ubicación de STTR, DTDP, DTGJ, Centro de Documentación, entre otros. |
| A.11.2.3 | Seguridad del cableado. | Según el memorando, “se debería contar con un documento formal de administración y revisión de los tableros eléctricos de las sedes, los centros de cableado y centros de cómputo. Este documento debería explicar detalladamente la responsabilidad y actividades propias y de terceras partes frente a los servicios suministrados y hacer referencia a las listas de personal autorizado para ingresar o trabajar con estos elementos.” |

FUENTE: Memorando 20155260339143 del 4 de noviembre de 2015, registrado como documentación de controles para el riesgo I.TI.08 “Pérdida o interrupción del servicio de aire acondicionado en el datacenter”

Así mismo, y dentro de las actividades de verificación incluidas en la presente auditoría, se solicitó a la OAP, a través de correo electrónico, que informara “[...] si el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación, a través de sus líderes o Jefes de las áreas responsables, han reportado, de manera formal, los eventos de riesgos materializados acaecidos en la vigencia 2018, y lo que ha transcurrido de la vigencia 2019, de acuerdo con la documentación y parámetros vigentes”, frente a lo cual se informó por parte del profesional delegado de la OAP, que “[...] de acuerdo a su solicitud le informamos que revisadas las bases de datos, los documentos y archivos allegados por el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación 2018 y 2019, solo han reportado riesgos materializados en la Matriz de Riesgos de Gestión de abril de 2019 únicamente, documentos que le enviamos para su observación y demás.[...]. (Subrayado fuera de texto original).

Conforme a lo anterior, y teniendo en cuenta que se tuvo conocimiento del reporte de materialización de riesgos cuando las actividades de verificación in situ, por parte del equipo auditor, ya se habían terminado, a continuación, se relacionan los riesgos para los cuales se reportó la ocurrencia de riesgos materializados:

| Tabla 9. Eventos de riesgos materializados reportados por el proceso | | | | | | |
|--|---------|--|---|---|--------------|-----------|
| Procedimiento / actividad / producto | Cód. | Riesgo (amenaza) | Descripción del evento de riesgos materializados | Consecuencias efectos | Fecha inicio | Fecha fin |
| Gestión de Infraestructura de T.I. | G.TI.03 | Inadecuada gestión de la Infraestructura de TI | Se presentó un incidente con la infraestructura tecnológica, que indispuso los servicios de TI durante 20 horas, entre el 25 y el 26 de marzo | Se tuvo indisponibilidad de los servicios de TI durante 6 horas del periodo laboral | 25-mar-19 | 26-mar-19 |
| Seguridad | R.TI.07 | Alteración de la configuración de los elementos usados para la prestación de servicios | Se presentó un incidente con la infraestructura tecnológica, que indispuso los servicios de TI durante 20 horas, entre el 25 y el 26 de marzo | Se tuvo indisponibilidad de los servicios de TI durante 6 horas del periodo laboral | 25-mar-19 | 26-mar-19 |
| Seguridad | R.TI.11 | Denegación de los servicios de TI | Se presentó un incidente con la infraestructura tecnológica, que indispuso los servicios de TI durante 20 horas, entre el 25 y el 26 de marzo | Se tuvo indisponibilidad de los servicios de TI durante 6 horas del periodo laboral | 25-mar-19 | 26-mar-19 |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Tabla 9. Eventos de riesgos materializados reportados por el proceso | | | | | | |
|---|------|------------------|--|-----------------------|--------------|-----------|
| Procedimiento / actividad / producto | Cód. | Riesgo (amenaza) | Descripción del evento de riesgos materializados | Consecuencias efectos | Fecha inicio | Fecha fin |
| Fuente: Matriz de seguimiento de riesgos de gestión proceso Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación Corte 30/04/2019, suministrada por la OAP el 31/07/2019. | | | | | | |

Teniendo en cuenta el reporte presentado por el proceso Gestión de TIC a la OAP, se solicitó a la STRT información acerca de las acciones tomadas con ocasión de la ocurrencia de eventos de riesgos materializados.

Igualmente, se verificó si el proceso formuló plan de tratamiento conforme lo establecía el anterior Manual de Administración de Riesgos V8 vigente para la época, ante la ocurrencia de eventos de riesgos materializados, estableciéndose que a la fecha de consolidación del presente informe (31/07/2019), no se formalizó dicho plan de mejoramiento, configurándose de esta manera un incumplimiento al lineamiento establecido en el manual de riesgos citado, en el numeral 6.7 “Gestión de Eventos de Riesgos Materializados (ERM)” en el cual se registra que “[...] la gestión de un evento de riesgo incluye dos momentos claves: el primero tiene que ver con la solución del evento presentado, cuyo objetivo es detener o disminuir las pérdidas o efectos ocasionados, a estas acciones se les denomina correcciones, y el segundo momento; es la definición e implementación de las acciones correctivas que tratan las causas que ocasionaron el evento con el propósito de que no vuelva a presentarse. Las correcciones y las acciones correctivas deberán registrarse en el formato del plan de mejoramiento institucional siguiendo las directrices definidas en el Procedimiento de Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento - PRMC01.”

Riesgos de Corrupción:

| Tabla 10. Evaluación Gestión de Riesgos de Corrupción | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|----|----|---------------------|----|----|--|----|----|----------------------------|----|--|----|----|-----|---|
| IDENTIFICACIÓN RIESGO | | Evaluación Gestión de Riesgos de Corrupción | | | | | | | | | | | | | | | |
| Código | Riesgo | Ejecución de actividades de levantamiento de riesgos | | | Diseño de controles | | | Ejecución de actividades de control definidas en la matriz | | | Materialización de riesgos | | Acciones frente a materialización de riesgos | | | | |
| | | SI | NO | PR | SI | NO | PR | SI | NO | PR | SI | NO | SI | NO | PR | N/A | |
| C.TI.01 | Acceso indebido para manipular o adulterar datos almacenados en los servidores de la Entidad, en beneficio propio o de un tercero. (Integridad) | X | | | | | | X | X | | | | X | | | | X |
| C.TI.02 | Revelar información de carácter confidencial a terceros que se vean beneficiados por la oportunidad de la misma | X | | | | | | X | X | | | | X | | | | X |
| C.TI.03 | Ocultar o NO divulgar a la ciudadanía información considerada pública en beneficio propio o de un tercero. | X | | | | | | X | X | | | | X | | | | X |
| C.TI.04 | Omitir intencionalmente la aplicación de los procedimientos para la prestación de los servicios de T.I. o cambiar la prioridad en la | X | | | | | | X | X | | | | X | | | | X |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Tabla 10. Evaluación Gestión de Riesgos de Corrupción | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----|----|---------------------|----|----|--|----|----|----------------------------|----|--|----|----|-----|
| IDENTIFICACIÓN RIESGO | | Evaluación Gestión de Riesgos de Corrupción | | | | | | | | | | | | | | |
| Código | Riesgo | Ejecución de actividades de levantamiento de riesgos | | | Diseño de controles | | | Ejecución de actividades de control definidas en la matriz | | | Materialización de riesgos | | Acciones frente a materialización de riesgos | | | |
| | | SI | NO | PR | SI | NO | PR | SI | NO | PR | SI | NO | SI | NO | PR | N/A |
| | prestación del mismo, en beneficio propio o de un tercero. | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Matriz Riesgos de corrupción proceso Gestión Tecnologías de la Información y Comunicación. Elaboración Equipo Auditor OCI.
PR = Cumple parcialmente atributos

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a las matrices de riesgos de corrupción de los procesos del IDU, con corte al 30/04/2019, y en dicho proceso se evaluó la ejecución de las actividades y operaciones asociadas a los controles registrados para el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación, así como la identificación de la materialización de riesgos. Para este análisis se incluyeron como criterios la evaluación del diseño de controles, la implementación de las actividades de control, y la autoevaluación del proceso frente a la materialización de riesgos. Igualmente, análisis y recomendaciones agrupadas para cada riesgo analizado.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

De la revisión efectuada durante la auditoría sobre la información documentada relacionada con el proceso (procedimientos, instructivos, guías y documentos), en consulta del listado maestro de documentos y el aplicativo SUE de información documentada, con corte a 30/06/2019, se encontraron las siguientes situaciones:

- El producto 10. Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, registrado para la actividad crítica 1 “Realizar Direccionamiento Estratégico de TI” que corresponde a la etapa del “Planear” del proceso no registra productos en las demás etapas del ciclo PHVA del proceso.
- En la Circular 8 de 2016, cuya referencia es “*protocolos de seguridad de la información*”, se relacionan los sistemas de información y sus propietarios. Sin embargo, se observó que algunos de los sistemas de información que allí se registran, a la fecha ya no se utilizan, o han sido sustituidos por otros. Adicionalmente, no están incluidos nuevos sistemas de información tales como SIGPAGOS, y algunos nuevos desarrollos efectuados sobre la plataforma ODOO. También se identificó que se referencia la Resolución 447 de 2012¹⁵, que fue derogada por la Resolución 852 de 2019. Así mismo, se identificó que la circular en mención, no se conoce institucionalmente y solo es posible acceder a ella a través de consulta directa en el sistema de gestión documental Orfeo.

Por lo anterior, se recomienda revisar, actualizar, modificar y/o reemplazar los contenidos de la Circular 8 de 2016 en relación con la normatividad relacionada, los sistemas de información

¹⁵ Resolución 447 de 2012, Por la cual se reglamenta el Sistema Integrado de Gestión, se reorganiza su Sistema de Coordinación Interna y se crean equipos institucionales”

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



y sus propietarios, y demás aspectos pertinentes, así como su amplia divulgación en la entidad.

- Se identificaron aspectos que indican desactualización de algunos procedimientos y documentos asociados al proceso que forman parte del Sistema Integrado de Gestión – SIG, como:
 - a. Procedimiento “Gestión de la Capacidad”, código PR-TI-16, versión 2:
 - El numeral 1.1.3 “Marco Normativo” hace referencia a la Resolución Interna 447 de 2012 *“Por la cual se reglamenta el Sistema Integrado de Gestión, se reorganiza su Sistema de Coordinación Interna y se crean los equipos institucionales”*. Sin embargo, ella fue derogada por el artículo 18 de la Resolución 852 del 8/03/2019, *“Por la cual se adopta el Sistema de Gestión MIPG-SIG del Instituto de Desarrollo Urbano, y se crean los equipos Institucionales”*.
 - El numeral 1.1.4 “Términos y Definiciones” señala que *“Los términos deberán ser consultados en el diccionario de términos y definiciones disponible en el sitio <http://Intranet/web/intranet/diccionario-terminos-idu>”*. No obstante, dicha dirección arroja el error 404: archivo o directorio no encontrado. De hecho, en el mapa de procesos, el enlace llamado “Diccionario de Terminos IDU” (sic) lleva a la página web del Instituto, en la dirección <https://www.idu.gov.co/page/transparencia/informacion-de-interes/glosario>. Es de anotar que, en este Diccionario, tampoco se encuentran las definiciones mencionadas en el numeral.
 - b. Procedimiento “Gestión de Activos de Información”, código PR-TI-13, versión 3:
 - El numeral 1.1.3 “Marco Normativo” no relaciona la Circular interna 8 del 3 de marzo de 2016, sobre Protocolos de Seguridad de la Información, la cual, en su numeral 1, señala que *“Los Sistemas de Información son activos de información de alta criticidad [...]”* y que *“Se asigna la responsabilidad y propiedad de los sistemas de información a las áreas que lideran los procesos, [...]”*.
 - El numeral 1.1.4 “Términos y Definiciones” señala que *“Los términos y definiciones aplicables al procedimiento pueden ser consultados en el micro sitio Direccionario de términos IDU (<http://intranet/web/intranet/diccionario-terminos-idu>)”* (sic). No obstante, dicha dirección lleva a un diccionario publicado en la Intranet, diferente al que se encuentra en la página web del Instituto, al cual lleva el enlace llamado “Diccionario de Terminos IDU” (sic), que se encuentra en el mapa de procesos. Es de anotar que, en ninguno de los diccionarios mencionados, se encuentran las definiciones incluidas en el numeral.
 - c. Instructivo “Identificación de Activos de Información y Uso del Módulo de Apoyo a la Gestión de Activos de Información”, código IN-TI-13, versión 3:
 - El numeral 1.1.3 “Marco Normativo” no relaciona la Circular interna 8 del 3/03/2016, sobre Protocolos de Seguridad de la Información, la cual, en su numeral 1, señala que *“Los Sistemas de Información son activos de información de alta criticidad [...]”* y que *“Se*

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



asigna la responsabilidad y propiedad de los sistemas de información a las áreas que lideran los procesos, [...]”.

- El numeral 1.1.4 “Términos y Definiciones” señala que *“Los términos y definiciones aplicables al procedimiento pueden ser consultados en el micro sitio Direccionario de términos IDU (<https://www.idu.gov.co/page/transparencia/informacion-deinteres/glosario>)”* (sic). Dicha dirección lleva al diccionario publicado en la página web del Instituto, en el cual no se encuentran las definiciones de “Activo”, “Confidencialidad”, “Disponibilidad”, “Integridad”, “Seguridad de la información”, “Sistema CHIE:SGSI”, “Plan de continuidad del negocio (o sus siglas en inglés BCP, por *Business Continuity Plan*)” (sic), únicamente está la definición del término “Información”.

d. Se evidenció, al igual que en la auditoría SIG 2018, que el procedimiento “Gestionar Usuarios Tecnológicos”, código PR-TI-02, está desactualizado (continúa en su versión 1), por lo tanto, se siguen presentando las desactualizaciones documentales identificadas, tales como:

- 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.

Como quedó consignado en el informe de la auditoría efectuada en 2018, en validación con personal de la STRT, realizada en su momento, 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”.

- 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.
- 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.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- 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.
- 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.
- e. Se evidenció, al igual que en la auditoría SIG 2018, que el Instructivo “Solicitud de Soporte Técnico por Aranda USDK”, código IN-TI-02, está desactualizado (continúa en su versión 1), por lo tanto, se siguen presentando las desactualizaciones documentales identificadas, tales como:
 - En el numeral 3 “Marco Normativo”, relacionan la Norma Técnica NTC GP-1000 Calidad en la gestión pública¹⁶, la cual ya no se considera vigente, toda vez que, actualmente, se aplica el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
 - 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 Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 - 2020 “Bogotá Mejor Para Todos”.
 - 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”.
 - 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.
 - Además, en el último párrafo hacen mención de la extensión de soporte 3434, la cual no está habilitada para la mesa de servicio.
- f. El documento “Declaración de Aplicabilidad para Seguridad de la Información IDU”, código DU-TI-05, versión 1, adoptado mediante Resolución IDU 6756 DE 2017 “Por el cual se adopta el documento *DECLARACIÓN DE APLICABILIDAD PARA SEGURIDAD DE LA*

¹⁶ 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.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



INFORMACIÓN IDU para el Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGS del 28/12/2017, está desactualizado, toda vez que hace referencia a documentos ya derogados, por ejemplo:

- El control A.14.2.9 Pruebas de aceptación de sistemas refiere como Evidencia o Registro los formatos: FO-TI-17 “Aceptación de manuales para aplicaciones desarrolladas” y FO-TI-18 “Aceptación de código fuente de aplicaciones desarrolladas” los cuales están derogados desde el 19/12/2018.
- Los controles A.14.1.1 “Análisis y especificación de requisitos de Seguridad de la Información”, A.14.1.2 “Seguridad en los servicios de las aplicaciones en redes públicas”, A.14.1.3 “Protección de transacciones de los servicios de las aplicaciones”, A.14.2.1 “Política de Desarrollo Seguro”, A.14.2.2 “Procedimiento de Control de Cambios en sistemas”, A.14.2.3 “Revisión Técnicas de las Aplicaciones después de los cambios en la plataforma de operación”, A.14.2.4 “Restricciones en los cambios a los paquetes de software”, A.14.2.5 “Principios de construcción de sistemas seguros”, A.14.2.6 “Ambiente de desarrollo seguro” y A.14.2.7 “Desarrollo contratado externamente” hacen referencia al procedimiento PR-TI-04 “Gestión de desarrollo de tecnologías de información”. No obstante, éste cambio de nombre a “Desarrollo de Soluciones”, desde el 29/06/2018, cuando se actualizó a versión 2.

Frente a los requisitos de toma de conciencia, al conocimiento y apropiación de las directrices de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y lo correspondiente a la Seguridad de la Información, a través de entrevistas con profesionales y técnicos, que gestionan el proceso en la STRT, se aplicó la lista de verificación para cada subsistema, 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, identificándose las siguientes situaciones específicas:

Subsistema de Gestión de la Calidad:

- Se percibe el entendimiento del concepto de calidad en los proyectos de infraestructura de la entidad y se tiene clara la forma en que cada persona aporta al sistema de gestión desde su puesto de trabajo.
- Los entrevistados ubican la documentación del proceso en el Manual de Procesos de la intranet, así como la directriz y objetivos del SGC en el sitio SIGI (Sistema Integrado de Gestión IDU).

Subsistema de Gestión Ambiental

- Se percibió un aceptable entendimiento de las formas en que se puede afectar el medio ambiente desde su proceso y la gestión ambiental que desarrolla el IDU en el desarrollo de los proyectos de infraestructura de la entidad. No obstante, se identificó que no se tiene claridad conceptual sobre los aspectos e impactos ambientales.
- Se identificaron prácticas de sostenibilidad ambiental al interior del proceso y la forma en que cada persona aporta al sistema de gestión desde su puesto de trabajo.
- Los entrevistados ubican la documentación del proceso en el Manual de Procesos de la intranet, así como la directriz y objetivos del SGA en el sitio SIGI (Sistema Integrado de Gestión IDU).

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- A pesar de lo anterior, se identificaron debilidades en el conocimiento específico del documento PIGA y las prácticas asociadas que deberían conocer los servidores, dado lo cual, se recomienda generar estrategias de comunicación y divulgación institucional con el fin de fortalecer la interiorización y apropiación de las prácticas ambientales contenidas en el PIGA.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Se percibió un aceptable entendimiento de los conceptos, objetivo, directriz del sistema SST.
- Los entrevistados identificaron algunos riesgos y peligros asociados a los sitios de trabajo y actividades laborales que desarrollan.
- Los entrevistados ubican la documentación, así como la directriz y objetivos del SGSST en el sitio SIGI (Sistema Integrado de Gestión IDU). No obstante, se identificaron debilidades en la interpretación de la matriz de riesgos y peligros del proceso, recientemente publicada, toda vez que no tienen claridad respecto a los grupos de exposición similar GES, que aplican para sus casos personales. Por lo anterior, se recomienda generar estrategias de comunicación y divulgación institucional con el fin de fortalecer el conocimiento e interiorización de las matrices de riesgos y peligros y la manera en que aplican a los casos personales.

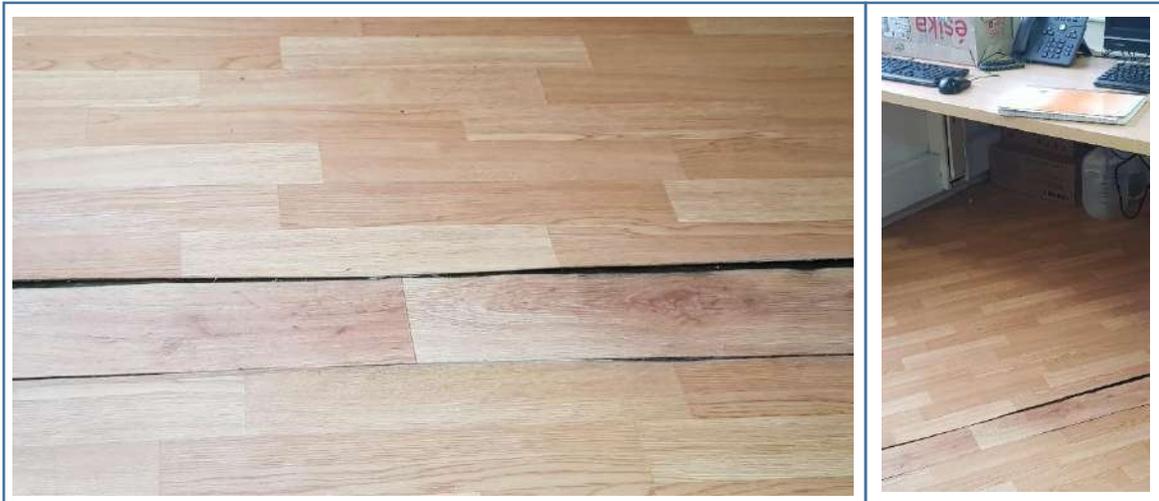
Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información.

- Se percibió un aceptable entendimiento de los conceptos, objetivo, directriz del sistema SGSI.
- Se identificó conocimiento claro del concepto de activos de información y los deberes asociados a su actualización.
- Se realizan prácticas rutinarias asociadas a la seguridad de la información, tales como cambio de claves conforme a los protocolos institucionales, bloqueo de sesión, uso exclusivo e intransferible de contraseñas seguras, generación de copias de seguridad, uso cuidadoso del correo electrónico frente a remitentes desconocidos

A partir de la inspección visual y recorrido realizado por el equipo auditor en las instalaciones principales donde se gestiona el proceso Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación, en la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos-STRT, se identificaron las siguientes situaciones:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

- Se observaron desprendimientos puntuales en el acabado de piso en tres áreas de la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos, lo que representa riesgos/peligros para la seguridad y salud de los trabajadores que laboran en dicha dependencia, por cuanto podrían ocurrir caídas con efectos negativos para la salud. Los sitios corresponden a los módulos de trabajo Nos. 55, 71 y 74.

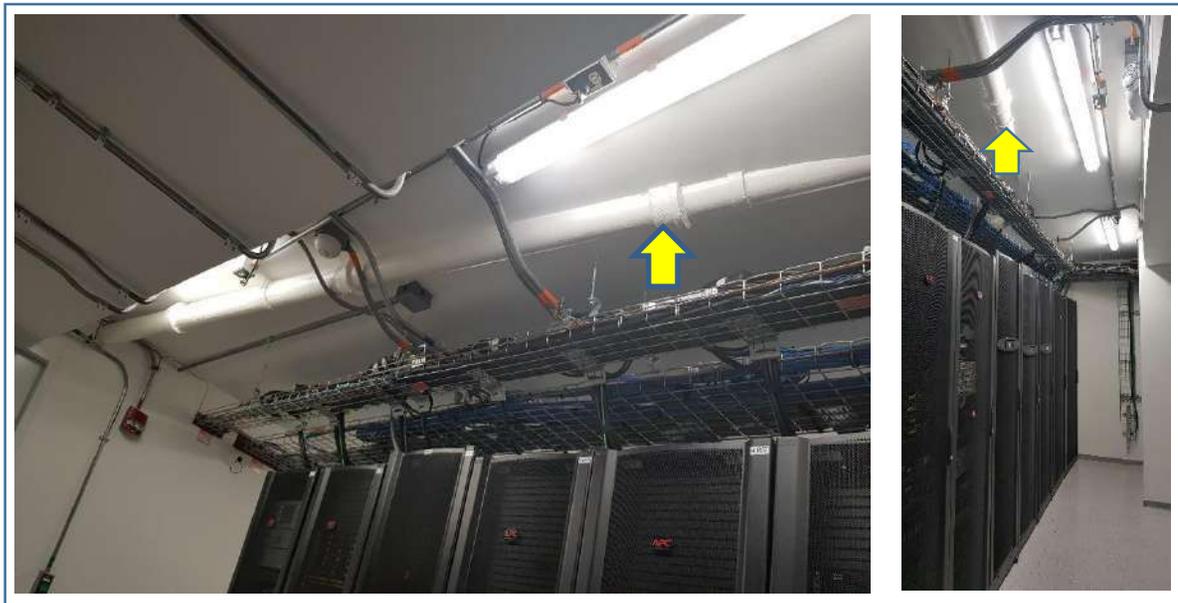


- Se observó un vidrio de fachada roto, para el cual el funcionario cuyo módulo de trabajo se ubica al frente, ha solicitado el correspondiente cambio sin haberse realizado el correspondiente reemplazo. Esta situación evidencia un potencial peligro de rompimiento del vidrio ante movimientos del elemento de fachada o dilatación del material vidrio ante cambios fuertes de temperatura ambiental.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |



- Se observó tubo de aguas negras descolgado en la placa de techo del recinto correspondiente al Datacenter, lo cual representa un riesgo de inundación o goteras para tan importante recurso del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información de la entidad.



