



OTROS INFORMES DE LA  
OFICINA DE CONTROL INTERNO



**N° INFORME:** OCI-2018-054

**PROCESO / ACTIVIDAD REALIZADA:** Auditoría SIG al proceso de Desarrollo Estratégico.

**EQUIPO AUDITOR:** Luz Marina Díaz Ramírez, Auditor Líder de la Oficina de Control Interno y Gilberto Antonio Padilla, Auditor acompañante de la Dirección Técnica de Buses.

**FECHAS:**

**Reunión de apertura:** 12 de junio de 2018

**Ejecución de la Auditoría:** Desde el 12 al 18 de junio de 2018

**Reunión de Cierre:** 29 de junio de 2018.

**INFORME DISTRIBUIDO A:** Gerente General y Jefe Oficina Asesora de Planeación

**OBJETIVO:**

Verificar el grado de cumplimiento y/o conformidad del Sistema Integrado de Gestión implementado en la Entidad en el Proceso de Desarrollo Estratégico (Subsistemas de: Gestión de Calidad, Gestión Medio Ambiental, Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo, Gestión Documental, Responsabilidad Social) (lo aplicable del pacto global), Gestión de Seguridad de la Información y el MECI- Modelo Estándar de Control Interno.

**ALCANCE:**

El ciclo de auditorías SIG 2018 aplica al Sistema Integrado de Gestión implementado en la Entidad en el proceso de Desarrollo Estratégico, bajo los lineamientos aplicables de la NTD -SIG 001:2011 y se integra por los Subsistemas de: Gestión de Calidad (lo aplicable de la ISO 9001:08 y 15), Gestión Medio Ambiental (lo aplicable de la ISO 9001:08 y 15), Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo (lo aplicable de la OHSAS 18001:07), Gestión Documental (Aplicación TRD aprobadas por el Archivo Distrital), Responsabilidad Social (lo aplicable del pacto global), Gestión de Seguridad de la



## OTROS INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



Información (lo aplicable de la ISO/IEC 27001:13), Subsistema de Control Interno (MECI).

Bajo los requisitos de la actualización de las normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, la Oficina de Control Interno realizará recomendaciones encaminadas hacia la mejora continua en virtud de aquellos requisitos exigibles en tales normas, pero no exigibles en la versión 2008.

El corte de la evaluación se realizará al 30 de abril de 2018.

### CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

- NTD -SIG 001:2011
- ISO 9001:2008 (15); ISO 14001:2007 (15); OHSAS 18001:2007; IEC/ISO 27001.
- 10 principios del Pacto Global.
- Ley 594 de 2000.
- Ley 1712 de 2012.
- Decreto 1499 de 2017.
- Caracterización de los subprocesos Administración Financiera de Recaudo - Control Financiero de la Remuneración del Sistema, indicadores, mapas de riesgos, procedimientos y demás documentos del Sistema Integrado de Gestión de TRANSMILENIO S. A. vigentes aplicables al proceso al corte de la evaluación.

### RIESGOS DE LA AUDITORÍA:

- a) Demora en la ejecución de la auditoría debido a documentación del proceso desactualizada y/o no controlada.
- b) Demora en la realización de la auditoría debido a que la dinámica del proceso difiera de lo descrito en la caracterización del proceso desactualizada.
- c) Incumplimiento al cronograma del ciclo de auditorías SIG debido a demoras y/o entrega errada de la información por parte del auditado.



## DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO:

De conformidad con el Plan Anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno de la Entidad correspondiente al 2018 fue efectuada auditoría al proceso de Desarrollo Estratégico y teniendo en cuenta el objetivo y alcance descritos anteriormente, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Entendimiento del proceso: Se llevó a cabo el entendimiento del proceso basado en la revisión documental publicada en la intranet al corte de la evaluación, y en entrevistas realizadas a los colaboradores responsables de las diferentes actividades del proceso.
- b) Revisión documentación interna: Se consultaron las políticas, manuales, procedimientos y demás documentos internos definidos por TRANSMILENIO S. A. con el fin de verificar el cumplimiento de los procedimientos vigentes y los requisitos del proceso. De igual manera se consultó la normativa externa aplicable, con el fin de establecer el cumplimiento de la misma.
- c) Identificación de riesgos y controles: Se identificaron los riesgos clave que pudieran impactar el proceso, así como la existencia de controles efectivos que mitiguen su materialización. De igual forma se realizó seguimiento a los planes de tratamiento de riesgos registrados en el mapa de riesgos del proceso Desarrollo Estratégico encontrando debilidades en la gestión del riesgo.
- d) Diseño de programas de trabajo: Basados en el entendimiento adquirido del Proceso de Desarrollo Estratégico, se diseñó la programación del trabajo de auditoría SIG y las Listas de verificación cuyo contenido correspondió a las diferentes pruebas de auditoría, de modo que a través de su ejecución permitieran determinar la existencia, funcionalidad y aplicación de los controles y requisitos identificados para el proceso.
- e) Obtención y análisis de la información objeto de auditoría: Teniendo en cuenta la metodología definida por la Oficina de Control Interno de la Entidad, fue solicitada la información objeto de auditoría para seleccionar muestras con el fin de validar los controles claves y requisitos establecidos en el proceso. Lo anterior mediante aplicación de pruebas de observación, indagación y comparación dado el alcance de la auditoría.



## OTROS INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



- f) Definición de no conformidades y observaciones: Como parte del proceso de comparación entre el criterio (el estado correcto del requisito) y la condición (el estado actual). Teniendo en cuenta que durante la auditoría se encontraron diferencias ésta fue la base para elaborar el informe.
- g) Definición de observaciones: Surgieron como oportunidades de mejora que pueden contribuir al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la Entidad.
- h) Análisis y socialización del informe de auditoría con los líderes del proceso: Durante la semana del 12 al 18 de junio de 2018, se efectuaron reuniones con los líderes de proceso, con el objetivo de analizar cada una de las no conformidades y observaciones identificadas durante nuestra auditoría y el 29 de junio se socializó el informe con la jefe de la Oficina Asesora de Planeación y su equipo de trabajo.
- i) Planes de mejoramiento: Se reiteró durante la reunión de cierre, que, para la implementación de las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora derivadas del presente informe los responsables del proceso deben elaborar el respectivo plan de mejoramiento de acuerdo con los lineamientos definidos por la Entidad y descritos en la última parte de este informe.

### **CONCLUSIONES:**

Mediante la auditoría realizada al Proceso de Desarrollo Estratégico, se logró evaluar el cumplimiento de los requisitos aplicables definidos en la NTD 01:2011, NTC ISO 9001:2008, NTC ISO 14001:2004, NTC OHSAS 18001:2007 y NTC ISO IEC 27001:2013, de acuerdo con las directrices de Calidad, Gestión Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información, concluyendo que el proceso presenta debilidad en el grado de conformidad frente a los requisitos del Sistema Integrado de Gestión, encontrando oportunidades de mejora para el logro de los objetivos estratégicos trazados para el proceso evaluado. Algunos de los aspectos relevantes corresponden a debilidad en la gestión y administración del Riesgo en la Entidad, debilidad en mantener la integridad y la secuencia e interacción de los procesos del SIG, debilidad en la gestión de acciones preventivas y de mejora, debilidad en el control y actualización de los documentos del SIG, entre otros.



## RECOMENDACIONES, OBSERVACIONES Y/O NO CONFORMIDADES:

### NO CONFORMIDADES.

#### No conformidad No. 1:

Debilidad en la Gestión y administración del Riego en la Entidad.

Revisar, ajustar y actualizar el Manual para la Gestión del Riesgo en TRANSMILENIO S. A. con código M-OP-002-1 de modo que se fortalezcan los lineamientos, se definan criterios, y parámetros claros, medibles, coherentes y de práctico seguimiento, para que las dependencias administren de forma efectiva los riesgos identificados, analizados y valorados en la Entidad. Así mismo actualizar el mapa de riesgos del proceso Desarrollo Estratégico publicado en la Intranet al corte de la evaluación.

