



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	29-05-2026		
Proceso/Unidad Auditable	Proceso de Intervención de la Infraestructura		
Equipo auditor	Laura Carolina Nossa González Leonardo Galarcio Africano		
Objetivo Auditoría	Evaluar los controles, riesgos y cumplimiento de normatividad vigente del proceso de intervención de la infraestructura en los siguientes procedimientos, protocolos, planes del proceso.		
Alcance	Esta auditoría evaluará los riesgos y controles de los procedimientos y manuales seleccionados entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2025.		

1. ASPECTOS RELEVANTES

1.1 Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> La auditoría evidenció que los procesos evaluados cuentan con procedimientos formalmente establecidos, actividades de control definidas y responsables identificados para la programación, validación, ejecución, seguimiento y cierre de las intervenciones de malla vial y espacio público, así como para el seguimiento misional de metas e indicadores institucionales. Esta estructura permite establecer líneas de responsabilidad y mecanismos básicos de control sobre las actividades desarrolladas por las dependencias participantes. Se evidenció la utilización del aplicativo SIGMA como herramienta institucional para el registro, consulta y seguimiento de segmentos intervenidos, programación operativa, gestión PMT y consolidación de información asociada a la ejecución de actividades. Este sistema contribuye al fortalecimiento de la trazabilidad documental de los procesos auditados y facilita el seguimiento de la gestión realizada por las diferentes áreas involucradas. 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	<ol style="list-style-type: none"> Durante la verificación del control se identificó que existen 44 correos electrónicos con anexos de seguimiento y control de metas durante la vigencia 2025; sin embargo, 14 reportes fueron remitidos de manera extemporánea, equivalentes al 31,8 % de la muestra, y en varios casos, especialmente entre octubre y diciembre, el cuerpo del correo no cuantifica el avance ni permite evidenciar plenamente la correspondencia entre el corte reportado, la actividad programada y el avance informado, por lo que se requiere fortalecer la estandarización, oportunidad y completitud de los reportes semanales. Se identifica una debilidad en cual, a la actualización de la caracterización y los procedimientos vigentes del proceso de intervención, de manera que reflejen con precisión las actividades, responsables, controles, productos, periodicidades y evidencias que actualmente se aplican en la operación. Esta actualización permitiría alinear lo documentado formalmente con la práctica real del proceso, fortalecer la trazabilidad de las actuaciones y asegurar que los soportes exigidos correspondan efectivamente a la gestión desarrollada.

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: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

3. Fortalecer la integración, trazabilidad y calidad de la información institucional, debido a que se identifica oportunidad de fortalecer los mecanismos de integración documental, conciliación y validación de la información registrada en SIGMA y demás herramientas institucionales, con el fin de mejorar la trazabilidad, consistencia, actualización y calidad de los datos utilizados para seguimiento operativo, control de intervenciones y consolidación de reportes institucionales.
4. Fortalecer los mecanismos de control documental y validación de soportes operativos dado que se observa oportunidad de fortalecer los controles asociados a la gestión documental de los procesos auditados, particularmente en lo relacionado con trazabilidad del trámite PMT, consolidación de soportes operativos, cierre documental de segmentos, validación de registros y control sobre la completitud de la documentación asociada a las intervenciones ejecutadas.
5. Fortalecer los mecanismos de seguimiento técnico y control estratégico institucional puesto que se identifica oportunidad de fortalecer los mecanismos institucionales de seguimiento técnico, supervisión operativa y control estratégico, mediante la mejora de herramientas de validación, documentación de decisiones, seguimiento de compromisos y trazabilidad de las actividades de control realizadas tanto en campo como en los espacios institucionales de articulación y seguimiento

Evaluación de Riesgos

Se identificaron por parte de la OCI 4 riesgos de gestión y 1 de corrupción, adicionales a los riesgos de gestión que tiene el proceso.

Diseño del Control

Diez (10) controles obtuvieron una calificación del diseño de 30%, doce (12) controles obtuvieron una calificación del diseño de 40% y un (1) control obtuvo una calificación del diseño de 25%; siendo 50% el mayor valor posible a obtener.

