

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO DE AUDITORÍA (OPORTUNIDAD DE MEJORA/ NO CONFORMIDAD/ OBSERVACIÓN)	ORIGEN (1)	CAUSA (2)	TIPO DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR (3)	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (4)	INDICADOR (5)	FÓRMULA INDICADOR (6)	META DEL INDICADOR (7)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (8)	FECHA INICIO (9)	FECHA FIN (10)
1	Hallazgo # 1 Inconsistencias en la verificación del Líder de Calidad y falta de evidencia de cumplimiento mínimo por tipo de intervención. Criterio: 1. Política Administración del Riesgo DES-MA-002-V2 2. Evaluación de controles - riesgo residual: Monitoreo y seguimiento su importancia radica en la necesidad de monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos para asegurar el logro de los objetivos, encaminados a los eventos negativos relacionados con la gestión de la entidad. 3. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades Públicas- 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles – Atributos para el diseño del control.	Auditoría interna	Por que, no se tienen lineamientos claros de como se realiza la programación por tipo de intervención, para el cumplimiento al control y no se diligencia registro de que (que realizó el control fue a falta de calidad.	Acción Correctiva	* Verificar la matriz por mes teniendo en cuenta los tipos de intervención, periodo programado, ejecutado reprogramado y observaciones. * Los tipos de intervención programadas se verificarán con respecto a los programas de la ejecución de intervención, esta será a evidencia de lo programado. * La evidencia de lo ejecutado corresponde a la visita realizada. * Realizar la verificación mensual y enviar o socializar al gerente para el desarrollo la calidad y la innovación el resultado de la verificación.	* Matriz con los tipos de intervención programados vs ejecutados y su respectiva verificación	(Matriz realizada / Matriz programada)*100%	* Matriz con los tipos de intervención programados vs ejecutados y su respectiva verificación	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-01-02	2026-03-30
2	Hallazgo # 2 Verificación de criterios mínimos por visita: inconsistencias en la aplicación de protocolos y falta de evidencia trazable Criterio: Procedimiento Para La Evaluación Técnica A La Calidad De Las Intervenciones Misionales SMCT-PR-001 4. Verificar el cumplimiento de las actividades de monitoreo y seguimiento Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades Públicas- 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles – Atributos para el diseño del control.	Auditoría interna	Por que, el registro de la visita se realiza por medio de una aplicación y en esta no se encuentra el cumplimiento de los requisitos a que hace referencia y no se cumple el requisito por que es	Acción Correctiva	* Incluir en el registro de las visitas el registro técnico cuando se cumple y cuando no se cumple es decir la redacción de que implica que cumple y que no cumple, y establecer que cuando no se cumple un requisito se describe específicamente el incumplimiento en observaciones, adicionalmente incluir un espacio para la verificación del líder de calidad.	* Registro de visitas con la indicación de cumplimiento redactado de manera positiva el requisito y redactada de forma negativa técnicamente cuando no cumple.	(Registro de visitas con redacción técnica de cumplimiento o incumplimiento)/Registro de visitas técnicas programadas*100%	* Registro de visitas con la indicación de cumplimiento redactado de manera positiva el requisito y redactada de forma negativa técnicamente cuando no cumple.	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-01-02	2026-03-30
3	Hallazgo # 3 Análisis del cumplimiento del procedimiento de monitoreo y seguimiento de la calidad técnica Criterio: Procedimiento Para La Evaluación Técnica A La Calidad De Las Intervenciones Misionales SMCT-PR-001. 6. Realizar mesa de trabajo de monitoreo y seguimiento de la calidad	Auditoría interna	Por que, en la mesa de trabajo cuando de realizar compromisos no se definen acciones puntuales para realizar para dar cierre a las desviaciones encontradas y tampoco se definen fechas de cumplimiento de los mismos.	Acción Correctiva	* Solicitar a las diferentes dependencia involucradas de que si la persona designada para asistir a las mesa de trabajo de calidad mensualmente no puede el directivo designe a alguien que lo represente. * Establecer en el procedimiento a la calidad técnica los temas mínimos que se debe abordar en la mesa de trabajo de calidad mensual. * Actualización del procedimiento de calidad técnica, que posterior a la socialización de resultados, si se evidencian desviaciones en las visitas o en los resultados de los ensayos, en la siguiente mesa de trabajo de calidad la dependencia involucrada debe presentar las acciones de mejora a implementar para mitigar estos excedentes y la fecha límite en que pretiene ejecutarse, el seguimiento al cierre de estas acciones, se realizará mensualmente en la mesa de trabajo de calidad.	* Memorando con la solicitud de designación del encargado de calidad y su o sus reemplaces en caso de que este no pueda asistir. * Actualización del procedimiento de calidad técnica y el procedimiento para el establecimiento de las acciones de mejora y el seguimiento a ellas.	(Memorando de solicitud) (Procedimiento actualizado)	* Memorando con la solicitud de designación del encargado de calidad y su o sus reemplaces en caso de que este no pueda asistir. * Actualización del procedimiento de calidad técnica y el procedimiento para el establecimiento de las acciones de mejora y el seguimiento a ellas.	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-03-30	2026-06-30
4	Hallazgo # 4 Ausencia de reporte y trazabilidad de segmentos en observación Criterio: Procedimiento Para La Evaluación Técnica A La Calidad De Las Intervenciones Misionales SMCT-PR-001. 7. Generar reporte de segmentos en observación	Auditoría interna	Por que, en el procedimiento de calidad no se encuentran establecidos los criterios o condiciones para diligenciar un CVI en observación.	Acción Correctiva	* Incorporar el reporte de segmentos en observación dentro de los informes de análisis, evaluación y monitoreo de la calidad técnica, conforme a la establecida en el procedimiento.	* Informe de calidad con el reporte de los segmentos en observación.	* Informe de calidad con el reporte de los segmentos en observación.	* Informe de calidad con el reporte de los segmentos en observación.	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-03-30	2026-06-28
