



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

FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

Tipo de trabajo	Auditoría Especial		Auditoría Regular	X
Fecha trabajo	18-11-2025			
Proceso/Unidad Auditable	Proceso de Seguimiento y Monitoreo a la Calidad Técnica			
Equipo auditor	Laura Carolina Nossa Gonzalez			
Objetivo Auditoría	Evaluar los controles, riesgos y cumplimiento de normatividad vigente del proceso de seguimiento y monitoreo de la calidad técnica.			
Alcance	La auditoría tendrá un alcance del 01 de enero de 2024 al 31 de agosto de 2025.			

1. ASPECTOS RELEVANTES

1.1 Fortalezas	• Plan de Acción del Proceso formulado, aprobado y publicado El proceso cuenta con un Plan de Acción formalmente formulado, aprobado y publicado, lo que constituye una fortaleza en términos de direccionamiento estratégico y alineación con los objetivos institucionales. • Herramientas de gestión del proceso SMCT creadas y/o actualizadas El proceso dispone de instrumentos de gestión clave, contruidos y articulados con las áreas de apoyo correspondientes, lo que fortalece su capacidad de control y mejora continua: Indicadores del proceso definidos, Mapa de riesgos del proceso elaborado, matriz de cumplimiento legal, análisis DOFA producto de la autoevaluación del proceso. • Plan de inspección de ensayos bajo parámetros de calidad de los productos misionales La existencia de un Plan de inspección de ensayos, estructurado con base en los parámetros de calidad de los productos misionales, constituye una fortaleza porque estandariza los criterios de revisión, la frecuencia y el alcance de los ensayos, asegurando que las verificaciones técnicas se realicen de forma homogénea, trazable y alineada con los requisitos de calidad definidos para las intervenciones. • Consolidación y análisis de los resultados de los ensayos de laboratorio El proceso consolida y analiza los resultados de los ensayos de laboratorio, lo que representa una fortaleza en términos de control técnico y toma de decisiones basada en evidencia. • El proceso, cuenta con procedimientos, 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	1. Fortalecer el mecanismo de gestión y trazabilidad de las solicitudes técnicas elevadas por las diferentes gerencias, de manera que se asegure su respuesta oportuna, documentada y con seguimiento hasta el cierre. 2. Diseñar e implementar un mecanismo formal de seguimiento a observaciones y recomendaciones, que incluya:

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



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

FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

- La incorporación, en cada informe de calidad, de un capítulo específico donde se actualice el estado de las observaciones y estudios de caso del informe anterior (atendida, en proceso, sin iniciar, no aplica, con evidencia de cierre;
 - La creación de un consolidado o matriz de seguimiento que identifique, por proceso responsable, las recomendaciones emitidas, su fecha, plazos, acciones definidas, evidencias de implementación y resultados obtenidos;
 - La definición de indicadores y alertas sobre el cumplimiento y oportunidad de dicho seguimiento.
3. Fortalecer el esquema de soporte documental de las visitas técnicas, de manera que el consolidado del aplicativo deje de ser la única evidencia y se complemente, de forma obligatoria, con registro fotográfico por visita, anexos técnicos (formatos de campo, actas, resultados de pruebas, listas de chequeo) y campos específicos que permitan documentar el cumplimiento o incumplimiento de cada criterio mínimo del protocolo, así como la reprogramación de las visitas cuando se detecten no conformidades.
 4. Formalizar la gestión documental del “Informe de Monitoreo a la Calidad Técnica de Materiales y Productos” y demás productos de la Gerencia, asegurando su radicación y trámite a través del sistema institucional ORFEO, con asignación a la serie/subserie aplicable (de manera temporal, mientras se adopta la TRD específica del proceso SMCT), registro de elaboración, revisión y aprobación, y vinculación a los expedientes correspondientes.
 5. Precisar y documentar de manera formal los criterios de cálculo y el enfoque de calidad de los indicadores SMCT-IND-001 “Monitoreo a los informes de ensayos” y SMCT-IND-002 “Seguimiento a la calidad técnica”, de tal forma que su resultado sea claro, trazable y útil para la toma de decisiones.
 6. Socializar con todas las dependencias involucradas el Plan de inspección de ensayos, asegurando que su contenido, alcance y responsabilidades queden claramente entendidos y adoptados por los equipos técnicos.
 7. Documentar el control asociado a la verificación mensual de copias digitales en la nube, de manera que no se limite a la remisión de correos a Mesa de Ayuda, sino que incluya la evidencia trazable de la ejecución efectiva del respaldo.
 8. Fortalecer el esquema de control sobre la digitalización y revisión mensual de los registros de visitas en obra, de manera que la actividad deje de sustentarse únicamente en PDFs escaneados sin trazabilidad y pase a un modelo estructurado y verificable.
 9. Formalizar y dejar documentada la verificación bimestral que realiza el Líder de Calidad sobre la totalidad de los informes emitidos por el laboratorio e incluidos en el informe de calidad.