Como conclusión de la visita de inspección visual a las instalaciones de la STRT (16/07/2019), se identificaron potenciales fuentes generadoras de riesgos y peligros en seguridad y salud en el trabajo, así como para el Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, frente a lo cual se recomienda implementar las medidas de control y prevención específicas para cada una de las situaciones observadas.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Respuesta a observaciones realizadas por el proceso sobre el Informe Preliminar

El proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación dio respuesta al informe preliminar mediante correo electrónico del lunes 27/08/2019. En dicho correo efectuó algunas observaciones a las no conformidades como sigue:

No Conformidad N° 1. Debilidad en la implementación de controles, así como desactualización de documentación asociada a algunos controles registrados en la Declaración de Aplicabilidad, adoptada por la entidad a través de acto administrativo.

El proceso acepta la no conformidad, aclarando que *“La revisión de la declaración de aplicabilidad está sujeta a los resultados obtenidos de la pre-auditoría de certificación que actualmente se está desarrollando en la Entidad”* y que *“Una vez se conozcan los resultados de esta pre-auditoría, la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos realizará el proceso de formulación del plan de mejoramiento para la no conformidad”*.

No Conformidad N° 2. Inefectividad de las acciones 1159 y 1160 de Plan de mejoramiento interno.

El proceso acepta la no conformidad, precisando que *“La Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos realizará el proceso de formulación del plan de mejoramiento para la no conformidad”*.

No Conformidad N° 4. Desactualización de información documentada del proceso.

El proceso acepta la no conformidad, indicando que *“La Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos realizará el proceso de formulación del plan de mejoramiento para la no conformidad”*.

Precisan, además, que:

“[...] las observaciones presentadas por el equipo hacen referencia sobre la desactualización de la Circular No. 8 de 2016, por lo que se realizara (sic) la gestión de la actualización y respectiva socialización del documento.

Frente al procedimiento PR-TI-16 (sic) “GESTIONAR USUARIOS TECNOLÓGICOS”, y de acuerdo con la presentación de la evidencia presentada por la OCI, se realizarán las actividades que correspondan para aprovechar la oportunidad de mejora frente a la publicación de la información en la página Web, dado que la actividad de publicación de información en el mapa de procesos está liderada por la Oficina Asesora de planeación.

Con el procedimiento PR-TI-16 “GESTIÓN DE LA CAPACIDAD”, el formato que soporta el procedimiento fue remitido en su oportunidad a la OCI.”

Respecto a este último punto, el equipo auditor aclara que el formato FO-TI-30 “Control de Capacidad de los Recursos de TI” no fue enviado a la OCI. De hecho, como se describió en el aparte referido a la verificación de efectividad de las acciones de mejoramiento 1159 y 1160, se evidenció que no se estaba utilizando.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



No Conformidad N° 5. Debilidades en el respaldo y salvaguarda de la totalidad de la información digital generada como resultado de la gestión de los procesos.

El proceso no aceptó la no conformidad indicando que:

“El Subsistema de Seguridad de la Información ha realizado las campañas de sensibilización respecto del correcto uso de las carpetas compartidas, teniendo en cuenta que la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos ha destinado seis (6) servidores de archivos, especialmente para la adecuada conservación de la información de trabajo de la Entidad.

*Luego del proceso de sensibilización llevado a cabo por la STRT como líder operativo del SGSI, las dependencias son las que determinan cómo gestionar sus activos de información. Para el caso de la Oficina Asesora de Comunicaciones, se determinó que sus activos de información los conserva en discos externos y es el líder del proceso es (sic) quien asume el riesgo; para el caso del proceso de Gestión Contractual, la información relevante del proceso se encuentra registrada en el sistema de información ORFEO y el sistema de información SECOP, sin embargo cabe resaltar que en el Servidor FS06CC01, la DTGC solicitó la creación de una carpeta compartida con el nombre de “**MODELO SANCIONATORIO**”, por tanto es esta Dirección Técnica, quien debe socializar a sus colaboradores el uso y destinación de dicha carpeta.*

Verificadas las observaciones presentadas por la OCI, en particular las halladas en el proceso de Gestión Social, no es posible para el SGSI establecer periodos de actualización, ni contar con mecanismos para determinar si la información está actualizada o no, y como bien lo detallan en la descripción, es el proceso quien no ha identificado que información se debe respaldar, luego el enfoque de la observación debe ser hacia el proceso y no al subsistema.

Se adjunta un anexo a este mensaje, en el que se observan las carpetas compartidas solicitadas y creadas por las diferentes dependencias, quienes una vez realizan el estudio de la información que manejan en su interior, determinan qué información es relevante para ellos, y por lo tanto para la Entidad, tomando la decisión de almacenarla en estos servidores. Es preciso informar que a la fecha las carpetas compartidas de toda la Entidad tienen una capacidad ocupada de 32 terabytes.

En este punto cabe resaltar que a estos servidores se les aplican políticas de toma de copias de respaldo.

Es reiterada la observación frente a qué las dependencias no tienen claro si tienen o no carpetas compartidas, si actualizan la información y con qué periodicidad lo deben hacer, y se debe aclarar que no es un aspecto generalizado, por el contrario, hay procesos que hacen un uso alto de este mecanismo dispuesto por la entidad para los procesos, y como se dijo previamente, son los líderes de estos quienes deben establecer qué información es la que se debe respaldar.

Por lo anterior, consideramos que el enfoque de la observación se debe replantear.” (Negrita incluida en el texto original).

El proceso hace mención de que ha realizado las campañas sensibilización respecto al correcto uso de las carpetas compartidas. Como parte de las de la respuesta anexó 4 documentos, del 25/01/2017, 17/02/2017, 16/03/2017 y 26/05/2017, relacionados con campañas de protección de la información digital, en las cuales hizo alusión al manejo de carpetas compartidas; sin embargo, no allegó evidencia de campañas más recientes sobre este particular.

Indica que, luego del proceso de sensibilización, es responsabilidad de las dependencias determinar cómo gestionar sus activos de información y que son éstas las que deben socializar,

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

a sus colaboradores, el uso de dichas carpetas, la periodicidad de actualización y asumen el riesgo relacionado.

No obstante, de acuerdo con las Políticas de Seguridad de la Información y el fin último de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, bajo la NTC ISO IEC 27001:2013, no se puede permitir que cada proceso o dependencia de manera independiente asuma la totalidad de los riesgos asociados, para este caso, con la Integridad y Disponibilidad de la Información, generada como parte de la gestión institucional.

También anexan un documento con un listado de recursos (carpetas) compartidas que, se supone, se encuentran en los servidores ss01cc01, ss02cc01, ss03cc01, ss04cc01, ss05cc01 y fs06cc01, aunque no precisan a qué proceso o dependencia corresponden cada una de ellas. En un último documento presenta unos párrafos extractados del documento DU-TI-06 Políticas operacionales de Tecnologías de Información y Comunicación, respecto de la política de uso de las carpetas compartidas.

Por último, aclaran que, a los servidores de archivos en los cuales se encuentran las carpetas compartidas, se les aplican las políticas de toma de copias de respaldo y que no es un aspecto generalizado el hecho de que las dependencias no tengan claro si tienen o no carpetas compartidas, cuál información deberían actualizar y/o la identificación de la periodicidad con la debería hacerse, puesto que hay procesos que hacen un alto uso de estos recursos. Reitera que corresponde a los líderes de los procesos establecer la información que se debe respaldar.

No obstante, es de aclarar que el uso inadecuado de carpetas compartidas, se evidenció en varios procesos auditados, descritos en el componente de “*Sistema de Seguridad de la Información*”, incluido como resultado de auditoría para cada proceso en este informe, según lo establecido en la No Conformidad, lo cual es evidencia de una debilidad institucional del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información SGSI, que impacta el respaldo y salvaguarda de la totalidad de la información digital, generada como resultado de la gestión de los procesos.

Si bien es cierto que los líderes de proceso cumplen un papel de primordial importancia en la identificación de la información que manejan en el marco de su gestión y su criticidad, también es cierto que al proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación, como líder operativo del SGSI, le atañe la responsabilidad de velar por que los procesos o dependencias den el uso y tratamiento adecuado a las carpetas compartidas, asegurando el respaldo y salvaguarda de la información crítica.

De acuerdo con los argumentos del proceso y con los soportes allegados como parte de la respuesta, el equipo auditor considera necesario aclarar que la no conformidad, se encuentra enfocada en el uso inadecuado de las carpetas compartidas y no en que el proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación, no aplique las políticas establecidas en lo relacionado con copias de seguridad para la salvaguarda de la información.

Por lo anterior, la No Conformidad N° 5, se mantiene, modificando su redacción en el sentido de precisar el hecho, en cuanto a debilidades en el uso apropiado de las carpetas compartidas y, en consecuencia, se ajusta también el nombre de la No Conformidad.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



No Conformidad N° 6. Debilidades en la actualización de activos de información de los procesos del Instituto de la vigencia 2019.

El proceso aceptó la no conformidad e indicó que la STRT realizará la formulación del respectivo plan de mejoramiento. No obstante, efectuaron las siguientes precisiones:

“[...] que son las Dependencias quienes conocen la gestión de su proceso, de acuerdo con los lineamientos Subsistema de Seguridad de la Información, deben determinar cuáles son los activos de información, asignarles los atributos que le corresponden y reportarlos por medio del sistema de información CHÍE: SGSI.

Para la gestión de este sistema se cuenta con una estructura con roles definidos, de la siguiente manera:

- *Usuario: quien realiza el levantamiento de la información inicial.*

- *Gestor **de información**: Apoya el proceso de consolidación de la información de activos de información en cada dependencia y la pasa al rol de propietario de la información para su aceptación.*

- ***Propietario de la información**: es el Líder del proceso, quien da el visto bueno de la información registrada por parte de los usuarios y la acepta como propietario.*

Para el rol de gestores de información, la Subdirección General de Gestión Corporativa como Líder del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, generó el memorando con radicado Orfeo No. [20195050086633](#) de abril 12 de 2019, solicitando a la Dirección General, Subdirectores Generales, Jefes De Oficina, Directores Técnicos y Subdirectores Técnicos, identificar y delegar a uno o más gestores de información de acuerdo al tamaño y complejidad de cada proceso, para apoyar el proceso de actualización de activos de información.

De las 32 dependencias de la Entidad, dos (2) tienen pendiente por gestionar sus activos de información:

- *DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROYECTOS*
- *S.T. DE RECURSOS FÍSICOS*

Cuatro dependencias tienen pendiente por gestionar algún inventario de su dependencia:

- *S.T. DE MANTENIMIENTO SUBSISTEMA VIAL*
- *D. TÉCNICA DE ADMON (sic) INFRAESTRUCTURA*
- *DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS SELECTIVOS*
- *SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFRAESTRUCTURA*

La Subdirección Técnica de recursos Tecnológicos como líder operativo del Subsistema de Gestión de la Seguridad de la Información, continuara apoyando el proceso de registro de activos de información por medio de los gestores de información designados por cada una de las dependencias.”

Al respecto de estas precisiones, el equipo auditor manifiesta que no desconoce que es cada proceso el que conoce toda la información relativa a su gestión y, según esto, le correspondería determinar cuáles son los activos de información con sus respectivos atributos y efectuar el reporte en módulo SGSI del sistema CHÍE. Tampoco desconoce la gestión adelantada por la STRT y las actividades efectuadas por la Subdirección General de Gestión Corporativa – SGGC en relación con los activos de información. Sin embargo, las situaciones relacionadas, por el proceso en la respuesta, en cuanto a las dependencias que aún tienen pendientes aspectos relacionados confirman la existencia de debilidades en la gestión de estos activos.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

En conclusión, se mantienen las 6 No Conformidades identificadas para el proceso de Gestión Tecnologías de Información y Comunicación, con el ajuste mencionado para la No Conformidad N° 5.

3.20.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|------------|--|---|
| NC1 | <p>Norma NTC ISO IEC 27001:2013 Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos.</p> <p>6.1.3 Tratamiento de riesgos de la seguridad de la información.</p> <p><i>“La organización debe definir y aplicar un proceso de tratamiento de riesgos de la seguridad de la información para (...):</i></p> <p><i>b) determinar todos los controles que sean necesarios para implementar las opciones escogidas para el tratamiento de riesgos de la seguridad de la información”.</i></p> | <p>No Conformidad N° 1. Debilidad en la implementación de controles, así como desactualización de documentación asociada a algunos controles registrados en la Declaración de Aplicabilidad, adoptada por la entidad a través de acto administrativo.</p> <p>Se evidenció que el documento DUTI05 Declaración de aplicabilidad para seguridad de la información V 1.0, adoptado mediante la resolución 6756 de 2017 contiene controles que a la fecha no se han implementado, lo cual contraviene lo establecido en el numeral 6.1.3, literal b) de la norma NTC-ISO-IEC-27001:2013, situación que puede afectar la ejecución de acciones para mitigar los riesgos de seguridad de la información, asociados a los objetivos de control que no se han implementado.</p> <p>Se identificaron requisitos asociados a la Declaración de Aplicabilidad vigente, la cual está publicada en el Manual de Procesos con el código DU-TI-06, que hace parte del numeral 6.1.3 <i>Tratamiento de riesgos de la seguridad de la información</i>, que no cuentan con el 100% de implementación, toda vez que algunos de los controles adoptados están desactualizados, no se han implementado o están en proceso de implementación. Revisado el documento vigente se estableció que se han implementado 68 de los 114 controles que hacen parte de la Declaración de Aplicabilidad, lo que corresponde al 60% de dichos controles.</p> <p>Adicionalmente, se identificaron controles registrados como implementados, para los cuales la documentación asociada está desactualizada, tal y como se mencionó en el capítulo de Gestión de riesgos del proceso de Gestión TIC y en el aparte de revisión de la documentación del proceso.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos</p> <p>10.2.1 No conformidad y acción correctiva: <i>“Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera</i></p> | <p>No Conformidad N° 2. Inefectividad de las acciones 1159 y 1160 de Plan de mejoramiento interno.</p> <p>Se evidenció que las acciones 1159 y 1160 fueron inefectivas, por cuanto el proceso continúa sin</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|--|---|
| | <p><i>originada por quejas, la organización debe: [...]”</i></p> <p><i>[...] Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas [...]</i></p> <p>Procedimiento PR-MC-01 Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento.</p> <p>1.4 Términos y Definiciones: “[...] Efectividad: <i>La acción será efectiva cuando se haya evaluado y se determine que se ha eliminado la causa (s) que originó los hallazgos detectados. [...]</i>”.</p> <p>1.5 Política Operacional: “[...] <i>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. [...]</i>”</p> | <p>emplear el formato “Control de la capacidad de los recursos de TI”, asociados al procedimiento PR-TI-16 “Gestión de la Capacidad”, versión 2, e identificado en el Sistema Integrado de Gestión con el código FO-TI-30, incumpliendo lo establecido en la norma NTC ISO 9001.2015, frente a las acciones que la entidad debe implementar ante la ocurrencia de una no conformidad, y el procedimiento PR-MC-01 “Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento”, en relación con la <i>eficacia</i>¹⁷ de las acciones, situación que puede afectar la formalización de las actividades de control y monitoreo relacionadas con la capacidad de los recursos de TI considerados críticos para la prestación de los servicios de TI, dificultar la identificación de variables de almacenamiento, procesamiento y uso de redes de datos necesarias para ello y la mejora continua del Subsistema de Seguridad de la Información y la del proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones.</p> <p>El formato “Control de la capacidad de los recursos de TI”, está referenciado en los numerales “1.1.6.6 Calcular reservas de requerimientos”, “1.1.6.8 Realizar proyecciones de aprovisionamiento”, “1.1.6.12 Realizar mediciones periódicas”, “1.1.6.13 Registrar valores medidos”, “1.1.6.16 Actualizar datos de uso” y “1.1.6.26 Formato Control de la capacidad de los recursos de TI” del procedimiento PR-TI-16 “Gestión de la Capacidad” y la no utilización del mismo, podría generar riesgos relacionados con, principalmente, la insuficiente asignación de recursos para el cumplimiento de los objetivos o actividades requeridas al proceso.</p> |
| NC3 | <p>Manual de Administración de Riesgos V8.</p> <p>Numeral 6.7 Gestión de Eventos de Riesgos Materializados (ERM). “[...] <i>la gestión de un evento de riesgo incluye dos momentos claves: el primero tiene que ver con la solución del evento presentado, cuyo objetivo es detener o disminuir las pérdidas o efectos ocasionados, a estas acciones se les denomina correcciones, y el segundo</i></p> | <p>No Conformidad N° 3. No se evidenció generación y registro del plan de tratamiento derivado de la ocurrencia y reporte de un evento de riesgos materializados.</p> <p>Se evidenció que, a la fecha de ejecución de las actividades de verificación, el proceso Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación, no presentó el plan de mejoramiento derivado de la ocurrencia y reporte de eventos de riesgos G.TI.03, R.TI.07 y R.TI.11 materializados, incumpliendo lo establecido en el numeral 6.7 “Gestión de Eventos</p> |

¹⁷ La norma referencia el término “Eficacia” el cual a nivel interno se interpreta como “Efectividad” asumiendo los conceptos establecidos en la normatividad de planes de mejoramiento con la Contraloría de Bogotá.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|---|--|
| | <p><i>momento; es la definición e implementación de las acciones correctivas que tratan las causas que ocasionaron el evento con el propósito de que no vuelva a presentarse. <u>Las correcciones y las acciones correctivas deberán registrarse en el formato del plan de mejoramiento institucional siguiendo las directrices definidas en el Procedimiento de Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento - PRMC01.</u></i> (Subrayado fuera de texto.</p> | <p>de <i>Riesgos Materializados (ERM)</i>” del Manual de Administración de Riesgos, aplicable para la época en que se reportaron los eventos de riesgos materializados, lo cual puede afectar la eliminación de las causas raíz que generaron materialización de los riesgos reportados.</p> <p>Se aclara que en la versión 9 del citado Manual, también aplica el requisito de “<i>Definir e implementar el plan de mejoramiento</i>” correspondiente.</p> |
| NC4 | <p>NTC ISO 27001:2013. Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos.</p> <p>7.5.3 “<i>La información documentada requerida por el Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea adecuada para su uso, donde y cuando se necesite; [...]</i>”.</p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad</p> <p>7.5.3.1 “<i>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; [...]</i>”.</p> | <p>No Conformidad N° 4. Desactualización de información documentada del proceso.</p> <p>Se evidenció desactualización de los procedimientos “<i>Gestionar Usuarios Tecnológicos</i>”, código PR-TI-02, versión 1; “<i>Gestión de Activos de Información</i>”, código PR-TI-13, versión 3; “<i>Gestión de la Capacidad</i>”, código PR-TI-16, versión 2; en los instructivos “<i>Solicitud de Soporte Técnico por Aranda USDK</i>”, código IN-TI-02, versión 1; “<i>Identificación de Activos de Información y Uso del Módulo de Apoyo a la Gestión de Activos de Información</i>”, código IN-TI-13, versión 3; y el documento “<i>Declaración de Aplicabilidad para Seguridad de la Información IDU</i>”, código DU-TI-05, versión 1; incumpliendo lo establecido en los requisitos 7.5.3 de la NTC ISO 27001:2013 y 7.5.3.1 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede llevar a uso inadecuado de los documentos, confusiones al realizar consultas e incumplimiento de procesos y procedimientos.</p> <p>En el desarrollo del presente informe, en lo relacionado con el proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones, se precisaron las situaciones evidenciadas para cada uno de los documentos mencionados anteriormente.</p> |
| NC5 | <p>IN-TI-06 Uso Adecuado de los recursos de TI</p> <p>5.3. Sobre los recursos lógicos de tecnología: “<i>(...) Las carpetas compartidas en servidores ofrecen centralización de información, copias de seguridad regulares y seguridad en el control de acceso, pero solo funcionan si se mantienen actualizadas las listas de las personas que pueden acceder a ellas</i>”.</p> | <p>No Conformidad N° 5. Debilidades en el uso apropiado de las carpetas compartidas disponibles para el respaldo de la información digital generada como resultado de la gestión de los procesos.</p> <p>Se evidenciaron debilidades en el uso apropiado de las carpetas compartidas, disponibles para el respaldo de la información de procesos del Instituto, incumpliendo lo definido en los numerales 5.3 del IN-TI-06 “Uso Adecuado de los recursos de TI”, 5.1 del IN-TI-22 “Uso Adecuado de las Carpetas</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|---|--|
| | <p>IN-TI-22 Uso Adecuado de las Carpetas Compartidas</p> <p>5.1 Preliminares: “(...) La Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos limita su responsabilidad frente a la información que se consigne en los recursos compartidos y únicamente velará por la generación de copias de seguridad periódicas, por la asignación y revocación de permisos sobre los recursos, según se radiquen las solicitudes, y por el control de "malware" que se pudiese copiar sobre dichos repositorios”.</p> <p>NTC ISO IEC 27001:2013. Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos.</p> <p>7.5.3 Control de la información documentada. “La información documentada requerida por el sistema de gestión de la seguridad de la información y por esta Norma se debe controlar para asegurarse de que:</p> <p>a) esté disponible y adecuada para su uso, donde y cuando se necesite; y</p> <p>b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).</p> <p>Para el control de la información documentada, la organización debe tratar las siguientes actividades, según sea aplicable:</p> <p>c) distribución, acceso, recuperación y uso;</p> <p>d) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad (...).”.</p> | <p>Compartidas” y 7.5.3 de la NTC ISO IEC 27001:2013, lo cual puede generar riesgos de pérdida de información institucional y posibles reprocesos.</p> <p>Lo anterior, se pudo establecer, entre otras, por las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el proceso de Diseño de Proyectos no se evidenció uso de carpetas compartidas, en las que repose y se salvaguarde la información que se genera en las actividades diarias; en cambio se utilizan discos duros para mantener un <i>backup</i>, sin solicitud a la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos. • En el proceso de Comunicaciones, al verificar los controles y actividades que realiza el proceso para respaldar la información crítica y sensible de su gestión, se evidenció, que el proceso no cuenta con una carpeta compartida, mediante la cual se salvaguarde la documentación producto de su gestión. • En el proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, se evidenció existencia de la carpeta compartida para el proceso; no obstante, ésta no es actualizada con regularidad, ni se ha definido una periodicidad para su alimentación. Tampoco se evidenció que el proceso haya identificado con claridad qué información debe ser respaldada o la criticidad de la información para con base en ella, determinar cuál es la información a respaldar. • En Gestión Contractual se evidenció que el proceso no cuenta con el conocimiento de la existencia de la Carpeta compartida del área en el servidor de la Entidad. Manejan la información en forma física en los expedientes Orfeo, y en cuanto a la digital, ésta se encuentra en el aplicativo SECOP. • En el proceso de Gestión de Recursos Físicos, se realizó seguimiento a los componentes de Seguridad de la Información, evidenciándose que, los auditados no hacen uso de carpetas compartidas, en las que repose y se salvaguarde la información crítica que genera en desarrollo de sus actividades. |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Otras situaciones, descritas en el componente de "Sistema de Seguridad de la Información", incluido como resultado de auditoría para cada proceso en este informe. |
| NC6 | <p>Resolución 852 de 2019. Por la cual se adopta el Sistema de Gestión MIPG-SIG del Instituto de Desarrollo Urbano, y se crean los equipos Institucionales.</p> <p>ARTÍCULO 5º. Subsistemas y las buenas prácticas.</p> <p>5.5. Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información (ISO 27001). <i>"Establece, implementa, opera, verifica, revisa, mantiene y mejora la protección de los activos de información requeridos para garantizar la sostenibilidad y el éxito de la Entidad y proteger la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información".</i></p> <p>Circular Interna 08 de 2016. Protocolos de Seguridad de la información.</p> <p><i>"1. Los Sistemas de Información son activos de información de alta criticidad, dado que ellos apoyan y soportan la operación de los diferentes procesos de la Entidad".</i></p> <p>PR-TI-13 Gestión de Activos de Información</p> <p>1.5. Política Operacional: <i>"(...) 2. La Subdirección General de Gestión Corporativa – SGGC, como líder del proceso de implementación, operación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, es la dependencia responsable de llevar a cabo la centralización y consolidación de la información derivada de la gestión de activos de la información, que debe realizar cada líder de proceso del Instituto; brindará, en consecuencia, la orientación y/o apoyo que sean necesarios para el cumplimiento de este procedimiento en cabeza propia o a</i></p> | <p>No Conformidad N° 6. Debilidades en la actualización de activos de información de los procesos del Instituto de la vigencia 2019.</p> <p>Se evidenciaron debilidades en la actualización de activos de información realizada por los procesos del Instituto, toda vez que se identificaron aplicativos no reportados, activos cuyo usuario no está vinculado con el Instituto, activos de información en estado "Arqueo" e inadecuada clasificación de activos, incumpliendo el artículo 5.5 de la Resolución 852 de 2019, los numerales 1 de la Circular Interna 08 de 2016, 1.5 del PR-TI-13 Gestión de Activos de Información y 7.3.9.9 del IN-TI-13 Identificación de Activos de Información y Uso del Módulo de Apoyo a la Gestión de Activos de Información, lo cual puede afectar la Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad de los activos de información a cargo del Instituto.</p> <p>Lo anterior, se pudo establecer entre otras por las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el proceso de Gestión Contractual, se evidenció la creación de inventarios de información en estado aprobado. Sin embargo, existe diferencia de criterios en el momento de determinar la confidencialidad de los documentos, por cuanto se observó que los documentos de una funcionaria, que tiene el mismo nombre para cada vigencia, han sido catalogados de manera diferente (pública de uso interno, pública clasificada, pública reservada), lo cual indica falta de claridad de conceptos por parte de los servidores, por falta de competencia de las personas encargadas de gestionar en las diferentes áreas el subsistema de seguridad de la información. En el proceso de Gestión Documental, se evidenció un activo de información en estado "rechazado", el cual hace referencia al aplicativo Orfeo, en el cual se administra la gestión documental del Instituto, por lo que se debe mantener actualizado y aprobado en el CHIE: SGSI. Por otro lado, se observaron 62 activos que se encuentra en estado "arqueado", por lo |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|----|--|--|
| | <p><i>través de las Direcciones que estén a su cargo.</i></p> <p><i>3. (...) cuando ocurra un cambio importante en la generación de información, bien sea por ingreso, salida o traslado de personal, entre otros aspectos, se deberá realizar la correspondiente actualización por el propietario del activo y sus gestores asignados, en el sistema de información y solicitar a quien corresponda la publicación de dicho inventario”.</i></p> <p>IN-TI-13 Identificación de Activos de Información y Uso del Módulo de Apoyo a la Gestión de Activos de Información.</p> <p>7.3.9.9. Valoraciones de los Criterios de Seguridad de la Información para realizar la Calificación: <i>“Confidencialidad: Se debe indicar si el activo de información es público, público de uso interno, público clasificado o público reservado”</i></p> | <p>tanto, se evidenció que el proceso realizó parcialmente la actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> En el proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, se evidenció que el aplicativo Bachué, módulo de Atención al Ciudadano, no fue reportado como activo de información del proceso. En Gestión Integral de Proyectos, se consultó en la intranet la matriz de activos de información para el proceso; se observó que la ruta establecida de la carpeta compartida del proceso en el FO-TI-03, es \\ss04cc01.Doc.procesosOAP\PROCESO DE SEGUIMIENTO A PROYECTOS (sic), mientras que la ruta de la carpeta según se evidenció en la visita es \\SS05CC01\(\Y:) 8gestion_integral_de_proyectos; se pudo observar que la ruta de este activo perteneciente al proceso no corresponde con lo reportado. Otras situaciones, descritas en el componente de “Sistema de Seguridad de la Información”, incluido como resultado de auditoría para cada proceso en este informe. |

