



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Unidad Administrativa Especial de
Rehabilitación y Mantenimiento Vial

FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Tipo de trabajo	Auditoría Especial	Auditoría Regular	x
Fecha trabajo	Septiembre 21 a noviembre 30 de 2023		
Proceso/Unidad Auditable	Gestión Documental		
Equipo auditor	Ana Josefa Carreño Pérez Rosa Liliana Cabra Sierra Sandra Liliana Malaver Galeano		
Objetivo Auditoría	<p><i>Evaluar la adecuada gestión de riesgos, diseño y ejecución de controles y cumplimiento de la normatividad vigente del Proceso Gestión Documental en los siguientes procedimientos, políticas, manuales e instructivos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GDOC-DI-001-V2 Política Institucional de Gestión Documental 2. GDOC-DI-002-V7 Programa de Gestión Documental 3. GDOC-DI-003-V4 Programa Gestión Documentos Electrónicos de Archivo 4. GDOC-DI-013-V1 Programa de Documentos Vitales o Esenciales 5. GDOC-DI-014-V1 Programa de Documentos Especiales 6. GDOC-DI-016-V1 Programa de reprografía UAERMV 7. GDOC-DI-017-V1 Programa de auditoría y control 8. GDOC-IN-002 V6 Instructivo para la Organización de Archivos 9. GDOC-IN-003 V1 Instructivo para la Eliminación de Archivos 10. GDOC-PL-001-V4 Plan Institucional de Archivos 11. GDOC-PL-003-V3 Plan de transferencias documentales 2023 12. GDOC-PL-004-V1 Plan de Prevención de Emergencias y Atención de Desastres para Documentos de archivos 13. GDOC-PR-001 V3 Procedimiento Producción Trámite y Distribución de Documentos 14. GDOC-PR-002 V2 Procedimiento Administración Archivos de Gestión y Transferencias Primarias 15. GDOC-PR-003 V1 Procedimiento Administración Archivo Central y Transferencias Secundarias 16. GDOC-PR-006-V1 Procedimiento valoración y disposición final documentos 17. Mapa de riesgos vigencia 2022 -2023 18. Manual de Interventoría y Supervisión. 19. Directiva 008 de 30 de diciembre de 2021 20. Plan de acción e indicadores del proceso y demás documentos que apliquen 		
Alcance	El periodo definido como objeto de revisión es el comprendido entre el 01 de septiembre de 2022 hasta el 30 de agosto de 2023.		

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV



FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

1. ASPECTOS RELEVANTES

1.1 Fortalezas	<ul style="list-style-type: none">• El proceso tiene articulado el Plan Institucional de Archivos PINAR, Programa de Gestión Documental PGD, Sistema Integrado de Conservación SIC y el Plan de acción, presenta informes de seguimiento semestral resaltando los aspectos logrados y aquellos que necesitan atención especial.• En el marco del Programa de Gestión Documental la entidad ha acatado la normatividad y ha elaborado los programas específicos documentos vitales, documentos especiales, auditoría y control, reprografía y documento electrónico de archivo los cuales están en fase de implementación.• Las capacitaciones dirigidas a los funcionarios de la Unidad están articuladas con el Plan Institucional de Capacitación y periódicamente se realizan sensibilizaciones y divulgación de piezas comunicativas sobre diferentes temas en gestión documental.• Se destacan los acompañamientos que realiza el proceso de Gestión documental a las dependencias para orientarlos en la organización de sus archivos de gestión y el alistamiento de las transferencias primarias.• El proceso realiza oportunamente el plan de transferencias primarias priorizando las que no se realizaron en la vigencia anterior, lo socializa a las dependencias programadas y realiza seguimiento a su cumplimiento.• En el marco del Sistema Integrado de Conservación, el proceso gestiona con el arrendador y con recursos físicos el mantenimiento y adecuación de los espacios dedicados para el acervo documental.• De los puntos de control establecidos en los procedimientos objeto de la auditoría se identificó que en su mayoría se aplican como fueron diseñados.• Se evidencia que el grupo de trabajo interdisciplinario cuenta con la formación profesional y experticia para realizar las diferentes actividades orientadas a fortalecer la gestión documental en la entidad.• El proceso, cuenta con procedimiento y documentos con inclusión de puntos de control.• El equipo auditado atendió oportuna y respetuosamente todas las pruebas de recorrido y de auditoría programadas.
1.2 Oportunidades de mejora	<ul style="list-style-type: none">• Con base en las pruebas de recorrido y pruebas de auditoría se evidenció acciones de mejora respecto al cumplimiento de los cronogramas de implementación de los programas de documentos vitales y reprografía, así como su seguimiento.• Se evidenciaron debilidades en la planeación en cuanto a la estimación de recursos disponibles y alcance en los planes de trabajo para cumplir los

