



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



**N° INFORME:** OCI-2019-064

**PROCESO / ACTIVIDAD REALIZADA:** Proceso Desarrollo Estratégico.

**RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO/ACTIVIDAD:** Jefe Oficina Asesora de Planeación.

**EQUIPO AUDITOR:** Oscar Pulgarin Lara, Profesional Universitario Grado 4 (auditor Líder)

José Luis Soto Dueñas, Contratista

Santiago Santos Sánchez, Contratista

Luz Marina Díaz Ramírez, Coordinador, Contratista

### OBJETIVOS:

1. Evaluar la Administración del riesgo del Proceso Desarrollo Estratégico a través de una auditoría de aseguramiento.
2. Evaluar el diseño y efectividad operativa en la aplicación de controles necesarios para mitigar los riesgos asociados al proceso.
3. Evaluar el cumplimiento de la normativa externa e interna, considerando las políticas y procedimientos aplicables al proceso.

### ALCANCE:

El alcance previsto para este trabajo de auditoría corresponde al proceso Desarrollo Estratégico que dentro de la cadena de valor de la Entidad hace parte de los procesos estratégicos. Debido a que el mapa de riesgos del proceso fue publicado en el micrositio del MIPG el 11 de junio de 2019 y a los parámetros de periodicidad establecidos para los controles, no se adelantaron las pruebas de aplicación de éstos, sin embargo, se evaluó el diseño de los mismos teniendo en cuenta la metodología establecida por la Entidad, que incluye lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP. Las actividades evaluadas correspondieron a: Planeación presupuestal,



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



Planeación Estratégica, Formulación y seguimiento a Planes, programas y proyectos, Gestión ambiental, Control de documentos y en general el Sistema de Gestión.

Las actividades que se describen a continuación no fueron evaluadas en este ejercicio de la presente auditoría, debido a que hacen parte de otros trabajos adelantados por la Oficina de Control Interno:

- Plan Anticorrupción y Atención a la Ciudadanía (PAAC).
- Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA).
- Gestión del riesgo.
- Normograma.

### DECLARACIÓN:

Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el equipo auditor a cargo del trabajo.

Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.

### CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 87 de 1993 “Por el cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011 *“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”*.



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO

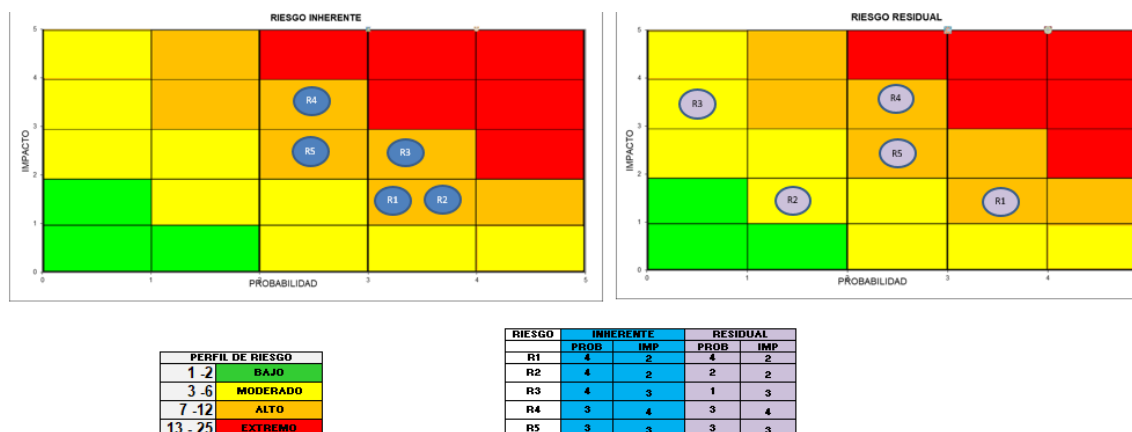


- Decreto 1499 de 2017 *“Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”*.
- Caracterización del Proceso Desarrollo Estratégico, indicadores, mapas de riesgos del proceso, manuales, procedimientos y demás documentos del Proceso, publicados en la Intranet al corte de la evaluación.
- La restante normatividad interna y/o externa asociada con el proceso auditado.

### RIESGOS CUBIERTOS:

#### Riesgos del Proceso Vigentes

La Oficina de Control Interno tomó como insumo el mapa de riesgos del Proceso de Desarrollo Estratégico descargado del micrositio de MIPG el 21 de agosto de 2019 y que reposa en la carpeta electrónica de los documentos asociados a la auditoría. El proceso cuenta con cinco (5) riesgos, los cuales sin aplicación de control (Riesgo Inherente) se encuentran ubicados en el perfil Alto, y una vez aplicados los controles (riesgo residual) tres (3) continuaron en el perfil Alto y dos (2) fueron desplazados al cuadrante moderado, tal y como se muestra en el mapa térmico del proceso relacionado a continuación:



Fuente: Mapa de riesgos proceso Desarrollo Estratégico, descargado del micrositio de la intranet el 21 de agosto de 2019

## Riesgos Identificados por la Oficina de Control Interno

Los siguientes riesgos se identificaron producto del análisis y desarrollo de pruebas aplicadas a las diferentes actividades del Proceso Desarrollo Estratégico:

- Incumplimiento a la normatividad legal vigente debido a falta supervisión en el pago y/o aportes al SG-SST, quedando al descubierto la cobertura en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Pérdida de información y/o imposibilidad de recuperarla por contar con documentos que registran actividades que no son concordantes con la realidad del proceso.
- Deficiente monitoreo y seguimiento a los indicadores del cuadro de mando integral de la Entidad.

## DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO:

Durante la auditoría efectuada al Proceso Desarrollo Estratégico, y teniendo en cuenta el objetivo y alcance descritos anteriormente, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Entendimiento del proceso:** Se llevó a cabo el entendimiento del proceso basado en entrevista realizadas a los colaboradores de la Oficina Asesora de Planeación responsables de cada actividad auditada.

- b) Diseño del programa de trabajo:** Basados en el entendimiento adquirido del Proceso, la Oficina de Control Interno, diseñó planes de pruebas, que a través de su ejecución permitiera determinar el adecuado diseño, la existencia, funcionalidad y aplicación de los controles y requisitos identificados para el proceso.
- c) Obtención y análisis de la información objeto de la auditoría:** Teniendo en cuenta la metodología definida por la Oficina de Control Interno de la Entidad, fue solicitada la información objeto de la auditoría para seleccionar muestras con el fin de validar los controles claves y requisitos establecidos en el proceso.
- Dentro de las pruebas ejecutadas, se encontraron debilidades en actividades relevantes del proceso tales como: actualización de documentos, incumplimiento a manual de gestión del riesgo, a los procedimientos de gestión de residuos en áreas administrativas, al procedimiento de control de documentos, al procedimiento de indicadores de gestión y a los aportes al sistema de seguridad social por parte de contratistas de la Oficina Asesora de Planeación.

Por otra parte, se encontraron observaciones y recomendaciones asociadas con la Plataforma Estratégica, con la supervisión de los contratos adscritos a la Oficina Asesora de Planeación, con actividades relacionadas con la programación y ejecución presupuestal y con actividades asociadas con controles en las modificaciones presupuestales. La descripción de cada una se relaciona a continuación:

- Debilidad en el cumplimiento del Procedimiento Gestión de residuos en las áreas administradas por TRANSMILENIO S.A. Se realizó verificación a las actividades descritas en el procedimiento en mención, el cual se encuentra asociado al proceso de Desarrollo Estratégico, encontrando debilidades que se describen en el hallazgo No.1
- Revisión de los pagos de la Seguridad Social de los Contratistas de la Oficina Asesora de Planeación: Con el fin de verificar el pago oportuno al Sistema de Seguridad Social de los contratistas que prestan sus servicios profesionales a la Oficina Asesora de



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



Planeación (OAP) y los controles en la supervisión de éstos, la Oficina de Control Interno procedió a descargar de la plataforma del SECOP (Sistema Electrónico de Contratación Pública), los pagos de seguridad social anexo a cada una de las cuentas de cobro de cada contratista para los meses de abril, mayo, junio y julio de 2019. Debido a las inconsistencias encontradas se generó el hallazgo No. 2

- Incumplimiento Parcial al Manual para la Gestión del Riesgo M-OP-002-Versión 3. La Oficina de Control Interno realizó la verificación al cumplimiento de los requisitos para el diseño de controles de los riesgos identificados en la matriz para el proceso Desarrollo Estratégico, los cuales se encuentran establecidos en el Manual para la Gestión del Riesgo M-OP-003-Versión 3 y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP Versión 4. De los resultados obtenidos, se generó el hallazgo No.3
- Debilidad en el seguimiento de Indicadores: Se revisó el cumplimiento a lo establecido en el procedimiento P-OP-023 V2 Indicadores de Gestión, en el cual se detectaron debilidades las cuales se describen en el hallazgo No.4
- Desactualización del Listado Maestro de Documentos: La Oficina de Control Interno verificó la relación de los documentos publicados en la Intranet de la Entidad (MIPG) en el Listado Maestro de Documentos, evidenciando que existen inconsistencias tales como documentos no relacionados, documentos relacionados en otros procesos, versiones desactualizadas, etc., lo cual se encuentra descrito en el hallazgo No.5.
- Aprobación Plataforma Estratégica: La Oficina de Control Interno, no obtuvo evidencia documental de la participación de la Gerente General en las mesas de trabajo de la aprobación de la nueva plataforma estratégica de la Entidad. Adicional, pese a las explicaciones dadas sobre la pertinencia de haber realizado la actualización de la misma faltando tan poco tiempo para el cambio de la Administración tanto en el orden Distrital como a nivel de la Entidad, existe la probabilidad de que dicha plataforma sea objeto de modificación por parte de la administración entrante.