- Se evidenció que el Manual para la Gestión de Riesgos de la Entidad presenta debilidades a nivel de diseño y definición de parámetros y criterios para la gestión del Riesgo, lo anterior debido a:
  - El numeral 5.2 Alcance del Manual para la Gestión del riesgo solo indica que la política de Gestión del Riesgo debe ser divulgada a todos los servidores y contratistas, pero no, que la Entidad debe propender por que sea entendida y/o interiorizada, incumplimiento lo establecido en el Modelo Integrado de Gestión y Planeación, reglamentado mediante el Decreto 1499 de 2017 sobre la primera línea de defensa, y con lo definido en la Guía de Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública versión 3.
  - En los numerales 5.5. Responsabilidades, página 11 y 5.6 Estrategias y tiempos para dar cumplimiento a la Política página 12, se indica que la actualización del mapa de riesgos de los procesos se realiza cuando se considere pertinente. Lo anterior evidencia debilidad en el diseño de este control ya que no está definida la frecuencia de actualización de los mapas de riesgos, por lo que queda a discreción de cada dueño de proceso, hecho que imposibilita el monitoreo y seguimiento al control, dejando descubierto el riesgo de debilidad en la adecuada y oportuna gestión y administración de los riesgos en la entidad.

- En el numeral 5.7 Riesgos que se van a controlar, se indica que el mapa de riesgos Institucional se levantará a partir de aquellos riesgos que muestren una calificación más alta. Lo anterior evidencia debilidad en el diseño del control ya que no hay claridad en cuanto a cuál calificación; si a la calificación de los controles, a la calificación del riesgo, o la del nivel de riesgo residual. Lo anterior deja descubierto el riesgo y evidencia debilidad en la adecuada gestión y administración del riesgo.
- En los numerales 5.8 Opciones para el tratamiento de riesgos y 6.5 Tratamiento de los riesgos, no se establecen los lineamientos precisos, acerca del manejo de los tratamientos de riesgos después de medidas (nivel de riesgos residuales); por ejemplo: no se describe el qué hacer con aquellos riesgos cuyos niveles de riesgo residual son altos y extremos; de igual manera no se evidencian lineamientos para el manejo de riesgos materializados, por lo tanto la Entidad no garantiza que sea posible llevar control de la gestión de riesgos incumpliendo lo definido en las páginas 8,11,31 de la Guía de Administración del Riesgo del DAFP versión 3.
- Se evidenció debilidad en la administración del riesgo en el proceso Desarrollo estratégico, ya que el riesgo: Descontextualización Estratégica y falta de lineamiento corporativo, se encuentra descubierto, por cuanto no se evidenciaron soportes de ejecución del control definido que corresponde a revisiones periódicas de la alienación estratégica por parte de la Alta Dirección para determinar la coherencia del Plan Estratégico con el objeto social de la Entidad y su relación con el Plan de Desarrollo- PDD- vigente. Es importante precisar que el riesgo enunciado presenta un análisis de riesgo inherente catalogado como extremo y análisis de riesgo residual catalogado como alto; aunque cuenta con plan de tratamiento de riesgos, el mismo no fue ejecutado por la OAP.
- El Riesgo: Existencia de un SIG no alineado con los niveles Estratégico, Táctico y operativo, se encuentra descubierto y materializado sin evidencias de acciones tomadas para tratarlo, debido a que los controles definidos no se han ejecutado, pues no hay evidencias de realización de auditorías al SIG desde hace más de tres (3) vigencias, y no se han efectuado seguimientos a los mapas de riesgos desde

hace más de dos (2) vigencias, ni a la matriz de Acciones correctivas, preventivas y de mejora desde hace más de una (1) vigencia. Es importante precisar que el riesgo enunciado presenta un análisis de riesgo inherente catalogado como extremo.

- El riesgo: Ausencia o inadecuada implementación de los planes ambientales, se encuentra descubierto toda vez que no hay evidencia de ejecución de 3 de los 5 controles diseñados (60%) y registrados en el mapa de riesgos del proceso Desarrollo Estratégico. Los controles son: Revisión permanente del PIGA, Análisis del estado actual y resultados de la Gestión, verificación permanente al cumplimiento de los planes de acción ambiental. Es importante precisar que el riesgo enunciado presenta un análisis de riesgo inherente catalogado como alto, nivel de riesgo residual catalogado como bajo y no cuenta con plan de tratamiento de riesgos asociado.
- El riesgo: Ausencia o inadecuada implementación de los procesos de gestión y control ambiental en el Sistema, se encuentra descubierto toda vez que no se evidenciaron registros de la ejecución de 5 de los 8 (62,5%) controles diseñados y registrados en el mapa de riesgos del proceso Desarrollo Estratégico. Los controles son: Programación de auditorías ambientales, ejecución de auditorías ambientales, seguimiento a la programación y control a los resultados de las auditorías, realización de visitas y controles programados, verificación de cumplimiento de las cláusulas ambientales de los contratos de concesión y la normatividad ambiental vigente. Es importante precisar que el riesgo enunciado presenta un análisis de riesgo inherente catalogado como extremo y un nivel de riesgo residual catalogado como medio, con un plan de tratamiento de riesgos cuya fecha de cumplimiento es septiembre de 2016 y no se ejecutó ya que no han sido asignados los roles y responsabilidades al interior de la Entidad para implementar los procesos de Gestión y Control Ambiental.
- El riesgo: incumplimiento en el Desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentra descubierto toda vez que no hay evidencia de



