

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100104003**

ágina 1 de 2

Bogotá D.C., 23 de Diciembre de 2025

PARA: **ARMANDO OJEDA ACOSTA**
Director General. Presidente de Comité.

GERMAN DUQUE ARIAS
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales

JORGE ALEXIS RODRÍGUEZ MEZA
Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

CRISTIAN RICARDO CAMARGO ORTIZ
Jefe Oficina de Control Disciplinario Interno

ANDREA CAROLINA MARÚ
Subdirectora de Recolección Barrido y Limpieza

MARÍA CAMILA PEDROZA CUBIDES
Subdirector de Aprovechamiento

DIEGO ALEJANDRO OSSA URRÁ
Subdirector de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

HELGA JOHANNA CAMACHO CORZO
Subdirectora de Disposición Final

JUAN CAMILO LOAIZA ORTIZ
Subdirector de Asuntos Legales

DOLLY ARIAS CASAS
Subdirectora Administrativa y Financiera

YULLY MARCELA TORO PASCAGAZA
Jefe Oficina Asesora de Planeación

DE: **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Citación a Sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) – Presentación Informe Segundo semestre 2025- Aprobación Plan Anual Auditorías 2026

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100104003**

ágina 2 de 2

Bogotá D.C., 23 de Diciembre de 2025

Respetada Dr. Armando y miembros del Comité:

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 29 literal 5 del Decreto Distrital 221 de 2023, “por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”; se convoca a sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en virtud de lo señalado en el Título II Capítulo II de la Resolución 757 de 2023 de la UAESP, una vez coordinada la fecha con el Director quien preside este comité, **para el día viernes 26 de diciembre de los corrientes desde las 09:30 am hasta las 4:30 pm de forma asincrónico**, se agendará con el siguiente orden del día:

1. Verificación del quórum y aprobación de orden del día.
2. Verificación de compromisos anteriores, según acta anterior.
3. Informe semestral de seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno. (Cumplimiento de Roles de la Oficina de Control Interno - Periodo julio a diciembre de 2025).
4. Presentación y aprobación Plan Anual de Auditorias vigencia 2026
5. Propositiones y Varios.

Para el adecuado desarrollo del comité, se remite vía email institucional el informe semestral referido, como el Plan Anual de Auditoría 2026, para su respectivo conocimiento y aprobación durante la sesión del comité.

Finalmente, es importante recordar lo establecido en la resolución 757 de 2023 antes mencionada, en el sentido de informar por escrito enviando a la secretaría técnica del presente comité (oficina de control interno) la excusa, con la indicación de las razones de su inasistencia y tener en cuenta que los miembros podrán delegar su asistencia a las sesiones convocadas por este. Para tal efecto, deberán realizar la delegación de manera formal, mediante documento suscrito por el titular y allegarlo con anterioridad a la respectiva sesión, al Secretario Técnico del Comité.

Agradecemos de todos la atención y disposición.

Cordialmente,

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Firmado digitalmente
por Sandra Beatriz
Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.12.23
16:21:12 -05'00'

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO

Jefe de Oficina de Control Interno

Secretaria Técnica

Email: Sandra.alvarados@uaesp.gov.co.

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos

Cra 10 No. 17-72 L-119

PBX: (+57) 601 358 0400

www.uaesp.gov.co

Informe Semestral de Seguimiento a los Instrumentos Técnicos y Administrativos que Hacen Parte del Sistema de Control Interno

Julio – Diciembre 2025

1. Introducción

El artículo 29 del literal 5 del Decreto Distrital 221 de 2023 específicamente establece el deber de *“...presentar ante el Comité (...) un informe semestral de seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte de la función de auditoría interna en el marco del Sistema de Control Interno, que contenga información acerca del cumplimiento de los roles de las oficinas de control interno, del cumplimiento al estatuto de auditoría interna, de la ejecución del plan anual de auditoría, del cumplimiento al código de ética para el ejercicio de auditoría, las normas y los planes de acción para abordar cualquier problema significativo de cumplimiento, del cumplimiento a la política de administración del riesgo y la respuesta al riesgo de la administración, que puede ser inaceptable para la entidad; e información acerca de las necesidades y recursos para ejercer la actividad de auditoría...”*.

De acuerdo con lo anterior, se relaciona el contenido de este, articulado conforme con los roles¹ de la Oficina de Control Interno, que permiten dinamizar los elementos a presentar de acuerdo con los anteriores criterios.

2. Contexto del Sistema de Gestión

La Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) cuenta con un **Sistema de Gestión**² (SG) presente y funcionado, dadas las acciones de cierre de brechas respecto de los lineamientos de las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional³ emitidas para las entidades del Estado Colombiano.

El Sistema de Gestión de la UAESP se estructura de acuerdo con la articulación de los siguientes modelos:

¹ El artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017, establece que “... Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control. El Departamento Administrativo de la Función Pública determinará los lineamientos para el desarrollo de los citados roles”

² “El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad”. Artículo 2.2.22.1.1 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017

³ Artículo 2.2.22.2.1, Ibidem.

- **Modelo Estándar de Control Interno (MECI)**, en virtud del deber descrito en las Leyes 87 de 1993 y 489 de 1998, y de las disposiciones del Título 23 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017.
- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**⁴, conforme al deber descrito en el capítulo 3 del Título 22 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017.
- **NTC ISO 9001:2015 (ISO 9001)**, bajo la discrecionalidad descrita en el artículo 2.2.22.3.12 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017, y que la Unidad referencia la adopción de un sistema de gestión de la calidad⁵.

Las instancias institucionales esenciales para gestionar dichos modelos del SG de la Unidad están referidas en la Resolución UAESP 313 del 08 de julio de 2020, modificado por la Resolución 757 de 2023.

3. Estatuto de Auditoría Interna

En el marco del ejercicio auditor de la oficina de control interno, se continúan implementando los lineamientos establecidos en el Estatuto de Auditoría Interna y en el Código de Ética, adoptados mediante Resolución UAESP 631 de 2018.

Con base en compromiso adquirido para la presente vigencia, se diseñó el nuevo indicador sobre “encuesta de percepción” con base en propuesta del Comité Distrital de Auditoría Interna. también se gestionó ante la OAP el documento de interés del proceso: "Evaluación semestral de la actividad de auditoría Interna"

De otra parte, al cierre del segundo semestre del 2025 no se ha evidenciado por parte de esta Oficina, incumplimientos frente a las reglas de conducta asociadas a los principios orientadores del Código de Ética.

⁴ “El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”. Artículo 2.2.22.3.2 Ibidem.

⁵ “La Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad cuando una organización: a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones, sin importar su tipo o tamaño, o los productos y servicios suministrados”. Numeral 1 de la NTC ISO 9001:2015. Icontec.

⁶ Según artículo 2.2.22.1.1 del Decreto 1083 de 2015, literal b) lo define como “...la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno”. Es decir, de la importancia de reconocer haber disponer al equipo auditor toda información requerida, así como haber obtenido manifestaciones o cualquier hecho significativo ocurrido durante el alcance definido.

4. Roles, Plan Anual de Auditoría, Plan de Acción y gestión de recursos.

4.1 Avance Plan de Acción 2025

La estrategia de la Oficina para dar cumplimiento con los roles está documentada en el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno de la vigencia 2025, el cual se resume a continuación:

Tareas	Avance al 31/12/2025
1. Ejecutar los trabajos de auditoría interna previstos y/o solicitados para la vigencia (ampliaciones y desplazamiento de actividades del PAA a otras fechas)	100%
2. Alertar a la Alta Dirección de los resultados de la labor de aseguramiento	100%
3. Seguimiento a Mapas de Riesgos de la Entidad	100%
4. Realizar seguimiento a requerimientos de entes externos de control externo.	100%
5. Brindar acompañamientos y/o asesoría, según solicitud y demanda	100%
6. Realizar actividades de fortalecimiento del enfoque a la prevención (Seguimiento del Plan de Mejoramiento interno con ampliación del plazo de reporte)	100%

4.2 Cumplimiento Plan Anual de Auditoría 2025.

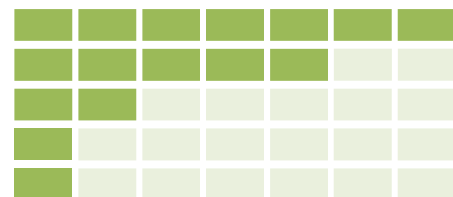
El plan contempla labores de acuerdo con los roles asignados a las Oficinas de Control Interno, según Guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (Liderazgo Estratégico, Enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento (incluye actividades de aseguramiento y de requerimiento legal), y relación con entes externos de control).

PAA Segundo semestre 2025

Trabajos Planificados: 94

Plan Anual de Auditorías 2025

Trabajos Planificados: 177



Programación 2do semestre: 94 trabajos de auditoría

Desarrollados: 98 trabajos

Es importante aclarar que cuando se habla de aseguramiento, corresponde a auditorías priorizadas de acuerdo con la metodología de auditorías basada en riesgos implementada por la Oficina de Control Interno y a las que por motivos especiales son solicitadas por la Alta Dirección.