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



- Revisión informes de Supervisión Contratistas Oficina Asesora de Planeación: Como parte del trabajo, la Oficina de Control Interno verificó los informes registrados en el aplicativo SECOP, encontrando que los Informes de supervisión de los contratos suscritos por la Oficina Asesora de Planeación vigentes en el periodo de auditoría, no se encuentran acordes a los lineamientos establecidos en el Manual de Supervisión e Interventoría M-DA-015 (Anteriormente M-SJ-002), toda vez que de acuerdo a las funciones del interventor y/o supervisor, se deben incluir dentro del informe lo relativo a ejecución física, financiera, verificación de los riegos, avance, recomendaciones y demás aspectos relevantes del contrato que se vigila. Del análisis y las pruebas realizadas se presenta la recomendación 1.
- Verificación ejecución presupuestal 2018-2019: Se solicitó mediante correo electrónico al área de presupuestos de la Entidad, la ejecución correspondiente al año 2018 y a julio de 2019 correspondiente a la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de hacer un análisis del comportamiento y cumplimiento de la misma. Se pudo observar que para el año 2018 el valor del presupuesto inicial se disminuyó en un 75% pasando de \$1.389.793.557 a \$351.868.620. Además, con la información aportada por presupuesto de la Entidad, se evidenció que las modificaciones que se realizaron, la gran mayoría fueron entre los meses de septiembre y diciembre del mismo año. En cuanto al presupuesto de la presente vigencia y con corte a 31 de julio, el porcentaje de ejecución se encuentra en un 41% del total del presupuesto para la dependencia de \$765.000.000. Respecto a lo observado se genera la recomendación No.2
- Referenciación Competitiva: La Oficina de Control Interno, durante el periodo evaluado, evidenció que aún continúa vigente en los documentos del proceso el instructivo I-OP-002 de 2016 Referenciación Competitiva que, como consecuencia de la auditoría realizada en el año 2018, fue objeto de un hallazgo y que según su plan de mejoramiento la acción de mejora estaba programada para finalizar en julio de 2019 y aún no se ha dado. Por lo anterior se realiza la recomendación No.3

- Con relación a las modificaciones al plan de adquisiciones, la Oficina de Control Interno, mediante reunión realizada el 16 de Septiembre de 2019, solicitó al profesional Especializado de Gestión Corporativa, las evidencias del punto de control definido en la etapa 50 del numeral 7.2 Modificación al Plan de Acción (Plan de Adquisiciones) del Procedimiento P-OP-018 V. 2 Elaboración, modificación y seguimiento del plan de Acción institucional, relacionadas con la revisión de las modificaciones que se realizan al Plan Anual de Adquisiciones. Dichos soportes fueron suministrados por correo electrónico en los que se evidencian observaciones y recomendaciones, no obstante, en el procedimiento no es claro el tipo de aprobación que realiza la Oficina Asesora de Planeación, descrito en la etapa 40, ni las acciones a seguir cuando se considere que las modificaciones del Plan anual de Adquisiciones remitidas por las diferentes dependencias no son pertinentes (etapa 50). Recomendación No. 4.
- d) **Entregables contrato 738 de 2018:** Como parte del trabajo realizado por la Oficina de Control Interno, se realizó una verificación de las obligaciones contractuales en cuanto a los entregables producto de la consultoría versus los soportes que dan respuesta a dichas obligaciones, verificando entre otras cosas: las actas de reunión entre el asesor y la Oficina Asesora de Planeación, los soportes de reunión entre el contratista y las dependencias de la entidad, las actas de reunión entre el contratista y la representante legal de la Entidad, la validación y aprobación de la actualización de la Plataforma estratégica por parte del cuerpo directivo y de la junta directiva de TRANSMILENIO S.A.
- Análisis y socialización del Informe con el líder del proceso: Los hallazgos fueron socializados con la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación el 24 de septiembre de 2019.

### FORTALEZAS:



1. Disposición para atender la auditoría por parte de la Jefe de la Oficina de Planeación y del personal del proceso de Desarrollo Estratégico.
2. Las actividades que se realizan desde el proceso en Gestión ambiental externa y Coordinación Interinstitucional, ya que desde éstas, se formulan proyectos que se alinean a políticas y normas nacionales y distritales y la renovación de la flota.