3.21 PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL

Durante la auditoría se pudo evidenciar la buena disposición del personal entrevistado, los avances frente a la auditoría anterior y el compromiso frente a la mejora continua.

El Líder del proceso Evaluación y Control acogió las recomendaciones de la Auditoría anterior, llevando a cabo la actualización de la caracterización CP-EC-01 Evaluación y Control, que en versión 3 de 07/06/2019, presenta cuatro actividades críticas, enfocadas todas ellas hacia al desarrollo de auditorías internas. Se relaciona a continuación la evaluación realizada según la Caracterización del Proceso:

Actividad crítica Nº 1. Formular el Plan Anual de Auditoría de cada vigencia.

Se evidenció a través de la entrevista al líder del proceso, cómo se realiza la formulación del Plan Anual de Auditoría, el cual se encuentra acorde a lo establecido en el procedimiento PR-EC-01 Evaluación Independiente y Auditorías Internas.

Dentro de esta actividad crítica, se evidenció incluida la actividad: “Trazar, de conformidad con las normas y procedimientos legales vigentes, el accionar disciplinario de la OCD”, la cual no corresponde con la actividad crítica “Formular el Plan anual de auditoría de cada vigencia”; presentándose así una oportunidad de mejora, mediante la cual se divida el proceso en

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



actividades propias de la auditoría y actividades propias del control disciplinario. Por su parte, se verificó mediante entrevista al enlace delegado de Oficina de Control Disciplinario OCD, que la Ley 734 de 2002, marca las pautas del actuar disciplinario de esta oficina.

Actividad crítica Nº 2. Ejecutar el Plan Anual de Auditoría.

Se evidenció a través de la entrevista al auditado y del Plan de auditoría con radicado 20191350131913, que se implementa lo establecido en el procedimiento PR-EC-01 Evaluación Independiente y Auditorías Internas. Se evidenció la adopción y uso de formatos que permiten la estandarización de la actividad y facilitan el ejercicio auditor tal como el FO-EC-98 Declaración de confidencialidad y no conflicto de intereses y el FO-EC-97 Carta de Representación.

La OCI, quien coordina la ejecución de auditorías internas al SIG, está en permanente contacto con el equipo auditor, con el fin de que el proceso se lleve de acuerdo con lo planificado; no obstante, en casos de fuerza mayor, se realiza alcance al Plan y se comunica a las partes. Se pudo evidenciar que el equipo auditor es seleccionado, teniendo en cuenta las competencias, la experiencia y las normas en que están certificados, para lo cual a través de una plantilla en Excel es analizado y valorado cada auditor.

En entrevista con el líder del proceso, se pudo conocer una variación en cuanto a la estructura del informe de auditoría al Sistema Integrado de Gestión, el cual pasó de un informe por proceso, lo cual implicaba generar 22 informes, a un informe consolidado de la entidad, el cual se socializa a todos los líderes de proceso. Según informó el auditado, esta acción busca consolidar las no conformidades identificadas en varios procesos, en una asignación a los responsables de la gestión de éstas, con el fin de tener efectividad en las acciones correctivas implementadas. Se recomienda evaluar esta medida, verificando que no se repitan las no conformidades que se evidencien en el presente ciclo de auditoría.

Se observó un informe de auditoría de Gestión, realizado al Proceso de Gestión Predial de fecha mayo 15 de 2019, socializado mediante memorando 20191350111683 de 16/05/2019, dónde se evidencia cumplimiento del procedimiento PR-EC-01. Se evidenció en el informe que, para la realización de tal auditoría, se tuvieron en cuenta matriz de riesgos, plan de tratamiento, indicadores y plan de mejoramiento, especificados como insumos en la Caracterización CP-EC-01 V3, con el fin de hacer seguimiento a la gestión de las actividades para el desarrollo continuo de los procesos de la entidad, en este caso del proceso de Gestión predial. Se resalta que durante el desarrollo del presente informe fue incorporado al Sistema documental el FO-EC-111 Informe de Auditoría V1, contribuyendo a la estandarización y al mejoramiento continuo de la entidad.

Se solicitó vía correo electrónico el informe de indicadores de gestión evaluados a cada una de las tres áreas que participan en el proceso Evaluación y Control. Los documentos allegados, correspondientes al corte marzo de 2019, se analizaron observando que los informes de OCI y OCD guardan relación en cuanto al contenido, no así el de la OAP.

En cuanto al informe de gestión basado en indicadores con corte a 31/03/2019 de la Oficina de Control Disciplinario, remitido el 2 de mayo mediante memorando 20191150098543 por parte del jefe de la OAP a la jefe de la OCD, se observó que el informe en su capítulo 4 se refiere a los indicadores de la *Oficina Asesora de Comunicaciones*, y en el capítulo 8 recomienda tener presentes unas fechas adjuntas mediante tabla en el capítulo 4, las cuales no se encontraron en

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

el mencionado capítulo. En cuanto al informe de gestión basado en indicadores de la OCI, remitido por la OAP a esa oficina mediante memorando 20191150098563 de 02/05/2019, se observó que el informe en el capítulo 3, lista los indicadores de la *Oficina de Atención al Ciudadano*, en su capítulo 4 se refiere a los indicadores de la *Oficina Asesora de Comunicaciones*, y en el capítulo 8 recomienda tener presentes unas fechas adjuntas mediante tabla en el capítulo 4, las cuales no se encontraron en el mencionado capítulo.

Las situaciones anteriormente descritas, evidencian falta de control en los documentos antes de la firma y remisión.

Se pudo observar que ambos documentos presentan los mismos errores, lo cual sugiere el uso de plantillas por parte del encargado de la elaboración del documento; adicionalmente, en ninguno de los dos documentos se presenta análisis de los indicadores más allá de relacionar el cumplimiento de las metas establecidas para el trimestre y ello basado en la información reportada por cada área; finalmente, no hay diferenciación alguna en las recomendaciones del capítulo 8 para cada una de las áreas.

En cuanto al Informe de la OAP basado en indicadores de gestión del 1 trimestre de 2019, se observó una estructura diferente a los dos anteriores, se observó análisis de los datos presentados. En el marco de esta auditoría no se logró coordinar reunión con el enlace de la OAP para profundizar sobre esta actividad.

Igualmente se realizó consulta de los documentos del proceso en la intranet encontrando para esta actividad el FO-EC-89 Informe de Gestión por Proceso e Indicadores V1 de 10/07/2015, el cual no ha sido utilizado para la realización de los informes.

Por otra parte, dentro de esta actividad se encuentra incluida la actividad “*ejercer el control disciplinario*”, esta actividad no se corresponde con la actividad crítica “*Ejecutar el plan anual de auditoría*” presentándose así una oportunidad de mejora, mediante la cual se divida el proceso en actividades propias de la auditoría y actividades propias del control disciplinario.

En entrevista con el delegado OCD éste relató las etapas que se cumplen en la acción disciplinaria desde el momento en que la OCD es conocedora de alguna queja e informó que se han incorporado a la gestión documental del IDU los formatos necesarios para ejercer el poder disciplinario al interior de la entidad, los cuales se trabajan en conjunto con los delegados de la OAP para el proceso. Se evidenció en la Intranet para esta actividad, la creación de los formatos FO-EC-106 Auto de archivo de indagación preliminar y FO-EC-107 Auto de archivo de investigación disciplinaria.

Actividad crítica Nº 3. Verificar la ejecución del Plan Anual de Auditoría.

Esta actividad crítica comprende el seguimiento al Plan Anual de Auditoría a través del reporte trimestral de indicadores, que para el corte a 31 de marzo arrojó un 100% de cumplimiento y un acumulado del año de 33.06%, según reporte del cuadro de mando de indicadores del IDU.

Dentro de esta actividad crítica se encuentran incluidas actividades de la OCD que no corresponden a la verificación del Plan anual de auditoría, ratificando una oportunidad de mejora

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

mediante la cual se divide el proceso en actividades propias de la auditoría y actividades propias del control disciplinario.

Actividad crítica Nº 4. Formular e implementar planes de mejoramiento a partir de la verificación del desempeño del proceso de evaluación y control.

Planes de mejoramiento: Se evidenció que en esta actividad, se formulan los planes de mejoramiento para el proceso, acorde con los resultados de auditorías. Una vez concluidas las mismas, se informa preliminarmente el resultado a los auditados y se permite hacer aclaraciones sobre los hallazgos y en el informe final, se indican las No Conformidades por proceso, para lo cual, cada responsable de proceso, formula su plan de mejoramiento, dentro de los parámetros y tiempos establecidos por procedimiento. Estos planes son cargados por el personal de la OCI en el aplicativo CHIE para su seguimiento.

Dentro de esta actividad crítica se encuentran incluidas actividades de la OCD que no corresponden a la formulación e implementación de planes de mejoramiento, ratificando así una oportunidad de mejora mediante la cual se divide el proceso en actividades propias de la de la formulación de planes de mejoramiento y actividades propias del control disciplinario.

Para el corte de la auditoría, el proceso Evaluación y Control no contaba con planes de mejoramiento en curso para ninguna de las tres dependencias que lideran el proceso. Se evidenció en el reporte de CHIE acciones de mejoramiento cerradas para las tres áreas que participan en el proceso (OCI-OCD-OAP).

Indicadores de gestión del proceso: Se observó en el FO-PE-01 Caracterización de indicadores de gestión y recolección de información, que tres de los cuatro indicadores asociados al Proceso Evaluación y Control se cumplieron al 100% para el primer trimestre de 2019, éstos corresponden a: Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, Porcentaje de cumplimiento de estrategias para el fomento del control y Procesos Disciplinarios dentro de los términos legales El cuarto indicador: Sistema de información disciplinaria SID actualizado, se encuentra cumplido en 95% para el corte señalado.

Se verificaron los informes de Gestión basados en indicadores para las tres áreas que participan en el proceso (OCI, OCD y OAP), evidenciando las fallas descritas de este producto en la actividad crítica No. 2. Se observó que la OCI ha realizado un ejercicio de seguimiento a los indicadores de 30 dependencias y mediante correos electrónicos y reuniones, a través de los cuales ha comunicado a la OAP análisis y recomendaciones para la mejora de esta herramienta. Teniendo en cuenta que el Informe de indicadores de gestión por procesos es una herramienta para la toma de decisiones de los distintos procesos de la entidad, se recomienda estandarizar su contenido y profundizar su análisis.

Riesgos de Gestión: Tal como lo establece la caracterización del proceso, se consultaron los documentos correspondientes en la Intranet para Evaluación y Control encontrando lo siguiente: los riesgos de gestión asociados al proceso son 8 de los cuales la OCI gestiona 4, la OCD 3, la OAP 1. En este aspecto se observó que los controles se enfocan en mitigar las causas identificadas en la matriz para cada riesgo y que luego de aplicados se determina que los riesgos se encuentran en nivel residual inferior. Se observó que el último seguimiento cuatrimestral, se efectuó el 6/05/2019 y como resultado se continúa sin variación en los riesgos, causas y controles

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

identificados. A la fecha no se evidenció materialización de ningún riesgo. Se recomienda analizar la pertinencia de incluir riesgos sobre seguridad de la Información cuyo control no es responsabilidad el proceso Evaluación y Control.

Se observaron los controles de los riesgos G-EC-03 y G-EC-07; para el primero se evidenció el memorando 20191350131913 mediante el cual se socializó el Plan de Auditoría y para el segundo se observó la Cláusula de confidencialidad, incluida en una muestra de tres contratos de prestación de servicios profesionales.

Riesgos de Corrupción: Consultado el documento en la intranet, se observó que el proceso identificó 7 riesgos, incluidos en la Matriz de riesgos por corrupción. Dicha matriz tiene controles asociados, los cuales se aplican permitiendo un nivel bajo de riesgo residual. A la fecha no se evidenció materialización de los riesgos identificados.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Subsistema de Gestión de Calidad: En general las áreas partícipes del proceso cuentan con los recursos humanos establecidos en la caracterización, además de profesionales de prestación de servicios que apoyan la realización de las actividades del proceso; sin embargo, se observó que para la OCD a pesar de las gestiones administrativas correspondientes, a la fecha de la auditoría, no cuenta con el cargo profesional especializado relacionado en la caracterización, desde el 31 de octubre de 2018, como consta en el informe de gestión remitido a la OAP mediante memorando 20191550008333 de enero 22 de 2019 y que aún sigue vacante.

Por su parte, en general las áreas partícipes del proceso cuentan con lo establecido en la caracterización; sin embargo, particularmente para la ejecución de las actividades críticas de control ejercidas por la OCD, se ha identificado la necesidad de incorporar sistemas de acceso y seguridad eficientes, así como un espacio adecuado para la realización de audiencias y un espacio adecuado para almacenamiento de procesos activos.

En cada una de las actividades del proceso Evaluación y Control hay productos que son usados como insumo en otros o en el mismo proceso, considerando lo evidenciado en los Informes de indicadores de gestión de las áreas que hacen parte del proceso, se recomienda implementar un control para los productos de cada una de las actividades, asegurando la articulación entre las dependencias que conforman el proceso.

Subsistema de Gestión Ambiental: En cuanto al SGA se evidenció que el proceso tiene publicada en la Intranet la Matriz de aspectos e impactos ambientales de acuerdo con las actividades que se realizan. Los impactos y aspectos ambientales son conocidos por las personas entrevistadas, en general se aplican los programas de ahorro de papel, ahorro de energía, se depositan correctamente los residuos, contribuyendo al buen uso y cuidado del ambiente.

Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Evaluada la Matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos de la Intranet para el Proceso Evaluación y Control, se observó en el personal entrevistado el conocimiento de los riesgos asociados a su quehacer, la aplicación de los procedimientos establecidos cuando por motivo de visita a obra, deban reportar la novedad para ajustar el nivel de riesgo y el conocimiento de la matriz de peligros asociados a las actividades del proceso y el nivel de riesgo al que pertenecen.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información: En cuanto al Sistema de Seguridad de la Información, preliminar a la visita de auditoría se consultó información del proceso en la intranet IDU, en esta gestión se pudo evidenciar que no estaba actualizada la Matriz de activos de información, pero en la entrevista y desarrollo de la lista de verificación se pudo evidenciar que tal Matriz se encontraba actualizada, por lo que el auditado procedió a solicitar que se actualizara la información en la intranet. En posterior revisión, el equipo auditor pudo verificar que la intranet ya contaba con la información actualizada sobre activos de información con corte a mayo 2019. En cuanto al manejo de la confidencialidad, se pudo evidenciar que hay personas designadas por cada área que participa en el proceso para ser gestores de información, así mismo, se verificó para tres contratistas de prestación de servicios que en su contrato se contara con la cláusula de confidencialidad.

3.21.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| N° | Criterio | Descripción |
|-----|---|--|
| NC1 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad.</p> <p>7.1.2 Personas. <i>“La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos”.</i></p> <p>CP-EC-01 Caracterización de proceso Evaluación y Control V3.</p> <p><i>“Recursos Humanos. Profesional especializado (1) OCD”</i></p> | <p>No Conformidad N° 1. No se cuenta con el recurso humano relacionado en la caracterización del proceso.</p> <p>Se evidenció que desde el 31 de octubre de 2018, la OCD no cuenta con el cargo profesional especializado relacionado en la Caracterización del proceso, lo que demuestra que no se ha proporcionado el recurso humano requerido para la operación y control del proceso, incumpléndose lo establecido en el numeral 7.1.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual podría generar afectación en el cumplimiento de objetivos y metas del proceso.</p> |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad.</p> <p>7.5 Información Documentada. 7.5.1 Generalidades: <i>“El sistema de gestión de la calidad de la organización de be incluir (...):</i></p> <p><i>b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad”.</i></p> | <p>No Conformidad N° 2. No se evidenció uso del documento FO-EC-89 Informe de Gestión por Proceso e Indicadores vigente en la intranet.</p> <p>Se evidenció que no se usa el documento FO-EC-89 Informe de Gestión por Proceso e Indicadores V1, vigente en la intranet, para la presentación de informes de gestión basado en indicadores de los diferentes procesos, contraviniendo lo establecido en el numeral 7.5.1, literal b) de la NTC ISO 9001:2015, lo cual genera falta de claridad respecto a las herramientas definidas para el reporte y seguimiento a la gestión por procesos.</p> |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

3.22 PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO

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.

Una vez verificado el mapa de procesos de la entidad se evidenció que el proceso de mejoramiento continuo, cuenta con el procedimiento PRMC-01 Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento, a fin de que las acciones establecidas en éstos contribuyan al mejoramiento continuo de la Entidad. Lo cual apunta directamente al control de esta actividad, no obstante, el mismo se encuentra desactualizado, toda vez que dentro de su marco normativo se relaciona el Decreto Distrital 652 del 28 de diciembre de 2011 "Por medio del cual se adopta la Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión para las Entidades y Organismos Distritales" el cual se encuentra derogado por el art. 14, Decreto Distrital 591 de 2018.

Así mismo, como mejora continua la OAP presentó el formato FO-MC-01 Plan de Mejoramiento modificado al 07/06/2019, en el cual se incluye la metodología de árbol de causas y ajuste de la diagramación, evidenciando la participación de la OAP y la OCI.

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, no está realizando esta actividad con la periodicidad planteada; no obstante, ante este tipo de incumplimiento, la OCD solicitó a la OAP y a la OCI, realizar una actualización del documento de caracterización, para ajustar la publicación del flash a demanda, de acuerdo con los temáticas de interés.

Adicionalmente, la OCD remite a la Dirección General memorando de recomendaciones y se realizan capacitaciones en materia disciplinaria, como actividades preventivas, las cuales no se encuentran incluidas en la caracterización del proceso, las cuales, según lo expuesto, contribuyen a incrementar el desempeño de los procesos con la reducción de los procesos disciplinarios como se evidenció así:

Año 2016 - 256 procesos abiertos.
Año 2017 - 167 procesos abiertos.
Año 2018 - 94 procesos abiertos.
Año 2019 - 49 procesos abiertos.

Fuente OCD, lo cual, al parecer de los auditores es una buena práctica que debe estar identificada.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



Actividad crítica N° 2. Definir Oportunidades de Mejora y Consolidar Planes de mejoramiento y Actividad Crítica N° 3. Desarrollar el Mejoramiento Continuo.

Estas actividades corresponden al “planear” y el “hacer” derivados de los diferentes procesos de la Entidad, no obstante la actividad relacionada con los actores del proceso correspondería únicamente a la consolidación de los Planes de Mejoramiento – función de la Oficina de Control Interno - OCI, por lo que se plantea la revisión y ajuste de la caracterización que evidencie las actividades propias del procesos relacionadas directamente con el líder del proceso y los lideres operativos asociados o se relacionen los actores correspondientes como proveedores y/o usuarios.

Actividad crítica N° 4. Revisar el estado del SIG, las Estrategias y acciones de mejoramiento

En cuanto a este punto, se estableció una periodicidad para revisión por la dirección de una (1) vez al año. Para la vigencia 2019 aún no se ha desarrollado, dado que hace parte de los insumos del proceso el actual proceso de auditoría interna.

Durante el proceso de auditoría se solicitó evidencias sobre la revisión realizada en el 2018 y así mismo, se solicitó indicar que procedimiento se encontraba asociado, indicando que corresponde al procedimiento [PRMC03 REVISION POR LA DIRECCION V 7.](#), no obstante, se encontró que dentro de la documentación publicada se encuentra el PRMC03_Revision_por_la_Direccion_V_4.0, lo cual, no es conforme con el sistema documental, que establece que la información publicada en la Intranet es la vigente y actualizada, así mismo se evidenció en cuerpo del procedimiento, un error de transcripción al relacionar el comité de “Evaluación y Desempeño” y no el que correspondería a saber “Comité Institucional de e Gestión y Desempeño del SIG”.

1.6.8. Estructurar plan de mejoramiento

Descripción

Con base en las acciones para la mejora la OAP coordina la Estructuración del plan de mejora. El plan de mejoramiento deberá ser cargado en el aplicativo de planes de mejora.