ejecución por parte de la OAP a 2 de los 3 (67%) controles diseñados y registrados en el mapa de riesgos del proceso Desarrollo Estratégico. Los controles son: Revisión y evaluación de las actividades programadas y seguimiento permanente al cumplimiento del cronograma de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Es importante precisar que el riesgo enunciado presenta un análisis de riesgo inherente catalogado como Alto y un nivel de riesgo residual catalogado como bajo, sin plan de tratamiento de riesgos. Es importante precisar que el SG-SST se encuentra bajo la responsabilidad de la Dirección Corporativa, razón por la cual se hace necesario actualizar el mapa de riesgos.

- Los tres (3) planes de tratamiento de riesgos registrados en el mapa de riesgos del proceso Desarrollo Estratégico se encuentran desactualizados, y para 2 de los 3 (67%) planes, no se evidenciaron registros de su cumplimiento. Tales son: Asignación de roles y responsabilidades al interior de la Entidad para la implementación de los procesos de Gestión y Control Ambiental, y reformulación y revisión del procedimiento de auditoría en concordancia con la normatividad vigente en la materia junto con planear y ejecutar auditoría SIG. Es importante precisar que en las últimas cuatro (4) vigencias, no se realizaron auditorías SIG.

Lo anterior incumple lo establecido en los numerales de las normas: ISO 9001:2008 8.5.3 Acciones preventivas; ISO 9001: 2015 numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades, NTD 001:2001 numeral 4.2.2 Planificación de la Gestión del Riesgo.

## **No conformidad No. 2:**

Debilidad en mantener la integridad y la secuencia e interacción de los procesos del SIG debido a cambios que se han presentado en éste, desde la última auditoría SIG realizada en la Entidad, lo que evidencia desactualización de la plataforma estratégica de la Entidad y en la formulación de planes de acción y de cuadro de mando integral.



Revisar y ajustar los documentos que evidencian la planificación del Sistema Integrado de Gestión de modo que lo que está descrito en los mismos, sea concordante con la realidad de la Entidad.

- La Entidad no demuestra en la cadena de valor y/o mapa de procesos, que se mantiene la integridad del SIG, ni la secuencia e interacción real de los procesos, lo anterior debido a:
- Actualmente existen 15 procesos en la Entidad y en el mapa de procesos se registran 13. Con base en lo publicado en la intranet al corte de la evaluación, se observa que el Mapa de procesos cuenta con última fecha de actualización del 25 de agosto de 2016. Los dos procesos que hacen la diferencia, ubicados mediante la ruta que corresponde a las caracterizaciones son: Gestión de información financiera y Adquisición de bienes y servicios con última fecha de modificación correspondiente al 4 de mayo y 23 de marzo de 2018 respectivamente.
- El mapa de procesos describe 13 procesos, y no registra la existencia de subprocesos en la Entidad; no obstante, mediante la ruta de acceso a las caracterizaciones se evidencian 14 de subprocesos caracterizados tal como se presenta a continuación:

PROCESO REGISTRADO EN MAPA DE PROCESOS	SUBPROCESOS QUE CUENTAN CON CARACTERIZACIÓN Y QUE NO SE REGISTRAN EN EL MAPA DE PROCESOS
Gestión de TIC's	1. Administración de Tecnologías de la Información y comunicaciones. 2. Planeación de tecnologías de las TIC's y comunicaciones. 3. Soporte técnico y atención a usuarios.
Grupos de Interés	1. Comunicación Externa. 2. Comunicación Organizacional. 3. Cultura ciudadana y atención en la vía. 4. Gestión Social. 5. Servicio al ciudadano.
Planeación del SITP	1. Implementación de la infraestructura. 2. Planeación del Transporte. 3. Planeación Infraestructura. 4. Planeación tarifaria.
Gestión Financiera	1. Administración Financiera del recaudo. 2. Control financiero a la remuneración del Sistema.