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV



FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

	<p>proyectos del PINAR, metas a corto y mediano plazo del PGD y actividades proyectadas para la vigencia en el Plan de acción.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se observaron debilidades en cuanto a la actualización de las tablas de retención documental conforme al rediseño institucional.• Se evidenció acción de mejora respecto a la finalización de la intervención del fondo documental de la SOP y la convalidación de las Tablas de Valoración Documental ante el Archivo Distrital.• Se evidenció acción de mejora en cuanto a la Gestión de las transferencias secundarias y la eliminación de archivos que ya cumplieron los tiempos de retención documental conforme a la normatividad.• Se evidenció acción de mejora respecto a la actualización del Plan de prevención de emergencias y atención de desastres para documentos realizando inspecciones a cada una de las sedes, identificando riesgos y estableciendo controles que mitiguen o eviten la materialización de éstos.• Se observaron debilidades en la aplicación de los puntos de control del manual de interventoría y supervisión, manual de contratación de la entidad, y manuales expedidos por entes externos que orientan la contratación estatal.
1.2 Conclusiones	<p>Evaluación de riesgos Por parte de la OCI se identificaron 16 riesgos adicionales a los 2 identificados por el proceso en su mapa de riesgos.</p> <p>Conclusiones diseño de controles</p> <p>Se evaluaron cinco (5) controles definidos por el proceso, asociados a 2 riesgos en su mapa de riesgos y 42 actividades de control señaladas en documentos internos del proceso, por su relevancia se evaluaron en cuanto al diseño encontrando que algunos requieren ajustarse para que se conviertan en un verdadero punto de control.</p> <p>Siendo 50% el mayor valor a obtener en la calificación del diseño de un control, de los cuarenta y siete (47) controles y/o actividades evaluados tres (3) controles obtuvieron una calificación del diseño de control de 50%, los cuales son preventivos y se realizan de forma automática, treinta y uno (31) obtuvieron una calificación de 40%, siendo preventivos y manuales, doce (12) obtuvieron una calificación de 30%, siendo detectivos y manuales y uno (1) obtuvo una calificación de 25%, siendo correctivo y manual.</p>

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV



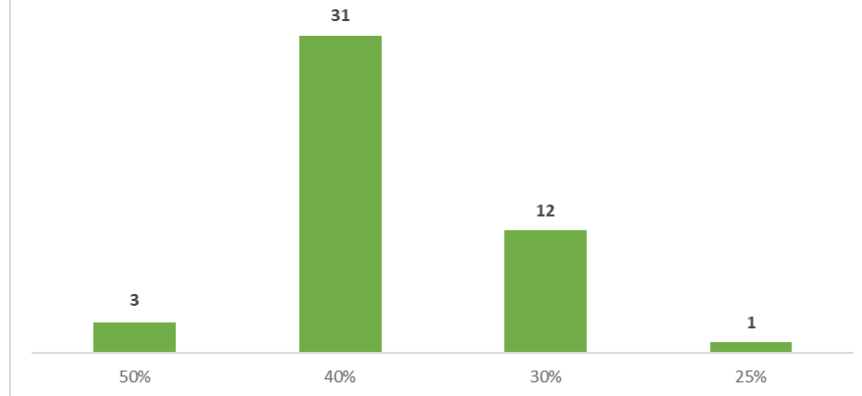
FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Calificación diseño de controles GDOC