Durante el segundo semestre del 2025 se ejecutaron al 104,25%, en el entendido que al final de la vigencia se ejecuten el 100% de las actividades programadas más 3 auditorías y un PMI que venían en rezago del primer semestre. Las actividades programadas y ejecutadas referidas al cumplimiento

de los roles de la OCI son las siguientes:

Tipo de actividad	Actividades del primer semestre del 2025
ARL= Actividades de requerimiento legal (rol Evaluación y Seguimiento)	38
AA = Auditorías de Aseguramiento (rol Evaluación y Seguimiento)	8
EGR = Evaluación de la gestión del riesgo	1
EP = Enfoque hacia la prevención	13
LE = Liderazgo Estratégico	33
REE = Relación con Entes Externos de Control	25
Total general	118

Cabe anotar que las actividades relacionadas con el rol de Enfoque a la Prevención (EP) corresponde tanto a las piezas comunicativas como a seguimientos mensuales al Plan de mejoramiento Institucional (PMI). Así mismo, las actividades correspondientes al rol de Liderazgo Estratégico (LE), comprenden las asesorías y participación en comités y reuniones, y las inducciones por demanda. Con respecto al rol de Relación de Entes Externos de Control (REE) y sus respectivas actividades, estas comprenden tanto Seguimientos y Publicaciones mensuales como Suscripción y Reportes del Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Bogotá, Plan de Mejoramiento Veeduría Distrital, Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la República y Plan de Mejoramiento del Archivo General de la Nación, además de informes mensuales estadísticos reportados a la alta dirección, y la atención por demanda de requerimientos y visitas especiales de Entes Externos de Control y la contestación cuando le corresponde a la Oficina de Control Interno.

Resultado de los ejercicios de auditoría realizados en el segundo semestre de 2025, se resaltan los siguientes resultados por cada ejercicio auditor así:

❖ Informes de ley

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría Atención al Ciudadano Agosto Trabajos / Ciclos previstos ✓ ✓	Conclusiones: - Entre el 1 de enero de 2025 al 30 de junio de 2025, se gestionaron 7452 PQRSD, lo cual representa un incremento neto de 2326 peticiones y un incremento porcentual de 45.37 %, con respecto al segundo semestre de 2024. - Se evidenció que las dependencias que más atendieron peticiones son: la Subdirección de Recolección Barrido y Limpieza con 5222 peticiones equivalente al 69.2%, la Subdirección de Alumbrado Público con 914 equivalente al 12.2%, seguido de la Subdirección Administrativa y Financiera con 882 peticiones equivalente al 11.8%. - Con base en el registro total de peticiones durante el semestre se tiene que los canales de atención más usados son: Plataforma web, Buzón y E-mail, los cuales representan respectivamente 47.58%, 27.42% y 16.62%. - Con respecto al registro total de peticiones durante el semestre se evidenció que la categoría "Derecho de petición de interés general" representa el 45.84%, la categoría "queja" representa el 24.89% y la categoría "Derecho de petición de interés particular"

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría Atención al Ciudadano Agosto Trabajos / Ciclos previstos  	representa el 22.9% - En relación con el registro total de peticiones durante el semestre se tiene que la categoría "Recolección de residuos, escombros, animal muerto, ordinarios, vegetales, hospitalarios y mobiliarios" representa el 57.28%, la categoría "Solicitud de mantenimiento de alumbrado" representa el 11.61%, y la categoría "Limpieza de áreas públicas" representa el 9.49%. - Con base en evaluación parcial del proceso Gestión de Control Disciplinario en relación con el cumplimiento de la Directiva Conjunta 001 de 2021 de la Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. - Secretaría Jurídica, se pudo determinar que el proceso gestiona adecuadamente las "Directrices para la atención y gestión de denuncias por posibles actos de corrupción, y/o existencia de inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses y protección de identidad del denunciante": Recomendaciones: Proceso Servicio al Ciudadano - Gestionar un desarrollo tecnológico para la implementación de interoperabilidad entre el sistema SDQS y ORFEO, con el fin de gestionar respuestas oportunas y calificadas, y ejercer un control sistemático, para garantizar la radicación, reparto y envío de respuestas y archivo de manera óptima y simultánea en las dos plataformas. - Revisar la posibilidad de diseñar e implementar herramientas tecnológicas, o solicitar transferencia de conocimientos y tecnologías de otras entidades distritales, para optimizar la gestión de respuestas a SDQSD oportunas y calificadas, con base al análisis de flujo de información y el cumplimiento a la normativa vigente, como pueden ser respuestas automáticas, chatbot, correo electrónico individual para radicación de PQRSD, entre otras. - Gestionar la actualización del conmutador en coordinación con las áreas que suministran información, para mejorar la experiencia del ciudadano y consecuentemente la imagen institucional y la optimización de los servicios. Proceso Servicio al Ciudadano y misionales - Estudiar la viabilidad de compartir experiencias, y unificar criterios para desarrollar actividades de gestión de la contratación del personal de apoyo y la respectiva transferencia de conocimiento, especialmente en cambios de la administración; esto con el apoyo del proceso de gestión del conocimiento y la innovación. - Implementar mesas de trabajo con el fin de acordar mecanismos que permitan optimizar los tiempos de respuesta y la calidad de las respuestas compartidas, y cierre de respuestas simultaneo en Orfeo y SDQS. - Capacitar a los responsables de atención a la ciudadanía y primeros receptores de peticiones en la temática de cada una de

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría Atención al Ciudadano Agosto Trabajos / Ciclos previstos 	las misionalidades de la UAESP, con el fin de brindar respuestas asertivas y directas al ciudadano. Esto alineado con una adecuada tipificación de los subtemas en cada una de las áreas, en coordinación con el proceso de servicio al ciudadano - Continuar con las capacitaciones internas y externas, de manera focalizada y selectiva, e implementar estrategias dirigidas a motivar a los procesos de la UAESP para profundizar en el manejo del sistema, y sensibilizar en la importancia de una gestión oportuna y simultánea en plataformas de Orfeo y SDQS. Alumbrado Público - Estudiar la viabilidad de tipificar las siguientes actividades como trámites y no como subtemas de PQRSD con el fin de cumplir con los tiempos reales para la prestación de estos servicios: aprobación de diseño fotométricos, solicitud de expansión de la infraestructura de alumbrado público y solicitud de repotenciación de alumbrado público. Observaciones: Alumbrado Público, RBL, Servicios Funerarios, Aprovechamiento, Subdirección Administrativa y Financiera - De acuerdo con la información suministrada por el proceso Servicio al Ciudadano, y el sistema distrital de gestión de peticiones ciudadanas (SDQS), se evaluó y evidenció en los procesos misionales indicadores como son el porcentaje semestral de respuestas fuera de término, promedio mensual de peticiones vencidas y promedio semestral en días de gestión de respuestas. Con base en la calificación por debajo de los estándares normativos de uno o más de estos indicadores, se determinó la evidencia en la falta de controles que garanticen la gestión y respuesta a las PQRSD en los tiempos establecidos por la ley 1755 de 2015. Recolección, Barrido y Limpieza - De acuerdo con el seguimiento a la gestión de peticiones en SDQS y Orfeo, se verificó que, mediante el usuario temporal de archivo, también se gestionan respuestas a peticiones ciudadanas, lo cual ocasiona una amplia dispersión de responsabilidades, y así mismo una probabilidad significativa en la materialización del riesgo de responder fuera de términos u omitir respuesta y consecuentemente el incumplimiento de la Ley 1755 de 2015.
Seguimiento al plan de acción Institucional julio Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: - En general, la OCI desde seguimientos anteriores ha venido observando que no todos los procesos están acoplados en las actividades dentro del PAI, lo que no permite visualizar la gestión e integración de los procesos dentro de este instrumento, y su relación con los objetivos y metas institucionales. - El análisis del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) evidencia que, si bien este constituye un instrumento dinámico y ajustable a las necesidades institucionales, presenta debilidades. Se identificó que las columnas destinadas a justificar la no contratación de

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Seguimiento al plan de acción Institucional julio Trabajos / Ciclos previstos  	objetos y las modificaciones realizadas no están siendo diligenciadas de forma consistente, situación atribuible a la falta de socialización y capacitación del instrumento. Estos factores afectan la transparencia y dificultan el análisis comparativo del cumplimiento frente a lo planificado. - Conforme a la evaluación del PAI, se observó que en general, las actividades, indicadores y productos establecidos no reflejan con suficiencia la ejecución real de los planes frente a sus contenidos verdaderos; Asimismo, las actividades que lo componen no constituyen realmente actividades principales o relevantes, que sean consecuentes con los objetivos y el desarrollo de cada uno de planes y programas del PAI, y, por lo tanto, su seguimiento no genera datos útiles para su debido control y toma de decisiones informadas. - Dentro de los veinte (20) planes formulados para la vigencia 2025, con corte a junio de 2025, se observó en nivel óptimo sobre cinco (5) planes, en nivel satisfactorio siete (7) planes, en nivel moderado a cuatro (4) planes, en nivel bajo un (1) plan correspondiente al plan de bienestar social e incentivos con 27% de ejecución y nivel crítico tres (3) planes correspondientes al plan institucional de archivos de la entidad el cual presentó una ejecución del 9%, el plan anual de adquisiciones con 18% de ejecución y el plan de tratamiento de riesgos de seguridad que no registra ningún porcentaje de avance. - El plazo establecido en el procedimiento institucional para el reporte mensual de seguimiento por parte de las dependencias, fijado en el día 5 calendario de cada mes, ha generado dificultades operativas que afectan la oportunidad y calidad de la información reportada. Aunque la reducción del plazo frente al establecido anteriormente (día 13) buscó mejorar la eficiencia del seguimiento por parte de las líneas de defensa, se evidenciaron tensiones entre los tiempos requeridos para cumplir con obligaciones externas y la consolidación de los productos con sus respectivos soportes. Esta situación sugiere la necesidad de revisar el procedimiento con un enfoque realista que armonice los requerimientos técnicos con la capacidad operativa de las áreas. Observación: Direccionamiento Estratégico: - Se observó que las dependencias no están diligenciando de manera consistente las columnas del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) destinadas a justificar la no contratación de objetos programados ni las modificaciones realizadas al instrumento. Esta situación afecta la trazabilidad de los ajustes efectuados, dificulta el análisis comparativo entre versiones y limita el seguimiento efectivo del cumplimiento de lo planificado. Lo anterior se atribuye principalmente a la falta de socialización y capacitación, como el aseguramiento en el marco de los seguimientos realizados por la 2da línea. - Se reitera la observación frente a las actividades establecidas en el Plan de Acción Institucional, algunas, no constituyen realmente actividades principales, sustanciales o relevantes, que sean consecuentes con los objetivos y el desarrollo de cada uno de planes y programas del PAI, y, por lo tanto, su seguimiento no genera datos útiles para su debido control y toma de decisiones