1.3 Conclusiones

Evaluación de Riesgos

Se identificaron por parte de la OCI 2 riesgos de gestión, adicionales al riesgo de gestión que tiene el proceso.

Diseño del Control

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



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

FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

Diez (10) controles obtuvieron una calificación del diseño de 30%, un (1) control obtuvo una calificación del diseño del 40%; siendo 50% el mayor valor a obtener. Calificación obtenida dado que los controles son detectivos y manuales.

Se verificaron los cinco (5) controles identificados por el proceso asociados a su mapa de riesgos, (1) control y (6) actividades de control señaladas en documentos internos del proceso; por su relevancia se evaluaron en cuanto al diseño, encontrando que estas últimas (actividades) requieren ajustarse para que se conviertan o tengan un control asociado.

Ejecución del control

Evaluación ejecución	Controles	Actividades
(+) EFICACIA (+) EFICIENCIA	3	4
(-) EFICACIA (-) EFICIENCIA	2	2
SUBTOTAL	5	6
TOTAL	11	

Del total de 5 controles evaluados, 3 resultaron con eficacia positiva [(+) EFICACIA (+)], lo que equivale al 60 %, mientras que 2 controles (el 40 %) presentaron eficacia negativa [(-) EFICACIA (-)]. En el caso de las 6 actividades, 4 se calificaron con eficacia positiva (66,7 %) y 2 con eficacia negativa (33,3 %). Esto muestra que, aunque la mayoría de los controles y actividades son eficaces, existe aún una proporción relevante (alrededor de un tercio de las actividades y dos quintas partes de los controles) que no están cumpliendo plenamente con los objetivos previstos.

En términos globales, de los 11 elementos evaluados (controles + actividades), 7 presentan eficacia positiva (63,6 %) y 4 eficacia negativa (36,4 %). Este resultado sugiere un nivel de eficacia mayoritario, pero con brechas significativas que requieren acciones de mejora focalizadas sobre los controles y actividades que fueron calificados como no eficaces, especialmente porque el formato no registra todavía la evaluación de la eficiencia. Lo anterior indica la necesidad de fortalecer el diseño y aplicación de los controles, así como de mejorar el seguimiento a las actividades con resultados negativos, con el fin de optimizar el desempeño general del proceso evaluado.

1.4 Recomendaciones:

- Implementar un mecanismo formal de seguimiento a observaciones y recomendaciones.
- Fortalecer la gestión y trazabilidad de solicitudes técnicas
- Fortalecer el soporte documental de las visitas técnicas
- Formalizar la gestión documental de informes mediante ORFEO

1.5 Opinión global:

El diseño y la efectividad operativa control interno del proceso es Parcialmente Adecuado. Si bien se identifican fortalezas como la existencia de planes y herramientas de gestión, persisten deficiencias significativas en la trazabilidad de evidencias, la eficacia de controles críticos y la articulación de acciones correctivas, lo que puede afectar el aseguramiento integral de la calidad técnica, evidenciándose una debilidad estructural en la segunda línea de defensa, representada por el proceso de calidad, que compromete su capacidad para garantizar el aseguramiento técnico de las intervenciones misionales. Aunque se identifican hallazgos y se emiten informes, no existe un mecanismo que asegure la conversión de estos hallazgos en acciones

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



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

FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

correctivas con responsables, plazos y verificación de cierre, lo que impide cerrar el ciclo de control.