Fuente: Mapa de procesos intranet al corte de junio 15 de 2018 y ruta de caracterizaciones al mismo corte.



## OTROS INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



- No se evidenciaron registros de que la Plataforma Estratégica de la Entidad haya sido revisada, la misma se encuentra desactualizada.

Lo anterior genera incumplimiento en las normas: ISO 9001:2008 numerales 4.1 literal b) La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener el sistema y determinar la secuencia en interacción en los procesos. Numeral 5.4.2 literal b) La Alta Dirección debe asegurarse de que se mantiene la integridad del sistema cuando se planifican e implementan cambios. Norma ISO 9001:2015 numeral 4.4 Gestión de la Calidad y sus procesos, numeral 6 Planificación para el sistema de gestión de la Calidad, 6.3. Planificación de los cambios.

### **No conformidad No. 3:**

Debilidad en la interiorización de la Política de SIG y de los subsistemas de gestión.

Fortalecer las actividades de divulgación, sensibilización y entendimiento en materia de la política y objetivos del SIG, políticas de SGSI, planeación estratégica y conocimiento de la documentación de los procesos de la Entidad, de modo que se propenda por la interiorización y entendimiento en los colaboradores acerca de las políticas, lineamientos y documentación generando así sentido de pertenencia y enfocando esfuerzos y actividades hacia la mejora continua.

- En la prueba realizada mediante entrevista a los colaboradores de la Oficina Asesora de Planeación, se evidenció que del total de los auditados del proceso Desarrollo Estratégico, algunos no han interiorizado: la Política del SIG, Políticas de SGSI, entre otras, tal como se muestra a continuación:

Preguntas prueba toma de conciencia	No Cumple	%
Conoce y entiende la política del SIG	2 de 7	29%
¿Conoce el código de ética de la Entidad y los valores corporativos?	3 de 4	75%
¿Garantiza la seguridad de la información en tu puesto de trabajo? ¿Sabe ubicar las políticas de SGSI en la intranet?	3 de 4	75%
¿Sabe ubicar Mapas de riesgos y documentación del proceso en la intranet?	3 de 4	75%
¿Conoce la directiva presidencial 04/2012 cero papel y la aplica?	0 de 7	100%
¿Conoce los peligros o riesgos laborales a los que está expuesto en su puesto de trabajo?	2 de 7	29%
¿Consume alimentos en su puesto de trabajo?	7 de 7	100%

Fuente: Prueba de auditoría toma de conciencia realizada por la OCI a colaboradores del proceso Desarrollo Estratégico al corte de junio 12 de 2018.

- Durante la prueba de indagación realizada a colaboradores de todas las dependencias de la entidad, se evidenció debilidad de interiorización de la política del SIG, entre otros, en 12 de 13 procesos registrados en el mapa de procesos de la Entidad.

Lo anterior incumple lo establecido en el las normas: ISO 9001:2015; 7.3 (a, b, c, d) Toma de Conciencia, ISO 9001:2008; 5.3 (d) La política debe ser comunicada y entendida dentro de la organización, ISO 14001:2004; 4.2 Política Ambiental, ISO 14001:2015 Política Ambiental; 5,2 (a, b, c, d, e), OHSAS 18001:2007; 4,2 (a, b, c, d, e, f, g, h) Política del SG-SST, ISO 27001:2007, 5,2 (a, b, c, d, e, f, g) Política de Seguridad de la Información.

#### **No conformidad No. 4:**

Debilidad en la gestión de acciones preventivas y de mejora en la Entidad.

Adelantar acciones y actividades tendientes a cumplir con lo definido en el procedimiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora con código P-OP-017-1 de modo que se logre evidenciar la mejora continua en la Entidad.