## Avance del Plan de Mejoramiento Vigente al Inicio de la Auditoría:

Durante el ejercicio de esta auditoría no se analizó el plan de mejoramiento vigente, ya que el seguimiento fue realizado en junio de 2019 según memorando con radicado número 2019-80101-CI-06591 con corte al 30 de junio de 2019, el cual presentó los siguientes resultados:

Informe de Auditoría	Acciones Propuestas	Acciones Cerradas	Acciones Vencidas	Acciones Abiertas
OCI-2018-070	1	0	0	1

## HALLAZGOS

A continuación, se presenta un resumen ejecutivo de los hallazgos:

Nº	Título de Hallazgo	Repetitivo
1	Debilidad en el cumplimiento del Procedimiento P-OP-011 Gestión de residuos en las áreas administradas por TRANSMILENIO S.A.	No
2	Debilidad en la supervisión de contratos PSP en razón a que los pagos al Sistema de Seguridad Social fueron realizados sin el pago a la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL)	No
3	Incumplimiento Parcial al Manual para la Gestión del Riesgo M-OP-002-Versión 3 (Diseño de Controles).	No
4	Deficiencia en el monitoreo y seguimiento a los Indicadores de Gestión registrados en el cuadro de mando integral	No
5	Desactualización del Listado Maestro de Documentos	No



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



### **Hallazgo N° 1 – Debilidad en el cumplimiento del Procedimiento P-OP-011 Gestión de residuos en las áreas administradas por TRANSMILENIO S.A.**

#### **Descripción del Hallazgo o Situación Encontrada:**

La Oficina de Control Interno realizó la verificación del cumplimiento a lo establecido en el procedimiento P-OP-011 V0 Gestión de Residuos en las áreas administradas por TRANSMILENIO S.A., de fecha mayo 9 de 2014 y que hace parte de los documentos asociados al proceso de Desarrollo Estratégico, evidenciando que se encuentra desactualizado y algunas de las actividades que deberían realizar no se están cumpliendo como son:

- a) No se evidenciaron soportes sobre las actividades de capacitación y/o sensibilización, tal como lo define el numeral 7.1 Capacitación y Divulgación del procedimiento P-OP-011 V0 Gestión de Residuos en las áreas administradas por TRANSMILENIO S.A., que buscan fortalecer la cultura ambiental en los trabajadores de la Entidad en torno a la gestión de los residuos generados. Si bien se han efectuado campañas de sensibilización a través de la intranet y medios de comunicación internos, en aspectos relacionados con el sistema de gestión ambiental, tales campañas no dan respuesta a lo requerido mediante el procedimiento mencionado frente a las capacitaciones que deben suministrarse.
- b) Con lo anterior, fueron solicitados los registros de capacitaciones al profesional Especializado de Talento humano, mediante correo electrónico de fecha septiembre 13 de 2019, para corroborar lo establecido en el numeral 7,1 (Capacitación y divulgación) del procedimiento P-OP-11, quien manifestó que "para el periodo comprendido entre el 02 de enero y el 31 de julio de 2019 no hemos recibido solicitudes de capacitación en el tema de Gestión de Residuos"; dicho numeral indica que es él el responsable de verificar que los funcionarios, contratistas, personal de aseo, mantenimiento, vigilancia y demás trabajadores vinculados, se encuentran capacitados y/o sensibilizados en Gestión de Residuos.



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



- c) No se evidenciaron registros del cumplimiento por parte de la Fundación Revivir, con quien TRANSMILENIO S.A, suscribió un acuerdo de corresponsabilidad en el año 2014 y que va hasta el 2020, del compromiso: "5. Brindar apoyo en educación ambiental (manejo integral de residuos)". Según lo informado por el Técnico Administrativo Grado 2 de la Dirección Corporativa, TRANSMILENIO S.A., no está entregando el material para reciclar en las condiciones establecidas, debido al cambio de sede. Cabe mencionar respecto a este tema que el 17 de mayo de 2019 la Fundación, mediante comunicación dirigida a la Entidad, manifestó la problemática que se viene presentando.
- d) Adecuación y disponibilidad de los puntos destinados a la separación en la fuente de los residuos: Se logró evidenciar que TRANSMILENIO S.A., no cuenta con un sitio adecuado y destinado para realizar la separación de residuos. El personal encargado del aseo en la Entidad, una vez realiza la operación de separación, dispone en los baños destinados para el personal discapacitado, las bolsas con los residuos, obstaculizando su acceso. Del mismo modo, cuando la empresa encargada de recolectar las basuras recoge estas bolsas, éstos reciclan lo que les sirve, por tanto, la fundación Revivir no está recibiendo el material.
- e) El procedimiento se encuentra desactualizado, ya que en éste se mencionan términos como:
- El responsable por la elaboración, implementación y mantenimiento de este documento es el Profesional Universitario Grado 03 y éste profesional no se encuentra adscrito a la Oficina Asesora de Planeación.
  - Manual Para la Gestión Integral de Residuos en las Áreas Administradas por TRANSMILENIO S.A., el cual es mencionado en el procedimiento y es criterio del mismo, no se encuentra en el micrositio de MIPG para el proceso de Desarrollo Estratégico.



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



- El Formato de Articulación Acuerdo de Corresponsabilidad R-OP-018 no se encuentra en el micrositio de MIPG para el proceso de Desarrollo Estratégico.
- El procedimiento menciona a la Dirección Administrativa y de acuerdo con lo definido en el Acuerdo 007 de 2017, se denomina Dirección Corporativa.