Conclusiones ejecución de controles

EVALUACIÓN EJECUCIÓN	CONTROLES	ACTIVIDADES
(+) EFICACIA (+) EFICIENCIA	13	
(+) EFICACIA (+) PARCIALMENTE EFICIENCIA	6	2
(+) PARCIALMENTE EFICACIA (+) EFICIENCIA	1	
(+) PARCIALMENTE EFICACIA (+) PARCIALMENTE EFICIENCIA	14	2
(-) EFICACIA (-) EFICIENCIA	5	
TOTAL	39	4

De lo anterior, se concluye que 13 controles son eficaces y eficientes dado que se ejecutan como fueron diseñados y mantienen un adecuado diseño para mitigar el riesgo asociado; 6 controles y 2 actividades son eficaces y parcialmente eficientes, dado que se ejecutan como están diseñados y sirven para prevenir los riesgos identificados, 1 control es parcialmente eficaz y eficiente, en algunas ocasiones se ejecuta como está diseñado y sirve para mitigar el riesgo asociado, 14 controles y 2 actividades son parcialmente eficaces y parcialmente eficientes, se ejecutan como están diseñados en algunas ocasiones y sirven para prevenir los riesgos asociados y 5 controles no son eficaces ni eficientes porque pueden generar la materialización del riesgo asociado.

2. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

En la siguiente tabla se presenta el resumen del total de hallazgos identificados por cada uno de los procedimientos revisados, como se detalla a continuación, con su respectivo peso porcentual:

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV



FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Proceso/ unidad auditable	Procedimiento	Total	%
Gestión Documental	Manual de supervisión e interventoría	4	21%
	PGD	3	16%
	Producción, Trámite y Distribución de Documentos	1	5%
	PINAR, PGD y el Plan de acción	1	5%
	Programas vitales	1	5%
	Plan de prevención de emergencias y atención de desastres	1	5%
	Documentos especiales	1	5%
	Programa reprografía	1	5%
	SGDEA	1	5%
	Transferencias primarias y organización de archivos	1	5%
	TRD	1	5%
	TVD	1	5%
	Archivos de gestión	1	5%
	Riesgos	1	5%
TOTAL GENERAL		19	100%

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA

En el siguiente mapa de criticidad se detallan cada uno de los diecinueve hallazgos identificados en la auditoría de acuerdo con la probabilidad e impacto quedando ubicados en zonas de riesgo alto, moderado y baja, como se ilustra en la siguiente imagen:

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV



FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO



CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Matriz de Calor Residual RIESGOS GESTIÓN		Impacto					
Probabilidad	Muy Alta 100%						Extremo
	Alta 80%	H1					Alto
	Media 60%						Moderado
	Baja 40%		H8 H17 H19 H15 H18	H2 H12 H13	H11		Bajo
	Muy Baja 20%		H6 H16 H7	H10 H4 H5 H9 H14	H3		
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%	

En la siguiente tabla se describe la zona final de riesgo residual después de aplicar los controles identificados en la auditoría para los diecinueve (19) hallazgos como se detalla a continuación:

Gestión Documental – Hallazgos	
Moderado 	<p><i>Hallazgo 1: Cumplimiento parcial del procedimiento Producción, Trámite y Distribución de Documentos en la radicación de comunicaciones de entrada, comunicaciones de salida y notificación de respuesta en físico</i></p> <p><i>En revisión de comunicaciones de entrada y salida se evidenció que de 16 comunicaciones remitidas por entes de control no fueron informadas a control interno, adicionalmente se observaron comunicaciones sin respuesta por parte de las áreas encargadas y el 38% de las comunicaciones fueron finalizadas por los responsables sin que previamente se haya hecho efectiva la notificación de respuesta a los peticionarios por parte de correspondencia</i></p>
Moderado 	<p><i>Hallazgo 2: Incumplimiento de metas y proyectos trazados en los instrumentos archivísticos y Planes de acción</i></p> <p><i>En revisión a los proyectos del PINAR, PGD y el Plan de acción del proceso Gestión Documental se evidenciaron las siguientes situaciones:</i></p> <p><i>Los proyectos del PINAR, metas a corto y mediano plazo del PGD están articulados con los productos y acciones establecidas en el Plan de Acción del proceso, sin embargo, durante el periodo auditado se evidenciaron cuatro (4) metas a corto y mediano plazo de 31 que no se han cumplido.</i></p> <p><i>Durante el periodo auditado se evidenció que se presentaron solicitudes reiterativas con relación a ajustes en tiempo, alcance y anulación de acciones del Plan de acción relacionadas con: Actualización de TRD, Formular TVD de la UAERMV 2006 a 2010, Ajustar las TRDs acorde con</i></p>