Las calificaciones evidencian que, en términos generales, los controles evaluados presentan un diseño predominantemente manual y detectivo, con oportunidades de fortalecimiento en aspectos relacionados con automatización, trazabilidad, formalización de evidencias y mecanismos preventivos de control.

Ejecución del control

Evaluación ejecución	Controles	Actividades
(+) EFICACIA (+) EFICIENCIA	4	5
(-) EFICACIA (-) EFICIENCIA	10	4
SUBTOTAL	14	9
TOTAL	23	

Cuatro (4) controles obtuvieron una evaluación positiva de eficacia, asociados a cinco (5) actividades que evidenciaron cumplimiento en la ejecución de los controles definidos. Por otra parte, diez (10) controles, correspondientes a cuatro (4) actividades, obtuvieron una evaluación negativa de eficacia, evidenciando debilidades relacionadas con la aplicación de procedimientos, trazabilidad documental, seguimiento de actividades y ejecución de controles operativos.

Los resultados obtenidos reflejan que, aunque existen controles que operan adecuadamente y permiten verificar el cumplimiento de algunas actividades del proceso, persisten debilidades significativas en la

1.3 Conclusiones

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: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

ejecución y efectividad de varios controles, lo cual afecta la capacidad del proceso para asegurar el cumplimiento oportuno, trazable y documentado de las actividades evaluadas.

2. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Proceso/ unidad auditable	Procedimiento	Total	%
Proceso de Intervención de la Infraestructura	1. Mapa de riesgos del proceso 2025.	1	13%
	2. Caracterización del proceso.	1	13%
	3. Procedimiento Intervención de la Malla Vial.	2	25%
	4. Procedimiento Atención de emergencias o situaciones imprevistas.	1	13%
	5. Procedimiento Intervención de Espacio Público.	1	13%
	6. Procedimiento para atención de solicitudes interinstitucionales sin PK.	1	13%
	7. Procedimiento Consolidación De Reportes Para Proyectos Misionales	1	13%
TOTAL, GENERAL		8	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

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



FORMATO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA EJECUTIVO

CÓDIGO: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

Mapa de criticidad de los hallazgos

MAPA DE CALOR RIESGO INHERENTE						
		Impacto				
		Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
Probabilidad	Muy Alta			RC1		
	Alta			RG1 RG2		
	Media		RG3 RG4	RC1 RG1 RG2		
	Baja			RG3 RG4		
	Muy Baja					
		Impacto				

El mapa de calor evidencia que los riesgos inherentes del proceso se concentran principalmente en niveles de impacto moderado, con probabilidades que oscilan entre media, alta y muy alta, lo que refleja una exposición significativa del proceso antes de la aplicación de controles.

Se observa que el riesgo RC1 presenta el nivel de exposición más alto, al ubicarse en una condición de probabilidad muy alta e impacto moderado, situación que indica una elevada posibilidad de ocurrencia y requiere especial atención por parte de los responsables del proceso.

Los riesgos RG1 y RG2 se encuentran ubicados en una zona de probabilidad alta e impacto moderado, lo que evidencia una exposición relevante que puede afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso si no se implementan controles adecuados para reducir su probabilidad de materialización.

Por su parte, los riesgos RG3 y RG4 se ubican inicialmente en una condición de probabilidad media e impacto menor, representando un nivel de exposición más moderado frente a los demás riesgos identificados.

Al comparar la ubicación de los riesgos antes y después de la aplicación de controles, se evidencia una disminución en la probabilidad de ocurrencia de algunos de ellos. En particular, RG3 y RG4 se desplazan hacia una condición de probabilidad baja e impacto moderado, mientras que RC1, RG1 y RG2 pasan a ubicarse en probabilidad media e impacto moderado.

En términos generales, la matriz muestra que los controles implementados han contribuido a reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos; sin embargo, todos continúan concentrados en niveles de impacto moderado, por lo que mantienen una exposición residual que requiere monitoreo permanente.