Ejecutantes

OAP, Profesional Especializado, Profesional Universitario, Jefe de Oficina

Punto de Control

Acta de Comité Evaluación y Desempeño

Duración

16,00

Imagen No. 1 - Fuente: Mapa de Procesos IDU

En concordancia a lo anterior, se revisó el Instructivo “Revisión por la Dirección Subsistema de Salud y Seguridad en el Trabajo”, el cual contempla en su numeral 5 POLITICAS OPERACIONALES “El resultado de la revisión será presentado por el(la) STRH al COPASST, a más tardar en los siguientes 30 días calendario”. Se solicitó al delegado de la OAP remitir evidencia de socialización al COPASST correspondiente a la revisión por la dirección vigencia 2018, manifestando no conocer tal evidencia. Por tanto, se sugiere revisar este instructivo y su

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

pertinencia para el sistema. Así mismo, se evidenció un error de transcripción en el control del documento relacionado con el nombre del instructivo “DICCION”, siendo DIRECCIÓN.

| | | | |
|---|----------------------------------|--------------|---|
| REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN SUBSISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO | | INSTRUCTIVO |  |
| CÓDIGO IN-MC-01 | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |

INSTRUCTIVO

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN SUBSISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Imagen No. 2 - Fuente: Mapa de Procesos IDU

Igualmente, se identificó que existe publicada la Resolución 1775 de 2011, por medio de la cual, se adoptó la Guía GU-MC-001 Elaboración y formalización de Documentos, y revisado en la intranet se encuentra que este código corresponde a GUMC01_ESTUDIOS_DE_REFENCION_ENTRE_AREAS_ORGANIZACIONES_Y_PROCE SOS_V_1.0, indicando que el sistema de identificación de documentos tiene falencias, en el sentido que no hay claridad a qué documento hace referencia realmente el código GU-MC-01.

De otra parte, en cuanto al instructivo IN-MC-005 Instructivo del Informe de Avance Sobre la Ejecución del Plan Indicativo de Gestión para la Contraloría de Bogotá D.C., cuya versión 2.0 fue publicada en el año 2011, en indagación hecha tanto a la OAP como a OCI, manifestaron que el documento se encuentra obsoleto, pero aún se encuentra publicado, lo cual no es conforme con respecto a los aspectos documentales que tiene la entidad para la publicación de documentos vigentes.

Actividad crítica Nº 5. Evaluar el Desempeño del Proceso

Se revisaron los indicadores de gestión del proceso, identificando que los indicadores propuestos, se encaminan en medir el grado de oportunidad del cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento, producto de las auditorías internas y externas registradas en el aplicativo institucional para seguimiento a planes de mejoramiento – CHIE, encontrando según el Cuadro de Mando:

- 64 indicadores que miden la eficacia
- 2 indicadores que miden la eficiencia.

No obstante, no se observan indicadores propios del proceso Mejoramiento Continuo, que evalúen el cumplimiento de su objetivo, es decir, que evidencien el incremento del desempeño de los procesos con el fin de fortalecer el Sistema Integrado de Gestión.

| | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

En atención los indicadores 1353 y 1354 que miden la eficiencia, evidencian el grado de cumplimiento de la OCI, en el reporte de los planes de mejoramiento interno a las dependencias, que para el caso del trimestre ABRIL A JUNIO y ACUMULADO A JUNIO, se registra el 100% de cumplimiento en el archivo Excel, CUADRO_DE_MANDO_30_JUNIO_2019 v3, publicado en el mapa de proceso de la Entidad.

No obstante lo anterior, se evidenció para los dos indicadores, que en la columna denominada “ANALISIS TRIMESTRE ABRIL A JUNIO” se registró la siguiente nota como evidencia: **“Se realizó reporte del indicador de acuerdo con lo establecido en la GU-PE-018 GUÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL, el 8 de Abril de 2019”** incumpliendo la descripción de la meta inicial: **“Determinar el grado de cumplimiento en el envío de los reportes del estado de las acciones del Plan de mejoramiento interno, dentro de los 6 días hábiles del mes siguiente al trimestre a reportar”**. Por lo anterior, se deberá corregir el reporte realizado.

Actividad crítica N° 6. Identificar Oportunidades de Mejora

Los mecanismos por los cuales el proceso lleva a cabo la identificación, son principalmente, los procesos de auditoría interna y externa, revisión por la dirección y seguimiento a los riesgos identificados, con el fin de generar acciones de control o mitigación en caso de materialización.

En cuanto a la actividad de identificación de causas raíz y diligenciamiento del plan de mejoramiento, se evidenció la mejora del formato [FOMC01 PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO V 6.0](#), al integrar los formatos de análisis de causas con el plan de mejoramiento, permitiendo de esta manera, que al momento de plantear las acciones de mejora, se asegure el diligenciamiento de alguno de ellos.

De otra parte, según lo definido en la caracterización, en cuanto a la actualización y cambiar del diseño y contenidos de la presentación de la OCD, tanto en la intranet, como en la página web, no se evidenció el cumplimiento, dado que la información no se encontró publicada en la página web, ni se evidenció que existiera cambios en el diseño de la información publicada en la intranet.

No obstante, como se mencionó en líneas precedentes, la OCD ha estado trabajando en la actualización del documento de caracterización, por lo que se recomienda, no publicar esta información en la página web, dada la confidencialidad de la información; así como, no incluir cambiar el diseño, dado que no le aporta al proceso que la forma de presentación de la información sea diferente cada vez, además que no se indica cada cuánto se debería realizar este cambio de diseño.

Ahora bien, a manera general, el proceso se encuentra maduro en cuanto a las directrices que se tienen para la identificación y seguimiento de planes de mejoramiento; no obstante, se encontró falencias en materia documental.

De otra parte, se debería mejorar en la integridad del sistema, dado que por los cambios que surgen de los planes de mejoramiento, no se analizan si éstos generan cambios en los procedimientos o en la parte documental, lo que conlleva a que se encuentren documentos obsoletos, con normatividad derogada, entre otros.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

Así mismo, un aspecto a mejorar es la integración de las áreas que intervienen en el proceso, dado que, actúan como forma aislada y no como proceso, lo anterior, también conlleva a que el reporte de indicadores, se haga por dependencias y no como proceso.

Por su parte, para el corte de la auditoría, el proceso de Mejoramiento Continuo no contaba con planes de mejoramiento en curso para ninguna de las tres dependencias que lideran el proceso. Se evidenció en el reporte de planes de mejoramiento de CHIE, acciones formuladas en atención a no conformidades de auditorías anteriores, en estado “Cerrado”.

Riesgos de Gestión: En desarrollo de la auditoria se revisó la matriz de riesgos de gestión institucional del proceso de Mejoramiento Continuo con corte a abril de 2019, a fin de verificar su materialización o no. De la revisión realizada se evidenció que se han identificado 5 riesgos de gestión a saber, los cuales según el Seguimiento y reporte de eventos de riesgo, no se han materializado:

G.MC.01 - Planes de Mejoramiento - No contar con el plan de mejoramiento institucional consolidado dentro de los plazos establecidos por el ente de control.

G.MC.02 - Planes de Mejoramiento - Incumplimiento de las acciones planteadas dentro de las fechas establecidas en el plan de mejoramiento.

G.MC.03 - Acciones correctivas (AC), Acciones de Mejora (AP) - Que las Acciones Correctivas, Acciones de Mejora no sean efectivas para subsanar la causa raíz o resolver el problema detectado.

G.MC.04 - Asesoría Independiente OCI - Que se desvirtúe el concepto de asesoría y se confunda con auditoría.

G.MC.05 - "Labor Preventiva (Disciplinario)" - Deficiente desarrollo de la labor preventiva

No obstante, se evidenció que el riesgo G.MC.02 - Planes de Mejoramiento - Incumplimiento de las acciones planteadas dentro de las fechas establecidas en el plan de mejoramiento si se materializó, para el plan de mejoramiento interno en el cual se registran 5 acciones incumplidas, según información remitida por la OCI– en el que se registra:

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Tabla N°. 1 - Seguimiento Plan de Mejoramiento Interno

| ÁREA | Acumulado Plan Junio 30 | | | | |
|--|----------------------------|------------|--------------|--------------|---------------|
| | Propuestas | Cumplidas | No Cumplidas | En Ejecución | % Avance Plan |
| DG - DIRECCIÓN GENERAL | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A |
| OAP - OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 58 | 56 | 0 | 2 | 97% |
| OCI - OFICINA DE CONTROL INTERNO | 10 | 10 | 0 | 0 | 100% |
| OCD - OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO | 4 | 4 | 0 | 0 | 100% |
| OTC - OFICINA ATENCIÓN AL CIUDADANO | 18 | 16 | 0 | 2 | 89% |
| OAC - OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES | 7 | 7 | 0 | 0 | 100% |
| SGDU - SUBDIRECCIÓN GENERAL DESARROLLO URBANO | 6 | 6 | 0 | 0 | 100% |
| SGI - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFRAESTRUCTURA | 11 | 11 | 0 | 0 | 100% |
| SGJ - SUBDIRECCIÓN GENERAL JURIDICA | 9 | 9 | 0 | 0 | 100% |
| SGGC - SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN CORPORATIVA | 10 | 10 | 0 | 0 | 100% |
| DTE - DIRECCIÓN TÉCNICA ESTRATEGICA | 3 | 3 | 0 | 0 | 100% |
| DTP - DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROYECTOS | 37 | 28 | 1 | 8 | 76% |
| DTAI - D. TÉCNICA DE ADMON INFRAESTRUCTURA | 5 | 5 | 0 | 0 | 100% |
| DTDP - DIRECCIÓN TÉCNICA DE PREDIOS | 39 | 26 | 0 | 13 | 67% |
| DTC - DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONSTRUCCIONES | 25 | 23 | 1 | 1 | 92% |
| DTM - DIRECCIÓN TÉCNICA DE MANTENIMIENTO | 22 | 21 | 0 | 1 | 95% |
| DTGC - DIRECCIÓN TÉCNICA DE GESTION CONTRACTUAL | 9 | 6 | 3 | 0 | 67% |
| DTGJ - DIRECCIÓN TÉCNICA DE GESTIÓN JUDICIAL | 10 | 9 | 0 | 1 | 90% |
| DTPS - DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS SELECTIVOS | 26 | 12 | 0 | 14 | 46% |
| DTAV - DIRECCIÓN TÉCNICA APOYO A LA VALORIZACION | 3 | 3 | 0 | 0 | 100% |
| DTAF - DIRECCIÓN TÉC ADMINISTRATIVA Y FINANCIER | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A |
| STEST - S.T. EJECUCIÓN SUBSISTEMA TRANSPORTE | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A |
| STESV - S. T. DE EJECUCIÓN SUBSISTEMA VIAL | 1 | 1 | 0 | 0 | 100% |
| STMST - S.T. DE MANTENIMIENTO SUBSISTEMA TRANSPO | 6 | 6 | 0 | 0 | 100% |
| STMSV - S.T. DE MANTENIMIENTO SUBSISTEMA VIAL | 1 | 1 | 0 | 0 | 100% |
| STOP - S.T. DE OPERACIONES | 5 | 5 | 0 | 0 | 100% |
| STJEF - S.T. JURIDICA Y EJECUCIONES FISCALES | 2 | 2 | 0 | 0 | 100% |
| STPC - S.T. PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD | 12 | 12 | 0 | 0 | 100% |
| STRF - S.T. DE RECURSOS FISICOS | 35 | 29 | 0 | 6 | 83% |
| STRH - S.T. DE RECURSOS HUMANOS | 25 | 25 | 0 | 0 | 100% |
| STRT - S.T. DE RECURSOS TECNOLÓGICOS | 31 | 29 | 0 | 2 | 94% |
| STTR - S.T. DE TESORERIA Y RECAUDO | 2 | 2 | 0 | 0 | 100% |
| Total General | 432 | 377 | 5 | 50 | 87% |

Fuente – Reporte OCI

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Por tanto, se sugiere como oportunidad de mejora revisar las causas y la efectividad de los controles registrados para el tratamiento, ya que se evidenció que operan y están vigentes, pero no evitaron la materialización del riesgo identificado.

Generalidades del Sistema Integrado de Gestión

Dentro de las oportunidades de mejora evidenciadas, como se mencionó en líneas precedentes, es importante, tener como herramienta de mejora, el análisis de la integridad de los sistemas, ante posibles cambios, normativos, de procedimiento, y sobre todo el análisis frente a la documentación, para que la documentación oficial de la intranet, permanezca actualizada y no incumpla sobre todo requisitos legales. Y revisar que se incluya en el proceso de Mejora Continua los requisitos establecidos para la implementación de los nuevos subsistemas de gestión, tales como, ISO 37001 Gestión Antisoborno, ISO 22301 Continuidad del Negocio, entre otros

Otro aspecto, es continuar con la buena práctica de revisar permanentemente la caracterización del proceso, dado como se identificó que existen requisitos establecidos por la entidad que no se estaban cumpliendo.

Así mismo, se evidenció gran conocimiento del quehacer diario y sus funciones por parte de las diferentes áreas que integran el Proceso de Mejoramiento Continuo como son la: OAP – líder del proceso, OCI – líder operativo y OCD – líder operativo, no obstante se debe revisar la sinergia e interacción de las áreas involucradas en cabeza del líder operativo, para evaluar las entradas y salidas de la caracterización toda vez que al realizar las diferentes entrevistas se identificaron informes y acciones no contempladas (memorando de recomendaciones a la DG, OCI-OCD, Capacitaciones, Flash) y que contribuyen con el incremento de desempeño de los propósitos y que se pueden asociar a la actividad crítica *REVISAR EL ESTADO SIG, LAS ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO* a fin de cumplir con el objetivo previsto de: *“Identificar, establecer, implementar y ejecutar acciones para incrementar el desempeño de los procesos con el propósito de fortalecer el Sistema Integrado de gestión a través de la aplicación de metodologías de mejoramiento y acciones de prevención”*.

Así mismo, se hace referencia a incluir lo contenido en la NTC-ISO 9001:2015 numeral 9.3. *“REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN”*, numeral 9.3.2 *“Entradas de la revisión por la dirección”* y numeral 9.3.3 *“Salidas de la revisión por la dirección”*.

3.22.1 REQUISITOS CON INCUMPLIMIENTO

| Nº | Criterio | Descripción |
|-----|--|--|
| NC1 | <p>Política MIPG-SIG. Cumplir con el marco constitucional, legal y normativo aplicable a la Entidad.</p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad.</p> <p>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos o servicios: “a) los requisitos para los productos o servicios</p> | <p>No Conformidad N° 1. Inclusión de requisitos legales derogados en información documentada del proceso</p> <p>Se evidenció que el procedimiento PR-MC-01 Formulación, Monitoreo y Seguimiento a Planes de Mejoramiento, en su marco normativo, cuenta con una norma derogada (Decreto Distrital 652 de 2011), contraviniendo lo definido en la Política MIPG-SIG y el numeral 8.2.2. de la NTC ISO 9001:2015, situación</p> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

| Nº | Criterio | Descripción |
|------------|---|--|
| | <i>se definen, incluyendo: 1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable”.</i> | que podría generar el riesgo de adelantar actividades de gestión, con base en normatividad no aplicable. |
| NC2 | <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad.</p> <p>7.5.3 Control de Información Documentada.</p> <p>7.5.3.2 <i>“Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: literal c) control de cambios (por ejemplo, control de versión)”.</i></p> | <p>No Conformidad N° 2. Se evidenció publicación del procedimiento PRMC03 Revisión por la Dirección en la intranet, en dos versiones diferentes.</p> <p>Se evidenció que el documento PRMC03 Revisión por la Dirección, se encuentra publicado en la intranet institucional – Mapa de Procesos – Mejoramiento Continuo – Procedimientos, en la versión 4.0 y 7.0, incumpliendo con el literal c del numeral 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015, situación que puede generar confusión sobre cuál es la versión vigente del documento y la posible aplicación de la versión que no corresponde.</p> |

4. RECOMENDACIONES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA

4.1 PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

- 4.1.1 Revisar y evaluar la modificación del riesgo *“No definición de la plataforma estratégica del IDU”*, toda vez que la definición de la plataforma estratégica es necesaria y su ocurrencia es equivalente al incumplimiento del objetivo del proceso, lo cual técnicamente, no sería un riesgo.
- 4.1.2 Revisar la estructura de los informes trimestrales generados desde la OAP y gestionar su estandarización, para facilitar el análisis de la información y la toma de decisiones de los responsables de procesos.
- 4.1.3 Revisar y ajustar los requisitos aplicables para el proceso, de acuerdo con la FO-AC-16 Matriz de Requisitos, frente a cada una de las normas que rigen los Subsistemas de Gestión, de acuerdo con el alcance y naturaleza del proceso.
- 4.1.4 Validar la inclusión de un plan de acción asociado a la matriz de oportunidades identificadas en los procesos de la entidad, de manera que se establezca, de forma concreta, cómo se dará lugar al aprovechamiento de las oportunidades detectadas.
- 4.1.5 Validar la efectividad del documento de análisis del contexto estratégico, toda vez que no existe evidencia de su utilidad en las decisiones que toma el proceso.
- 4.1.6 Gestionar las acciones pertinentes, en el marco de las competencias del proceso, sobre los resultados presentados a la investigación que realizó el COPASST, cuando se

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

presentó el accidente de la caída de un panel de vidrio, sin lesiones físicas para personal del área.

- 4.1.7 Documentar el reporte a los profesionales de SST y el superior jerárquico de las salidas de personal fuera de las instalaciones de la entidad, con el fin de ser reportadas a la ARL.
- 4.1.8 Verificar que las cartas de aceptación de oferta utilizadas para las contrataciones del proceso, utilicen la plantilla actualizada.
- 4.1.9 Fortalecer la sensibilización sobre el Sistema de gestión ambiental – SGA por parte de los integrantes de las dependencias que se ubican en el piso 10 de la sede de la calle 22, enfocado en el adecuado proceso de clasificación de los residuos sólidos.
- 4.1.10 Asegurar que los contratos con terceros, liderados por la Oficina Asesora de Planeación, contemplen cláusulas de confidencialidad, previniendo el uso indebido o divulgación no autorizada de la información del Instituto por parte de terceros.
- 4.1.11 Realizar la actualización constante de los inventarios de activos de información del proceso, toda vez, que se observó que, a la fecha de la visita de auditoría, la información de un funcionario se encontraba en estado “ARQUEO” y el de otro funcionario se encontraba duplicado el inventario. Al igual, verificar la actualización de los usuarios que pertenecen al proceso, mediante la respuesta a los correos enviados por SEGURIDADDIGITAL@IDU.GOV.CO.
- 4.1.12 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.2 PROCESO INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- 4.2.1 Revisar en conjunto con la Oficina Asesora de Planeación, los lineamientos establecidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión ordenado por el DAFP, específicamente para la política de Gestión del Conocimiento y definir los cambios y adecuación que se requieran al proceso de innovación y gestión del conocimiento.

Registrar con mayor detalle los cambios más representativos para futuras actualizaciones realizadas a las especificaciones técnicas, de acuerdo con el campo de “Control de versiones” de la plantilla correspondiente, con el propósito de mejorar el entendimiento para el usuario y la trazabilidad de las modificaciones presentadas, ya que actualmente solo se refiere al cambio de versión de las especificaciones modificadas.

- 4.2.2 Disponer en la intranet o sitio para consultas posteriores, información respecto a la actividad de transferencia de conocimiento, y en especial a las socializaciones que se realizan por parte de terceros al personal IDU interesado.
- 4.2.3 Formular indicadores de efectividad sobre la aplicación de técnicas o tecnologías aplicadas, como parte de la trazabilidad a la gestión de las acciones de innovación.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

4.2.4 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.3 GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

4.3.1 Actualizar la caracterización de proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana, para asegurar el uso de los términos vigentes del sistema de gestión MIPG-SIG.

4.3.2 Revisar los riesgos del proceso para incluir aspectos críticos definidos por ley, como es el caso de PAAC y ajustar la definición de los mismos para que sea evidente que son situaciones efecto de la incertidumbre.

4.3.3 Evaluar la construcción y pertinencia de los controles planteados para los riesgos del proceso, considerando que para cada uno de ellos, se debe identificar específicamente los responsables y periodicidad de ejecución, para qué y cómo se hace, dónde queda evidenciada su utilización o aplicación y las indicaciones de qué pasa cuando se encuentran desviaciones u observaciones una vez es ejecutado. Se sugiere hacer énfasis en la difusión, socialización, capacitación y/o entrenamiento de todos los controles, así como su documentación, asegurando que sea conocido por todos los que intervienen en el proceso.

4.3.4 Efectuar una revisión de los indicadores de gestión, teniendo en cuenta la diferencia presentada entre el resultado de la OTC y el proceso de Gestión Social y Participación Ciudadana y que, adicionalmente, se evidenciaron dos indicadores de la OTC, asociados a otros procesos en relación con actividades propias de esta Oficina.

4.3.5 Fortalecer la toma de conciencia en el uso de los puntos ecológicos.

4.3.6 Tomar las medidas pertinentes para que la líder del proceso registre dentro de sus activos de información el aplicativo Bachué, módulo de Atención al Ciudadano, toda vez que es el propietario y no fue reportado como activo de información para el proceso.

4.3.7 Procurar que el trabajo que realizan los funcionarios teletrabajadores tenga un respaldo (copias de seguridad) más frecuente que el que actualmente se realiza, toda vez que se está efectuando una sola vez al año.

4.3.8 Hacer una identificación de la información crítica que amerite ser respaldada y tomar las medidas pertinentes para asegurar que esta información sea incluida en la carpeta compartida y, por ende, se asegure la toma de copias de seguridad.

4.3.9 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

4.4 PROCESO GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL

- 4.4.1** Asegurar el uso adecuado de papelería y formatos actualizados, como por ejemplo, la plantilla de informes con uso de logo del Subsistema de Gestión de Calidad de Cotecna, uso de formato de acta de reunión en obra 4-MIN-C-M-09 derogado desde febrero de 2018.
- 4.4.2** Revisar la matriz de riesgos del proceso, de manera que se evalúe la pertinencia de incluir un riesgo relacionado con el incumplimiento de los convenios suscritos por parte de terceros.
- 4.4.3** Continuar con la actualización de la caracterización del proceso, con el fin de ajustarla de acuerdo con la decisión de suscribir actos administrativos y no convenios, con el fin de revisar el objetivo y alcance del proceso en relación con las obras que no son de responsabilidad del Instituto.
- 4.4.4** Para el caso del Convenio con la EAAB, se reconoce la gestión de la dependencia por dar cumplimiento a las funciones y reuniones del Comité; sin embargo, los cambios en las cláusulas del Comité como son los periodos de reunión del mismo, deben ser suscritos por las personas que ocupen los cargos que suscribieron inicialmente el convenio.
- 4.4.5** Verificar con la Oficina Asesora de Planeación y con la Oficina de Atención al Ciudadano, si la gestión de permisos de intervención vial se debe incluir como un trámite u otro procedimiento administrativo, de acuerdo con los requisitos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- 4.4.6** Asegurar que se actualice en la plataforma ZIPA el seguimiento semanal de cada uno de los proyectos, a través de los cuales se ejecutan los convenios que se desarrollan por la adopción de instrumentos de planeación territorial, de acuerdo con los lineamientos de las mesas de gobierno de ZIPA.
- 4.4.7** Reforzar conocimientos relacionados con las políticas o lineamientos de los diferentes subsistemas que integran el sistema integrado de gestión del IDU; funciones e integrantes del Comité de convivencia y Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo y procedimiento para reporte de incidentes.
- 4.4.8** Gestionar que los cables de los puestos de trabajo se organicen para evitar incidentes laborales.
- 4.4.9** Dar a conocer a la gente IDU, en coordinación con la STRH, las lecciones aprendidas de los accidentes e incidentes laborales que apliquen.
- 4.4.10** Asegurar una adecuada separación de residuos en la fuente, clasificando adecuadamente los residuos en los puntos ecológicos.
- 4.4.11** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

4.5 PROCESO COMUNICACIONES

- 4.5.1 Revisar y actualizar la caracterización del proceso, vigente en versión 3 del 11/09/2015, asegurando que el objetivo del proceso sea medible y que la relación de entradas y salidas, sean acordes con la gestión del proceso.
- 4.5.2 Definir criterios de tiempo, para el recibo y atención de solicitudes de piezas de comunicación internas, que permitan evaluar si las solicitudes se están atendiendo oportunamente.
- 4.5.3 Fortalecer la adecuada planeación de los contratos a cargo del proceso, evitando que los contratos como el IDU-1514-2018, sean suscritos a menos de un mes antes de su posible terminación y más aún que contemple obligaciones que desde el inicio, se encuentran fuera del plazo contractual previsto.
- 4.5.4 Fortalecer la descripción de los riesgos y los controles, utilizando las preguntas claves definidas en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- 4.5.5 Considerar las recomendaciones realizadas por la OCI para los indicadores 1452, 14510, 14511, 14512, 14513 y 14514 y reportado a la OAP, como resultado del seguimiento a la formulación de indicadores realizado durante febrero de 2019.
- 4.5.6 Revisar y ajustar los documentos PR-CO-01 Comunicaciones digitales, PR-CO-02 Material de divulgación en obra, GU-CO-01 Elaboración de volantes de información a la comunidad, toda vez que hacen alusión a documentación desactualizada, links de acceso a la página web que se encuentran rotos, puntos CREA que han cambiado por Punto IDU, entre otros aspectos que deben ser revisados de manera transversal para todos los documentos.
- 4.5.7 Tomar acciones en conjunto con la STRT y la STRF, según corresponda, para respaldar la información de la gestión del proceso, que reposa desde 2016 en los 6 discos externos, cada uno con 2 teras de capacidad, con los que cuenta el proceso.
- 4.5.8 Sensibilizar a todo el personal del proceso en temas relacionados con gestión documental, Aspectos e Impactos ambientales y Riesgos y Peligros identificados para el proceso, además de los controles establecidos para los mismos.
- 4.5.9 Realizar actualización de los activos de información, asegurando su coherencia con la información lógica, que reposa en los computadores de escritorio del personal del proceso, en cumplimiento de las políticas institucionales del Subsistema de Seguridad de la Información.
- 4.5.10 Gestionar la creación de la carpeta compartida del proceso y definir la frecuencia para solicitar copia de seguridad de la misma, con el fin de respaldar la información crítica y sensible derivada de la gestión del proceso.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



4.5.11 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.6 PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS

4.6.1 Diligenciar a partir del próximo seguimiento cuatrimestral de los riesgos del proceso, todos los campos del formato FO-PE-05 Matriz de Riesgos, según como está establecido en la columna acciones de monitoreo y seguimiento al riesgo.