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV









FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Gestión Documental – Hallazgos	
	<i>los requerimientos identificados previamente por parte de las dependencias y/o procesos, Presentar al Comité Institucional las TRDs actualizadas para su aprobación y posterior envío al Archivo Distrital, entre otras, las cuales también han sido objeto de observación por parte del Archivo Distrital.</i>
Moderado 	<p><i>Hallazgo 3. Nivel de aceptación y apropiación de las capacitaciones sin medición</i></p> <p><i>Se observó que el proceso ejecuta el plan de capacitación y sensibilización sobre diferentes temáticas relacionadas con la Gestión documental, sin embargo, no se evidenció instrumentos de medición apropiados que puedan determinar el nivel de apropiación y aceptación de las temáticas impartidas atendiendo lo descrito en el PGD respecto a la Gestión del Cambio y el Plan de capacitación numerales 1.4.5 y 4.6 del PGD</i></p>
Moderado 	<p><i>Hallazgo 4. En la formulación del PGD no se atendieron todos los lineamientos emitidos en el decreto 2609 de 2012 y el manual para la implementación de un PGD del AGN</i> <i>Teniendo en cuenta el decreto 2609 de 2012 y el manual para la implementación de un PGD se elaboró y se verificó a través de un checklist los aspectos que debe contemplar un PGD encontrando que:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Diagnóstico integral de los procesos archivísticos desactualizado, no se revisa desde la vigencia 2020</i> <i>2. En los aspectos administrativos del PGD institucional no se incluyó la metodología para el aseguramiento de la calidad y la gestión de las comunicaciones.</i> <i>3. En la sección Gestión del cambio no hay una identificación de obstáculos y tampoco se presentan las medidas adoptadas desde el proceso para eliminar las barreras y la resistencia al cambio. Adicionalmente no se identifican las victorias tempranas que se pueden alcanzar con los cambios planteados para la mejora de la gestión documental de la entidad, no se relaciona cómo medir el grado de apropiación y confianza con los nuevos procesos y la implantación de herramientas tecnológicas y del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA y no se incluyeron los casos exitosos y mejores prácticas adoptadas por otras entidades.</i> <i>4. Falta incluir un glosario con el fin de aclarar los diferentes términos utilizados en el documento</i>
Moderado 	<p><i>Hallazgo 5. Incumplimiento de los lineamientos en las fases del PGD</i> <i>En las fases de planeación, gestión y trámite, transferencia, disposición, preservación a largo plazo y valoración se identificaron lineamientos establecidos en el PGD que se están incumpliendo o se cumplen parcialmente debido a la no actualización de las TRD, convalidación negativa de las TVD ante el archivo Distrital, falta de gestión para las transferencias secundarias y eliminación de archivos</i></p>
Bajo 	<p><i>Hallazgo 6. Retraso en la implementación del Programa de documentos Vitales</i></p> <p><i>Durante el ejercicio de auditoría se evidenció que la matriz inicial de documentos vitales no está articulada con los activos de información, se presentan retrasos en la implementación del programa y falta seguimiento a su ejecución e implementación.</i></p>
Bajo 	<p><i>Hallazgo 7. Plan de prevención de emergencias y atención de desastres para documentos desactualizado</i></p> <p><i>El Plan de emergencias y protocolo de salvaguarda de documentos vitales están desactualizados y la ubicación de los documentos vitales en el archivo central no corresponden a lo documentado por el proceso.</i></p>
Moderado 	<p><i>Hallazgo 8. Falta claridad en la Identificación y ubicación de documentos especiales</i></p> <p><i>Se evidenció que la ubicación topográfica de los documentos especiales en el archivo central no corresponde a lo documentado por el proceso, las cajas están sin rótulos y con la marca que tienen no es fácil su identificación en caso que ocurra una emergencia.</i></p>