- La Entidad no garantiza adecuada y oportuna gestión a las acciones preventivas y de mejora, ya que durante el segundo semestre de 2017 y hasta el 30 de abril de 2018, no se realizó seguimiento ni solicitud de envío de la documentación de acciones correctivas, preventivas y de mejora desde la Oficina Asesora de Planeación, por lo que los dueños de proceso no enviaron trimestralmente a la Oficina Asesora de Planeación para su consolidación y análisis tales acciones, las cuales debieron registrarse y consolidarse en el formato R-OP-025, incumpliendo el numeral 6.5. del Procedimiento P-OP-017-1 Acciones correctivas, preventivas y de mejora del Sistema Integrado de Gestión.
- En el 92,3% de los procesos auditados (12 de 13) no se toma como fuente para la toma y documentación de acciones preventivas y de mejora la totalidad de las definidas en el procedimiento P-OP-017-1, en la mayoría de procesos se utilizan solamente los informes de auditoría para efectos de documentar acciones correctivas. No se evidenciaron planes de mejoramiento derivados de otras fuentes tales como: Propuestas de mejoramiento resultado de actividades de autocontrol durante el desempeño del proceso, los resultados de encuestas de satisfacción, peticiones, quejas y/o reclamos, la gestión de riesgos, el producto no conforme, y los demás definidos en el numeral 6.1 del procedimiento P-OP-17-1 Acciones correctivas y preventivas del SIG.

Con lo anterior, es importante precisar que en virtud del Modelo Integrado de Planeación de la Gestión, como primera línea de defensa las Gerencias Operativas (en este caso la Oficina Asesora de Planeación) son responsables de los riesgos y los deben gestionar, son también responsables de implementación de acciones tanto correctivas como preventivas para hacer frente a las deficiencias del proceso y control, y son responsables de ejecutar procedimientos de control sobre los riesgos de manera constante en el día a día, más aún cuando la Oficina Asesora de Planeación es la líder en la Entidad del tema enunciado.

#### **No conformidad No. 5:**

Debilidad en el control de documentos de los procesos de la Entidad.



## OTROS INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



Implementar mecanismos de control que permitan mantener actualizados los documentos controlados mediante el SIG y efectuar revisión a la documentación del SIG publicada en la intranet al interior de todos los micrositios de los procesos, con el objetivo de promover la mejora continua y el debido control a la documentación.

- En el SIG no se garantiza adecuado cumplimiento a los lineamientos definidos por la Entidad en materia de control y actualización de documentos ya que se encontraron documentos publicados en los micrositios de los procesos en la intranet, que no corresponden a los procesos. Tal es el caso del proceso Gestión Financiera, en donde se evidenció que 17 de 30 (57%) de los documentos oficiales no corresponden al proceso, Lo anterior incumple con lo establecido en las normas: ISO 9001:2008 4.2.3 (b) Los documentos del Sistema deben revisarse y actualizarse cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente, 9001:2015; 7.5.3.2 (c) Para el control de la información documentada, la organización debe controlar los cambios (por ejemplo el control de versión).
- El procedimiento P-OP-022 Gestión de la Responsabilidad Social con última fecha de actualización 2015 se encuentra ubicado en el micrositio del proceso Desarrollo Estratégico, y su codificación ratifica que es responsabilidad de dicho proceso, no obstante, mediante entrevista, funcionarios de la OAP manifestaron que dicho procesos es responsabilidad de la Subgerencia de Atención al Usuario y Comunicaciones.
- Los procedimientos: P-OP-001-2 Control de documentos, P-OP-002-1 Control del producto no conforme, P-OP-017-1 y P-OP-023 Indicadores de gestión se encontraron desactualizados ya que en los numerales documentos referencia, se evidenciaron Decretos y normas que actualmente están derogadas como por ejemplo Ley 872 de 2003 entre otras, y no cuentan con la normativa vigente aplicable como el Decreto 1499 de 2017. Lo anterior evidencia debilidad en la actualización de los documentos.
- El Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, con código M-DA-005-1 y el procedimiento P-DA-002 notificación, reporte, investigación, y

seguimiento de accidentes de trabajo con código P-DA-002 se encontraron en el micrositio del proceso Desarrollo Estratégico, empero el código del mismo ratifica que es responsabilidad de la Dirección Administrativa (Hoy Dirección Corporativa) y debería estar publicado en el micrositio del proceso Gestión Humana en virtud de lo definido en el Acuerdo 007 de 2017. Lo anterior evidencia debilidad en el control de documentos.