En este contexto, el Líder de Calidad, como figura clave en la verificación de controles, tiene una responsabilidad directa en:

- Validar mensualmente la ejecución de visitas por tipo de intervención.
- Verificar en cada visita el cumplimiento de los criterios técnicos mínimos establecidos en los protocolos.
- Asegurar la trazabilidad documental de las verificaciones, respaldada con evidencia técnica, firmas y registros en sistemas institucionales.

La ausencia de estas acciones no solo podría generar una no conformidad del control, sino que también limita la efectividad de la función de supervisión y monitoreo propia de la segunda línea. Esta situación puede aumentar el riesgo de que la entidad no cuente con suficientes elementos para demostrar el cumplimiento de sus controles internos, lo que afectaría su capacidad de responder adecuadamente ante auditorías, entes de control y la ciudadanía. Asimismo, podría verse comprometida la garantía de calidad técnica en las obras ejecutadas. Sin una verificación trazable, disminuye la posibilidad de asegurar que las intervenciones cumplen con los estándares establecidos, lo que eventualmente podría derivar en reprocesos, sobrecostos y una disminución en la confianza institucional.

2. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Proceso/ unidad auditable	Procedimiento	Total	%
Proceso de Seguimiento y Monitoreo a la Calidad Técnica	Procedimiento para la Evaluación Técnica a la Calidad de las Intervenciones Misionales	3	43%
	Mapa de Riesgos Vigencia 2025.	4	57%
TOTAL, GENERAL		7	100%

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA

Clasificación tipo de riesgo

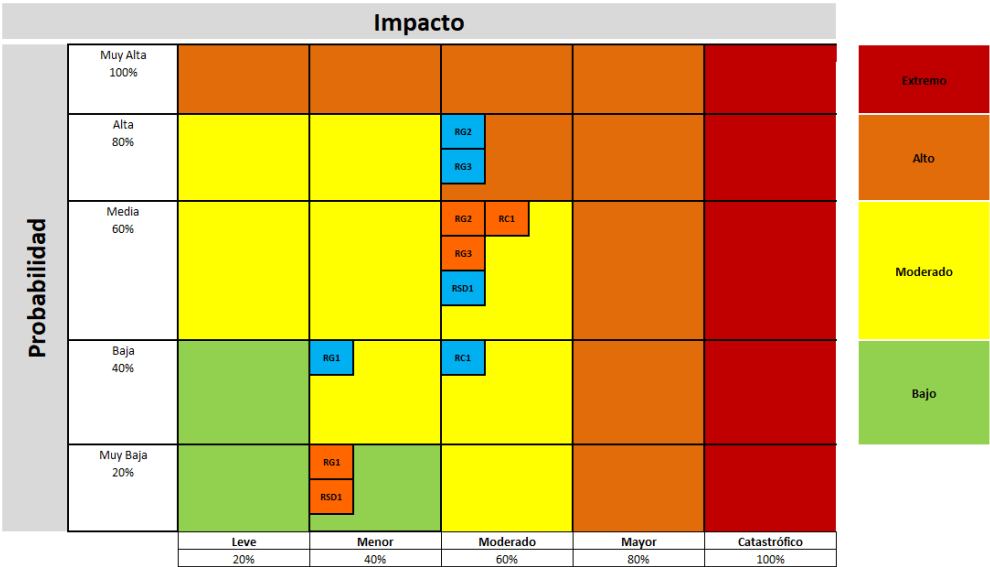
TIPO DE RIESGO	INHERENTE	RESIDUAL
Riesgos de Gestión	RG	RG
Riesgos de Corrupción/Soborno	RC	RC
Riesgos de Seguridad Digital	RSD	RSD
Riesgos Fiscal	RF	RF