### **Posible Causa Identificada por la Oficina de Control Interno:**

- Deficiencia en el control de la ejecución de las actividades.
- Falta de revisión periódica de la documentación, para comprobar su ejecución y actualización.

### **Descripción del Riesgo.**

- Incumplimiento a criterios internos de TRANSMILENIO S.A

### **Descripción del Impacto:**

- Duplicidad de tareas o actividades.
- No cumplimiento de los objetivos Ambientales de la Entidad.
- Incumplir disposiciones ambientales por la falta de socialización y capacitación.

### **Recomendaciones:**

1. Actualizar las actividades y responsabilidades establecidas en el procedimiento en mención.
2. Definir claramente los roles dentro del procedimiento.
3. Actualizar la documentación y herramientas para la Gestión Ambiental en el micrositio de MIPG.
4. Divulgar el procedimiento a todos sus responsables.
5. Evidenciar las actividades de capacitación en materia de Gestión ambiental a los colaboradores de la Entidad en todos los niveles jerárquicos.

6. Incluir en el Programa de Capacitación (PIC) de la Entidad los temas en materia ambiental.

**Hallazgo N° 2 – Debilidad en la supervisión de contratos PSP en razón a que los pagos al Sistema de Seguridad Social fueron realizados sin pago a la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL).**

**Descripción del Hallazgo o Situación Encontrada:**

Con el fin de verificar el pago oportuno al Sistema de Seguridad Social de los contratistas que prestan sus servicios profesionales a la Oficina Asesora de Planeación (OAP) y los controles en la supervisión de éste, la Oficina de Control Interno procedió a descargar de la plataforma del SECOP (Sistema Electrónico de Contratación Pública) los pagos de seguridad social anexos a cada una de las cuentas de cobro de cada contratista para los meses de abril, mayo, junio y julio de 2019.

Se evidenció debilidad en la supervisión de contratos PSP (Prestación de Servicios Profesionales) de la Oficina Asesora de Planeación, toda vez que se aprobaron pagos de cuentas de cobro sin el cumplimiento de algunos de los requisitos exigidos. Una vez revisada y analizada la información en las planillas de pago de seguridad social de los meses de abril, mayo, junio y julio de 2019, se evidenció debilidades en el pago al Sistema de Seguridad Social de los contratistas y en la supervisión del mismo, ya que 2 de 5 contratistas, correspondiente al 40% del total de la Oficina Asesora de Planeación, no cuenta con el pago a la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) correspondiente a la cotización del nivel de riesgo I. Lo anterior evidencia materialización del riesgo de no cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales a los Colaboradores de la Entidad, asumiendo gastos que pueda incurrir el contratista o la Entidad según aplique, derivados de prestaciones asistenciales otorgadas por accidentes o enfermedades laborales. Por lo cual se incumple lo requerido en el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo 1072 de 2015 del Ministerio de Trabajo en sus artículos:

Artículo 2.2.4.2.2.13. Pago de la cotización. PARÁGRAFO 1. El contratante deberá verificar el pago mensual de aportes por parte de los trabajadores independientes al Sistema General de Riesgos Laborales.

Artículo 2.2.4.6.28. numeral 3. Verificar antes del inicio del trabajo y periódicamente, el cumplimiento de la obligación de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, considerando la rotación del personal por parte de los proveedores contratistas y subcontratistas, de conformidad con la normatividad vigente.

**Posibles Causas Identificada por la Oficina de Control Interno:**

- Debilidad en la supervisión de contratos
- Desconocimiento de las políticas y de normatividad aplicable

**Descripción del Riesgo.**

- Asumir gastos que pueda incurrir la Entidad o sus Colaboradores, derivados de prestaciones asistenciales otorgadas por accidentes o enfermedades laborales cuando un colaborador no se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales.
- Inicio de procesos por parte de los organismos de control por incumplimiento de la normatividad.

**Descripción del Impacto:**

- Costos adicionales por prestaciones asistenciales en riesgos laborales.
- Mala reputación y posibles demandas a la Entidad.
- Incurrir en causales de mala conducta por supervisiones débiles

**Recomendaciones:**

1. Revisar para todos los periodos de pago las cuentas de cobro de los contratos de prestación de servicios profesionales activos en el área, verificar la liquidación y el

debido pago de la Seguridad Social y subsanar cualquier desviación que se presente, al igual subsanar las desviaciones encontradas por la Oficina de Control Interno.

2. Fortalecer las actividades de supervisión y los controles asociados a la verificación del pago de Seguridad Social de colaboradores de la Entidad que prestan sus servicios en la Oficina Asesora de Planeación.