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: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

PROCESO/UNIDAD AUDITABLE

Hallazgo N.º1

Debilidades en la gestión de riesgos, ejecución de controles y trazabilidad de alertas del proceso de intervención.

Se evidenciaron debilidades en la formulación, valoración y gestión de los riesgos del proceso de intervención, especialmente por la falta de incorporación de la frecuencia real de exposición, la repetición de controles sin diferenciación clara y la limitada capacidad de mitigación frente a las causas identificadas.

También se identificaron falencias en la ejecución de los controles de autocontrol de calidad, dado que en cuatro meses de la vigencia 2025, equivalentes al 33,3 % del periodo auditado, no se acreditó plenamente la verificación en campo del proceso constructivo.

Adicionalmente, las comunicaciones revisadas presentaron correspondencia parcial con los informes de autocontrol, pero no evidenciaron seguimiento efectivo ni decisiones adoptadas frente a hallazgos o incumplimientos.

Frente a las alertas de maquinaria, equipos y operarios, se evidenciaron debilidades en nueve meses, equivalentes al 75 % del periodo auditado, por falta de compromisos, responsables, plazos, decisiones, avances y cierres documentados. En consecuencia, los controles se acreditan parcialmente, pero no demuestran trazabilidad completa entre la alerta reportada, la gestión realizada, la decisión adoptada y el cierre efectivo de la novedad.

Hallazgo N.º2

Desactualización de la información documentada del proceso de intervención

Se evidenció que la caracterización del proceso no se encuentra alineada con la práctica actual, toda vez que los informes de seguimiento de intervenciones y de ensayos no se elaboran como productos independientes, sino integrados en un único informe de autocontrol de calidad.

Así mismo, los procedimientos INFRA-PR-012 e INFRA-PR-015 continúan asociados documentalmente al proceso de intervención, aunque operativamente son ejecutados por otras dependencias, sin que se haya actualizado formalmente la información documentada, responsables, controles y evidencias aplicables.

Hallazgo N.º3

Debilidades en la trazabilidad documental y control de la atención de emergencias mediante EDRAN

Se evidenciaron debilidades en la formalización y trazabilidad de los expedientes EDRAN por evento de emergencia, toda vez que la información remitida no acredita de manera integral el flujo documental desde la recepción, asignación, análisis de competencia, diligenciamiento del formato EDRAN, reporte, remisión a entidad competente y cierre del expediente.

Así mismo, no se evidenció una cadena documental completa que soporte la definición técnica, aprobación, movilización, ejecución y cierre de los recursos utilizados en la atención de emergencias. Aunque existen correos, registros fotográficos, informes y formatos diarios, estos se encuentran dispersos y no permiten verificar de forma uniforme la autorización, despacho, permanencia, salida, consumo y cierre de los recursos operativos movilizados.

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: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

Hallazgo N.º4

Debilidades en la trazabilidad documental y en la aplicación de los controles de calidad de las intervenciones viales

Se evidenciaron debilidades en la consolidación de las hojas de vida de los segmentos viales intervenidos, debido a inconsistencias entre la información registrada en SIGMA y los soportes físicos de los expedientes, ausencia de soportes topográficos, faltantes de vales de mezcla, diferencias entre la programación registrada y la ejecución documentada, así como ausencia de fichas de cierre y memorandos de remisión al archivo en algunos segmentos evaluados.

Adicionalmente, se identificó que los puntos de seguimiento y control de calidad previstos en los procedimientos INFRA-PR-002 e INFRA-PR-009 no se están aplicando ni documentando de manera formal, sistemática y trazable, situación que evidencia una desalineación entre los procedimientos vigentes y la operación real del proceso, limitando la verificación efectiva de la calidad de las intervenciones ejecutadas.

Hallazgo N.º5

Ausencia de bitácora de obra como instrumento integral de trazabilidad de las intervenciones

Se evidenció que durante la ejecución de las intervenciones no se lleva una bitácora de obra que permita registrar de manera cronológica, continua e integral los hechos relevantes ocurridos en campo, incluyendo novedades técnicas, operativas, ambientales, sociales, de seguridad y salud en el trabajo, disponibilidad de personal, maquinaria y materiales, condiciones climáticas, instrucciones impartidas, decisiones adoptadas, suspensiones, reinicios o cambios en la ejecución.