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV









FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Gestión Documental – Hallazgos	
Moderado 	<p>Hallazgo 9. Retrasos en la implementación del programa de Reprografía</p> <p>Se evidenció retraso en la ejecución de las actividades programadas para la vigencia con respecto a la implementación del programa de reprografía</p>
Moderado 	<p>Hallazgo 10. Expedientes electrónicos vacíos o con documentos que no corresponden</p> <p>En 15 expedientes que corresponden a la muestra de auditoría se identificaron 5 (33%) que contienen documentos que no corresponden con el objeto del expediente y el 67%, están vacíos:</p>
Alto 	<p>Hallazgo 11. Incumplimiento reiterativo en la remisión de los archivos de gestión cuatrimestralmente e incumplimiento en el cronograma de transferencias primarias</p> <p>En el marco de la auditoría al proceso de Gestión Documental se evidenció que la Oficina de Tecnologías de la Información es una de las dependencias que no remite los archivos de gestión cuatrimestralmente como lo tiene establecido en su control el proceso, se evidencian correos electrónicos reiterando el cumplimiento pero durante la vigencia 2023 no se han remitido.</p> <p>Adicionalmente, en el programa de Auditoría y control fue una de las dependencias elegida para la implementación del programa, el 28/09/2023 se remitió el informe, donde se generaron 7 observaciones objeto de seguimiento, el proceso de Gestión documental realizó seguimiento el 25/10/2023 donde encontró que no se han atendido las recomendaciones.</p> <p>Por otra parte, desde la vigencia 2021, la dependencia ha estado en el cronograma de transferencias primarias y no ha sido posible su viabilidad debido a los ajustes y correcciones que se han solicitado de parte del proceso de GDOC.</p>
Moderado 	<p>Hallazgo 12. Tablas de Retención Documental sin actualizar</p> <p>Se identificó que desde el año 2018, no se actualizan las Tablas de Retención Documental TRD, no obstante haberse presentado cambios en la estructura y organización de la UAERMV, en virtud de lo dispuesto en el Acuerdo 003 del 12 de agosto de 2021, "Por el cual se modifica el Acuerdo 011 del 2010", por la cual se crea como independiente la Oficina de Control Interno Disciplinario y se modifican algunas de sus funciones, así como las funciones de la Oficina Jurídica, motivo por el cual se debe surtir el proceso de actualización dado que conforme lo dispone el Acuerdo AGN 004 de 2019, existen unas causales taxativas para realizar dichos ajustes, dentro de la cual se encuentra la de "cuando existan cambios estructurales".</p> <p>Ante dicha situación el proceso auditado argumentó, que se encuentran a la espera de realizar las gestiones tendientes a la actualización de los instrumentos archivísticos, con ocasión del rediseño institucional, lo cual se surtió en la vigencia 2023.</p>
Moderado 	<p>Hallazgo 13. Observaciones emitidas por Archivo Distrital, asociadas con la formulación de las Tablas de Valoración Documental de la Secretaría de Obras Públicas, sin ajustarse</p> <p>En la prueba de auditoría llevada a cabo el 1 de noviembre de 2023, se identificó que la Secretaría Distrital de Archivo emitió observaciones al instrumentos archivístico para la formulación de tablas de valoración documental, a través del concepto técnico radicado bajo el No. 2-2022-23251 del 11 de agosto de 2022, cuyo asunto fue: "CONCEPTO TÉCNICO DE EVALUACIÓN - TABLA DE VALORACIÓN DOCUMENTAL DEL FONDO DOCUMENTAL ACUMULADO DE LA SECRETARÍA DE OBRAS PÚBLICAS PRESENTADA POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE REHABILITACIÓN Y MANTENIMIENTO VIAL - UAERMV", ajustes que aún no han sido realizados acorde con las observaciones de Archivo Distrital, lo cual debió realizarse en los términos de leyes decir en el Acuerdo 004 de 2019 Art. 15. En entrevista realizada al responsable de esta actividad, se indicó que la entidad no se ha pronunciado al respecto y que los ajustes no fueron viabilizados por la UAERMV.</p>
Moderado 	<p>Hallazgo 14. Clasificación de archivos de gestión sin los parámetros establecidos</p> <p>Tras la verificación en prueba de auditoría llevada a cabo el día 11 de noviembre de 2023, en las instalaciones de la sede administrativa de la entidad al Archivo de gestión, se identificó lo siguiente:</p> <p>Cajas con documentos de GFIN, Secretaria General, con una antigüedad de más de 5 años (2012, 2015 y 2017), con lo cual se incumple lo dispuesto en el GDOC-PL-003-V3 PLAN DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES 2022 el cual establece : "Archivo de Gestión: Son</p>