4.6.2 Incluir como parte del análisis y mejora del proceso, los resultados de las encuestas de satisfacción con los proyectos IDU, desarrolladas desde la Oficina de Atención al Ciudadano.

4.6.3 Revisar y ajustar los activos de información del proceso, asegurando la adecuada definición de la ruta de la carpeta compartida del proceso.

4.6.4 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.7 PROCESO GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN

4.7.1 Fortalecer con servidores y contratistas del proceso, los conocimientos generales y ubicación de la información 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).

4.7.2 Evaluar la posibilidad de implementar controles para que se agilice la digitalización de los registros, derivados de las actuaciones relacionadas con los recursos de reconsideración.

4.7.3 Implementar un punto de control que permita corroborar la digitalización de los registros remitidos a la STRF.

4.7.4 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, que podrían incrementar la probabilidad de riesgos físicos y ergonómicos.

4.7.5 Revisar, con regularidad, la información de documentación asociada al proceso Gestión de la Valorización y Financiación publicada en la intranet y en la página web, para asegurar que se actualice oportunamente.

4.7.6 Gestionar una carpeta compartida en el servidor, a fin de poder salvaguardar y respaldar la información derivada de la gestión realizada por parte de los servidores y contratistas del proceso.

4.7.7 Establecer controles que permitan el cumplimiento de las acciones de planes de mejoramiento, asegurando su efectividad sobre las causas de los hallazgos identificados.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- 4.7.8** Fomentar la participación de los colaboradores del proceso en las actividades de promoción de la salud y el autocuidado para las diferentes sedes del Instituto.
- 4.7.9** Revisar la ubicación de camillas y botiquines, ya que varios de estos se encuentran dispuestos en sitios que obstruyen la adecuada circulación y/o se carecen de los mismos para la atención del personal.
- 4.7.10** Socializar con los contribuyentes que solicitan el “Certificado de Estado de Cuenta para Trámite Notarial”, la existencia del punto de atención al contribuyente “Módulo Ágil Interactivo” en la sede de la calle 22 del, con el objeto de que los contribuyentes que se acercan a las locaciones dispuestas para atención, activen la consulta y el tiempo en espera de solicitud se disminuya
- 4.7.11** Evaluar el retiro de los riesgos asociados a la seguridad de la información, teniendo en cuenta la Circular 8 de 2016.
- 4.7.12** Tramitar las recomendaciones del Comité de Control Financiero Contable y de Inventarios con el fin de depurar los saldos contables de cartera e inventarios, según lo aprobado en el mismo.
- 4.7.13** Actualizar el Plan de calidad para el trámite de no conformes, el cual presenta fecha de elaboración 02/09/2015, incluyendo actividades generadas con ocasión del nuevo acuerdo de valorización 724 de 2018.
- 4.7.14** Revisar las recomendaciones formuladas para los indicadores de gestión realizadas por la OCI, durante el seguimiento realizado en el mes de febrero de 2019 y adelantar los ajustes que se estimen pertinentes.
- 4.7.15** Fortalecer la identificación de los riesgos y los controles, utilizando las preguntas claves definidas en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- 4.7.16** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.8 PROCESO FACTIBILIDAD DE PROYECTOS

- 4.8.1** Definir los criterios o políticas por las cuales se deciden las factibilidades a contratar y aquellas a realizar in house.
- 4.8.2** Informar los riesgos a los que se ve expuesto el programa de conservación, toda vez que la orientación del subsistema de calidad procura la gestión de los riesgos y oportunidades en los productos y servicios de la entidad y aunque en la ejecución de los proyectos de conservación si existen las matrices de riesgos del contrato, por lo menos desde las etapas de planificación del proyecto es recomendable generar las alertas que correspondan.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- 4.8.3** Alinear el plazo bimensual definido en el numeral 8.2.3 de la Guía GU-FP-02 "Estructuración de programas de conservación para los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido en Bogotá D.C", con la entrega trimestral que se está aplicando por parte de las áreas ejecutoras para informar el seguimiento de los contratos en ejecución relacionados con el programa de conservación. Alinear la "práctica" y el "requisito" a dos o tres meses según estimen conveniente para el proceso de acuerdo con los principios de análisis de datos y toma de decisiones.
- 4.8.4** Alinear el plazo bimensual definido en el numeral 8.2.3 de la Guía GU-FP-02 "Estructuración de programas de conservación para los sistemas de movilidad y espacio público peatonal construido en Bogotá D.C", con la entrega trimestral que se está aplicando por parte de las áreas ejecutoras para informar el seguimiento de los contratos en ejecución relacionados con el programa de conservación. Alinear la "práctica" y el "requisito" a dos o tres meses según estimen conveniente para el proceso de acuerdo con los principios de análisis de datos y toma de decisiones.
- 4.8.5** Documentar y conservar toda actividad que se constituya en seguimiento para los entregables de la pre y factibilidad, para que se facilite su trazabilidad, de manera que dé cuenta de las actividades realizadas y de las decisiones tomadas en el transcurso de los diferentes proyectos y que la misma sirva de mecanismo de alerta frente a futuros incumplimientos para su prevención.
- 4.8.6** Analizar la viabilidad de consolidar en el documento técnico de entregables de factibilidad, un capítulo que resuma y oriente la gestión de los riesgos para los componentes asociados a la factibilidad.
- 4.8.7** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.9 PROCESO DISEÑO DE PROYECTOS

- 4.9.1** Reforzar el conocimiento de la directriz, los objetivos, responsabilidades y los impactos ambientales (en Campo), referentes a los cuatro subsistemas objeto de auditoría, para que se obtenga mayor claridad y conocimiento sobre éstos.
- 4.9.2** Culminar los ajustes y publicar la nueva caracterización del proceso, procurando que se describan plenamente las actividades críticas que ejecuta el proceso, particularmente, en lo relacionado con la planificación y realizar la actualización de los documentos que hacen parte integral del proceso, ya que aún se observa en su contenido que se describen áreas o dependencias que actualmente no existen.
- 4.9.3** Reevaluar la programación de la meta de los indicadores, teniendo en cuenta que para el primer trimestre del año se presentan cumplimientos superiores al 100% y considerar la posibilidad de incluir indicadores que midan la satisfacción del cliente tanto interno como externo.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- 4.9.4** Incluir como parte del plan de calidad o a través de otro medio que resulte adecuado, el control de no conformes para los productos, luego de su entrega o suministro al cliente, tanto interno como externo, lo que aportaría al proceso para determinar la satisfacción de éste; así mismo, mantener esta información de no conformes de forma consolidada, como garantía que la misma se conserve y que facilite su análisis para posibles acciones que se puedan derivar de dicha información.
- 4.9.5** Realizar la gestión necesaria, para salvaguardar y respaldar la información crítica generada como parte de la gestión del proceso, en cumplimiento de las directrices del Sistema de Seguridad de la Información.
- 4.9.6** Efectuar las acciones necesarias para cumplir con las actividades establecidas para la acción 1508, que se encuentra en estado “vencido”.
- 4.9.7** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.
- 4.9.8** Asegurar que la información relacionada con actas de seguimiento y obra de los contratos ejecutados y toda la documentación que permita evidenciar las actividades de seguimiento y control, se cargue en la plataforma Orfeo, para garantizar la gestión documental y de conocimiento en caso de retiro de contratistas y funcionarios de planta, con el fin de reducir la incertidumbre de seguimiento a los contratos y asegurar la continuidad de los controles.
- 4.10 PROCESO GESTIÓN PREDIAL**
- 4.10.1** Gestionar con la Oficina Asesora de Comunicaciones el ajuste de la información de la página Web, relacionada con las preguntas frecuentes de predios, acorde a como se opera actualmente, al igual que modificar los errores ortográficos observados.
- 4.10.2** Actualizar la información del instructivo IN-GP-02 Verificación de equipos topográficos en cuanto a la normatividad y periodicidad.
- 4.10.3** Evaluar la pertinencia de dar de baja los elementos y/o equipos de topografía, que actualmente no están siendo utilizados y que se encuentran obsoletos.
- 4.10.4** Fortalecer con servidores y contratistas del proceso, los conocimientos generales y ubicación de la información del SIG (Política, objetivos del SIG, indicadores y sus resultados, funciones y miembros de COPASST y comité de convivencia, programas de SST).
- 4.10.5** 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.
- 4.10.6** Revisar periódicamente la información de documentación asociada al proceso Gestión Predial publicada en la intranet y en la página web, para asegurar que esté permanentemente actualizada.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

4.10.7 Tomar las acciones pertinentes para dar cumplimiento a las metas propuestas, en especial para los indicadores 3254, 32519, 32520.

4.10.8 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.11 PROCESO EJECUCIÓN DE OBRAS

4.11.1 Identificar acciones que conduzcan a mejorar el sistema de archivo y conservación de los documentos, especialmente en los Puntos IDU, aportando al control de los Riesgos de Seguridad de la Información del proceso.

4.11.2 Realizar la aprobación de los informes mensuales, teniendo en cuenta la consolidación de todos los componentes, con el fin de facilitar el cobro de la interventoría, para el cual se requiere el oficio de aprobación correspondiente.

4.11.3 Realizar una sola aprobación por parte de la interventoría al Manejo Ambiental de la Obra (MAO), teniendo en cuenta que la aprobación del MAO es un requisito para el inicio de la obra.

4.11.4 Reforzar los ejercicios de autoevaluación y seguimiento, generando propuestas de mejoramiento, dado que la totalidad de los Indicadores de gestión a marzo de 2019, presentan resultados que son mejorables y que con corte a junio de 2019 bajaron su porcentaje de ejecución, con respecto al primer trimestre.

4.11.5 Requerir a la interventoría el fortalecimiento de los controles frente a aspectos Ambientales, SST, maquinaria y equipos, señalados en el informe.

4.11.6 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.12 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

En el desarrollo de la presente auditoría, se resaltan los siguientes aspectos del proceso:

- El proceso cuenta con personal calificado que responde a las necesidades a proveer para alcanzar los productos establecidos en la caracterización del proceso.
- Existe un adecuado nivel de consciencia de cumplir los requisitos establecidos en el sistema de gestión para mantener las condiciones controladas.
- El desempeño de las metas físicas y financieras a las que el proceso aporta, ha presentado resultados estables que reflejan la adecuada planificación y control de la operación.

A continuación, se presentan las recomendaciones encontradas:

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

- 4.12.1 Continuar con la aplicación de los correctivos pertinentes a la no entrega oportuna de informes de seguimiento de la interventoría a los contratos desarrollados por la DTM, la STEMST y la STEMSV.
- 4.12.2 Consultar con el proceso de Tecnologías de la Información y de la Comunicación, los controles periódicos a aplicar, para las actividades de Teletrabajo que se realizan en la dependencia.
- 4.12.3 Revisar la trazabilidad de la información suministrada en el seguimiento de las metas a las que aporta la DTM, teniendo presente variables que pueden afectar la magnitud definida.
- 4.12.4 Continuar con las actividades de sensibilización e interiorización de la matriz de peligros en los componentes de Grupos 1, 5, 6 identificados para el proceso, y de esta forma, fortalecer la efectividad del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- 4.12.5 Revisar la aplicación de las directrices de la Guía de Gestión de Riesgos del DAFP, para optimizar los controles y aumentar la capacidad para mitigar los impactos del riesgo.
- 4.12.6 Realizar las actividades necesarias para aumentar el desempeño de los indicadores que no reportaron un desempeño favorable.
- 4.12.7 Revisar la pertinencia de identificar aspectos e impactos ambientales relacionados con las labores de oficina adelantadas por los grupos de apoyo a la supervisión de los contratos de mantenimiento de obra.
- 4.12.8 Definir criterios para la conservación de información soporte de las contingencias adelantadas por la DTM en atención de riesgos de desastres.
- 4.12.9 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.13 PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

- 4.13.1 Revisar la necesidad de publicar con tanta anticipación la publicación del PAA para cada vigencia en el portal de contratación SECOP (04 de enero de 2019), pues tal y como lo define el procedimiento PRGC11 ELABORACIÓN MODIFICACIÓN Y CIERRE DEL PLAN ANUAL ADQUISICIONES V_2. en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 el PAA, deberá ser publicado por primera vez antes del 31 de enero de cada vigencia, y para el caso del 2019, se realizaron 13 modificaciones antes de esta fecha (versión 43 a 30 de mayo de 2019).
- 4.13.2 Gestionar ante la Subdirección Técnica de Recursos Físicos, la digitalización prioritaria de los documentos adjuntos al memorando de traslado a la DTGC, para la elaboración de los respectivos contratos.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- 4.13.3** Realizar la evaluación a la calificación de los riesgos de corrupción C.GC.01 y C.GC.03 de acuerdo con lo estipulado en la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas- Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP 2018, numeral 3.1.3 Análisis del impacto en riesgos de corrupción, “Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que sí aplican para los demás riesgos (...)”
- 4.13.4** Fortalecer el conocimiento de los aspectos relacionados con cada uno de los subsistemas de gestión, según su aplicabilidad para el proceso.
- 4.13.5** Realizar jornadas de aprendizaje orientadas a las áreas técnicas involucradas en la estructuración de los proyectos, respecto a las condiciones, oportunidad y lineamientos generales 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”.
- 4.13.6** Gestionar ante la Subdirección Técnica de Recursos Tecnológicos la implementación y/o adecuación del sistema ORFEO, que permita la inclusión del link de ubicación del expediente electrónico (SECOP II), en cada expediente contractual ORFEO, que genere integralidad de la información frente a insumos externos de la plataforma.
- 4.13.7** Gestionar ante la Subdirección Técnica de Recursos Físicos, capacitaciones respecto al uso y gestión del sistema ORFEO.
- 4.13.8** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.14 PROCESO GESTIÓN LEGAL

- 4.14.1** Revisar la identificación y unificación de las bases de datos que soportan el seguimiento al estado de respuesta de las solicitudes de conceptos jurídicos, para evitar discrepancia en la información.
- 4.14.2** Revisar las causas de posibles diferencias entre la identificación de registros en el ORFEO con respecto a la temática de los documentos, facilitando su recuperación y conservación, evitando debilidades en la confiabilidad de los sistemas de información.
- 4.14.3** Evaluar la pertinencia de crear un expediente ORFEO para cada proceso judicial / prejudicial coincidente con las carpetas físicas, con el fin de facilitar la recuperación de la información, así como, sensibilizar al equipo de trabajo en los temas de creación e integración de expedientes, tablas de retención documental.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- 4.14.4** Revisar y si es el caso ajustar, si los correos electrónicos son incluidos dentro de la descripción de actividades en el procedimiento PR-GL-01 Cumplimiento de sentencias como registros, o se establece como único criterio el uso del ORFEO.
- 4.14.5** Integrar al procedimiento PR-GL-02 Prevención del Daño Antijurídico, la metodología y responsabilidades, que constituyan criterios de control tendientes a garantizar la trazabilidad y cumplimiento de la Verificación de la inclusión de las estrategias de prevención del daño antijurídico enunciada en la actividad 9.13.
- 4.14.6** Revisar la pertinencia de incluir riesgos asociados a las actividades críticas 1, 2, 3, 4, 5 e igualmente aplicar los lineamientos para la definición y aplicación de controles según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP.
- 4.14.7** Revisar y ajustar en lo pertinente, los aspectos e impactos ambientales junto con sus controles y socializar con el personal del proceso para favorecer la planeación y control operacional, en mejora del Subsistema de Gestión Ambiental.
- 4.14.8** Revisar y si es del caso, ajustar los riesgos y peligros junto con sus controles y socializar con personal del proceso para favorecer la planeación y control operacional, en mejora del Subsistema de Gestión Ambiental.
- 4.14.9** Revisar los criterios aplicables al proceso, sobre la identificación de activos de información, aumentando su especificidad y asociando la información con las tablas de retención documental, así como revisar y aplicar los criterios para la conservación de información en copias de seguridad, según corresponda.
- 4.14.10** Revisar en la matriz de requisitos del SIG, la aplicabilidad del numeral 8.5.2 Propiedad de clientes proveedores externos, así como el alcance de la aplicación del numeral 8.2 Requisitos para los productos y servicios, asociados al proceso de Gestión Legal.
- 4.14.11** Evaluar la posibilidad de integrar al procedimiento PR-GL-02 Prevención del Daño Antijurídico la metodología y responsabilidades, que constituyan criterios de control tendientes a garantizar su trazabilidad y cumplimiento, respecto a la actividad 9.13.
- 4.14.12** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.15 PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST

- 4.15.1** Revisar y actualizar la caracterización del proceso, según el alcance real del mismo, asegurando que su objetivo sea medible y que la relación de entradas y salidas, además de procesos involucrados, sean acordes con la gestión del proceso.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- 4.15.2** Fortalecer la descripción de los riesgos y los controles, utilizando las preguntas claves definidas en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- 4.15.3** Fortalecer el entendimiento de riesgos y peligros por proceso, según los grupos de exposición (GES) aplicables para cada proceso y asociados a funciones o actividades, propias del personal.
- 4.15.4** Revisar la matriz de riesgos y peligros, asegurando el análisis para cada una de las actividades desarrolladas por cada proceso según el grupo de exposición (GES).
- 4.15.5** Realizar un ejercicio de autoevaluación, donde se revise la planeación de los indicadores del proceso y su meta si es pertinente, entendiendo que, con corte a junio de 2019, todos los indicadores, excepto el 20513, presentan un cumplimiento superior al 100%.
- 4.15.6** Adelantar estrategias, en conjunto con personal de los diferentes procesos del Sistema Integrado de Gestión, para que se formulen acciones correctivas y de mejora, derivadas de ejercicios de autoevaluación, a fin que éstas no provengan exclusivamente de auditorías internas y/o externas.
- 4.15.7** Tomar acciones en conjunto con la STRT y la STRF, según corresponda, para respaldar la información crítica, generada como resultado de la gestión del proceso.
- 4.15.8** Verificar la actualización y aprobación de los activos de información, para todos los miembros del proceso.
- 4.16 PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS**
- 4.16.1** Tomar las medidas necesarias para ejecutar las actividades establecidas en el “Plan de mantenimiento preventivo y correctivo” dentro de los términos previstos.
- 4.16.2** Establecer mecanismos en conjunto con la SGJ y la DTGC, que permitan suscribir oportunamente los contratos que le permiten al proceso cumplir con una prestación adecuada de los diferentes servicios.
- 4.16.3** Actualizar el nombre del “Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo Instalaciones Locativas en Sedes del Instituto de Desarrollo Urbano Vigencia 2019”, teniendo en cuenta que un plan de mantenimiento, como su nombre lo indica, es la planeación de lo que se va hacer de manera preventiva, para asegurar el adecuado funcionamiento de los equipos e instalaciones, mientras que lo correctivo se realiza en respuesta a aspectos imprevistos en las instalaciones.
- 4.16.4** Estandarizar los formatos de planes de mantenimiento, teniendo en cuenta que es una herramienta que es usada frecuentemente y que es crítica para el cumplimiento del proceso.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- 4.16.5** Establecer cuál es la información crítica del proceso y que debe ser respaldada y solicitar a la STRT los *backup* con la periodicidad pertinente. Se recomienda gestionar la asignación de una carpeta compartida y establecer la información importante que debe ser respaldada en ésta.
- 4.16.6** Realizar el reporte de las acciones que el proceso establece, para la mejora continua y el aprovechamiento de las oportunidades identificadas.
- 4.16.7** Reforzar el conocimiento de la directriz, los objetivos, responsabilidades y los impactos ambientales (en Campo), referentes a los cuatro subsistemas objeto de auditoría, para que se obtenga mayor claridad y conocimiento sobre éstos.
- 4.16.8** Hacer seguimiento a la solicitud realizada a la empresa de vigilancia, teniendo en cuenta el riesgo por discomfort térmico manifestado por los guardas de seguridad y que se encuentra definido en la matriz de riesgos y peligros del proceso.
- 4.16.9** Realizar la revisión y actualización al normograma del proceso, programada por procedimiento para octubre/2019, teniendo en cuenta la normatividad derogada y la generada desde mayo.
- 4.16.10** Reforzar con los funcionarios y contratistas del proceso y de la dependencia, el programa de orden y aseo y la Circular 18 de 2017, donde se dictan directrices en materia de orden y aseo de la Entidad.
- 4.16.11** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.17 PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

- 4.17.1** Fortalecer el conocimiento de las directrices, los objetivos y responsabilidades y los impactos ambientales, referentes a los SGC, SGA, SGSST, SGSI, para que se obtenga mayor claridad y conocimiento sobre éstos; además de cómo el proceso contribuye al logro de los objetivos estratégicos y a qué objetivo estratégico está alineado el proceso.
- 4.17.2** Terminar con la modificación de los procedimientos relacionados con la elaboración, ejecución y cierre del presupuesto, para lo cual se sugiere que en los procedimientos se haga referencia al marco normativo de la entidad, en el normograma, con el fin de no estar actualizando procedimientos cada vez que se cambie o derogue una norma.
- 4.17.3** Revisar el análisis del impacto en riesgos de corrupción para que se ajusten a los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”.
- 4.17.4** Revisar la redacción de los controles asociados a los riesgos de gestión, de corrupción y seguridad en la información, para cumplir con lo establecido en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

4.17.5 Realizar la evaluación de las acciones formuladas en planes de mejoramiento que se han calificado como no efectivas y establecer otras que permitan mitigar las causas de los hallazgos.

4.17.6 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.18 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

4.18.1 Actualizar la caracterización de proceso de talento humano de forma que incluya el plan estratégico de talento humano.

4.18.2 Incluir indicadores asociados al Plan Estratégico de Talento Humano y medir la satisfacción de la Gente IDU, respecto a las acciones adelantadas en dicho plan.