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial	FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO	
	CÓDIGO: CEI-FM-022	VERSIÓN: 1
	FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023	

El cuadro presenta una clasificación de riesgos organizacionales agrupados en cuatro categorías: Riesgos de Gestión, Riesgos de Corrupción/Soborno, Riesgos de Seguridad Digital y Riesgos Fiscales, evaluados tanto en su estado inherente como residual

Mapa de criticidad de los hallazgos



Para efectos de informe de auditoría, el mapa de riesgos muestra que, de los cinco riesgos evaluados (tres de gestión RG1–RG3, uno de corrupción RC1 y uno de seguridad digital RSD1), el 80% presenta en su estado inherente probabilidades entre media y alta (60%–80%) con impacto moderado (60%), concentrando la exposición en niveles moderado-alto; solo el 20% (RG1) se ubica inicialmente en probabilidad baja (40%) e impacto menor (40%), equivalente a un riesgo bajo-moderado. Tras la aplicación de controles, el perfil residual evidencia que el 100% de los riesgos se mantiene por debajo del nivel extremo o catastrófico (100% de impacto) y que el 40% de ellos (RG1 y RSD1) desciende a probabilidad muy baja (20%) e impacto menor (40%), clasificándose como riesgo bajo, mientras el 60% restante (RG2, RG3 y RC1) permanece en probabilidad baja–media (40%–60%) con impacto moderado (60%), nivel moderado. En términos técnicos, los riesgos de corrupción y seguridad digital presentan la mayor reducción porcentual de exposición, en tanto que los riesgos de gestión, en especial RG2 y RG3, conservan la mayor contribución al riesgo agregado y requieren refuerzo de controles para disminuir su probabilidad de ocurrencia sin que se incremente el impacto.

PROCESO/UNIDAD AUDITABLE	
	Hallazgo N.º1 Inconsistencias en la verificación del Líder de Calidad y falta de evidencia de cumplimiento mínimo por tipo de intervención. No es posible demostrar el cumplimiento del control “Líder de Calidad verifica mensualmente al menos una visita por cada tipo de intervención y reprograma las no realizadas”, porque el registro operativo no discrimina por tipo de intervención ni estado de la visita (programado/ejecutado/reprogramado), no existe un cronograma mensual consolidado por responsable pese a contar con 8 personas con obligación de hacer visitas, y se identifican inconsistencias entre cronogramas, ejecución real y la hoja “Verificación” (enero–agosto 2025), la