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV






FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Gestión Documental – Hallazgos	
	<p>aqueellos documentos que las áreas consideran de trabajo diario o de permanente consulta, pueden estar en un lapso de 1 a 5 años.</p> <p>Adicionalmente se identificó información en CD sin diligenciamiento del formato de referencia cruzada y cajas de archivo sin el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Instructivo para la organización de ARCHIVOS, dado que la misma se encuentra en estado de deterioro sin la tabla de retención documental con datos visibles</p>
<p>Moderado</p> 	<p>Hallazgo 15. Incumplimiento de la obligación de aportes al sistema de seguridad social integral en los términos del contrato</p> <p>Tras la verificación del contrato 636-2023 cuya modalidad de selección fue SAMC 002-2023 y objeto contractual: “PRESTAR SERVICIOS DE LIMPIEZA PARA LA ESTANTERÍA E INFRAESTRUCTURA FÍSICA DONDE SE ENCUENTRAN LAS UNIDADES DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS (CAJAS Y CARPETAS) UBICADAS EN EL DEPÓSITO DEL ARCHIVO CENTRAL DE LA UAERMV. PROYECTO 7859 - META 2”, se identificó que con el acta N° 2 de recibo parcial correspondiente al pago 1 del mes de agosto de 2023, el cual fue radicado en Orfeo bajo el No. 20231120250103 del 27/10/ 2023, se aportó el pago de la planilla de seguridad social No. 69876844 del pago de salud del mes de agosto de 2023 y pensión del mes de julio de 2023, para 7 empleados por un valor de \$3.406.200, no obstante, esta información difiere con el personal que ejecutó las actividades entre el 10 y 30 de agosto de 2023, el cual se remitió listado en el informe No. 1.</p>
<p>Bajo</p> 	<p>Hallazgo 16. Incumplimiento de obligaciones pactadas logrando que no se desarrolle el objeto del contrato, en los términos pactados</p> <p>Tras la verificación del contrato 636-2023 cuya modalidad de selección fue SAMC 002-2023 y objeto contractual: “PRESTAR SERVICIOS DE LIMPIEZA PARA LA ESTANTERÍA E INFRAESTRUCTURA FÍSICA DONDE SE ENCUENTRAN LAS UNIDADES DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS (CAJAS Y CARPETAS) UBICADAS EN EL DEPÓSITO DEL ARCHIVO CENTRAL DE LA UAERMV. PROYECTO 7859 - META 2”, no se identificó en el expediente contractual que al momento de la firma del acta de inicio, esto es el 21 de julio de 2023, informe donde se indique el número de personas que empleará para la ejecución del presente contrato, junto con la certificación de vinculación de mujeres, a la ejecución del contrato para dar cumplimiento con el porcentaje establecido en el Decreto 332 de 2020; como tampoco se identificó el cronograma de trabajo en el cual se establezca la programación de las actividades a desarrollar, dicho cronograma de trabajo deberá ser entregado tres (3) días hábiles después de la suscripción del acta de inicio, obligaciones específicas establecidas en el pliego de condición definitivo, anexo técnico y minuta del contrato.</p>
<p>Moderado</p> 	<p>Hallazgo 17. Incumplimiento del Manual de Supervisión e interventoría</p> <p>Tras la verificación del Contrato CPS 299-2022 cuyo objeto es: “ PRESTAR SERVICIOS PARA APOYAR EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN DE EXPEDIENTES FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS, ASÍ COMO LEVANTAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS DOCUMENTALES DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE REHABILITACIÓN Y MANTENIMIENTO VIAL, CON EL FIN DE MEJORAR LA GESTIÓN Y EL QUE HACER INSTITUCIONAL DE LA ENTIDAD, PROYECTO 7859 META 2”, se identificó que no se reportó el soporte de la actividad asociada con la obligación específica No. 11 del informe de actividades No. 4, no obstante el mismo fue aprobado por el supervisor sin que se permita verificar la ejecución de dicha obligación específica</p>