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Seguimiento al plan de acción Institucional julio Trabajos / Ciclos previstos	informadas. Igualmente, se encontró que varios de los indicadores y sus variables no son coherentes con los productos definidos. OAP Oficina asesora de planeación / OTIC Oficina de Tecnologías de la Información y las comunicaciones: - Con corte al primer semestre de 2025, se observó que las actividades contempladas en el PAI para el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad (PTRSP), no evidencian ejecución, se registra un avance del 0%. Se recomienda establecer acciones concretas de seguimiento y acompañamiento a los procesos responsables, con el fin de asegurar la implementación efectiva del plan, mitigar los riesgos identificados y fortalecer la gestión institucional para el segundo semestre 2025. Recomendaciones: Direccionamiento Estratégico: - Fortalecer los procesos de socialización y capacitación del instrumento Plan Anual de Adquisiciones (PAA), contenido dentro del PAI, orientando a las dependencias sobre la importancia de diligenciar de manera completa y oportuna las columnas destinadas a justificar la no contratación y las modificaciones realizadas. Esto con el fin de mejorar la trazabilidad del instrumento, facilitar su análisis y asegurar un seguimiento más efectivo a lo programado. - Revisar y adecuar, junto con los procesos responsables, la validación de las actividades e indicadores incluidos en el Plan de Acción Institucional (PAI), con el fin de asegurar que las acciones formuladas por las dependencias correspondan a actividades estratégicas, sustanciales y alineadas con los objetivos de cada plan. Así mismo, se sugiere revisar la coherencia entre los productos definidos y sus respectivos indicadores y variables, garantizando que estos permitan un seguimiento efectivo, orientado a la toma de decisiones y al control de resultados institucionales. - Integrar al Plan de Acción Institucional (PAI) actividades correspondientes a las áreas misionales, la Oficina de Control Interno Disciplinario y la Subdirección de Asuntos Legales, en concordancia con lo establecido en el Decreto 612 de 2018, con el fin de asegurar una planeación integral, articulada y alineada con el cumplimiento de los objetivos institucionales. - Adoptar un criterio unificado para la formulación de las actividades contenidas en el Plan de Acción Institucional (PAI), de modo que exista coherencia entre los distintos planes institucionales que lo integran. En este sentido, se sugiere definir si todas las dependencias deben incorporar la totalidad de actividades de sus planes estratégicos (como ocurre con el Programa de Transparencia y Ética Pública) o si deben seguir el modelo de actividades generales como formulación, seguimiento e informe. Esta estandarización contribuiría a fortalecer la calidad

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Seguimiento al plan de acción Institucional julio Trabajos / Ciclos previstos 	técnica del PAI, facilitar su monitoreo y garantizar una estructura homogénea que permita la evaluación efectiva del cumplimiento institucional. • Evaluar la pertinencia de ajustar el plazo establecido en el procedimiento DES-PC-03 V11 para el reporte mensual de avance del Plan de Acción Institucional (PAI) de la primera línea de defensa, con el fin de garantizar un equilibrio entre la oportunidad del seguimiento institucional y la viabilidad operativa de las dependencias. • Fortalecer los mecanismos de validación interna durante el proceso de seguimiento al Plan de Acción Institucional (PAI), con el fin de garantizar la coherencia entre las actividades efectivamente programadas por las dependencias y los reportes de avance consolidados. Esto implica verificar que la información reportada corresponda con la programación establecida en el instrumento matriz y que no se generen registros de cumplimiento o no cumplimiento sin sustento real. • Comunicar de manera precisa los porcentajes de avance correspondientes a cada uno de los planes institucionales, aclarando que estos pueden diferir de los porcentajes reportados para las actividades del Plan de Acción Institucional (PAI). Esta diferencia obedece a la naturaleza específica de cada plan, sus indicadores de seguimiento y los mecanismos de reporte asociados, por lo que se requiere una lectura diferenciada y contextualizada de los avances registrados. Adicionalmente, se insta a la OAP a que brinde orientación a los procesos responsables para incluir el avance en la ejecución presupuestal de aquellas actividades del PAI que cuenten con recursos asignados, con el fin de fortalecer la trazabilidad financiera de las mismas. Todos los procesos: • Gestionar de manera oportuna las modificaciones al Plan de Acción Institucional (PAI) a través de la Oficina Asesora de Planeación, en caso de presentarse cambios en la ejecución, programación o alcance de las actividades definidas, conforme a lo establecido en el procedimiento DES-PC-03 V11. Esto permitirá mantener el instrumento actualizado, reflejar adecuadamente las condiciones reales de operación y evitar incumplimientos derivados de la falta de ajustes formales. • Organizar de manera sistemática las carpetas de evidencias asociadas al Plan de Acción Institucional (PAI), garantizando que cada producto esté debidamente identificado y corresponda con lo establecido en el plan. Asimismo, se sugiere verificar la pertinencia y coherencia de los soportes cargados, redacción, ortografía y pertinencia de los seguimientos, a fin de facilitar la trazabilidad, el seguimiento y la verificación del cumplimiento de las actividades programadas.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones																														
Auditoría – Gestión judicial de la UAESP y del registro de información en el SIPROJ julio Trabajos / Ciclos previstos	Conclusiones: Con relación a la actualización de la información litigiosa de la Entidad en el SIPROJ-WEB, según la muestra seleccionada, se observó el 100% de los procesos se encontraron con registros actualizados en el SIPROJ, cumpliendo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Resolución 104 del 23/10/2018 de la SJD. Este resultado connota una mejora del 17,65%, con respecto a los resultados de la vigencia anterior. En cuanto al registro de los estados procesales en el SIPROJ-WEB, se observó que, en general, estos estaban conforme a los principales estados procesales definidos por en la Circular 030 de 2021 de la SJD. Con respecto a los expedientes internos de los procesos, se encontró que el 100% tenían documentos completos con relación a los registros de las actuaciones principales. Para esta auditoría, no se reportaron situaciones de alerta relacionadas con la gestión judicial de la Entidad. Asimismo, se verificó el cumplimiento de los controles definidos para el riesgo de gestión relacionado con la gestión judicial, según el último seguimiento. Se observó respuesta completa y oportuna frente a los compromisos a acordados en la Mesa de seguimiento Circular 06 de 2025 de la Secretaría Jurídica Distrital, sobre el Informe de Representación Judicial y Extrajudicial.																														
Informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno - Decreto 221 del 2023 julio Trabajos / Ciclos previstos	Conclusiones: <table><tr><th>Componente</th><th>¿El componente está presente y funcionando?</th><th>Nivel de Cumplimiento componente</th><th>Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior</th><th>Avance final del componente</th></tr><tr><td>Ambiente de control</td><td>Si</td><td>94%</td><td>90%</td><td>3,8%</td></tr><tr><td>Evaluación de riesgos</td><td>Si</td><td>100%</td><td>100%</td><td>0%</td></tr><tr><td>Actividades de control</td><td>Si</td><td>96%</td><td>96%</td><td>0%</td></tr><tr><td>Información y comunicación</td><td>Si</td><td>82%</td><td>79%</td><td>3%</td></tr><tr><td>Monitoreo</td><td>Si</td><td>96%</td><td>96%</td><td>0%</td></tr></table> Evaluación componentes MECI a junio de 2025 De acuerdo con la evaluación independiente, se ha demostrado que cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno de la UAESP se encuentran presentes en la entidad, funcionando y están debidamente integrados. Sin embargo, debido a la naturaleza dinámica del Sistema de Control Interno, se siguen identificado oportunidades de mejora en algunos de ellos. La UAESP ha identificado áreas relevantes que requieren mejoras y ha formulado lineamientos y planes para fortalecer y consolidar el Sistema de Control Interno acordes con las evaluaciones tanto internas como externas. Es decir, se observó que todos los componentes del Modelo Estándar de Control Interno operan de	Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente	Ambiente de control	Si	94%	90%	3,8%	Evaluación de riesgos	Si	100%	100%	0%	Actividades de control	Si	96%	96%	0%	Información y comunicación	Si	82%	79%	3%	Monitoreo	Si	96%	96%	0%
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente																											
Ambiente de control	Si	94%	90%	3,8%																											
Evaluación de riesgos	Si	100%	100%	0%																											
Actividades de control	Si	96%	96%	0%																											
Información y comunicación	Si	82%	79%	3%																											
Monitoreo	Si	96%	96%	0%																											