5	Hallazgo # 5 Durante el periodo de auditoria comprendido entre enero de 2024 y el 30 de agosto de 2025, se revisaron los informes de Seguimiento y Monitoreo a la Calidad Técnica de las Intervenciones Misionales (en adelante, "los Informes"). A partir de dicha revisión se estableció lo siguiente: Criterio: Procedimiento Para La Evaluación Técnica A La Calidad De Las Intervenciones Misionales SMCT-PR-001. 5. Generar informe de la información consolidada y analizada. 5. Verificar el cumplimiento de las actividades de monitoreo y seguimiento	Auditoría interna	Por que no se han establecido lineamientos específicos de la periodicidad y contenido mínimo del informe de calidad.	Acción Correctiva	* Crear un formato para el informe de calidad con los temas mínimos que debe tener el informe de calidad. * Incluir en Ep procedimiento de calidad la periodicidad. * Incluir que en el informe se debe constatar si las observaciones son repetitivas y se debe incluir cuantos meses, se ha repetido y las acciones implementadas.	* Formato del informe de calidad con lo requisitos mínimos	Formato de informe de calidad ejecutado Formato de informe de calidad programado*100%	* Formato del informe de calidad con lo requisitos mínimos	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-03-30	2026-06-30
6	Hallazgo # 6 Definición inadecuada de frecuencia y evidencias en controles. Criterio: 1. Política Administración del Riesgo DES-MA-002-V2 2. Evaluación de controles - riesgo residual: Monitoreo y seguimiento su importancia radica en la necesidad de monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos para asegurar el logro de los objetivos, encaminados a los eventos negativos relacionados con la gestión de la entidad. 3. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades Públicas- 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles – Atributos para el diseño del control.	Auditoría interna	Por que, inicialmente no se contaba con un protocolo de las visitas, entonces se tuvieron que encontrar fueron los informes.	Acción Correctiva	* Redefinir la frecuencia del riesgo de gestión: medir el promedio de la cantidad real de visitas de monitoreo documentadas (o el % de días con visita mensual). * Actualizar el diseño de los controles: describir de forma explícita la evidencia mínima exigida.	* Matriz de riesgos del proceso de SMCT para el año 2026	(Matriz de riesgos actualizada/ Matriz de riesgos programada a ser actualizada)*100%	* Matriz de riesgos del proceso de SMCT para el año 2026	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-01-02	2026-03-30
7	Hallazgo # 7 Debilidades de la segunda línea de defensa en la gestión y cierre de acciones correctivas Criterio: DAPP – Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas. Versión 4. Julio de 2020 (Función Pública): de desarrollar el esquema de líneas de defensa del MECI y del MPIC, la Guía precisa que la función de auditoría interna, bajo un enfoque basado en riesgos, "proporciona aseguramiento objetivo e independiente (...) incluido las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa". (Id. – El Modelo de las Tres Líneas del IIA (2020), versión en español). En el Principio 9 ("Dirección y roles de primera y segunda línea") se indica que algunos roles de segunda línea pueden asignarse a especialistas para "proporcionar experiencia adicional, apoyo, monitoreo y cuestionar a aquellos con roles de primera línea".	Auditoría interna	Por que en las mesas de calidad se solicitan las acciones a implementar para que esto no vuelva a ocurrir, del embargo estas desviaciones persisten mes tras mes pero no se tiene establecido que pasa si las desviaciones son repetitivas.	Acción Correctiva	* Diseñar e implementar un mecanismo que establezca claramente cómo se convierten las observaciones de los informes de calidad en planes de mejoramiento correctivos. * Crear una matriz de seguimiento, en la que de registren todas las acciones comprometidas, su estado (abiertas, en ejecución, cerradas), la fecha de vencimiento y la evidencia de cumplimiento. * Establecer reportes periódicos a los comités de dirección, con semantificación de cumplimiento.	* Mecanismo de seguimiento a las desviaciones de calidad técnica de la entidad. * Matriz de seguimiento a las acciones para tratar las desviaciones a la calidad técnica. * Reporte periódico a la dirección del estado de las acciones para el cierre de las desviaciones encontradas a la calidad técnica.	* Mecanismo de seguimiento a las desviaciones de calidad técnica de la entidad. * Matriz de seguimiento a las acciones para tratar las desviaciones a la calidad técnica. * Reporte periódico a la dirección del estado de las acciones para el cierre de las desviaciones encontradas a la calidad técnica.	* Mecanismo de seguimiento a las desviaciones de calidad técnica de la entidad. * Matriz de seguimiento a las acciones para tratar las desviaciones a la calidad técnica. * Reporte periódico a la dirección del estado de las acciones para el cierre de las desviaciones encontradas a la calidad técnica.	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-03-30	2026-09-30
8	Observación # 1 Inadecuada gestión de formatos físicos como parte de expedientes híbridos en el proceso de calidad	Auditoría interna	A la fecha el archivo físico aun hace parte de archivo de gestión (2 años de gestión), y por ende no ha entregado el archivo físico de conserva desde el año 2023.	Acción de Mejora	* Realizara la entrega del archivo físico a gestión documental correspondiente a los años 2023, 2024 Nota: Luego de que la entidad entregue la Tabla de Retención Documental en	* Entrega del archivo de gestión correspondiente a los años 2023 y 2024 a gestión documental.	* Registro de entrega del archivo 2023 y 2024	* Registro de la entrega del archivo de gestión correspondiente a los años 2023 y 2024 a gestión documental.	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-07-01	2026-12-30
9	Observación # 2 Verificación de visitas en sitio y trazabilidad de evidencias	Auditoría interna	Porque no tiene utilizado el formato formato (L224-10), y no se registra la jornada nocturna que si aparece en cronogramas. Por que no se tiene contemplado conservar registros fotográficos de las visitas realizadas.	Acción de Mejora	* Se incluya en el registro de visitas la hora de llegada y salida del frente de obra y se utilice en el registro de hora el formato de 240. * Se realice la socialización de los cambios del formato y el formato de las horas, adicionalmente se socializara que la duración de las visitas deben ser mayores a media hora 30min mínimo.	* Formato de registro de visitas actualizado con la inclusión d ela hora de inicio y final d ela visita. * Acta con la socialización del formato y el establecimiento de los tiempos de las visitas.	* Formato de visitas actualizado. * Acta de socialización.	* Formato de registro de visitas actualizado con la inclusión d ela hora de inicio y final d ela visita. * Acta con la socialización del formato y el establecimiento de los tiempos de las visitas.	Rol Estrateg del proceso Lider de Calidad	2026-01-02	2026-06-30
10											
N											