4.18.3 Evaluar la posibilidad de plantear riesgos asociados al plan estratégico de talento humano.

4.18.4 Aplicar instrumentos para identificar las razones por las que hay funcionarios que no participan en las actividades de bienestar.

4.18.5 Asegurar que el proveedor externo de capacitaciones o cualquier evento realizado, en sus instalaciones, contextualice pautas de SST propias al sitio donde se desarrolla la actividad.

4.18.6 Fortalecer la toma de conciencia en el uso de los puntos ecológicos, que, al inspeccionar, evidenciaron residuos clasificados de forma errónea.

4.18.7 Intensificar el uso de carpetas compartidas en vez de google drive para el manejo de los respaldos de la información y el trabajo colaborativo.

4.18.8 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.19 PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

4.19.1 Verificar la vigencia de la información documentada publicada en el mapa de procesos de la intranet institucional, tales como formatos, guías y demás documentación asociada al proceso, de tal forma que éstos se encuentren vigentes al momento de la publicación.

4.19.2 Realizar un ejercicio de autoevaluación, donde se realice una revisión de la planeación de los indicadores de gestión y la pertinencia de la meta establecida para los mismos.

4.19.3 Reforzar el conocimiento de la directriz, los objetivos, responsabilidades y los impactos ambientales, referentes a los cuatro subsistemas objeto de auditoría, para que se obtenga mayor claridad y conocimiento sobre éstos.

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

- 4.19.4** Tomar las medidas pertinentes para que el líder del proceso registre dentro de sus activos de información el aplicativo ORFEO, toda vez que es el propietario y no se evidenció reportado como activo de información para el proceso.
- 4.19.5** Reforzar con los funcionarios y contratistas del proceso y de la dependencia, el programa de orden y aseo y la Circular 18 de 2017, en donde se dictan directrices en materia de orden y aseo de la Entidad.
- 4.19.6** Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.20 PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- 4.20.1** Fortalecer las actividades de implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, de cara al proceso de certificación que actualmente se desarrolla, especialmente en lo que corresponde con los controles definidos en el Anexo A de la NTC ISO IEC 27001:2013.
- 4.20.2** Depurar los indicadores del proceso, teniendo en cuenta los objetivos y la participación de 2 dependencias en las actividades críticas descritas en la caracterización de mismo, dado que se identificaron 2 indicadores con el mismo propósito.
- 4.20.3** Registrar, en los análisis periódicos de ejecución de indicadores de gestión del proceso, que se envían a la OAP, la información de trazabilidad y análisis, con cifras que permitan realizar seguimiento y evaluación del origen de la información fuente utilizada para el cálculo de los indicadores del proceso y determinar con certeza el desempeño del proceso.
- 4.20.4** Revisar, actualizar, modificar y/o reemplazar los contenidos de la Circular 8 de 2016 en relación con la normatividad relacionada, los sistemas de información y sus propietarios, y demás aspectos pertinentes, así como su amplia divulgación en la entidad.
- 4.20.5** Revisar el diseño de controles registrados en las matrices de riesgos de gestión y de corrupción, asociados a las actividades registradas en el presente informe y, de conformidad, efectuar los ajustes pertinentes, considerando los criterios, atributos y aspectos inherentes que establece el manual MGPE18 Manual de Administración de Riesgos V9, así como la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.
- 4.20.6** Generar estrategias de comunicación y divulgación institucional con el fin de fortalecer la interiorización y apropiación de las prácticas ambientales contenidas en el PIGA.
- 4.20.7** Generar estrategias de comunicación y divulgación institucional con el fin de fortalecer el conocimiento e interiorización de las matrices de riesgos y peligros y la manera en que aplican a los casos personales.

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



- 4.20.8** Implementar las medidas de control y prevención específicas para cada una de las situaciones observadas, como conclusión de la visita de inspección visual a las instalaciones de la STRT (16/07/2019) en la que se identificaron potenciales fuentes generadoras de riesgos y peligros en seguridad y salud en el trabajo, así como para el Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información.
- 4.20.9** Continuar con depuraciones de la información relacionada y consignada en el módulo (o *webservice*) de conciliación de inventarios desarrollado por la STRT, con el fin de minimizar al máximo las diferencias que se puedan presentar en relación con los inventarios de equipos de cómputo, particularmente, en los casos en los que éstos no puedan ser monitoreados por Aranda, por encontrarse, en el momento en que se ejecuta dicho monitoreo, apagados o fuera de red. Lo anterior, tomando en cuenta que tanto software como hardware forman parte de los activos de información.
- 4.20.10** Tener en cuenta los periodos de actualización, seguimiento y/o monitoreo de los riesgos y la utilización de los formatos establecidos en versiones vigentes.
- 4.20.11** Efectuar continuas socializaciones de los documentos que forman parte del SGSI para asegurar la interiorización y apropiación de los conceptos y obligaciones de los funcionarios y contratistas frente al subsistema y asegurar el logro de los objetivos del mismo.
- 4.20.12** Hacer revisiones periódicas de la documentación que describe los controles contenidos en la Declaración de Aplicabilidad para Seguridad de la Información IDU, para asegurar que éstos se ejecuten de acuerdo con lo establecido y la dinámica del proceso.
- 4.20.13** Aclarar la forma y eventos o actividades en los cuales es apropiada y/u obligatoria la utilización del FO-TI-04 “Acuerdo de confidencialidad con terceros” una vez concluya su actualización e incorporación, de la nueva versión, a la documentación que hace parte del Sistema Integrado de Gestión del Instituto.
- 4.20.14** Efectuar verificaciones periódicas para asegurar que los enlaces, en la sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la página web del Instituto, que dirigen políticas de seguridad y condiciones de uso de la información estén disponibles y que los documentos publicados estén actualizados a las versiones vigentes.
- 4.20.15** Verificar, permanentemente, que el formulario web para el registro de las PQRS esté siempre disponible y que le garantice al usuario la confirmación del registro de su requerimiento, indicándole el número a través del cual puede hacer seguimiento al mismo. Lo anterior, toda vez que se identificó que, en algunas oportunidades, si bien el registro de la PQRS se efectúa, el usuario no visualiza el número que la identifica por inconvenientes en la respuesta del servidor que procesa la solicitud.
- 4.20.16** Adoptar las medidas necesarias para asegurar que los informes de estado de los trabajos de copias de seguridad y restauración se sigan presentando, en lo sucesivo, conforme a lo determinado en el “*Manual de Copias de Seguridad*”, código MG-TI-16, versión 3.0, incorporando, en lo posible, no sólo los datos técnicos del resultado del proceso de *backup*, sino, también, mayor detalle o explicaciones respecto de los aspectos

| FORMATO | | |
|----------------------|----------------------|---------|
| INFORME DE AUDITORIA | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 |



incluidos en los informes, de manera que éstos sean más claros y faciliten la identificación de aspectos a corregir y/o mejorar y la toma de decisiones en la materia.

4.20.17 Evaluar la pertinencia de ajustar la periodicidad relacionada con la revisión de derechos de acceso a los recursos de TI, teniendo en cuenta las dinámicas institucionales y el control sobre los riesgos asociados con tal actividad, en cada una de las dependencias.

4.20.18 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.21 PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL

4.21.1 Actualizar la caracterización del proceso, incluyendo las actividades propias del control disciplinario, aparte de las propias del ejercicio de auditoría, con el fin de dar claridad al quehacer de la Evaluación y Control dentro del objetivo de este proceso.

4.21.2 Implementar un control para los productos de cada una de las actividades, asegurando la articulación entre las dependencias que conforman el proceso.

4.21.3 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

4.22 PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO

4.22.1 Revisar que se incluya en los procedimientos de Mejoramiento Continuo los requisitos establecidos para la implementación de los nuevos subsistemas de gestión, tales como, antisoborno, continuidad del negocio, entre otros.

4.22.2 Revisar la efectividad de los indicadores asociados al Proceso para el cumplimiento del objetivo descrito en la caracterización.

4.22.3 Actualizar la caracterización del proceso de Mejoramiento Continuo.

4.22.4 Revisar las causas y la efectividad de los controles registrados para el tratamiento del riesgo de gestión “Incumplimiento de las acciones planteadas dentro de las fechas establecidas en el plan de mejoramiento”, ya que se evidenciaron que operan y están vigentes, pero no evitaron la materialización del riesgo identificado.

4.22.5 Incluir en el Aplicativo institucional para seguimiento a planes de mejoramiento – CHIE, la relación de todas las acciones producto del autocontrol por proceso.

4.22.6 Generar acciones derivadas de ejercicios de autoevaluación y no ceñirse principalmente a la generación de acciones derivadas de ejercicios de auditoría interna y/o externa.

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

5. CONCLUSIONES

De acuerdo con el objetivo de la auditoría interna¹⁸, se logró evaluar el cumplimiento de los requisitos de norma definidos como criterios de auditoría, aplicables para los Subsistemas de Gestión de la Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información, además de requisitos contractuales, legales y propios de la Entidad, verificados en desarrollo de la auditoría realizada a cada proceso, según las actividades y aspectos evaluados, concluyendo que, en términos generales, los Subsistemas auditados son conformes; sin embargo, se han identificado No Conformidades para las cuales se debe priorizar su tratamiento, además de Recomendaciones/Oportunidades de Mejora, que es necesario sean atendidas de manera preventiva, por los responsables de los procesos, a fin de asegurar el logro de las directrices y objetivos estratégicos trazados para el Sistema Integrado de Gestión.

A continuación, se presenta la relación de los resultados de auditoría obtenidos para cada proceso, haciendo énfasis en la descripción de las **No Conformidades (62)**, sobre las cuales se deben implementar las acciones correctivas correspondientes por parte de los líderes de proceso y el total de **Recomendaciones/ Oportunidades de Mejora (192)** realizadas por proceso:

| PROCESO | DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES | TOTAL NC | TOTAL RCM/OM |
|--|--|----------|--------------|
| PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | No Conformidad N° 1. No se observó plan de tratamiento ante la materialización de riesgos, ni identificación de acciones para abordar riesgos. | 3 | 12 |
| | No Conformidad N° 2. Falencias en actualización y control de la documentación interna y externa del proceso. | | |
| | No Conformidad N° 3. Inconsistencias en disposiciones establecidas en la GU-PE-018 Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional frente a requisitos de análisis y evaluación del desempeño de los procesos. | | |
| INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO | No Conformidad N° 1. Se evidenció desactualización del procedimiento PR-IC-04 Investigación y desarrollo de los sistemas de movilidad y espacio público. | 1 | 5 |
| GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA | No Conformidad N° 1. Incongruencia entre la formulación y medición del indicador de gestión N°1258 - Estrategia de Rendición de cuentas PAAC implementada. | 4 | 9 |
| | No Conformidad N° 2. No se cuenta con identificación de aspectos e impactos ambientales, para la sede Carrera 7 con calle 17, donde la OTC cuenta con un equipo de trabajo. | | |
| | No Conformidad N° 3. Inexistencia de comunicación a los visitantes en los puntos de atención IDU sobre asuntos relevantes de SST. | | |
| | No Conformidad N° 4. No se evidenció medición de indicadores de satisfacción, para todos los trámites y servicios ofrecidos por la Entidad, descritos en la Cartilla de Trámites y Servicios | | |
| GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL | No Conformidad N° 1. Incumplimiento en la periodicidad de reuniones de comités coordinadores | 3 | 11 |
| | No Conformidad N° 2. Ausencia de informes consolidados 2019 para los convenios interadministrativos a cargo del proceso. | | |

¹⁸ "Verificar el grado de cumplimiento y/o conformidad del Sistema Integrado de Gestión del Instituto de Desarrollo Urbano, según los requisitos de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información, evaluando además el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales aplicables y propios de la Entidad, como base para la mejora continua del Sistema".

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| PROCESO | DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES | TOTAL NC | TOTAL RCM/OM |
|--|--|----------|--------------|
| | No Conformidad N° 3. Suscripción del acta de inicio del Convenio IDU-1457-2017, fuera de los tiempos establecidos. | | |
| COMUNICACIONES | No Conformidad N° 1. No se cuenta con evidencia de la transferencia documental primaria realizada por el proceso de Comunicaciones. | 5 | 11 |
| | No Conformidad N° 2. No se evidenció Garantía Unica de Cumplimiento del Contrato Interadministrativo IDU-1514-2018. | | |
| | No Conformidad N° 3. No se evidenció publicación de la ejecución en SECOP, ni registro en ORFEO, de los informes de cumplimiento de los Contratos Interadministrativos IDU-1514-2018 y IDU-1160-2019. | | |
| | No Conformidad N° 4. Falta de reporte de salida a obra, de personal afiliado a la ARL en nivel de riesgo I. | | |
| | No Conformidad N° 5: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas. | | |
| GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS | No Conformidad N° 1. Deficiencias en el análisis y evaluación de los indicadores establecidos para el proceso. | 3 | 4 |
| | No Conformidad N° 2. Se evidenció materialización de los riesgos de Gestión G.GI.01 y G.GI.02, sin reporte a la Oficina Asesora de Planeación OAP. | | |
| | No Conformidad N° 3. Acciones de planes de mejoramiento no efectivas. | | |
| GESTIÓN DE LA VALORIZACIÓN Y FINANCIACIÓN | No Conformidad N° 1. Incumplimiento de términos para la notificación personal de actos administrativos relacionados con la Inadmisión de recursos de Reconsideración. | 3 | 16 |
| | No Conformidad N°2. Desactualización del Normograma del proceso | | |
| | No Conformidad N°3. Diferencias y debilidades en información registrada en el aplicativo Valoricemos. | | |
| FACTIBILIDAD DE PROYECTOS | No Conformidad N° 1. Falta de identificación de riesgos en la prefactibilidad in house, para el proyecto Extensión carrera 10. | 1 | 7 |
| DISEÑO DE PROYECTOS | No Conformidad N° 1. No se cuenta con acciones implementadas ante la materialización de riesgos. | 3 | 8 |
| | No Conformidad N° 2. No se observó control a los cambios, posterior a la entrega de los estudios y diseños a los Contratistas de Obra. | | |
| | No Conformidad N° 3. No se observó que el proceso cuente con una herramienta que permita conocer la percepción de su cliente externo o contratista de obra. | | |
| GESTIÓN PREDIAL | No Conformidad N°1. No se evidenció publicación en la página WEB de los predios susceptibles de venta administrados por la DTDP. | 2 | 8 |
| | No Conformidad N°2. Falta de reporte a la OAP de las salidas no conformes identificadas por el proceso. | | |
| EJECUCIÓN DE OBRAS | No Conformidad N°1. Deficiencias en el control de la Información documentada del proceso. | 4 | 6 |
| | No Conformidad N°2. Falencias en el control de procesos contratados externamente. | | |
| | No Conformidad N°3. Inadecuada clasificación y manejo de residuos en obra. | | |
| | No Conformidad N° 4: Falta de reporte de salidas no conformes generadas por el proceso. | | |
| CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA | No Conformidad N° 1. Deficiencias en el confinamiento de losas en el tramo de la Kr. 15 entre calle 75 y 76, costado oriental, del contrato IDU-1257-2017. | 1 | 9 |
| GESTIÓN CONTRACTUAL | No Conformidad N° 1. Se evidenció el uso de plantilla desactualizada en comunicaciones oficiales externas. | 5 | 8 |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| PROCESO | DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES | TOTAL NC | TOTAL RCM/OM |
|---|--|----------|--------------|
| | <p>No Conformidad N° 2. Deficiencias en la actualización y control de la Información documentada del SIG para el proceso de Gestión Contractual.</p> <p>No Conformidad N° 3. Deficiencias en el manejo de expedientes virtuales en ORFEO.</p> <p>No Conformidad N° 4. No inclusión de la información referente a los procesos contractuales en un solo expediente</p> <p>No Conformidad N° 5. Deficiencias en la ejecución de acciones registradas en el plan de mejoramiento del proceso e ineffectividad de las mismas.</p> | | |
| GESTIÓN LEGAL | <p>No Conformidad N° 1. Debilidades en la definición de criterios del proceso</p> <p>No Conformidad N° 2: Debilidades en la conservación de información.</p> <p>No Conformidad N° 3. Incumplimiento de política operacional relacionada con aprobación de estrategias de prevención de daño antijurídico</p> <p>No Conformidad N° 4: Desactualización de la normatividad relacionada en el normograma y la documentación del proceso.</p> | 4 | 12 |
| GESTIÓN AMBIENTAL, CALIDAD Y SST | <p>No Conformidad N° 1. Se evidenció materialización del riesgo G.AC.03, sin reporte a la Oficina Asesora de Planeación OAP</p> <p>No Conformidad N° 2. No se evidenció identificación de aspectos e impactos ambientales, asociados a la nueva sede de la Calle 17.</p> <p>No Conformidad N° 3: No se evidenció gestión del cambio en SST, asociado a la nueva sede de la Calle 17.</p> <p>No Conformidad N° 4. No se suscribieron Acuerdos de Confidencialidad en los contratos IDU-1289-2019 y IDU-1365-2019</p> <p>No Conformidad N° 5: Acciones de planes de mejoramiento no efectivas.</p> | 5 | 8 |
| GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | <p>No Conformidad N° 1: No se evidenció plan de tratamiento ante la materialización de riesgos.</p> <p>No Conformidad N° 2: Deficiencias en el mantenimiento preventivo de instalaciones y parque automotor.</p> <p>No Conformidad N°3: Ineffectividad de acciones de planes de mejoramiento.</p> <p>No Conformidad N° 4: No se evidenció que se efectúe medición del indicador establecido para el riesgo de gestión G.RF.03.</p> <p>No Conformidad N° 5: No se evidenció cumplimiento del procedimiento PR-RF-01, cuando se presentan fallas en vehículos.</p> | 5 | 11 |
| GESTIÓN FINANCIERA | De acuerdo con el alcance y criterios de la auditoría, no se evidenciaron no conformidades para este proceso. | 0 | 6 |
| GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | De acuerdo con el alcance y criterios de la auditoría, no se evidenciaron no conformidades para este proceso. | 0 | 8 |
| GESTIÓN DOCUMENTAL | De acuerdo con el alcance y criterios de la auditoría, no se evidenciaron no conformidades para este proceso. | 0 | 6 |
| TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | <p>No Conformidad N° 1. Debilidad en la implementación de controles, así como desactualización de documentación asociada a algunos controles registrados en la Declaración de Aplicabilidad, adoptada por la entidad a través de acto administrativo.</p> <p>No Conformidad N° 2. Ineffectividad de las acciones 1159 y 1160 de Plan de mejoramiento interno.</p> <p>No Conformidad N° 3. No se evidenció generación y registro del plan de tratamiento derivado de la ocurrencia y reporte de un evento de riesgos materializados.</p> <p>No Conformidad N° 4. Desactualización de información documentada del proceso.</p> | 6 | 18 |

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| PROCESO | DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES | TOTAL NC | TOTAL RCM/OM |
|-----------------------|--|-----------|--------------|
| | No Conformidad N° 5. Debilidades en el uso apropiado de las carpetas compartidas, disponibles para el respaldo de la información digital generada como resultado de la gestión de los procesos. | | |
| | No Conformidad N° 6. Debilidades en la actualización de activos de información de los procesos del Instituto de la vigencia 2019. | | |
| EVALUACIÓN Y CONTROL | No Conformidad N° 1. No se cuenta con el recurso humano relacionado en la caracterización del proceso. | 2 | 3 |
| | No Conformidad N° 2. No se evidenció uso del documento FO-EC-89 Informe de Gestión por Proceso e Indicadores vigente en la intranet. | | |
| MEJORAMIENTO CONTINUO | No Conformidad N° 1. Inclusión de requisitos legales derogados en información documentada del proceso | 2 | 6 |
| | No Conformidad N° 2. Se evidenció publicación del procedimiento PRMC03 Revisión por la Dirección en la intranet, en dos versiones diferentes. | | |
| TOTALES | | 62 | 192 |

De acuerdo con lo anterior, en los siguientes gráficos, se da a conocer el balance de No Conformidades y Recomendaciones/ Oportunidades de Mejora identificadas por proceso:



Según el gráfico anterior, se observa que el proceso con mayor número de No Conformidades es Tecnologías de la Información y Comunicación (10%, 6NC), lo anterior, teniendo en cuenta, que 2 No Conformidades, identificadas en diferentes procesos, son asignadas a este proceso como

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

líder de la implementación del Subsistema de Seguridad de la Información; razón por la cual, es necesario que se implementen acciones de manera transversal, aplicables para todos los procesos del Instituto, para garantizar la Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad de la Información, en cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO IEC 27001:2013 y demás Políticas Institucionales aplicables.

Seguidamente, los procesos con mayor número de no conformidades fueron Gestión de Recursos Físicos (8%, 5NC), Gestión Ambiental, Calidad y SST (8%, 5NC), Gestión Contractual (8%, 5NC) y Comunicaciones (8%, 5NC); todos ellos, procesos de apoyo, transversales y que deben asegurar que su gestión se vea reflejada y articulada con todos los procesos del Instituto.

En el siguiente gráfico se observan las recomendaciones/oportunidades de mejora por proceso:



El proceso con mayor número de Recomendaciones/ Oportunidades de Mejora, es Tecnologías de la Información y Comunicación (9%, 18 RCM/OM), lo cual ratifica la necesidad de tomar acciones para asegurar el cumplimiento de los requisitos NTC ISO IEC 27001:2013 y demás Políticas Institucionales aplicables, con el fin de garantizar la Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad de la Información, generada como resultado de la gestión Institucional. Le siguen los procesos de Gestión de la Valorización y Financiación (8%, 16 RCM/OM), Gestión Legal (6%, 12 RCM/OM) y Planeación Estratégica (6%, 12 RCM/OM). Si bien, de acuerdo con el procedimiento interno, la implementación de estas acciones se deja al criterio de los líderes/responsables de cada proceso, es necesario la revisión de las mismas, a fin prevenir futuros incumplimientos en desarrollo de su gestión.

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

El siguiente gráfico, muestra la principal tipología de las No Conformidades, evidenciadas en la auditoría:



Como principal tipología de las No Conformidades, se aprecian “*Deficiencias en creación, actualización y/o control de información documentada*” (15%), situación que fue identificada en varios procesos, encontrando que derivado de la No Conformidad aunada que se dejó para la vigencia 2018, asignada para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, no se tomaron las acciones específicas por proceso según los resultados de auditoría, afectando para esta vigencia, el requisito de Información Documentada de la NTC ISO 9001:2015, la NTC ISO 14001:2015 y la NTC ISO IEC 27001:2013.

Por su parte, el “*Incumplimiento de aspectos contractuales*” (11%) y las “*Deficiencias en análisis, medición y seguimiento de procesos* (11%)”, se constituyen como tipologías secundarias, entendiendo que, como parte de la verificación de aspectos contractuales, se evidenciaron falencias relacionadas con el control y seguimiento de procesos que dependen de proveedores externos y aspectos relacionados con la falta de medición de indicadores de gestión definidos por los procesos, respectivamente.