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
	manera conjunta e integrada; y en cada uno ellos, se evidencia que la entidad mantiene una operación articulada con los sistemas de gestión aplicados dentro del marco de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). • Lo anterior, facilita el funcionamiento del Sistema de Control Interno, permitiendo que la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -UAESP garantice razonablemente la contribución al logro de los objetivos institucionales. El Sistema de Control Interno sigue presente y funcionando, con una implementación del 93.69% respecto de los componentes del MECI. • Se requiere continuar con acciones de mejora enfocadas al fortalecimiento de algunos lineamientos en los componentes de Ambiente de Control, Actividades de Control, Información y comunicación y Actividades de monitoreo respectivamente.
Seguimiento la implementación de acuerdos de gestión agosto Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: • Para el segundo semestre 2024, se gestionaron los acuerdos de gestión a través de la plataforma SIDEAP, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 315 de 2023, tanto en la fase de concertación y formalización como en la evaluación, sin embargo, el módulo SIDEAP presentó algunas falencias en cuanto a la generación de PDF (descarga de calificaciones y consolidación de resultados), por lo cual la información fue soportada mediante pantallazos. Igualmente, solo dos de cinco gerentes al cierre, recibieron evaluación por pares debido a que el aplicativo no permitía reconfigurar o eliminar pares establecidos, aún en los casos en que estos no contaban con acuerdos de gestión vigentes. • Para el segundo semestre 2024 se evidenciaron incumplimientos en los plazos de formalización de los acuerdos de gestión para la OTIC y SAF, lo que evidencia la necesidad de mejorar la planeación y seguimiento a los tiempos críticos del proceso. • De los ocho gerentes públicos de la UAESP en 2024, tres presentaron renuncia en el segundo semestre (SRBL, SSFAP y SAPROV). Tras su desvinculación, se designaron encargos con duración inferior a un mes, por lo que no se concertaron acuerdos de gestión. Posteriormente, se posesionaron los titulares de estas subdirecciones, quienes tampoco estuvieron obligados a suscribir acuerdos en dicha vigencia, en aplicación del art. 2.2.13.1.9 del Decreto 1083 de 2015, que permite formalizarlos en la vigencia siguiente cuando el plazo de cuatro meses coincide con el cierre anual. • El cierre de los acuerdos de gestión de la vigencia 2024 se realizó de manera satisfactoria, abarcando a los cinco gerentes públicos que permanecieron en sus cargos al cierre del periodo, cumpliendo con los procedimientos y evaluaciones establecidos por la normativa aplicable. • Para la vigencia 2025, la UAESP realizó la concertación, formalización y evaluación de acuerdos de gestión a través de un formato Excel, en cumplimiento de la Circular Externa No. 05 de 2025 del 24 de febrero de 2025, expedida por el Departamento Administrativo del Servicio Civil y como parte de la transición al Modelo de Gerencia Pública 4.0. No obstante, a la fecha de la auditoría persistía incertidumbre sobre el procedimiento de cierre anual y la migración de la información a la plataforma definitiva, debido a la falta de lineamientos y capacitaciones por parte del Servicio Civil, lo que representa un

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Seguimiento la implementación de acuerdos de gestión agosto Trabajos / Ciclos previstos	riesgo para la trazabilidad y consolidación oportuna de los datos. - De los ocho (8) gerentes públicos que concertaron sus acuerdos en 2025, cuatro (SRBL, SSFAP, SDF y SAPROV) presentaron renuncia entre abril y mayo. Esta situación dio lugar a encargos temporales en la SDF y SAPROV que, por su duración inferior al plazo mínimo exigido, no requirieron la suscripción de acuerdos de gestión. Posteriormente, se vincularon los nuevos gerentes de SAPROV, SSFAP y SDF, quienes a la fecha se encuentran dentro del término legal para formalizar sus respectivos acuerdos. - Para la vigencia 2025 aún no se cuenta con directrices claras por parte del Servicio Civil sobre la metodología que se aplicará para la evaluación de grupos de trabajo y de pares, situación que genera incertidumbre en la entidad respecto al desarrollo y cierre adecuado de dichos procesos. Observación: - Para el segundo semestre de 2024 persiste la extemporaneidad en la concertación y formalización de los acuerdos de gestión de dos (2) gerentes públicos, incumpliendo lo establecido en el artículo 2.2.13.1.9 del Decreto 1083 de 2015, referente a los plazos para la concertación y formalización de dichos acuerdos, lo cual genera riesgo de seguimiento inadecuado de metas, incumplimiento normativo y afectación en la planificación institucional. Recomendaciones: - Realizar la consulta con el Servicio Civil frente a los lineamientos sobre el procedimiento oficial de cierre de los Acuerdos de Gestión 2025 y la migración de la información registrada en el formato Excel hacia la plataforma definitiva, a fin de garantizar la claridad, confiabilidad y trazabilidad del proceso. - Continuar con el seguimiento al desmonte definitivo del procedimiento que no está siendo aplicado, por encontrarse como un documento no formal, editable y sin firmas; ya que, al momento de evaluar, se toma en cuenta como referencia la información allí publicada. - Establecer un plan interno de contingencia que incluya cronograma y metodología provisional para el cierre de acuerdos, asegurando evidencias y evaluaciones documentadas, de forma que la información pueda migrarse sin riesgos cuando el Servicio Civil emita los lineamientos oficiales. - Evaluar la viabilidad de diseñar un procedimiento o protocolo interno complementario a la Resolución 315 de 2023, que defina los tiempos, criterios de calificación, pesos y responsables para el cierre de los acuerdos de gestión. - Documentar y gestionar adecuadamente el conocimiento del personal encargado de la aplicación del procedimiento, con el fin de prevenir retrasos y mitigar el riesgo de incumplimiento en caso de ausencia del profesional responsable. Esto garantizará la continuidad del proceso y el cumplimiento oportuno de los plazos establecidos. - Verificar y actualizar de manera oportuna las fechas registradas en los formatos de evaluación de acuerdos de gestión, a fin de garantizar coherencia entre la información consignada y las actuaciones efectivamente realizadas, evitando inconsistencias

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Informe de Seguimiento y Evaluación al Programa de Transparencia y Ética Pública Agosto Trabajos / Ciclos previstos	en la documentación. Conclusiones: • Para el primer semestre vigencia 2025 se evidenció que de 66 actividades que componen el PTEP 2025, 9 fueron cumplidas en 100%, 31 actividades sobrepasan el 50%, 2 actividades se encuentran en el 33% y 24 actividades se encuentran con ejecución en 0% de las cuales 21 se encuentran dentro de los términos de programación y 3 incumplidas. Por tal razón es importante establecer acciones preventivas para lograr una gestión oportuna de las 57 acciones que se encuentran en curso. • En referencia a los avances reportados para las 3 acciones de racionalización de tramites registrados en la plataforma SUIT para la vigencia 2025, la OCI no evidencio avances en el primer semestre 2025 Recomendaciones: • Direccionamiento Estratégico: Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación realizar un seguimiento preventivo de las acciones con vencimiento en diciembre, con el propósito de identificar oportunamente cualquier ajuste que sea necesario. Asimismo, se sugiere efectuar un seguimiento preventivo a las tres acciones de racionalización reportadas en la plataforma SUIT para la vigencia 2025. • Servicio al Ciudadano/Direccionamiento Estratégico: Se insta a los procesos de Servicio al Ciudadano y Direccionamiento Estratégico: que se encontraban a cargo de la acción 4.1 componente 3, acción 2.1 componente 4 y acción 2.1 componente 9 que a corte de junio de 2025 reportaron un avance de 0% y cerraron incumplidas, establecer un plan de mejoramiento que permita la inclusión de estas acciones y su cumplimiento para la vigencia 2026. • Direccionamiento estratégico: Programar la acción del componente 4, subcomponente 1.1, acción: Estrategia de racionalización SUIT y producto: Seguimiento plataforma SUIT, considerando el cronograma de monitoreo y seguimiento definido. En consecuencia, esta acción debería contar con tres fechas programadas de seguimiento en la plataforma SUIT.
Auditoría – Gestión de Alumbrado Público Agosto Trabajos / Ciclos previstos	Conclusiones: • La Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público demuestra un cumplimiento general de los aspectos auditados. Se evidencia una gestión estructurada y documentada tanto en la supervisión y control de la prestación del servicio de alumbrado público, como en la aplicación y registro de sus procedimientos internos para las vigencias 2024 y primer semestre de 2025. • La gestión contractual del servicio de alumbrado público, aun con su extensa base de acuerdos, otrosíes y adiciones, cuenta con un seguimiento y control robusto ejercido a través del Contrato de Interventoría UAESP-460-2021. Los informes de supervisión de la UAESP, del operador ENEL y de la interventoría ejercida por la Universidad Nacional de Colombia, muestran una gestión proactiva orientada a la mejora continua, con avances significativos en la