Aunque existen soportes como informes diarios de cuadrilla, registros fotográficos, fichas de cierre, vales y reportes operativos, estos no sustituyen la bitácora de obra, debido a que no permiten reconstruir de forma completa las condiciones reales de ejecución ni la trazabilidad de las decisiones y acontecimientos que inciden en la intervención.

Hallazgo N.º6

Debilidades en la trazabilidad documental y gestión integral del pmt

En la revisión de la muestra auditada correspondiente a 64 segmentos, se evidenció que en el 89% de los segmentos no se encontró de manera integral la trazabilidad documental asociada al trámite del Plan de Manejo de Tránsito. Se identificó ausencia de radicados ante la Secretaría Distrital de Movilidad, soportes parciales del trámite, falta de evidencia de seguimiento y casos en los que únicamente reposaba el COI o correos de gestión, sin contar con aprobación formal completa.

Así mismo, se identificó que el 28% de la muestra no cuenta con soporte documental suficiente para validar integralmente el cumplimiento del requisito previo de aprobación del PMT antes de la ejecución de las intervenciones. Esta situación limita la trazabilidad, control y verificación del cumplimiento de las condiciones exigidas para la intervención de los segmentos viales.

Hallazgo N.º7

Incumplimiento del procedimiento infra-pr-009 en la programación, gestión de recursos y suministro de materiales en intervenciones de espacio público.

Se evidenciaron debilidades en la aplicación del procedimiento INFRA-PR-009 Procedimiento de Intervención del Espacio Público, principalmente frente al control documental y trazabilidad de la programación, gestión de recursos y suministro de materiales.

En los segmentos evaluados no se evidenció de manera completa la documentación requerida, como GDOC-FM-005 Memorando Interno, GREF-FM-001 Movimientos de Almacén, INFRA-FM-034 Solicitud de préstamo de baños portátiles y correos institucionales asociados a la gestión

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: CEI-FM-022

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023

	<p>operativa. Esta situación limita la verificación del proceso de solicitud, aprobación y suministro de recursos para las intervenciones.</p> <p>Adicionalmente, se identificaron inconsistencias en SIGMA, relacionadas con formatos de materiales duplicados, solicitudes repetidas y registros con diferencias en números de serie, especialmente en los formatos MATERIALES FEN-298, MATERIALES FEN-54 y documentos de solicitud de materiales. Estas situaciones afectan la confiabilidad, trazabilidad y control documental de los soportes asociados a las intervenciones de espacio público.</p>
	<p>Hallazgo N.º8</p> <p>Incumplimiento del procedimiento INFRA-PR-015 en el seguimiento estratégico de metas físicas y presupuestales</p> <p>En la revisión de las actas 11 a 17 del Comité de Planificación, Producción e Intervención, se evidenció que la información presentada sobre avance físico y cumplimiento de metas se limita principalmente a datos, indicadores y reportes de avance, sin desarrollar de manera consistente un análisis técnico y estratégico del desempeño frente a las metas programadas.</p> <p>Aunque en algunas actas se identifican observaciones parciales de calidad, estas no se articulan con el seguimiento al cumplimiento de metas, ni permiten evidenciar análisis de desviaciones, causas, brechas, alertas, riesgos de incumplimiento o acciones para la toma de decisiones. En particular, en el acta 17 de cierre de vigencia no se evidenció una evaluación integral del cumplimiento final ni de las desviaciones acumuladas.</p>

4. PLAN DE MEJORAMIENTO

El auditor radico informe final mediante radicado 20261600164003 con fecha del 29-05-2026

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:	29-05-2026	
NOMBRE	RESPONSABILIDAD	FIRMA
Ana Lucia Bacares Toledo	Jefe Oficina de Control Interno	
Laura Carolina Nossa González	Auditor Líder	
Leonardo Galarcio Africano	Auditor Apoyo	

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