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se presenta la relación de los principales requisitos de cada norma auditada para los que se detectaron No Conformidades y 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 | Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos | Gestión Legal |
| 2 | 5.1.2 | Enfoque al cliente | Factibilidad de Proyectos |
| 3 | 6.1.2 | | Planeación Estratégica |

| FORMATO | | | idu |
|----------------------|----------------------|---------|-----|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| REQUISITOS NTC ISO 9001:2015 | | | |
|------------------------------|---------|--|---|
| N° | NUMERAL | REQUISITO AFECTADO | PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ |
| | | Acciones para abordar riesgos y oportunidades. | Gestión Integral de Proyectos |
| | | | Diseño de Proyectos |
| | | | Gestión Ambiental, Calidad y SST |
| | | | Gestión de Recursos Físicos |
| 4 | 7.1.2 | Personas | Evaluación y Control |
| 5 | 7.1.3 | Infraestructura | Gestión de Recursos Físicos |
| 6 | 7.5 | Información Documentada | Planeación Estratégica |
| | | | Innovación y Gestión del Conocimiento |
| | | | Comunicaciones |
| | | | Ejecución de Obras |
| | | | Gestión Contractual |
| | | | Gestión Legal |
| | | | Tecnologías de Información y Comunicación |
| | | | Evaluación y Control |
| | | | Mejoramiento Continuo |
| 7 | 8.1 | Planificación y Control Operacional | Gestión de la Valorización y Financiación |
| 8 | 8.2.1 | Comunicación con el cliente | Gestión Predial |
| 9 | 8.2.2 | Determinación de los requisitos para los productos y servicios | Gestión Legal |
| | | | Mejoramiento Continuo |
| 10 | 8.3.5 | Salidas del diseño y desarrollo | Diseño de Proyectos |
| 11 | 8.3.6 | Cambios del diseño y desarrollo | Diseño de Proyectos |
| 12 | 8.5.1 | Control de la producción y de la provisión del servicio | Conservación de la Infraestructura |
| 13 | 8.5.5 | Actividades posteriores a la entrega | Diseño de Proyectos |
| 14 | 8.5.6 | Control de los cambios | Diseño de Proyectos |
| 15 | 8.6 | Liberación de los productos y servicios | Conservación de la Infraestructura |
| 16 | 8.7. | Control de las salidas no conformes | Gestión Predial |
| | | | Ejecución de Obras |
| 17 | 9.1.2 | Satisfacción del cliente | Gestión Social y Participación Ciudadana |
| | | | |
| 19 | 9.1 | Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación | Gestión Integral de Proyectos |
| 20 | 9.1.2 | Satisfacción del cliente | Diseño de Proyectos |
| 21 | 9.1.3 | Análisis y evaluación | Planeación Estratégica |
| | | | Gestión de Recursos Físicos |
| 22 | 10.2 | No conformidad y acción correctiva | Comunicaciones |
| | | | Gestión Integral de Proyectos |
| | | | Gestión Contractual |
| | | | Gestión Ambiental, Calidad y SST |
| | | | Gestión de Recursos Físicos |
| | | | Tecnologías de Información y Comunicación |

Según la tabla anterior, del total de requisitos de la **NTC ISO 9001:2015 no conformes**, se evidenció que los numerales con mayor afectación son:

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

Numeral 7.5 Información Documentada: en relación con lo expresado anteriormente, este numeral presenta afectación para 9 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.

Se evidenció que derivado de la No Conformidad aunada que se dejó para la vigencia 2018, asignada para el proceso de Gestión Ambiental, Calidad y SST, no se tomaron las acciones específicas por proceso según los resultados de auditoría, por lo tanto, para esta vigencia, es necesario que cada proceso formule un plan de mejoramiento, asegurando en todo momento que la documentación de su proceso se encuentre controlada según lo establecido en la NTC ISO 9001:2015.

Numeral 10.2 No conformidad y acción correctiva: este numeral presenta afectación en 6 procesos, entre estratégicos, misionales y de apoyo, debido a la ineffectividad de acciones de planes de mejoramiento propuestas, toda vez que, como criterio fundamental de auditoría, se evaluó la efectividad de las acciones en estado “Terminado”, evidenciando hallazgos recurrentes, por lo que la formulación de acciones presenta un enfoque de corrección, más que correctivo.

Numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades: el cual presenta afectación por parte de 5 procesos, entre estratégicos, misionales y de apoyo, derivado de fallas en el reporte de riesgos materializados según lo definido institucionalmente, además de falta de implementación de planes de 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 encuentran enfocadas las nuevas versiones de las Normas Técnicas implementadas por el Instituto, previniendo efectos negativos en desarrollo de los procesos, aumentando la eficacia del SIG.

| REQUISITOS NTC ISO 14001:2015 | | | |
|-------------------------------|---------|---------------------------------------|--|
| N° | NUMERAL | REQUISITO AFECTADO | PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ |
| 1 | 6.1.2. | Aspectos Ambientales | Gestión Social y Participación Ciudadana Gestión Ambiental, Calidad y SST |
| 2 | 6.1.3 | Requisitos Legales y otros requisitos | Ejecución de Obras |
| 3 | 7.5.3 | Control de la información documentada | Gestión Contractual |

Del total de requisitos de la **NTC ISO 14001:2015** para los que se detectaron No Conformidades, se evidenció que los de mayor afectación son el 6.1.2, 6.1.3 y 7.5.3, que aplican de manera transversal, identificados en 4 procesos y para los cuales se deben establecer controles, para asegurar su conformidad ambiental y eficacia del SIG.

| REQUISITOS NTC ISO 45001:2018 | | | |
|-------------------------------|---------|--|---------------------------------|
| N° | NUMERAL | REQUISITO AFECTADO | PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ |
| 1 | 6.1.3. | Determinación de los requisitos legales y otros requisitos | Comunicaciones |

| FORMATO | | |  |
|----------------------|----------------------|---------|---|
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO | PROCESO | VERSIÓN | |
| FO-EC-111 | EVALUACIÓN Y CONTROL | 1.0 | |

| REQUISITOS NTC ISO 45001:2018 | | | |
|-------------------------------|---------|--|--|
| N° | NUMERAL | REQUISITO AFECTADO | PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ |
| 2 | 7.4. | Comunicación | Gestión Social y Participación Ciudadana |
| 3 | 8.1.4.3 | Contratación externa | Ejecución de Obras |
| 4 | 8.1.3 | Gestión del Cambio | Gestión Ambiental, Calidad y SST |
| 5 | 8.2 | Preparación y Respuesta Ante Emergencias | Gestión Social y Participación Ciudadana |

Respecto a los requisitos de la **NTC ISO 45001:2018**, según la tabla anterior, se evidenció afectación para 5 numerales desde 5 procesos, siendo importante hacer énfasis en aspectos como Gestión del Cambio, para el cual ya se habían realizado recomendaciones por parte de la Oficina de Control Interno en auditorías anteriores.

Es importante 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 cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, entre octubre y noviembre de 2019, según lo definido en el Decreto 1072 de 2015.

| REQUISITOS NTC ISO IEC 27001:2013 | | | |
|-----------------------------------|---------|---|--|
| N° | NUMERAL | REQUISITO AFECTADO | PROCESO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ |
| 1 | 6.1.3 | Tratamiento de riesgos de la seguridad de la información. | Tecnologías de Información y Comunicación |
| 2 | 7.5.3 | Control de la información documentada | Gestión de la Valorización y Financiación Tecnologías de Información y Comunicación |

Finalmente, respecto a la **NTC ISO IEC 27001:2013**, se evidenció afectación para 2 numerales desde 3 procesos, incluido el de Tecnologías de Información y Comunicación, el cual como líder de implementación del Subsistema de Seguridad de la Información y según se mencionó anteriormente, debe tomar acciones tendientes a asegurar además de los requisitos de norma, los contractuales, legales y propios definidos por el Instituto, enmarcados en la Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad de la Información.

6. ANEXOS

6.1 PROCESO CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

Anexo 1. Registro fotográfico Contrato IDU-1257-2017

Anexo 2. Registro fotográfico Contrato IDU-1509-2017

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|
| FORMATO | | |  |
| INFORME DE AUDITORIA | | | |
| CÓDIGO FO-EC-111 | PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL | VERSIÓN 1.0 | |

7. EQUIPO AUDITOR

| PROCESO AUDITADO | AUDITOR LIDER | FIRMA |
|---|---------------------------------|------------------|
| Planeación Estratégica | Camilo Oswaldo Barajas Sierra | Original firmado |
| Innovación y Gestión del Conocimiento | John Quiroga Fúquene | Original firmado |
| Gestión Social y Participación Ciudadana | Carlos Campos Sosa | Original firmado |
| Gestión Interinstitucional | Julieth Monroy Rodríguez | Original firmado |
| Comunicaciones | Yully M. Montenegro Suárez | Original firmado |
| Gestión Integral de Proyectos | Alejandra Granados Rodríguez | Original firmado |
| Gestión de la Valorización y Financiación | Consuelo Russi Suárez | Original firmado |
| Factibilidad de Proyectos | John Quiroga Fúquene | Original firmado |
| Diseño de Proyectos | Onisalba Segura de Arbeláez | Original firmado |
| Gestión Predial | Consuelo Russi Suárez | Original firmado |
| Ejecución de Obras | Luis Fernando Leiva Sánchez | Original firmado |
| Conservación de la Infraestructura | Diego Fernando Aparicio Fuentes | Original firmado |
| Gestión Contractual | Luisa Fernanda Aguilar Peña | Original firmado |
| Gestión Legal | Diego Fernando Aparicio Fuentes | Original firmado |
| Gestión Ambiental, Calidad y SST | Yully M. Montenegro Suárez | Original firmado |
| Gestión de Recursos Físicos | Claudia Amparo Mojica Cárdenas | Original firmado |
| Gestión Financiera | Camilo Oswaldo Barajas Sierra | Original firmado |
| Gestión del Talento Humano | Carlos Campos Sosa | Original firmado |
| Gestión Documental | Héctor Pulido Moreno | Original firmado |
| Tecnologías de Información y Comunicación | Wilson Guillermo Herrera Reyes | Original firmado |
| Evaluación y Control | Alejandra Granados Rodríguez | Original firmado |
| Mejoramiento Continuo | Jorge Sepúlveda Afanador | Original firmado |

**ANEXO
REGISTRO FOTOGRÁFICO**

A1. REGISTRO FOTOGRÁFICO

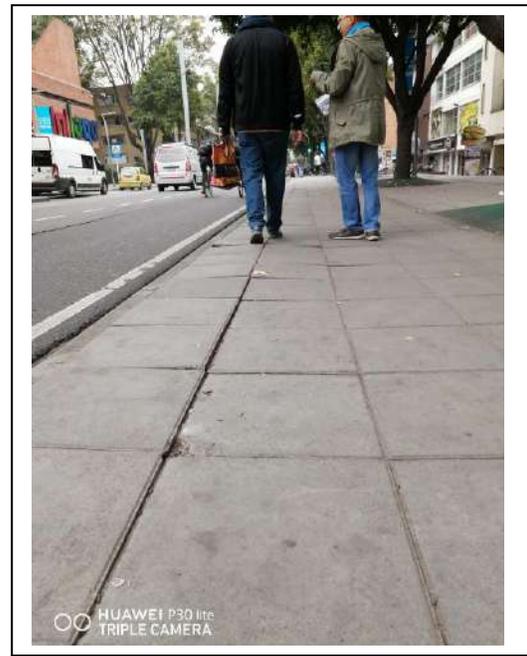
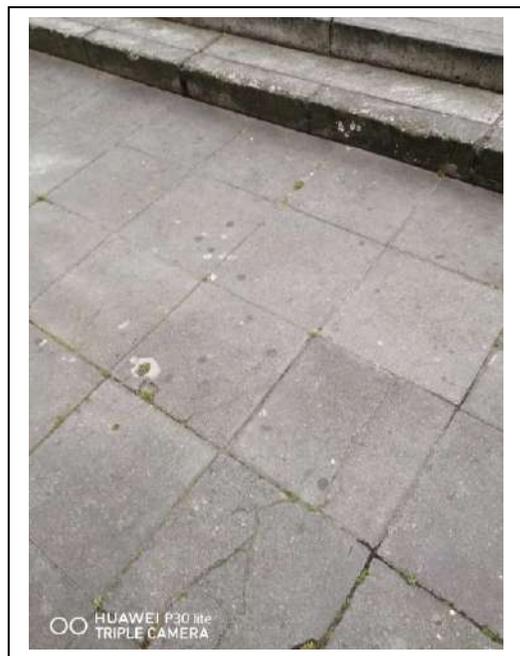
Visita de Seguimiento Contrato IDU-1257-2017 espacio público.....Pág. 2

A2. REGISTRO FOTOGRÁFICO

Visita de Seguimiento Contrato IDU-1257-2017 ciclo rutas.....Pág. 6

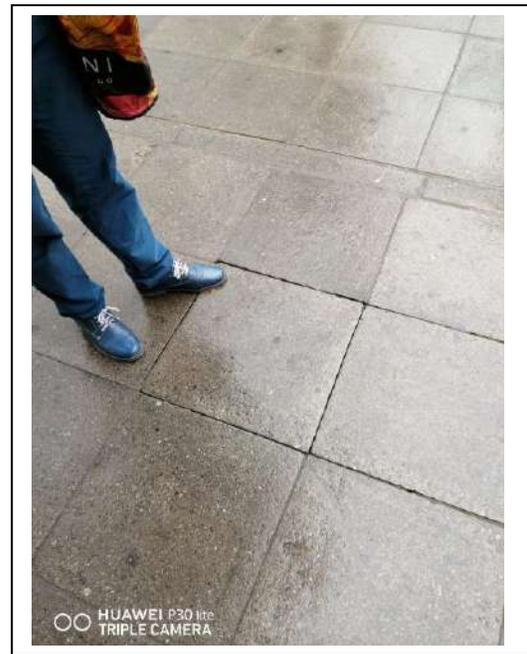
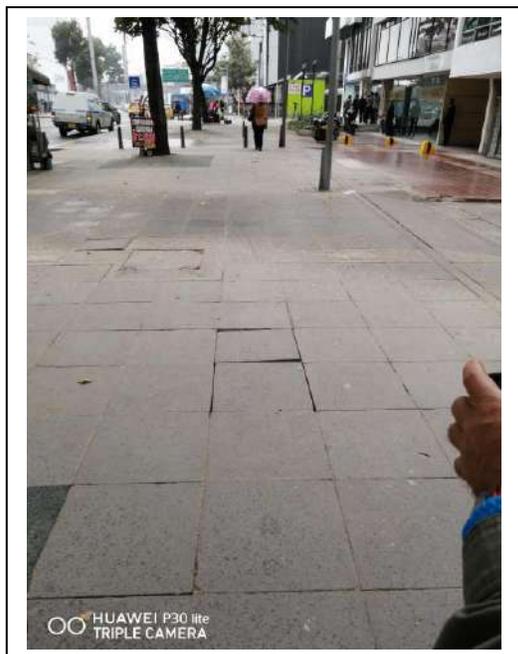
ANEXO 1
REGISTRO FOTOGRÁFICO
ESPACIO PUBLICO
CONTRATO IDU-1257-2017
EJECUCIÓN A MONTO AGOTABLE DE LAS OBRAS
DE MANTENIMIENTO, MEJORAMIENTO,
ADECUACIÓN Y REHABILITACIÓN DE ESPACIO
PUBLICO EN BOGOTÁ D.C. GRUPO 2
VISITA SEGUIMIENTO: 16-07-2019

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



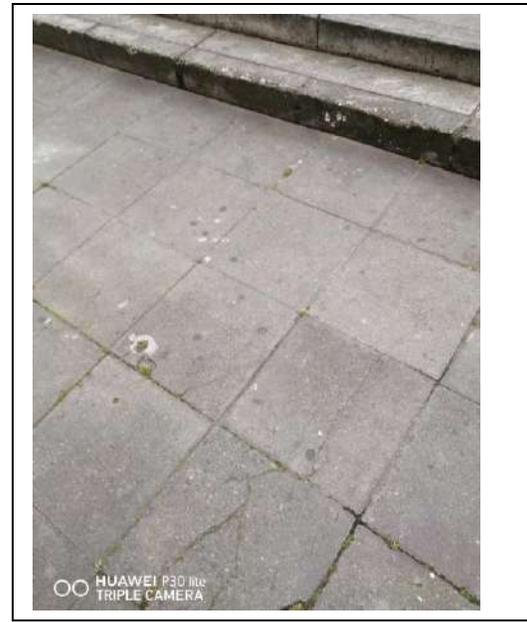
En el registro fotográfico adjunto, se logra observar que el material de grano de caucho instalado, en los elementos arbóreos, se encuentran fisurados, levantados y desprendidos. Adicional a esto, se observan elementos de material prefabricado, desnivelado, sin sello de juntas y levantado.

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



Se observa a lo largo del recorrido desarrollado, que los elementos prefabricados instalados en las áreas intervenidas, se están levantando, observando a simple vista, que su adherencia no es óptima, generando desprendimiento de estos elementos y generando filtraciones de agua, entre sus caras laterales.

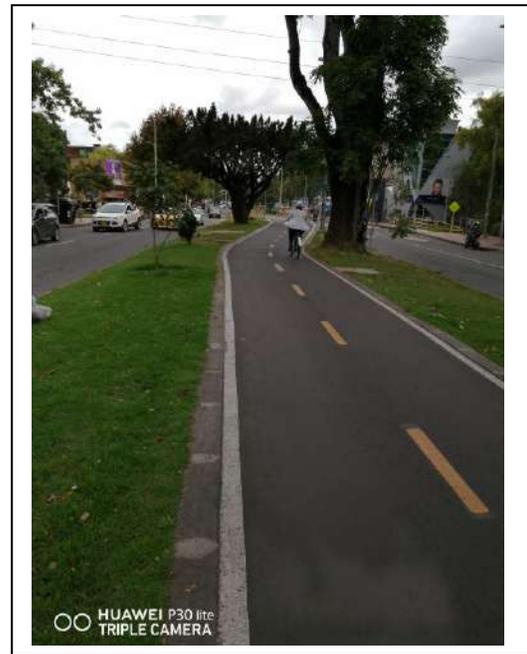
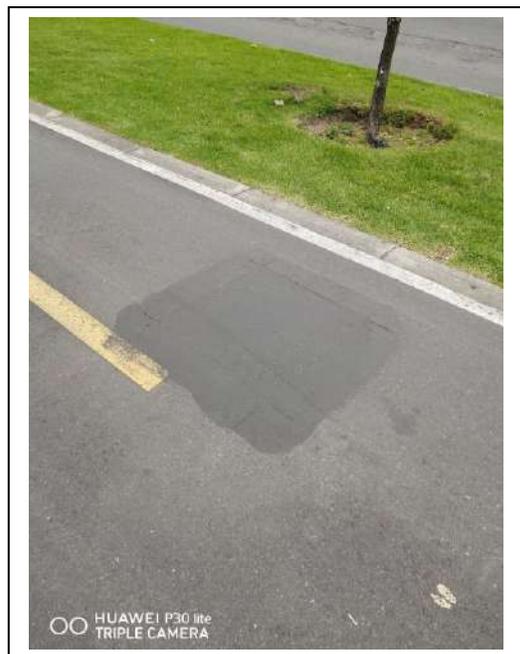
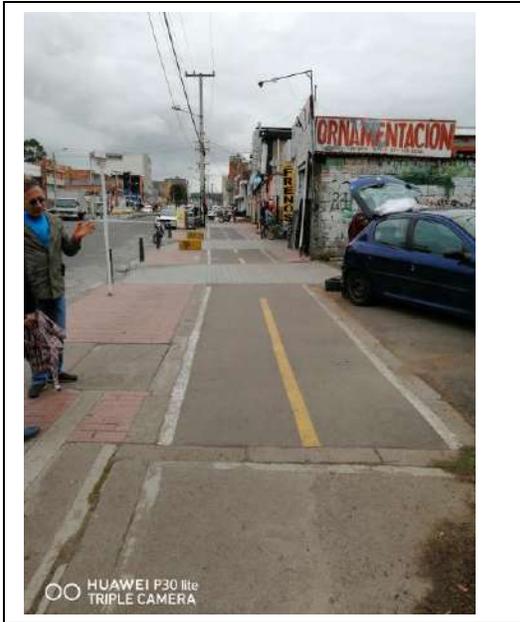
**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



Se observa desprendimiento del material grano de caucho, instalado en el elemento arbóreo identificado, generando así en cierta manera, filtraciones de agua y mayor desprendimiento de este material.

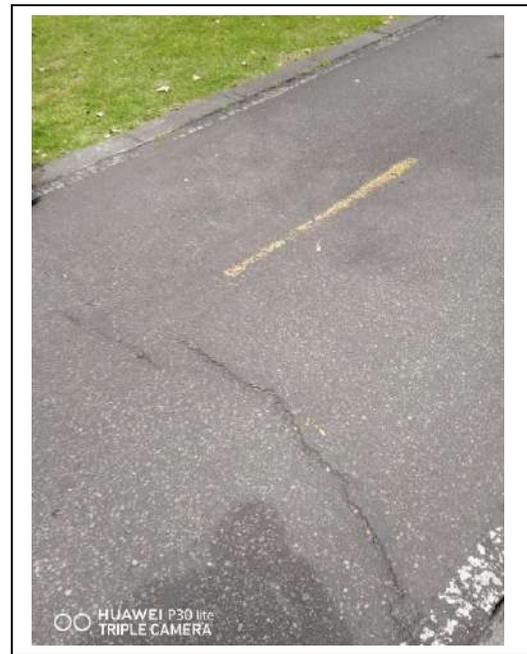
ANEXO 2
REGISTRO FOTOGRÁFICO
CICLO RUTAS
CONTRATO IDU-1257-2017
EJECUCIÓN A MONTO AGOTABLE DE LAS OBRAS
DE MANTENIMIENTO, MEJORAMIENTO,
ADECUACIÓN Y REHABILITACIÓN DE ESPACIO
PUBLICO EN BOGOTÁ D.C. GRUPO 2
VISITA SEGUIMIENTO: 16-07-2019

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



Se realiza recorrido por la ciclo ruta intervenida, desde el corredor de la Cl161 con Av. Cra.15 hasta el punto ubicado en al Cl147 con Cra.19, observando, trabajos de mantenimiento sobre la intervención realizada, como lo son, parcheos de nivelación, según entrevista sostenida con el apoyo a la supervisión de este contrato.

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



En la altura de la Cl100 con Cra.19, se observa que los últimos 50-60 mtrs de ciclo ruta llegando a la Cl100, esta no fue intervenida por el contratista, se le solicita aclaración al respecto, sobre este punto al apoyo a la supervisión del contrato, donde manifiesta desconocer sus no intervención.

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

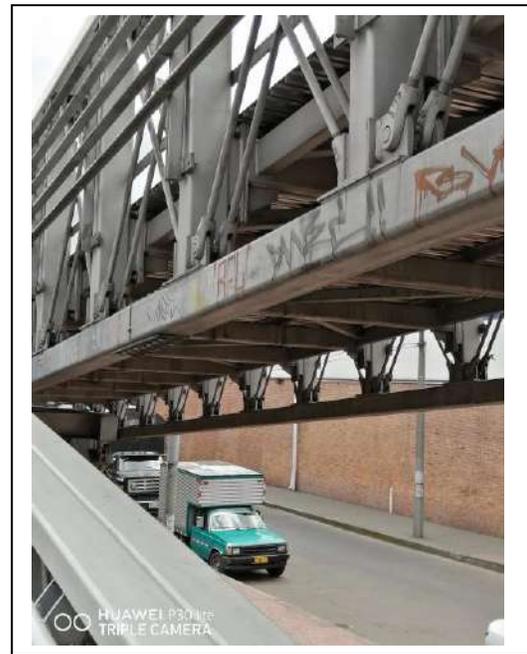
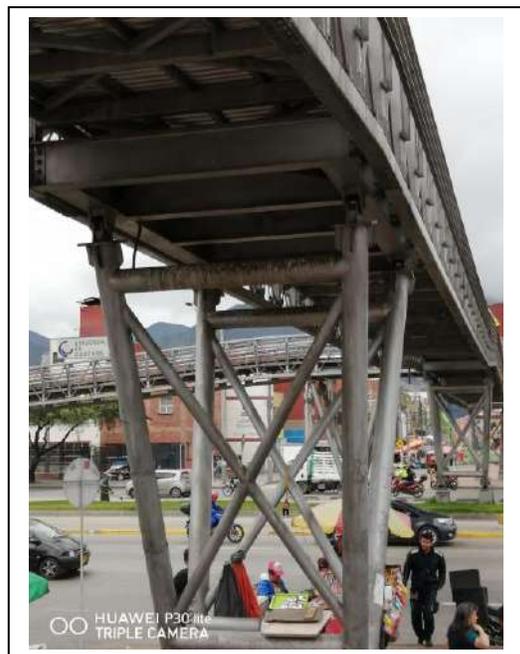
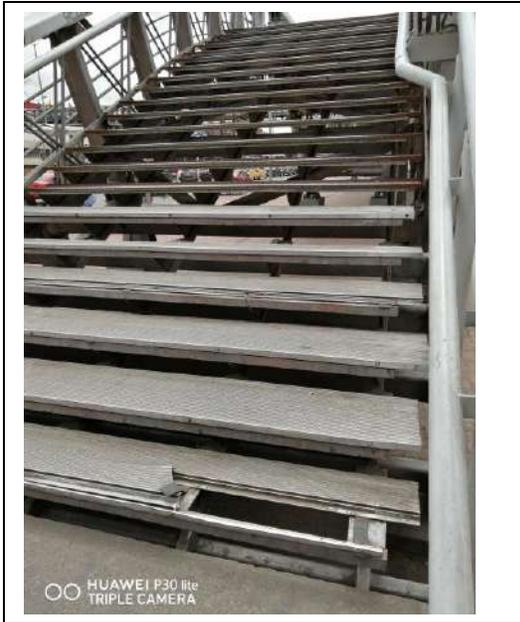
A1. REGISTRO FOTOGRÁFICO

Visita de Seguimiento Puentes Peatonales Contrato IDU-1509-
2017.....