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría – Gestión de Alumbrado Público Agosto Trabajos / Ciclos previstos 	modernización a tecnología LED y un alto nivel de disponibilidad del servicio. - Se observaron desafíos operativos y presuntos incumplimientos que requieren una acción administrativa. Se destacan los presuntos incumplimientos reportados por la interventoría relacionados con la poda del arbolado urbano, incluyendo la desatención de la normativa vigente, respuestas inoportunas a las solicitudes de poda, traslados indebidos y devoluciones recurrentes de solicitudes a la UAESP. Asimismo, se observaron deficiencias en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) por parte de los contratistas de Enel (DELTEC S.A. y MICOL S.A.) por el uso inadecuado o la falta de elementos de protección personal, procedimientos de trabajo inseguros, y problemas en el mantenimiento de vehículos y equipo, entre otras. Observaciones: - Se evidenciaron presuntos incumplimientos reportados por la interventoría relacionados con la poda del arbolado urbano, incluyendo la desatención de la normativa vigente, respuestas inoportunas a las solicitudes de poda, traslados indebidos y devoluciones recurrentes de solicitudes a la UAESP, sin que se haya evidenciado acciones al respecto. Recomendaciones: - Evaluar mecanismos o estrategias que permitan la continuidad en la operación de actividades claves, como la revisión y aprobación de proyectos fotométricos, en el sentido de asegurar los recursos necesarios que aseguren la disponibilidad oportuna del personal requerido para el logro de los objetivos institucionales, con el fin de mitigar riesgos en la operación y generar afectaciones negativas en los indicadores. - Se recomienda implementar un mecanismo de control y alertas tempranas para garantizar la actualización oportuna de las pólizas de garantía respecto de las modificaciones contractuales. - Se recomienda iniciar las actuaciones administrativas a que haya lugar para asegurar la corrección de las deficiencias detectadas, especialmente en lo relacionado con los presuntos incumplimientos contractuales formales, así como con las obligaciones de SST de los contratistas, con el fin de salvaguardar los intereses de la Entidad.
Auditoría – Verificación de registros de información en el SIDEAP y SIGEP y cumplimiento de los lineamientos del DASCD Septiembre Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: - La Entidad continúa asegurando el debido diligenciamiento y presentación del registro de información en el SIDEAP y en el SIGEP, por parte tanto de los servidores públicos como por contratistas de prestación de servicios de personas naturales (formato único de Hoja de vida, formulario único de Declaración de bienes y rentas, formato de Declaración de Conflictos de interés y la publicación proactiva de Declaración de bienes y rentas y registro de conflictos de interés). - Con relación al registro de la declaración de conflictos de intereses y declaración de bienes y rentas, se verificó el reporte de todos los

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría – Verificación de registros de información en el SIDEAP y SIGEP y cumplimiento de los lineamientos del DASCD Septiembre Trabajos / Ciclos previstos 	elementos tomados como muestra, con una revisión específica frente al cumplimiento de este aspecto por parte de directivos y servidores con altos cargos de la Entidad, con resultados satisfactorios. Esto evidencia el cumplimiento de los lineamientos del DASCD (Circular externa 013 del 20/05//2025), así como los del DAFP y la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República (Circular Conjunta 004-2025 del 05/08/2025), y muestra la observancia de los principios de transparencia y publicidad, establecidos en la Ley 1712 de 2019. - Se observó el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.16.6 del Decreto 1083 de 2015 - Comprobación selectiva de veracidad, constatando que el proceso de Talento Humano verificó, mediante muestreo, el contenido de las declaraciones de bienes y rentas de la vigencia anterior. - La Entidad viene cumpliendo con el reporte mensual de información al SIDEAP, según el formato destinado para ello. - En cuanto a la asociación a los procesos y procedimientos en la Plataforma Estratégica del SIDEAP, se encontró un cumplimiento del 100% para el caso de los servidores. Para el caso de los contratistas, se observó un cumplimiento del 82,61% de los elementos verificables. Recomendaciones: - Garantizar, en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, la revisión, actualización y mantenimiento continuo de la información en el Módulo de Plataforma Estratégica del SIDEAP, conforme a la Circular externa 018 del 20/08/2025 del DASCD (Módulo de plataforma estratégica – SIDEAP). - Garantizar la aplicación y el diligenciamiento por parte de los servidores públicos y contratistas del “Test de Percepción de Integridad”, conforme a lo dispuesto en el punto 6 de la Circular Conjunta 004-2025 del 05/08/2025 del DAFP.
Informe de seguimiento metas Plan de Desarrollo Distrital - Decreto Distrital 221 de 2023 Septiembre Trabajos / Ciclos previstos   	Conclusiones: - Con corte al 30 de junio de 2025, la UAESP presenta un avance global positivo en el cumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura” 2024-2027, con logros visibles en cinco (5) de las doce (12) metas priorizadas, alcanzando niveles superiores al 90% de ejecución, especialmente en los proyectos relacionados con Alumbrado Público, Fortalecimiento Institucional y Gestión de Puntos Críticos. - Se evidencian brechas significativas en siete (7) metas sin ejecución reportada, derivadas principalmente de la formulación de indicadores finales sin hitos intermedios que permitan reflejar avances parciales de gestión. Esta condición limita la trazabilidad de resultados y la evaluación oportuna del desempeño institucional. - En materia presupuestal, la Entidad registra una ejecución del 56.4% en compromisos y del 8.9% en giros, ubicándose en el puesto 38 de 42 entidades distritales según el ranking de la Secretaría Distrital de Hacienda. Si bien se observa una mejora

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Informe de seguimiento metas Plan de Desarrollo Distrital - Decreto Distrital 221 de 2023 Septiembre Trabajos / Ciclos previstos 	frente al primer trimestre del año, el bajo nivel de giros evidencia la necesidad de fortalecer la planeación y seguimiento financiero. - Respecto a las reservas presupuestales, se destaca una ejecución del 65.16%, mostrando un avance sostenido frente al cierre de la vigencia 2024. Sin embargo, persisten recursos pendientes de giro del plan de desarrollo anterior, lo que demanda mayor control para evitar su conversión en pasivos exigibles. - Los pasivos exigibles presentan un comportamiento estable, con una reducción del 7.21% frente al saldo inicial de la vigencia, aunque se requiere fortalecer el control y la depuración de estos para minimizar riesgos disciplinarios y financieros ante la necesidad de pagar éstos con recursos de la vigencia. - En términos de gestión, los proyectos 8220 y 8237 presentan los mayores desafíos debido a retrasos en la implementación del nuevo modelo de gestión de residuos (meta 2185) y en la implementación de un modelo de tratamiento, aprovechamiento y valoración de residuos sólidos que genere subproductos de energías limpias (2187). Estas situaciones demandan acciones correctivas inmediatas para garantizar su cumplimiento dentro del horizonte del Plan de Desarrollo. Recomendaciones: - Con corte al 30 de junio de 2025, no evidencian avances significativos en 7 metas Plan de Desarrollo por lo que es necesario que se evalúe el estado de la gestión y la planificación de estas, con el fin de verificar el desarrollo y así, evitar posibles continuaciones de rezagos al finalizar la vigencia del actual Plan de Desarrollo – “Bogotá Camina Segura”. - Debido a los constantes ajustes en el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) durante la vigencia- 23 versiones al 30 de junio de 2025, se recomienda fortalecer la planeación y estabilidad contractual mediante una programación más precisa de las necesidades y cronogramas de contratación. La recurrencia de modificaciones en el PAA refleja una posible debilidad en la planeación contractual, por lo que resulta necesario consolidar mecanismos de revisión previa y validación técnica, financiera y jurídica que aseguren la coherencia entre las proyecciones de contratación, la disponibilidad presupuestal y las metas de los proyectos de inversión. - Adoptar medidas de fortalecimiento en la gestión contractual, especialmente en las subdirecciones que evidenciaron rezagos en la ejecución (RBL, SDF, SSFAP), promoviendo la planeación anticipada de los procesos y la articulación temprana con la Oficina Asesora Jurídica. - Se recomienda verificar la eficacia de las acciones adelantadas por cada área, con el propósito de garantizar que la información relacionada con el trámite y cierre de los pasivos exigibles sea oportuna, completa y de calidad. Este seguimiento permitirá definir estrategias más efectivas para acelerar la reducción del monto total de pasivos exigibles y, simultáneamente, mitigar el riesgo de eventuales procesos disciplinarios derivados de la utilización de recursos de la vigencia actual, los cuales podrían afectar la disponibilidad presupuestal necesaria para el cumplimiento de las metas programadas para 2025.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Seguimiento a la Estrategia de Conflicto de Intereses. Octubre Trabajos / Ciclos previstos	Conclusiones: • Durante la vigencia de la Estrategia de Conflictos de Intereses, se verificó el cumplimiento de las actividades definidas para la vigencia 2025. • Se observó un seguimiento adecuado de los trámites de impedimentos y recusaciones en los procesos de la Entidad. • La UAESP cuenta con una Política para la Identificación, Declaración y Gestión de Posibles Conflictos de Intereses (versión 3) y una Estrategia de Conflictos de Interés (versión 2), ambas implementadas y en funcionamiento. Además, actualmente se adelantan las nuevas versiones (Política V4 y Estrategia V3) que se prevé aprobar en el último trimestre de 2025, lo que refleja un compromiso con la mejora continua. • Existe una matriz de registro y control para conflictos de intereses, impedimentos y recusaciones, administrada por el proceso de Gestión de Talento Humano, lo que evidencia un mecanismo formal de seguimiento. • El Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), incluido en el Plan de Acción Institucional, contempla actividades específicas para promover la integridad y la ética pública, lo que demuestra un enfoque estructurado y alineado con la estrategia organizacional. • La Entidad muestra un nivel de madurez adecuado en la gestión de integridad, sustentado en la existencia de políticas, estrategias, programas, mecanismos de medición y control, y procesos de mejora continua. • Algunas debilidades relacionadas con los reportes de cada dependencia para alimentar y tener actualizada la información de la base de registros de conflictos de intereses que se han identificado desde el seguimiento de la vigencia pasada y que aún se presentan, se espera que sean resueltas con la implementación y promoción de las nuevas versiones de la Política y de la Estrategia de Conflictos de Intereses, por lo que, para este seguimiento, no se dejará recomendación al respecto; sin embargo, esto será objeto de revisión para la próxima auditoría. • La revisión de la Matriz de Riesgos evidencia que la UAESP mantiene un control adecuado sobre los riesgos asociados a la integridad pública, aunado al seguimiento periódico contemplado en el Plan Anual de Auditorías, que evidencia la existencia de mecanismos efectivos para monitorear y mitigar los riesgos.
Informe sobre las medidas de Austeridad en el Gasto Público- Decreto Distrital 492 del 2019 Agosto - Noviembre Trabajos / Ciclos previstos	Conclusiones: • La entidad presenta avances en la implementación de medidas de austeridad y sostenibilidad; sin embargo, persisten brechas en algunos rubros que requieren ajustes para asegurar el cumplimiento integral de las metas establecidas. • La falta de alineación entre las metas institucionales y la normatividad vigente limita la trazabilidad y la correcta interpretación de los resultados, por lo que es necesario armonizar