### **Hallazgo N° 3 – Incumplimiento Parcial al Manual para la Gestión del Riesgo M-OP-002-Versión 3 (Diseño de Controles)**

#### **Descripción del Hallazgo o Situación Encontrada:**

Como parte de la evaluación de la gestión del riesgo del proceso y la verificación del diseño y efectividad de los controles, la Oficina de Control Interno verificó los riesgos y controles establecidos en la Matriz registrada en el micrositio de MIPG, para el proceso de Desarrollo Estratégico evidenciado que algunos de estos presentan debilidad frente a los siguientes temas:

a) Control No.8: "El Profesional Especializado (06) de Gestión Ambiental, ha establecido un formato (...)", en este no se especifica el cómo se realiza la actividad del control, incumpliendo lo establecido en el Manual para la Gestión del Riesgo en TRANSMILENIO. S.A., en su numeral 7.3.3.1 en concordancia con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP Versión 4 de Octubre 2018, numeral 3.2.2 los cuales establecen que: "Paso 4: Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control".

b) Para el riesgo No. 5 denominado "Emitir conceptos técnicos ambientales alineados con el marco normativo y que no sean incorporados por las áreas dentro de sus actividades de planeación y operación", se evidenció en la matriz de riesgo de gestión, en la columna denominada Descripción aparece la siguiente expresión: "No cuenta con control(es) asociado(s)". Lo anterior incumple, lo establecido en el Manual para la Gestión



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



del Riesgo M-OP-003-Versión 3, en su numeral 6.6 Tratamiento del Riesgo, en donde se menciona: "TRANSMILENIO S.A. ha definido como tratamiento de riesgo, **que todos los riesgos deben ser mitigados**, definiendo acciones de control frente a las causas, así como a los impactos." (negrilla y subrayado fuera de texto).

### **Posible Causa Identificada por la Oficina de Control Interno:**

- Falta de socialización de la metodología al interior del proceso

### **Descripción del Riesgo.**

- Inapropiado diseño de controles.

### **Descripción del Impacto:**

- Inadecuada Gestión del Riesgo.

### **Recomendaciones:**

1. Revisar la matriz de riesgos de Gestión para el proceso de Desarrollo Estratégico
2. Evaluar los controles de la matriz con el fin de que se ajusten a la metodología establecida por la entidad
3. Realizar los ajustes correspondientes a la etapa del diseño del control
4. Actualizar la matriz en el micrositio de MIPG
5. Socializar la matriz a las partes interesadas

### **Hallazgo N° 4 – Deficiencia en el monitoreo y seguimiento a los Indicadores de Gestión registrados en el cuadro de mando integral**

#### **Descripción del Hallazgo o Situación Encontrada:**

Los indicadores de gestión son un sistema de información financiera, administrativa y operativa que permite a las directivas tomar decisiones acertadas y oportunas o realizar las medidas correctivas que correspondan. La oficina de Control interno realizó una revisión a la matriz denominada Cuadro de Mando integral, descargada del micrositio de MIPG el 28 de agosto de 2019, en la cual se describen sesenta y siete (67) indicadores



que forman parte del cuadro de mando integral. De la revisión se evidenció que en la matriz se presentaron las siguientes situaciones:

- Se evidenciaron fichas incompletas, para dos indicadores, ya que los valores mínimos o máximos aceptados esperados no registran información (Indicador PSITP1 y ABS1).
- Cuatro indicadores se encuentran mal reportados, la frecuencia es trimestral pero su reporte se está haciendo mensual o la frecuencia es mensual y su interpretación se hace trimestral (PSITP5-SYC3-SYC5-GSL4).
- No aparece reporte de datos, en cinco indicadores, en algunos periodos de 2019 (indicadores SYC13-SYC17-SYC19-GFYC6-GSL2)
- No se evidenciaron en doce (12) indicadores, registros de acciones correctivas, preventivas o de mejora derivadas de los resultados de los indicadores (indicadores SYC3-SYC9-SYC24-GG14-TH4-TH5-GFYC3-GFYC4-GCL4-GJ1-GA2).
- No se describe la interpretación(análisis) en los siguientes indicadores (SYC13-GFYC1).
- La interpretación descrita en el control no es clara (GJ2).

Adicional a lo anterior, mediante reunión realizada el 17 de septiembre de 2019 con la profesional Universitaria Grado 4 de Gestión Integral, informó que la Oficina Asesora de Planeación realiza junto con los líderes de proceso el seguimiento a los indicadores registrados en el cuadro de mando integral al final de la vigencia cuando se analiza el cumplimiento del Plan de Acción. Anteriormente se realizaba seguimiento con mayor frecuencia y los resultados se presentaba al Comité de Gerencia, adicionalmente indicó que los seguimientos se realizarán con mayor periodicidad una vez se cuente con la implementación de un software para el análisis de los indicadores y demás información pertinente con el nuevo modelo de gestión.