Pág. 2

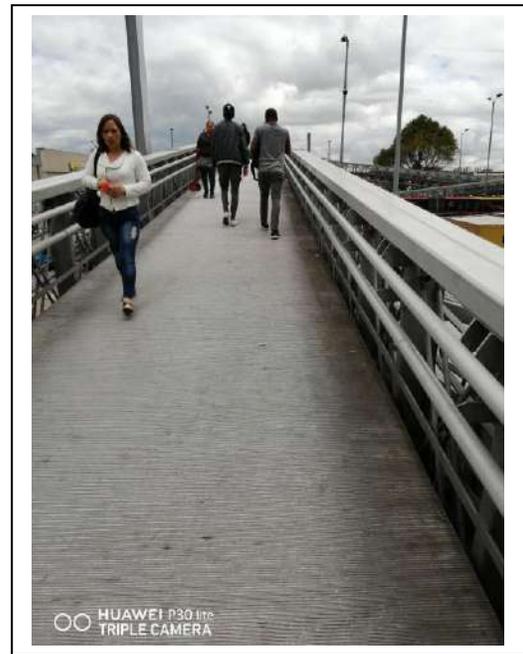
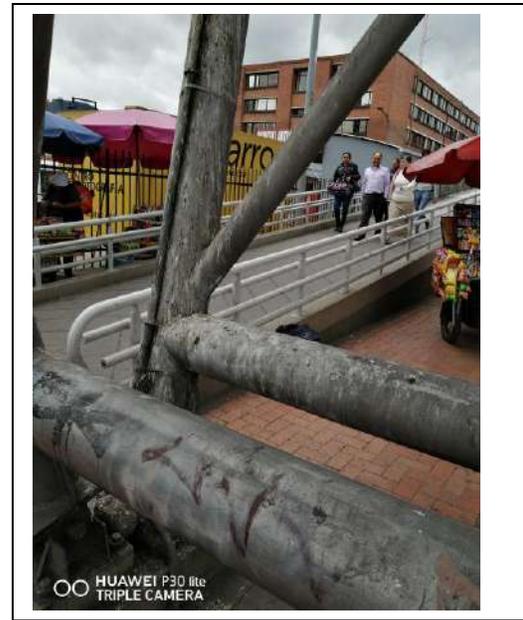
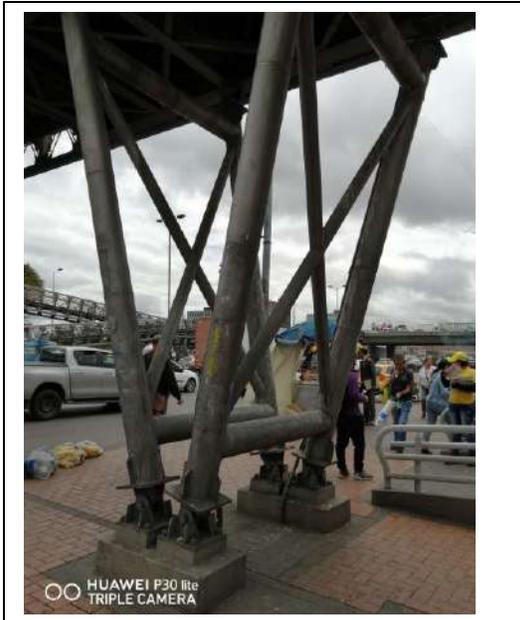
ANEXO 1
REGISTRO FOTOGRÁFICO
CONTRATO IDU-1509-2017
OBRAS DE CONSERVACIÓN DE PUENTES PEATONALES DE
LA MALLA VIAL ARTERIAL, GRUPO 4: TRONCALES
AMÉRICAS, SUBA, CARACAS, NQS, EN BOGOTÁ D.C.,
INCLUYE SUPERESTRUCTURA, SUBESTRUCTURA Y
ACCESOS.
VISITA SEGUIMIENTO: 12-07-2019

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



En visita desarrollada en este puente, se puede observar, actos de vandalismo, como son: robo de secciones en las escaleras de acceso, daño en las mismas y grafitis, se observa de igual forma que las palomos tienen un gran impacto en estos elementos, ya que la limpieza elaborada por el contratista no es suficiente para mitigar las necesidades de estas.

REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA



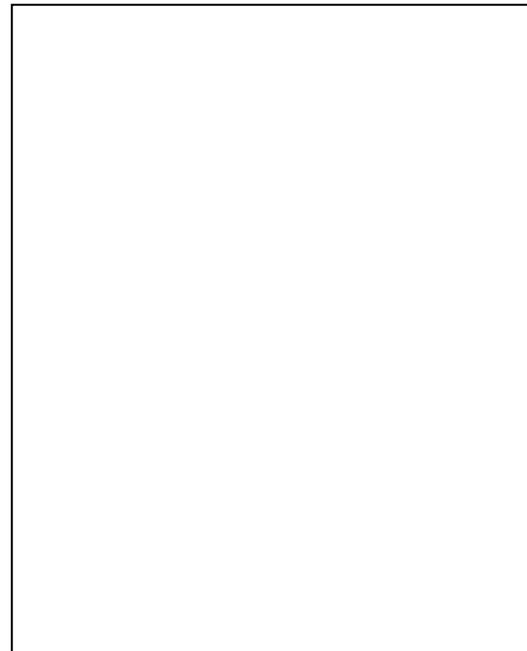
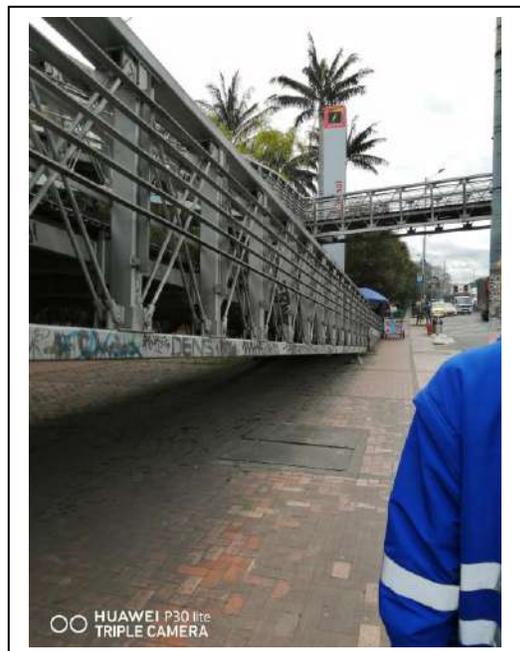
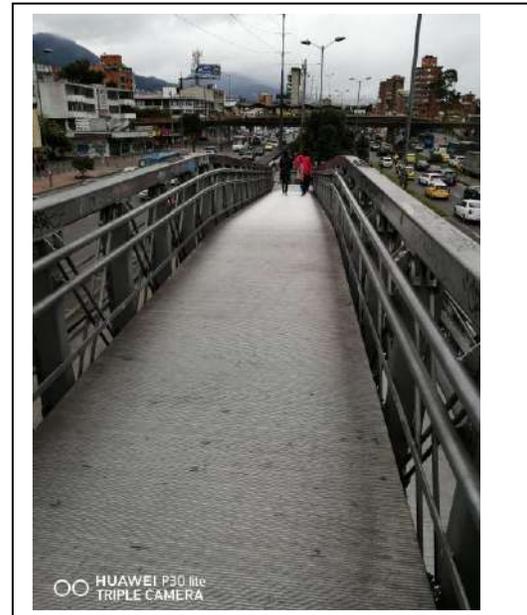
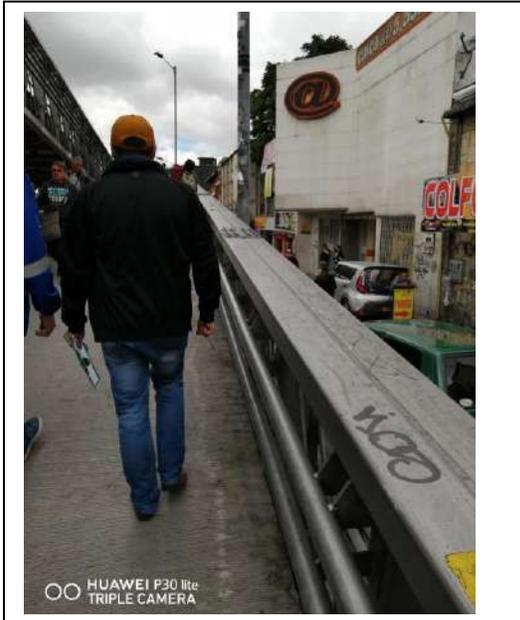
En el recorrido desarrollado para este puente, se observa que se encuentra con elementos afectados, como los son los apoyos del puente, los cuales muestran grafitis y eses de palomas, así mismo se puede observar que los pasas manos y barandas, se encuentran en buenas condiciones, manteniendo la pintura aplicada, de igual manera las secciones reemplazadas del paso peatonal, se encuentran en óptimas condiciones.

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



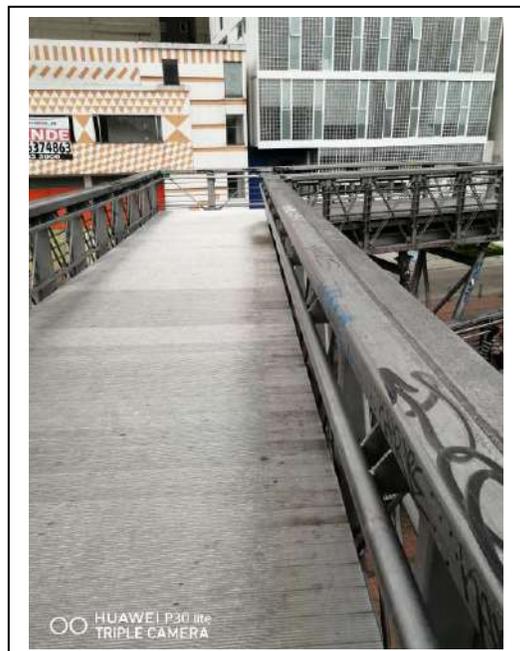
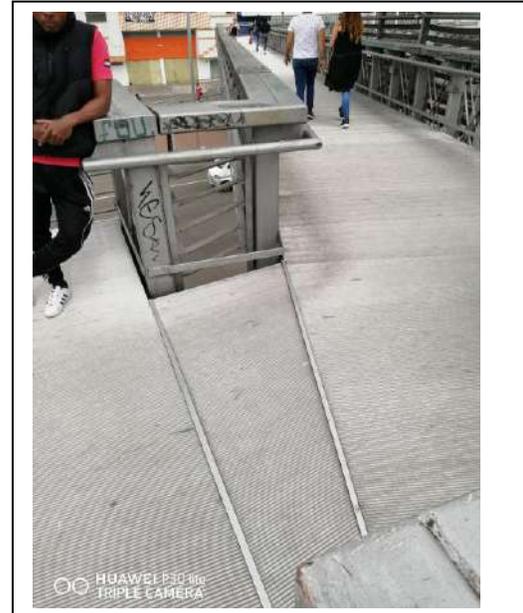
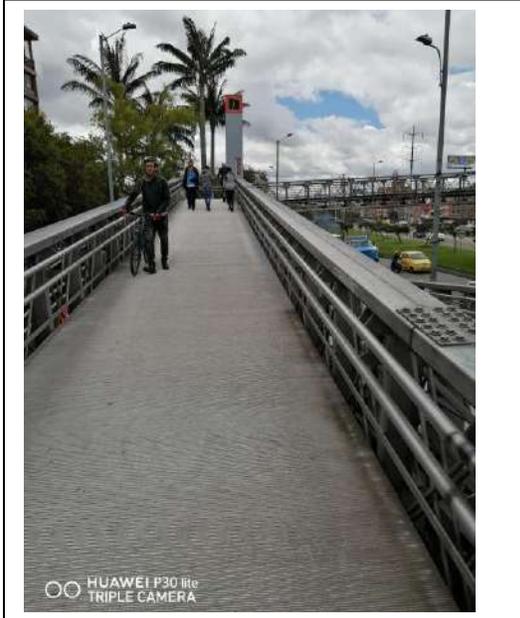
En el recorrido desarrollado para este puente, se observa, que se mantiene en sus condiciones de entrega, exceptuando por la rampa de acceso del costado oriental, la cual se observa con marcas de grafitis, al igual que en los apoyos de este costado.

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



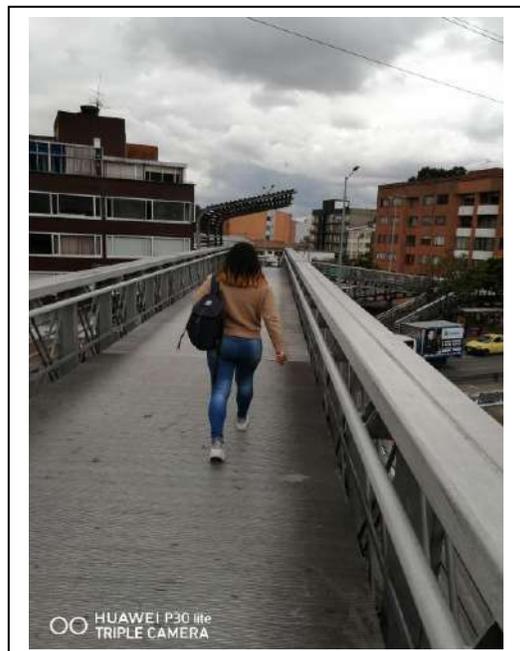
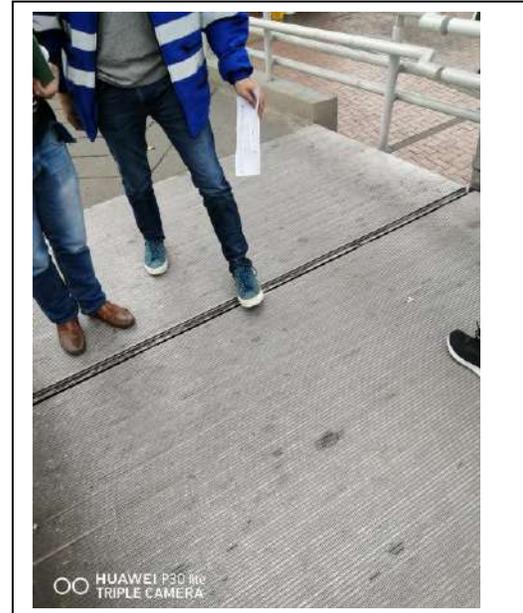
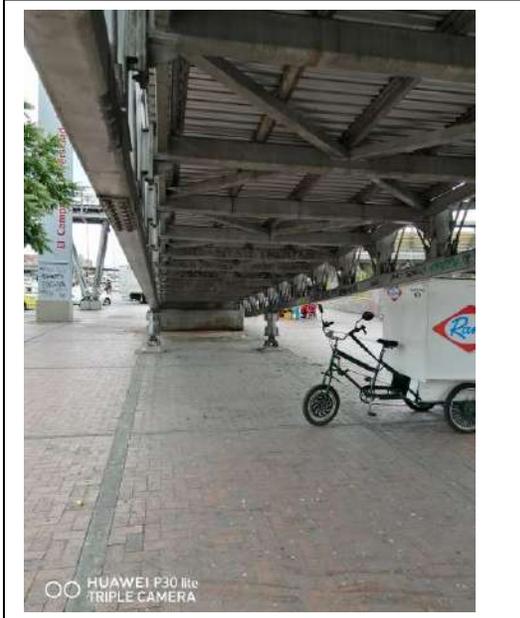
En el recorrido desarrollado para este puente, se observa, que ambas rampas de acceso a este puente, se encuentran en condiciones de desgaste, con marcas de grafitis, las secciones donde circulan los peatones se encuentra en óptimas condiciones.

REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA



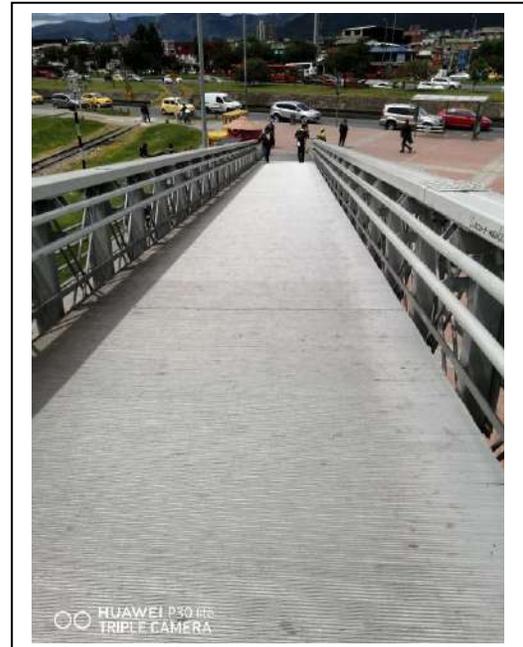
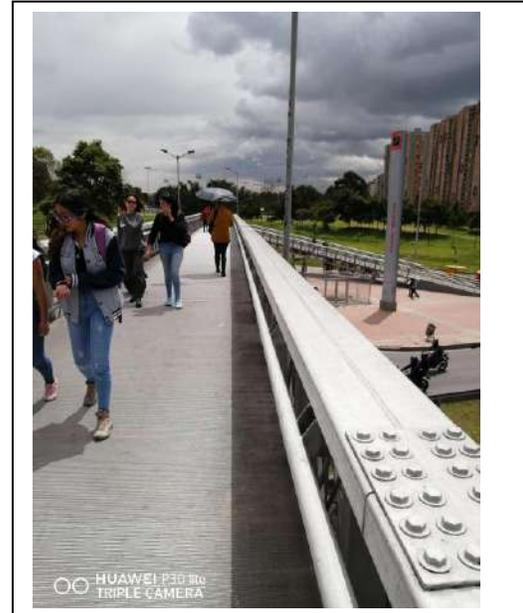
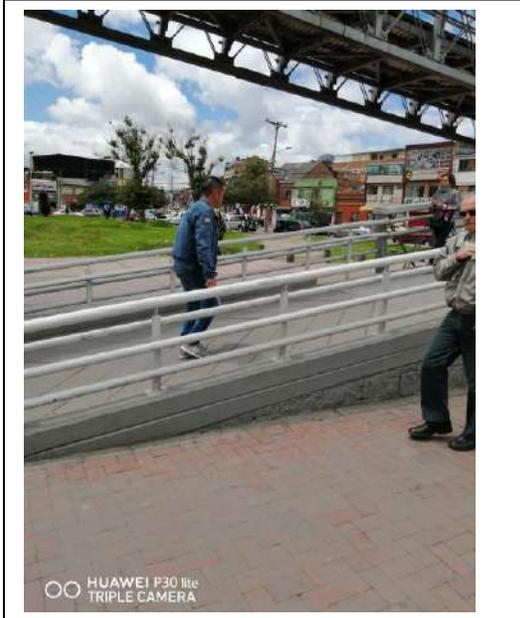
En el recorrido desarrollado para este puente, se observa, que los apoyos del costado oriental, se encuentra con marcas de grafitis, al igual que las barandas superiores del puente, las secciones donde circulan los peatones se encuentra en óptimas condiciones.

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



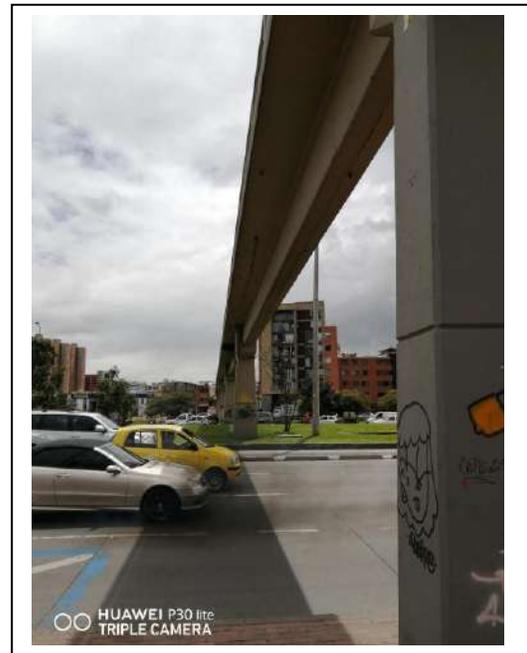
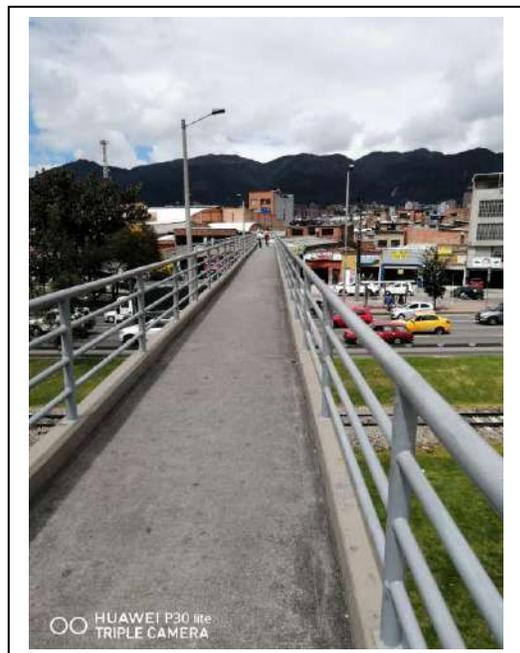
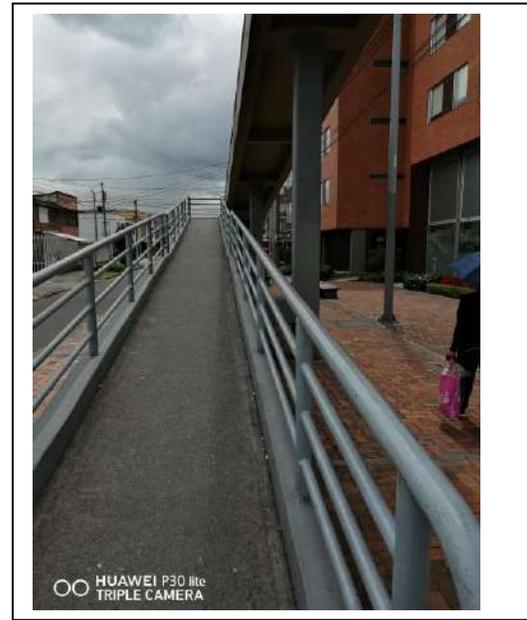
En el recorrido desarrollado para este puente, se observa, que las escaleras de acceso del costado occidental, se encuentran sin secciones, producto de vandalismo, las barandas y pasamanos, se observan en buenas condiciones, manteniendo los trabajos realizados.

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



En el recorrido desarrollado para este puente, se observa que las barandas, pasa manos y rampas de acceso, mantienen sus condiciones de entrega en óptimas condiciones, sin embargo se observan que hay dilataciones entre secciones que fueron levantadas.

**REGISTRO FOTOGRAFICO
PORCESO DE CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA**



En el recorrido desarrollado para este puente, se observa trabajos de entrega estables, sin embargo, se observan grafitis en ambos costados del puente, tanto oriental, occidental.