HALLAZGO: Registre el hallazgo (OPORTUNIDAD DE MEJORA/NO CONFORMIDAD/ OBSERVACIÓN) completo, contenido en el informe de auditoría

(1). **ORIGEN:** El origen pueden ser: Auditoría Interna, Auditoría Externa, Revisión por la Dirección, Tratamiento del Producto y/o Servicio No Conforme, Medición de Indicadores; Mapa de Riesgos, Autoevaluación del Proceso, Sistema de Gestión, Quejas y Reclamos, Normograma, OTRO; describa

(2). **CAUSAS:** Registre la causa del hallazgo o riesgo materializado, que originó la situación detectada (Formato: Análisis de Causas), sobre la cual se enfocará la acción.

(3). **TIPO DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** acción que subsana la causa que dio origen al hallazgo identificado, con el fin de solucionar las causas identificadas, para que no vuelvan a suceder.

(4). **DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Registre (bajo acciones) que realice descriptivamente, para control definitivamente la causa del hallazgo de Auditoría, Oportunidad de Mejora, No Conformidad u Observación. Inicie con un verbo en infinitivo.

(5). **INDICADOR:** Registre el nombre del indicador a través de la cual se pueda observar el cumplimiento de la acción determinada. (Ej.: Informes, jornadas de capacitación, actas, etc.)

(6). **FÓRMULA E INDICADOR:** Describa las variables y la correspondiente fórmula del indicador que permite medir el cumplimiento de la acción determinada a implementar.

(7). **META DEL INDICADOR:** registra la cantidad asociada a las actividades realizadas y verificables de la acción correctiva que se espera alcanzar en el tiempo definido, teniendo en cuenta la realidad institucional y recursos disponibles (Ej.: 5 informes, 10 jornadas de capacitación, 3 actas, etc.).

(8). **RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Indique al responsable (Dirección o jefe de Dependencia del proceso u unidad autónoma), a la cual le corresponde aplicar la acción correctiva a implementar.

(9). **FECHA DE INICIO:** Indique la fecha en que comienza cada acción a implementar registrada. El formato debe ser (AAAA/MM/DD).

(10). **FECHA FIN:** Indique la fecha en que finaliza cada acción implementada. El formato debe ser (AAAA/MM/DD). Esta fecha **NO PODRÁ SUPERAR 12 MESES** contados a partir de la fecha de formulación del respectivo plan de mejoramiento.

(11). **AVANCE REPORTADO DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** En esta sección se deberá diligenciar los siguientes campos: Fecha de corte, Estado del indicador a la fecha de corte, Estado, Descripción de las actividades realizadas en el periodo, Evidencia (X) soportada (X).

APROBADO 20251600357773 DEL 11-12-2025