Lo anterior incumple lo establecido en el procedimiento Indicadores de Gestión P-OP-023 V2 de marzo de 2019 numeral 7 Descripción de Actividades, etapa 100 "Una vez registrados los valores, guardar el archivo Cuadro de Mando Integral y enviarlo por correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación para actualización y seguimiento"

(subrayado fuera de texto). Del mismo modo, la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, dentro de la concepción del MIPG, tiene responsabilidad directa frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles (Seguimiento del Plan de Acción Institucional, Formulación y Seguimiento a Proyectos de Inversión, Indicadores de Gestión, entre otros), planificados para la medición y seguimiento en la Entidad.

**Posible Causa Identificada por la Oficina de Control Interno:**

- Desconocimiento de la aplicación al procedimiento en el seguimiento a los indicadores, por parte de los colaboradores de la OAP y los dueños de proceso.
- Desconocimiento de la aplicación al procedimiento en la elaboración, registro y reporte de los indicadores por parte de las dependencias a la OAP.
- Falta directrices al interior de la Oficina Asesora de Planeación para realizar el seguimiento a la Gestión de los Indicadores.
- Falta de herramientas para hacer el seguimiento

**Descripción del Riesgo.**

- Deficiente monitoreo y seguimiento a los indicadores de cuadro de mando integral.
- Inexactitud e inoportunidad en el reporte de los indicadores del cuadro de mando integral
- Información desactualizada e inoportunidad

**Descripción del Impacto:**

- Decisiones desacertadas por las partes y falta de información para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.
- No ejecución de los planes de acción y no se puedan implementar acciones correctivas para cumplir los compromisos
- Reprocesos

- Incumplimiento de Objetivos

**Recomendaciones:**

1. Dar efectivo cumplimiento al procedimiento P-OP-023 V2 Indicadores de Gestión y dejar evidencias del seguimiento y monitoreo a los indicadores registrados en el cuadro de mando integral.
2. Definir una metodología que utilizará la OAP para realizar el seguimiento y monitoreo efectivo a los indicadores registrados en el cuadro de mando integral de la Entidad.
3. Realizar jornadas de sensibilización y/o capacitación a los enlaces de las diferentes dependencias en el registro y reporte de los indicadores de gestión y del procedimiento enunciado.
4. Establecer y aplicar mecanismos de gestión que permitan a la Oficina Asesora de Planeación contar con directrices claras para realizar la actualización y seguimiento a los indicadores.
5. Adquirir o desarrollar una herramienta tecnológica que permita hacer un seguimiento eficaz y eficiente de los indicadores.

**Hallazgo N° 5 – Desactualización del Listado Maestro de Documentos.**

**Descripción del Hallazgo o Situación Encontrada:**

La Oficina de Control Interno verificó la relación de los documentos publicados en la Intranet de la Entidad en el Listado Maestro de Documentos, evidenciando lo siguiente:

- a) Cuatro documentos descritos en el listado maestro de documentos, no se encuentran en el micrositio de la Entidad. (Análisis financiero y económico de concesiones P-SE-013, Solicitud inicio proceso sancionatorio R-SJ-024, Acta proceso de regularización contratos de concesión R-SJ-031 y Formato de ficha de valoración documental R-DA-098), incumpliendo lo descrito en el literal G, del numeral 6 Condiciones Generales, del procedimiento Control de los documentos oficiales del sistema integrado de gestión SIG, que menciona: "Una vez cumplida la adopción oficial del documento al



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



Sistema Integrado de Gestión a través del Acto administrativo, el Profesional Universitario Grado 04 - Gestión Integral o la personada asignada de la Oficina Asesora de Planeación debe cargar el documento (en la Intranet en el micrositio asignado para tal fin) y emitir un correo a la Subgerencia de Atención al Usuario y Comunicaciones solicitando se publique la noticia del documento incorporado o actualizado" (Subrayado fuera del texto)

- b) La información de Cinco (5) documentos publicados en el micrositio no coincide con lo descrito en el listado maestro, para lo cual:
- Los documentos descritos en el listado maestro Gestión de la comunicación externa de la entidad P-SC-003 V.3 de Septiembre de 2017, Encuesta de satisfacción para visitas técnicas, capacitaciones y/o cursos (español) R-SN-001 V.0 de Octubre de 2012, Parámetros para el diseño de infraestructura P-ST-005 V. 1 de Marzo de 2018 y Seguimiento a proyectos de infraestructura P-ST-006 V.1 de Marzo de 2018, tienen una versión desactualizada conforme a los publicados en el Micrositio de la Entidad, toda vez que en la Intranet se encuentran las versiones 4, 1, 2 y 2 respectivamente.
  - El documento Protocolo para el uso de los cicloparqueaderos del sistema TRANSMILENIO T-DM-001 se encuentra publicado en el micrositio de la Intranet del proceso de Supervisión y Control de la Operación del SITP, no obstante, en el listado maestro de documentos, se encuentra relacionado con el proceso de Planeación del SITP.

Lo anterior incumple lo descrito en las etapas 130 y 140 del numeral 7 descripción de actividades, del procedimiento Control de los documentos oficiales del sistema integrado de gestión SIG, que menciona:

Etapas 130 "Guardar los archivos magnéticos del documento en la carpeta asociada al servidor de la Entidad y designada para tal fin. Actualizar el Listado Maestro de Documentos". (Subrayado fuera del texto).