- Se evidenciaron documentos desactualizados, ya que sus últimas fechas de actualización datan de: noviembre 23 de 2012 (P-DA-002 ubicado en el micrositio del proceso Desarrollo Estratégico), junio de 2014 (P-OP-015), octubre de 2015 (P-OP-022) diciembre de 2015 (P-OP-002-1) diciembre de 2015 (P-OP-017-1), julio de 2016 (P-OP-001), enero de 2016 (P-OP-0123), diciembre de 2014 (caracterizaciones del proceso Gestión Financiera) y todos los mapas de riesgos de la Entidad, entre otros, incumpliendo lo definido en el procedimiento de Control de los Documentos del SIG con código P-OP-01-2 en el numeral 6.1 Generalidades, en donde se define que los documentos oficiales del SIG, son completamente dinámicos, permitiendo así su permanente revisión, y actualización de acuerdo con la variación o mejoramiento de las condiciones iniciales de operación.
- En virtud del acuerdo 007 de 2017, los procesos de Gestión Financiera y contratación sufrieron modificaciones tanto a nivel documental como estratégico, no obstante al corte de la evaluación el mapa de procesos no ha sido actualizado, ni algunos de los procedimientos aplicables, evidenciando debilidad en la Planeación Estratégica y del SIG de la Entidad.

Lo anterior incumple con lo establecido en las normas: ISO 9001:2008 4.2.3 Control de documentos, 9001:2015; 7.5. Información documentada.

#### **No conformidad No. 6:**

Debilidad en cumplimiento de requisitos legales en el Sistema de Gestión Ambiental y en la actualización de documentos del Sistema de Gestión Ambiental.



## OTROS INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



Liderar, apoyar y proveer los recursos necesarios para que se actualice la matriz de aspectos e impactos ambientales de la Entidad al igual que los programas de gestión ambiental definidos en el marco del PIGA, junto con el acta de concertación, con el objetivo de dar cumplimiento a la normatividad legal vigente aplicable y propender por la implementación adecuada y oportuna del Sistema de Gestión Ambiental.

- La Entidad no garantiza adecuada gestión ambiental, ya que se evidenció que la matriz de aspectos e impactos ambientales publicada en la intranet al corte de la evaluación se encuentra desactualizada toda vez que presenta aspectos e impactos ambientales aplicables a la sede anterior y no al edificio actual y se hace necesario revisar la normatividad aplicable a la Entidad en materia ambiental.
- No se evidencia acta de concertación con la secretaría Distrital de Ambiente en virtud del cambio de Sede administrativa, lo que significa que el PIGA se encuentra desactualizado en razón de lo enunciado anteriormente y la última acta de concertación con la secretaría de ambiente se encuentra con fecha de noviembre de 2016.
- No se evidenció asignación de roles y responsabilidades en virtud de la Gerencia y/o liderazgo del Subsistema de Gestión Ambiental a nivel directivo, incumpliendo la resolución 242 de 2014.

Lo anterior genera incumplimiento a la norma ISO 14001:2007 en los numerales 4.3.1 Aspectos ambientales, 4.3.2.1 Requisitos legales, e ISO 14001:2015 numerales 6.1.2 Aspectos ambientales significativos, y 6.1.4 Riesgo asociado con amenazas y oportunidades 6.1.3 Obligaciones de Cumplimiento.

### **No conformidad No. 7:**

Debilidad en la gestión de la Revisión por la Dirección.

Evidenciar en los registros relacionados con las actas de comité SIG la gestión directiva frente a toma de decisiones referente al Sistema de Gestión Ambiental.



- No se evidenció en las tres (3) actas del comité SIG realizadas durante la vigencia 2017 la toma de decisiones frente a resultados obtenidos, recursos asociadas y cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión ambiental, frente al cambio en la sede administrativa. De igual manera la revisión por la dirección no evidenciaron los elementos de entrada que exige la norma ISO 14001, ni sus resultados

Lo anterior genera incumplimiento en la norma ISO 14001:2008 numeral 4.6.1 Revisión del Sistema de Gestión Ambiental y la ISO 14001:2015 numeral 9.3 Revisión por la Dirección

## **OBSERVACIONES.**

### **Observación No. 1:**

Fortalecer actividades de promoción y prevención en materia de bienestar laboral y riesgos de Seguridad de la información a los colaboradores del proceso Desarrollo Estratégico, con el fin de prevenir el riesgo que al consumir alimentos en el puesto de trabajo, se puedan ver afectados los equipos y documentos y dar cumplimiento con lo definido en las políticas de SG-SST y de SGSI de la Entidad. De los 7 entrevistados, todos manifiestan haber consumido al menos agua y/o tinto, y algunos alimentos pequeños como fruta y paquetes en sus puestos de trabajo.