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



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

FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

	cual no coincide con la programación ni tiene firma, visto bueno o evidencia de reprogramación de pendientes, por lo que no se acredita la verificación mensual exigida al Líder de Calidad.
	Hallazgo N.º2 Verificación de criterios mínimos por visita: inconsistencias en la aplicación de protocolos y falta de evidencia trazable No es posible demostrar el cumplimiento del control según el cual el Líder de Calidad debe verificar en cada visita el cumplimiento de los criterios mínimos definidos en los protocolos por tipo de intervención y dejar evidencia en el consolidado, ya que la base del aplicativo solo registra el protocolo aplicado y un campo binario "Cumple/No cumple", sin desglose por criterio, sin observaciones técnicas, acciones o evidencia, ni firma/visto bueno del Líder de Calidad; adicionalmente, no se pudo comprobar que en las visitas se haya verificado cada punto del protocolo técnico (por ejemplo, en mejoramiento de subrasante) ni se identificaron casos documentados de no conformidad con su respectiva reprogramación de visita al CIV, por lo que no hay trazabilidad de verificaciones ni de acciones correctivas exigidas por el control.
	Hallazgo N.º3 Análisis del cumplimiento del procedimiento de monitoreo y seguimiento de la calidad técnica Las mesas de trabajo de monitoreo y seguimiento de la calidad técnica se cumplen solo de manera parcial, pues en las actas de 2024 y 2025 no siempre participan todas las dependencias previstas en el procedimiento, el seguimiento a compromisos carece de análisis técnico detallado y de soportes que demuestren su verificación, y los nuevos compromisos no muestran trazabilidad, análisis de causas ni acciones correctivas o preventivas enfocadas en la calidad técnica, por lo que estos espacios operan principalmente como socialización de informes y no como instancias efectivas de evaluación y mejora continua.
	Hallazgo N.º4 Ausencia de reporte y trazabilidad de segmentos en observación No se cumple de manera completa la actividad de "Generar reporte de segmentos en observación", pues los informes de calidad no incluyen dicho reporte ni las actas de comité, el archivo Excel solo registra información de 2025 sin articulación con las actas, y existen varias solicitudes de seguimiento a segmentos en observación (2024–2025) sin respuesta ni acciones evidenciables, lo que refleja ausencia de reporte sistemático y falta de trazabilidad del seguimiento.
	Hallazgo N.º5 Ausencia de análisis del "Consolidado de visitas de inspección de calidad técnica" y de las visitas de campo Se evidencia un cumplimiento parcial del procedimiento de seguimiento y monitoreo a la calidad técnica, pues entre enero de 2024 y el 30 de agosto de 2025 los Informes no incluyen un análisis técnico claro del "Consolidado de visitas de inspección de calidad técnica" ni de las visitas de campo (solo se presentan listados y estadísticas sin detallar novedades, causas, efectos ni criterios de aceptación), no se ha elaborado de forma diferenciada el "Informe de visita de seguimiento" exigido por el procedimiento —conservándose en la práctica solo el consolidado de resultados de ensayos— y las conclusiones y recomendaciones resultan en su mayoría repetitivas, sin distinción clara entre ambas y con variaciones temáticas únicamente en los últimos cinco meses del período auditado.
	Hallazgo N.º6 Definición inadecuada de frecuencia y evidencias en controles. La frecuencia del riesgo de gestión está definida de forma inadecuada, pues la cifra de 18 veces/año corresponde solo a informes consolidados y no al número real de visitas de monitoreo (muy superior), lo que subestima la actividad y distorsiona la probabilidad del riesgo; adicionalmente, en los controles de corrupción, seguridad digital y gestión no se define con claridad qué documentos constituyen evidencia válida de verificación ni se aportan soportes trazables (tickets, listados de control, registros fechados), las correcciones se realizan de forma

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial	FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO	
	CÓDIGO: CEI-FM-022	VERSIÓN: 1
	FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023	

	diferida (al mes siguiente) y los controles operan principalmente de manera detectiva y ex post, dejando períodos de exposición sin cobertura y debilitando su efectividad.
	Hallazgo N.º7 Debilidades de la segunda línea de defensa en la gestión y cierre de acciones correctivas El proceso de calidad, aunque está definido como segunda línea de defensa, actúa principalmente como instancia de monitoreo y reporte, pues las observaciones reiteradas en campo no se transforman de manera sistemática en planes de mejoramiento correctivos con responsable, plazo y verificación formal de cierre, lo que impide cerrar el ciclo hallazgo–acción–seguimiento–verificación y debilita su rol de apoyo y supervisión sobre la primera línea; esta recurrencia de hallazgos, a la luz de la Guía de Auditoría Interna basada en riesgos del DAFP y del Modelo de las Tres Líneas del IIA, evidencia una segunda línea que no está garantizando de forma suficiente la gestión efectiva del riesgo ni la corrección oportuna de las desviaciones.

4. PLAN DE MEJORAMIENTO

El auditor radico informe final mediante radicado 20251600334693 con fecha del 19-11-2025.

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
Alexandra Quitian Alvarez	Jefe Oficina de Control Interno	
Laura Carolina Nossa González	Auditor Líder	

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