Etapas 140 "Cargar los archivos magnéticos actualizados del documento en formato PDF y el Listado Maestro de Documentos en TransMitiendo (Intranet) en el micrositio

destinado para tal fin por la Oficina Asesora de Planeación. La versión anterior del documento se debe desmontar del micrositio" (Subrayado fuera del texto).

**Posible Causa Identificada por la Oficina de Control Interno:**

- Desconocimiento del procedimiento y falta de adecuado seguimiento a la actualización de los documentos.

**Descripción del Riesgo.**

- Aplicabilidad de procedimientos desactualizados
- Uso de normatividad derogada
- Pérdida del control de la documentación de la Entidad

**Descripción del Impacto:**

- Reprocesos en el ejercicio de las actividades.
- Documentos obsoletos.

**Recomendaciones:**

1. Revisar el Listado Maestro de Documentos, para así identificar las desactualizaciones.
2. Actualizar el listado maestro de documentos de la Entidad.
3. Dar efectivo y oportuno cumplimiento al procedimiento de control de documentos.

**RECOMENDACIONES y OBSERVACIONES.**

1. Dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Supervisión e Interventoría M-DA-015, en lo que hace referencia a los requisitos del informe del Supervisor o interventor.
  - Se pudo evidenciar que los Informes de supervisión para los contratos Nos.CTO700-18, CTO738-18, CTO17-19, CTO23-19, CTO 544-19 CTO 418-18, CTO 65-19 y 333-19 que corresponden a siete (7) de 2018 y ocho (8) del 2019 suscritos por la Oficina Asesora de Planeación vigentes en el periodo de auditoría,

no se encuentran acorde a los lineamientos establecidos en el Manual de Supervisión e Interventoría M-DA-015. Estos informes deben incluir lo relativo a ejecución física, financiera, verificación de los riegos, avance, recomendaciones y demás aspectos relevantes del contrato que se vigila.

2. Evaluar la posibilidad de establecer mecanismos de control que permitan dar cumplimiento al principio de planeación presupuestal y que se menciona en el Decreto 662 de 2018 "Por el cual se reglamenta y se establecen directrices y controles en el proceso presupuestal de las Empresas Distritales".
  - Para el año 2018 el valor del presupuesto inicial se disminuyó en un 75% pasando de \$1.389.793.557 a \$351.868.620. Además, con la información aportada por presupuesto de la Entidad, se evidenciaron que las modificaciones que se realizaron, la gran mayoría fueron entre los meses de septiembre y diciembre del mismo año.
3. Llevar a cabo las acciones planteadas en el plan de mejoramiento correspondiente la auditoría del año 2018 en cuanto al procedimiento de Referenciación competitiva.
  - Se evidenció que aún continúa vigente en los documentos del proceso el instructivo I-OP-002 de 2016 Referenciación Competitiva.
4. Evaluar la posibilidad de incluir en el procedimiento código P-OP-018-2 numeral 7.2 el tipo de aprobación que realiza la Oficina Asesora de Planeación a las modificaciones del Plan de Adquisiciones Descrito en la Etapa 40, así como las acciones a seguir en el evento que las modificaciones solicitadas no sean pertinentes (Etapa 50)
  - El procedimiento en su etapa 40 menciona que la solicitud de modificación se remite a la Oficina Asesora de Planeación para su aprobación, no obstante, el citado procedimiento Contempla que el Comité de Contratación es la instancia que las aprueba. Consideramos que como punto de control la Oficina Asesora de Planeación debe evaluar la pertinencia de las modificaciones solicitar los ajustes respectivos cuando sea necesario y recomendar su aprobación al Comité de Contratación.



## INFORME DE TRABAJOS DE ASEGURAMIENTO



De acuerdo a lo establecido en el procedimiento P-CI-010-3, de septiembre de 2019 Formulación y Seguimiento a los Planes de Mejoramiento Internos, la Oficina Asesora de Planeación debe presentar su Plan de Mejoramiento con acciones correctivas y preventivas que eliminen las causas de los Hallazgos, dentro de los ocho días (8) hábiles siguientes al recibo del informe de auditoría.

La Oficina de Control Interno dentro de su rol de asesoría y acompañamiento, estará dispuesta para asesorar en la formulación metodológica del Plan de Mejoramiento.

Los hallazgos relacionados en el presente informe corresponden a la evaluación de una muestra, 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., 30 de septiembre de 2019.

**Luis Antonio Rodríguez Orozco**

Jefe Oficina de Control Interno

**Elaboró:** Oscar Pulgarin Lara, Santiago Santos Sánchez, José Luis Soto Dueñas, Oficina de Control Interno.

**Revisó:** Luz Marina Díaz Ramírez, Contratista Oficina Control Interno