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Informe sobre las medidas de Austeridad en el Gasto Público- Decreto Distrital 492 del 2019 Agosto - Noviembre Trabajos / Ciclos previstos 	los porcentajes de ahorro conforme al Decreto Distrital 062 de 2024. • Los incrementos en consumos de servicios públicos, especialmente en energía y agua, evidencian la necesidad de fortalecer los controles preventivos y la eficiencia operativa mediante acciones técnicas y de sensibilización. • La estandarización de unidades de medida y el fortalecimiento del monitoreo periódico permitirán mejorar la confiabilidad de la información reportada y facilitar la verificación por parte de los órganos de control. • La consolidación de estrategias de sostenibilidad y el fortalecimiento del control interno preventivo son determinantes para garantizar una gestión financiera más eficiente, oportuna y acorde con los principios de austeridad. Recomendaciones: • Alinear las metas institucionales con el Decreto 062 de 2024 para garantizar coherencia normativa y trazabilidad. • Optimizar la planeación presupuestal para evitar concentraciones de gasto y mejorar el control financiero. • Consolidar estrategias de sostenibilidad como trabajo remoto y digitalización. • Reforzar el control interno preventivo con alertas tempranas en rubros críticos para aplicar correctivos oportunos. • Estandarizar las unidades de medida de la matriz de austeridad para asegurar trazabilidad y confiabilidad de los indicadores. • Fortalecer el control de consumos de servicios públicos mediante mantenimiento preventivo y optimización de sistemas, ante incrementos en agua y energía. Observaciones: • Con relación al componente de contratación por CPS, se observó un nivel de gasto superior al registrado en la vigencia 2024, especialmente debido a la contratación concentrada en el primer trimestre de 2025, lo cual dificulta cumplir la meta del 3% de austeridad. Aunque la entidad explica esta dinámica, se requiere mejorar la planeación anual para evitar comportamientos de gastos atípicos. • Se evidenció un cumplimiento parcial del Plan de Austeridad, con avances significativos en rubros como acueducto, aseo, telefonía y bienestar, donde se superaron las metas o se aplicaron medidas efectivas de racionalización. Sin embargo, incrementos en energía y fotocopiado limitaron el cumplimiento integral, destacándose un aumento del 16% en el consumo energético, lo que evidencia la necesidad de fortalecer acciones de eficiencia y sensibilización institucional.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Informe sobre las medidas de Austeridad en el Gasto Público- Decreto Distrital 492 del 2019 Agosto - Noviembre Trabajos / Ciclos previstos   	- Se identificaron brechas frente a las metas normativas, especialmente en la contratación de CPS, donde la meta institucional (3%) es inferior a la exigida por el Decreto 062 de 2024 (10%), lo que requiere ajustes para asegurar coherencia normativa. Durante el primer semestre de 2025 no se registró ejecución en capacitación ni viáticos, conforme a la planeación anual, aunque esto restringe la evaluación parcial y genera riesgos de concentración del gasto al cierre de la vigencia. - El análisis de los indicadores evidencia que la entidad carece de estandarización en varias unidades de medida, lo que dificulta la trazabilidad, comparación y validación del cumplimiento real de las metas institucionales. Esta situación afecta la confiabilidad del análisis y constituye un riesgo recurrente que ya había sido identificado en informes anteriores. - Finalmente, se destacan avances en el uso de herramientas digitales y prácticas sostenibles, así como la validación de observaciones y recomendaciones por parte de la Oficina de Control Interno, orientadas a fortalecer la planeación, el control y el cumplimiento de las metas del Plan de Austeridad. - El análisis del componente de capacitación refleja nuevamente la concentración del gasto en el segundo semestre, situación que ya había sido observada en el informe anterior y que afecta la distribución equitativa de la ejecución presupuestal. Aunque se adelantaron actividades sin costo, no se evidencia un plan estratégico que garantice un aprovechamiento óptimo y progresivo del presupuesto asignado. - Se evidenció un avance en la reducción del uso de impresiones físicas y en la adopción de medios digitales; sin embargo, no existen estrategias institucionales consolidadas que integren de manera formal la digitalización, sostenibilidad y uso racional de recursos en la operación diaria de la entidad.
Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Noviembre Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: - El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST de la UAESP, conforme a la verificación realizada por parte de la Oficina de Control Interno y la constancia de la ARL positiva, obtuvo como resultado un 100% de cumplimiento en su implementación, conforme a lo establecido por la Normatividad vigente a corte de la vigencia 2024. - El equipo SST establece como su hoja de ruta, el Plan anual de Trabajo, herramienta en la que se especifican las diferentes actividades a realizarse durante el año, el cual es presentado en Comité para aprobación por parte de la alta Dirección. - Al finalizar cada vigencia o período de ejecución, el equipo SST realiza la rendición de cuentas del SG-SST a la Alta Dirección. - Es importante establecer acciones coordinadas entre el equipo de Seguridad y Salud en el trabajo de la subdirección administrativa y financiera y la subdirección de servicios funerarios y alumbrado público, como supervisor y en estos momentos administrador de los 4 cementerios distritales; con el fin de subsanar las observaciones e implementar planes de mejoramiento de lo registrado en el presente informe de auditoría.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Noviembre Trabajos / Ciclos previstos 	Recomendaciones: • Teniendo en cuenta que es obligación de los propietarios y/o responsables de los inmuebles efectuar el adecuado mantenimiento de las edificaciones y sus instalaciones, con el fin de garantizar el buen funcionamiento de la edificación, se debe implementar acciones para el mantenimiento, mejoramiento y reforzamiento de las estructuras que requieren condiciones adecuadas en los 4 cementerios distritales. Entre tanto se desarrollan las actividades de mantenimiento estructural se recomienda restringir el uso de los espacios y controlar el acceso al público en las áreas de mayor criticidad. • Se recomienda realizar una intervención para el mejoramiento de la iluminación eléctrica, en especial en el cementerio Serafín, cementerio central y bodega Alquería, estableciendo un plan de mantenimiento preventivo para garantizar condiciones de iluminación adecuadas. • Establecer los antecedentes en la gestión adelantada para el mantenimiento del arbolado al interior de los cementerios e iniciar comunicaciones oficiales con la Secretaría Distrital de Ambiente solicitando una evaluación de riesgo de los individuos que se encuentran al interior de los cementerios y los predios aledaños incluyendo una valoración de estabilidad de estos individuos. • Garantizar la programación del lavado de tanques, fumigación y manejo de plagas al interior de los cementerios, a través de la contratación de empresas certificadas que adelanten estos procedimientos y certifiquen su ejecución. • Revisar y analizar la situación en el marco de la operación directa de la existencia de una persona particular para la administración de los servicios sanitarios dentro de los cementerios distritales. • De acuerdo con el diagnóstico levantado de los hornos crematorios, para el mantenimiento y puesta en funcionamiento de los hornos crematorios, se recomienda supervisar los trámites de solicitud de permisos atmosféricos a los que haya lugar para su operación. • En el cementerio Serafín: se recomienda realizar de manera inmediata el aislamiento y aseguramiento del área donde se encuentra la caja de conexiones abierta. Así mismo, se debe retirar el material vegetal acumulado dentro de la caja y efectuar una limpieza, es necesario cerrar y asegurar la caja de conexiones, organizar el cableado interno y evaluar si existen cables deteriorados o energizados que puedan generar riesgo eléctrico o de incendio. • Se recomienda dotar de manera inmediata el área de Tanatopraxia con un botiquín de primeros auxilios completo y acorde con los riesgos específicos de la actividad. Realizar el mantenimiento correctivo de las ventanas del área de Tanatopraxia, reemplazando los vidrios deteriorados y asegurando que la estructura quede completamente estable y funcional. Se recomienda instalar señalización preventiva en la zona de osarios, específicamente en los tramos donde las barandas presentan aperturas hacia el vacío, la señalización debe advertir el riesgo de caída a diferente nivel.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Noviembre Trabajos / Ciclos previstos 	- Se recomienda realizar una jornada de organización y limpieza en las bodegas de mantenimiento de los cementerios para garantizar que los materiales de obra se encuentren clasificados, almacenados adecuadamente y en lugares claramente delimitados. En el cuarto principal de válvulas de gas, para el cementerio del norte, se debe instalar señalización de advertencia, reforzar las barreras físicas para el acceso. En el sector de la arenera cementerio del sur, se debe restringir el acceso libre al área destinada para trabajos en alturas en el ingreso a los hornos crematorios. - Se recomienda fortalecer el etiquetado de los envases que contengan sustancias o mezclas, asegurando que cada uno cuente con información mínima como nombre del producto, tipo de riesgo, indicaciones de manejo seguro y pictogramas correspondientes teniendo en cuenta el sistema globalmente armonizado, así mismo, se sugiere evitar el uso de recipientes no destinados originalmente para almacenar estas sustancias y realizar la clasificación, identificación y disposición adecuada de todos los envases. - Se recomienda realizar gestión con el IDPyBA con el fin de gestionar el manejo de felinos y caninos al interior de los cementerios. - Se recomienda establecer acciones como relacionamiento interinstitucional con las entidades que apliquen tales como el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural IDPC, frente a las intervenciones de reparaciones locativas con el fin de generar las orientaciones respectivas en cumplimiento de la normatividad vigente. - Se recomienda evaluar la viabilidad de contratar personal adicional en los casos que así lo requieran, para asegurar el cumplimiento oportuno y efectivo de las actividades requeridas en la operación diaria y la óptima prestación del servicio; teniendo en cuenta que se evidenciaron actividades de mantenimiento pendientes de ejecutar. Observaciones: - Se identifican deficiencias en el mantenimiento del arbolado dentro de las instalaciones de los cementerios, evidenciándose árboles inclinados y apoyados sobre bóvedas, así como ejemplares aparentemente secos y con agrietados. En los predios aledaños a los cementerios Central y del Norte, se observa un crecimiento descontrolado de la vegetación que compromete la estabilidad estructural. Estas condiciones representan un riesgo para los visitantes tanto en las áreas internas como en los predios circundantes. - De acuerdo con las manifestaciones observadas en los informes de evaluación del riesgo por parte del IDIGER, medida sanitaria de la Secretaría Distrital de Salud, informe del experto en patología estructural para el cementerio central y sus predios aledaños advirtiendo del riesgo estructural por el nivel de vetustez y lo evaluado en los planes de emergencia y contingencia para el cementerio central y del norte, se evidencio que estas condiciones aún continúan en el mismo estado, manteniendo el nivel de riesgo