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV





FORMATO -INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEM-FM-031

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2023

Gestión Documental – Hallazgos

<p>Moderado</p> 	<p>Hallazgo 18. incumplimiento en la publicación en el Secop, de los documentos derivados de los contratos suscritos con la entidad</p> <p>1) Tras la verificación del contrato 192-2022 cuyo objeto es: “PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL EN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON LOS PROCESOS ARCHIVISTICOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE REHABILITACIÓN Y MANTENIMIENTO VIAL, CON EL FIN DE MEJORAR LA GESTIÓN Y QUE-HACER INSTITUCIONAL DE LA ENTIDAD.PROYECTO 7859 META 2”, en los anexos del informe de actividades No. 2, no se identificó que en la plataforma del Secop II el pago de seguridad social del mes de febrero de 2022.</p> <p>1) Tras la verificación del contrato CPS 112-2023 cuyo objeto es: “PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO RESTAURADORA EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL PARA LLEVAR A CABO LA GESTIÓN, ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN CONSERVACIÓN DOCUMENTAL Y EN LO RELACIONADO CON LA CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE DOCUMENTOS DE LA UAERMV, PROYECTO 7859 META 2”, se identificó que en la plataforma del Secop II, de 10 informes de actividades presentados por el contratista, fueron reportados 8 en la plataforma del Secop II, quedando pendiente de publicación 2 de ellos correspondientes al mes de septiembre y octubre 2023.</p>
<p>Moderado</p> 	<p>Hallazgo 19. Debilidades en la formulación de controles internos determinados en el mapa de riesgos del proceso</p> <p>Al analizar los controles establecidos en los diferentes riesgos de gestión identificados por la entidad en la vigencia 2022 y 2023 frente a las tipificaciones de acuerdo a la etapa del proceso descritas en la política de administración de riesgos, se identificaron algunas oportunidades de mejora con respecto a la revisión de frecuencia en la ejecución de los controles y complemento de algunos controles que ya se están implementando para mejorar su eficiencia.</p>

4. PLAN DE MEJORAMIENTO

El auditor radicó informe final mediante radicado 20231600286533 con fecha 29 de noviembre de 2023.

El auditado cuenta con 8 días hábiles para suscribir el plan de mejoramiento y remitirlo vía memorando a la Oficina de Control Interno. Una vez remitido se sube al aplicativo CHIE y se realizará seguimiento de manera periódica.

FIRMA DEL INFORME DE AUDITORÍA:

FECHA DE APROBACIÓN:		
NOMBRE	RESPONSABILIDAD	FIRMA
Orlando Correa Núñez	Jefe Oficina de Control Interno	
Ana Josefa Carreño Pérez	Auditor Líder	
Rosa Liliana Cabra Sierra	Equipo Auditor	
Sandra Liliana Malaver	Equipo Auditor	

La impresión de este documento se considera Copia No Controlada La versión vigente se encuentra en la intranet SISGESTION de la UAERMV