Lo anterior podría generar incumplimiento en las normas ISO 9001:2008 numeral 6.4 Ambiente de trabajo, e ISO 9001:2015 numeral 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos, OHSAS 18001:2007 Control Operacional, ISO 27001:2007, 5,2 (a, b, c, d, e, f, g) Política de Seguridad de la Información.

La presente observación será direccionada como no conformidad al proceso responsable del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo.

### **Observación No. 2:**

Asegurar la conservación de los documentos originales de la entidad, con el fin de evitar la pérdida de memoria institucional a través de la adecuada aplicación de las TRD desde la producción de un documento, hasta que es archivado por archivo central, ya que se



## OTROS INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



evidenció que, a la documentación producida en la dependencia, y radicada mediante el sistema de información CORDIS, no se le aplica la TRD desde el momento de creación del documento, lo que evidencia riesgo descubierto de pérdida de la información y de la memoria institucional. Lo anterior debido a que, si bien el CORDIS cuenta con los campos para vincular la serie, la subserie, el expediente y la ubicación del documento, tales campos no están parametrizados de modo que pueda ser aplicada la TRD.

Lo anterior podría generar incumplimiento en las normas ISO 9001:2008 numeral 4.2.1 (d) Requisitos de la documentación generalidades ISO 9001:2015 Información documentada generalidades. Decreto 2609 de 2012 Artículos 7, 8 y 9.

La presente observación será direccionada como no conformidad al proceso responsable del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo.

### BALANCE DE LA AUDITORÍA:

Proceso Auditado	Total No Conformidades	Total Observaciones
Desarrollo Estratégico	7	2

### FORTALEZAS:

- La disposición de los entrevistados para atender la auditoría.
- La disposición de los funcionarios de la Oficina Asesora de Planeación, para atender a las recomendaciones efectuadas por la OCI derivadas del ejercicio auditor.
- La información solicitada por el equipo auditor fue suministrada oportunamente.
- La proactividad de los funcionarios de la dependencia en documentar acciones correctivas encaminadas a la efectiva gestión de acciones correctivas y preventivas (reporte matriz R-OP-025 con acciones registradas en virtud de documentación y gestión de la OAP).

### SOLICITUD PLAN DE MEJORAMIENTO:

De acuerdo con lo establecido en el procedimiento “P-PO-017-1 Acciones correctivas y preventivas del SIG, se debe presentar un Plan de Mejoramiento que contenga las



## OTROS INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



correcciones, acciones correctivas, preventivas y/o de mejora derivadas de las No Conformidades y observaciones contenidas en el Informe de Auditoría. Dicho Plan de Mejoramiento deberá formularse en el -CI-011 Plan de Mejoramiento, el cual se encuentra en la Intranet de la Entidad en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión, en el Proceso de Evaluación y Mejoramiento de la Gestión.

Para lo anterior, si los líderes del proceso lo requieren, la Oficina de Control Interno dentro de su rol de asesoría y acompañamiento, puede asesorar en la formulación metodológica del Plan de Mejoramiento, que deberá presentarse dentro de los cinco días hábiles siguientes al recibo del informe de auditoría.

Los hallazgos y observaciones relacionados en el presente informe corresponden a la evaluación realizada conforme a la Planeación del trabajo de Auditoría dentro del alcance establecido, por lo tanto, es responsabilidad del área auditada, efectuar una revisión de carácter general sobre los aspectos evaluados.

Cualquier información adicional con gusto será suministrada.

Bogotá D.C., 11 de julio de 2018.

**Luis Antonio Rodríguez Orozco**

Jefe Oficina de Control Interno

**Elaboró:** Luz Marina Díaz Ramírez, Contratista de la Oficina de Control Interno.

Gilberto Antonio Padilla, Profesional Especializado Grado 6 de la Dirección Técnica de Buses.