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
MIPG Noviembre Trabajos / Ciclos previstos ✓ ✓	estructural inminente en el cementerio central y cementerio del norte. Conclusiones: • Se observó formulación, aprobación y seguimiento del plan de adecuación y sostenibilidad PAYS de acuerdo con los lineamientos definidos. • Se verificó el estado de implementación del modelo integrado de planeación y gestión MIPG en la UAESP, se pudo verificar el cumplimiento de las acciones propuestas con corte a octubre de 2025; De acuerdo con lo reportado en la columna CG, porcentaje avalado por la OAP acumulado 3 trimestre , se observó que 32 acciones alrededor del 29,6% de las acciones se encuentra en el rango de 0 a 25%, 30 acciones alrededor del 27,7% de las acciones se encuentra en el rango de 30 a 50%, 3 acciones correspondiente al 2,7% de las acciones en el rango de 50 a 80% y finalmente se evidencian 35 acciones correspondientes al 32,4% se encuentran en cumplimiento del 100% de ejecución del PAYS. • Se observaron 28 acciones correspondientes al 25,9% que registran un porcentaje avalado por la OAP acumulado al tercer trimestre de cero por ciento, pertenecientes a políticas como Gestión de conocimiento y la innovación (2), Gestión de la Información estadística (2), Gestión de talento humano (4), Gestión Documental (11), Gobierno Digital (2), Integridad (1), Participación Ciudadana (2), Rendición de cuentas (1), Seguridad digital (2) y Transparencia y acceso a la información (1). • Se da cumplimiento a las funciones del comité institucional de gestión y desempeño, para el periodo del alcance de la presente auditoria, se observaron 2 actas de reunión para el periodo comprendido entre abril y octubre de 2025. Recomendaciones: • Informar de manera oportuna a la OAP los cambios que puedan presentarse en los autodiagnósticos y/o demás herramientas de planeación que son insumo para el PAYS de la vigencia 2026. • Se alienta a los responsables de las políticas, a que en coordinación con la oficina asesora de planeación realicen mesas de trabajo para analizar la conveniencia de las acciones contempladas con el fin que se pueda asegurar su cumplimiento para el cierre de la vigencia y en los casos que aplique su inclusión para el cumplimiento en vigencia 2026. • Generar alertas a los procesos y responsables del desarrollo de las acciones, para aquellas acciones que están programadas para cierre en diciembre y que durante los seguimientos no evidencien avances. • Diligenciar completa y oportunamente todas las columnas de la matriz, asegurando que la información reportada sea integral y facilite la evaluación adecuada del control. Fortalecer la pertinencia de los porcentajes registrados, con el propósito de garantizar la trazabilidad, facilitar el monitoreo por parte de las líneas de defensa y contribuir a una gestión más efectiva y oportuna.

Temática auditada

Auditoria de la ISO NTC

6047 Infraestructura

Noviembre

Trabajos / Ciclos previstos



Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones

Conclusiones:

- El ejercicio de auditoría permitió establecer que el nivel de implementación y cumplimiento de los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC 6047:2013 en el Punto de Atención al Ciudadano de la UAESP es parcialmente satisfactorio, con un puntaje global del 81% (según muestra), lo que evidencia avances importantes en materia de accesibilidad, infraestructura y condiciones de atención, pero también la existencia de brechas que impiden alcanzar la conformidad plena con la norma.
- Se resalta como fortaleza que el Punto de Atención al Ciudadano dispone de rampas de acceso por dos vías, mobiliario adecuado para tráfico pesado, sala de espera con sillas preferenciales y áreas señalizadas para personas con discapacidad, superficie podo táctil en la zona de atención, así como material informativo en sistema Braille, elementos que contribuyen a un entorno más seguro, accesible e incluyente para los diferentes grupos de interés.
- A pesar de estos avances, persisten incumplimientos relevantes frente a los requisitos de accesibilidad universal definidos en la NTC 6047, particularmente en el área de servicio al ciudadano y en las áreas sanitarias. Se identificó la ausencia de un sistema de asignación de turnos con salida visual y audible, la falta de una posición equipada con sistema de aumento de la audición, así como deficiencias en el baño accesible (señalización específica, ganchos para muletas o bastones, elementos de sujeción y condiciones de privacidad en la puerta). Estas brechas impactan de manera directa la experiencia de las personas con discapacidad y usuarios con necesidades especiales.
- En el componente de puertas, si bien se cumple con los requisitos de ancho y altura libre, se evidencian aspectos por mejorar relacionados con la ubicación y funcionalidad de las manijas y, de manera especial, con la privacidad de la puerta del baño para visitantes y personas en condición de discapacidad, lo que no resulta consistente con los criterios de seguridad y dignidad en el uso de las instalaciones sanitarias establecidos por la norma.
- El resultado global y las calificaciones por criterio muestran que la Entidad ha avanzado en la adecuación de la nueva sede, pero que es necesario priorizar acciones de mantenimiento, adecuación y dotación en las áreas con menor cumplimiento, con el fin de cerrar las brechas identificadas y consolidar un Punto de Atención al Ciudadano plenamente alineado con los principios de accesibilidad, seguridad, comodidad e inclusión previstos en la NTC 6047:2013.
- En términos generales, los resultados obtenidos:

Tabla 9 - Resultados Consolidados:

Criterio	Calificación
1. Puertas (numeral 16 NTC 6047)	83%
7. Áreas sanitarias (numeral 24 NTC 6047)	75%
10. Área de servicio al ciudadano (numeral 4 NTC 6047)	75%
Total	81%

Recomendaciones:

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoria de la ISO NTC 6047 Infraestructura Noviembre Trabajos / Ciclos previstos 	• Puertas numeral -16.1.12: Realizar mantenimiento a las puertas de ingreso y del baño, dado que actualmente presentan dificultades para garantizar aspectos de privacidad total. • Áreas sanitarias numeral 24.2: Adecuar el baño con ganchos para colgar muletas o bastones • Áreas de servicio al ciudadano numeral 18: Implementar un sistema de asignación de turnos que ofrezca tanto señales visuales como audibles, así mismo, es necesario disponer los avisos de cada mostrador o ventanilla.
Auditoría – Gestión del Talento Humano Diciembre Trabajos / Ciclos previstos  	Conclusiones: • La Entidad ha venido cumpliendo adecuadamente y conforme a la normativa aplicable con el proceso de selección del personal, durante la vigencia 2025. • Respecto al proceso de ingreso de servidores, se observó un cumplimiento adecuado en los siguientes aspectos: formato de verificación de requisitos, resolución de nombramiento, comunicación, aceptación, acta de posesión, documento de entrega de funciones, la presentación de las declaraciones de bienes y rentas y de conflictos de intereses, la concertación de compromisos o acuerdos de gestión y la evaluación del desempeño. Sin embargo, continua un incumplimiento significativo frente al entrenamiento de puesto de trabajo e inducciones, situación evidenciada en la auditoría efectuada del año pasado. • Con relación al procedimiento de retiro de servidores, se observó el adecuado cumplimiento de los exservidores con la presentación de la declaración de bienes y rentas y la de conflictos de intereses. En los expedientes se verificó la incorporación de los actos administrativos de retiro y liquidación para los elementos tomados como muestra. Sin embargo, se encontró una debilidad en la emisión del formato de paz y salvo, debido a una problemática relacionada con un módulo asociado del sistema de RunMyProcess, que ya ha sido puesta en conocimiento de la OTIC. • La Entidad cumple efectivamente con el proceso de concertación de compromisos funcionales y comportamentales, así como con el proceso de Evaluación del Desempeño Laboral. Se evidenció la concertación de compromisos de los empleados públicos de la UAESP para el periodo 2025-2026, así como la Evaluación del Desempeño Laboral del primer semestre de periodo 2025-2026. • El procedimiento provisión transitoria de cargos dentro de la Entidad se realiza conforme a la normativa aplicable sobre la materia y con la debida publicidad y transparencia. • La Entidad cumple debidamente con el proceso de inscripción y actualización de novedades en el Registro Público de Carrera Administrativa.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría – Gestión del Talento Humano Diciembre Trabajos / Ciclos previstos 	- En la UAESP está debidamente conformada la Comisión de Personal para el periodo 2025-2027, y su proceso se efectuó conforme a la normativa aplicable. - La Entidad cumple con la estructura adecuada del Manual Específico de Funciones, Requisitos y Competencia Laborales de los empleados, según la normativa aplicable, así como con su actualización, publicidad y socialización, para la vigencia 2025. - Para la revisión de la circular externa 100-005 de 2024 DAFP – Lineamientos de la Estrategia de Diversidad e Inclusión en el Empleo Público, se observó en la unidad el cumplimiento del porcentaje señalado en la ley 581 de 2000: Mínimo el cincuenta por ciento (50%) de los cargos de máximo nivel decisorio, serán desempeñados por mujeres. - En cuanto a la inclusión de personas con discapacidad, se reportan dos casos (1,38%); para el talento joven, se reporta 1 caso (0,68%). La inclusión de estos segmentos se supedita a factores de mérito y dinámicas de movimiento de personal. - Según los resultados de la medición del clima laboral y calidad de vida en el trabajo UAESP 2024 emitido por el DASCD, se encontró un riesgo global del 30,58%, resultado con un aumento del 74,34% en dos años con respecto a la medición del 2022 (un riesgo global del 17,54%). - Se verificó que el PIC 2025-2028 se formuló conforme a los lineamientos del Plan Nacional de Formación y Capacitación (PNFC 2020-2030) y al Decreto 1567 de 1998, y contempla acciones para todas las etapas del ciclo de vida laboral (ingreso, desarrollo, retiro). Asimismo, las necesidades identificadas en el diagnóstico se reflejan en los ejes temáticos. Observaciones: - De los 12 elementos tomados como muestra, 11 no cumplieron con la evidencia de entrenamiento en puesto de trabajo, lo que muestra un incumplimiento de la actividad # 11 del procedimiento de Vinculación de Servidores Públicos. Lo anterior debido a la debilidad en el control del registro de esta actividad, lo que puede generar riesgos asociados al desempeño de tareas relacionadas con el puesto de trabajo. - De los 14 elementos tomados como muestra, ninguno cumplió con la evidencia de paz y salvo, incumpliendo así las actividades 6 y 7 del procedimiento de Retiro de Servidores Públicos; esto debido a una problemática relacionada con un módulo asociado del sistema de RunMyProcess, lo que puede generar riesgos relacionados con la trazabilidad de los requisitos para los respectivos paz y salvo al momento de retiro. Recomendaciones: - Revisar y ajustar el punto de control que asegure el cumplimiento del respectivo entrenamiento en puesto de trabajo para los ingresos de servidores en la Entidad.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Auditoría – Gestión del Talento Humano Diciembre Trabajos / Ciclos previstos ✓ ✓	- Realizar mesa de trabajo junto con la OTIC con el fin de establecer las acciones para la corrección del módulo de RunMyProcess requerido para la emisión de paz y salvo en el proceso de retiro de servidores. - Con el fin de incrementar el porcentaje de inclusión tanto de personas con discapacidad como de talento joven, estudiar la viabilidad de implementar un banco de hojas de vida, así como priorizar estas condiciones al momento de proveer cargos mediante provisionalidad. - Teniendo en cuenta el incremento del riesgo global en la medición del clima laboral, considerar la elaboración de una estrategia o la definición de acciones puntuales dentro del Programa de Clima Laboral para la vigencia 2026 que aborden los principales segmentos-problema detectados en los Resultados de medición del clima laboral y calidad de vida en el trabajo UAESP 2024. Asimismo, se aconseja seguir la recomendación del informe que señala “Incorporar indicadores específicos para medir evolución en estados emocionales, empoderamiento, pertenencia y desarrollo profesional, vinculándolos al seguimiento del SG-SST y al Plan de Bienestar Institucional.”.
Auditoría al Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA Agosto Trabajos / Ciclos previstos ✓	Conclusiones: - La mayoría de las actividades establecidas en el PIGA para el año 2024 entre agosto y diciembre como consolidado, fueron efectuadas y evidenciadas a satisfacción. La mayoría de las actividades validadas según muestro del PIGA para la vigencia 2025 entre enero a julio, presentan un avance satisfactorio. - No hay actualmente una ruta clara para garantizar la gestión contractual de actividades relacionados con el PIGA en los tiempos correspondientes. - Los acuerdos de corresponsabilidad para las sedes establecidas en la concertación no se desarrollaron en consecuencia con los lineamientos temporales del PIGA. Recomendaciones: - Se recomienda a la Subdirección Administrativa y Financiera, dar respuesta ágil a las solicitudes de la Oficina Asesora de planeación en lo relacionado con los requerimientos de información asociados al PIGA. - Se recomienda a la Subdirección Administrativa y Financiera, así como a la Subdirección de Aprovechamiento, coordinar las actividades necesarias con el objetivo de adelantar los acuerdos de corresponsabilidad para las sedes de la UAESP concertadas, manteniendo su vigencia. - Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, hacer seguimiento a las fuentes de información relacionadas con el PIGA generando las reiteraciones pertinentes y hacer la escalación en los comités correspondientes, antes de que se superen los tiempos programados en el calendario.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Seguimiento a la Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones Noviembre Trabajos / Ciclos previstos	Conclusiones: - El seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones evidencia avances en la ejecución de los procesos de contratación, sin embargo, se observan oportunidades de mejora en términos de planificación, oportunidad y cumplimiento de los cronogramas establecidos, toda vez que, existen diferencias entre lo programado y lo ejecutado lo cual puede generar retrasos en la adquisición de bienes y servicios y afectar la operación de la entidad. - Para la vigencia fiscal 2025, a la UAESP le apropiaron recursos por el orden de \$546.909 millones de pesos que se asignaron a través del decreto N° 470 del 27 de diciembre del 2024 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, a la fecha se han comprometido \$461.838 millones que corresponde al 84% y se han realizado giros por valor de \$274.764 millones que corresponden al 50% del total del presupuesto apropiado. - El presupuesto asignado a la UAESP para atender los gastos de funcionamiento fue de \$354.796 millones. De acuerdo con los reportes generados del BOGDATA, al 31 de octubre de 2025 se comprometieron \$319.391 millones que corresponden al 90% y se pagaron \$213.498 millones que corresponden al 60% del total del presupuesto. - Los gastos de inversión evidencian que, aunque se ha comprometido el 74% de los recursos apropiados, el nivel de pagos realizado es significativamente bajo, toda vez que se realizaron pagos solo por el 31% de los compromisos. Esta situación puede afectar la oportuna realización de los proyectos y la utilización eficiente de los recursos disponibles para atender las necesidades de la población. - El valor de las reservas presupuestales constituidas por la UAESP a 31 de diciembre de 2024 ascendió a \$74.890 millones distribuidos entre los gastos de funcionamiento e inversión, de las cuales se han ejecutado pagos por el orden de \$63.355 millones que corresponde al 85% de ejecución, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento a la ejecución de las obligaciones causadas. Recomendaciones: - Establecer acciones de mejora frente a la ejecución de los proyectos, de manera que los recursos presupuestales se materialicen en obras y servicios concretos, estableciendo metas claras de avance, monitoreo permanente y acciones correctivas inmediatas frente a retrasos e incumplimientos, garantizando que los compromisos adquiridos se ejecuten dentro de la vigencia. - Realizar una revisión del Plan Anual de Adquisiciones para identificar y corregir las líneas duplicadas o inconsistentes, con el fin de garantizar que la programación de las adquisiciones refleje de manera precisa las necesidades reales. - Establecer por parte de cada una de las dependencias, estrategias enfocadas a optimizar la programación y ejecución de los recursos, de manera articulada con lo demás instrumentos de planeación, con el fin de gestionar con la debida oportunidad el uso de la totalidad de los recursos asignados.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Evaluación de la implementación de NTC PE 1000 Información Estadística Agosto Trabajos / Ciclos previstos	- Fortalecer la planeación institucional, con el fin de minimizar la concentración de la ejecución de los recursos en el último trimestre de la vigencia. - Se sugiere fortalecer los controles de seguimiento, ejecución y constitución de reservas presupuestales de manera coordinada entre los responsables del área de presupuesto, contratación, líderes de proyectos y supervisores, para mitigar el riesgo de incumplimiento y trascendencia a pasivos exigibles. Conclusiones: - Avances parciales en la implementación del Sistema de Información Estadística (SIE): Se constató que la UAESP ha emprendido acciones orientadas al cumplimiento de la Política de Gestión de la Información Estadística, tales como la elaboración del Informe de Calidad de la Información Estadística y Necesidades de Información 2024, la construcción inicial de repositorios y la realización de reuniones con áreas misionales y de soporte. No obstante, estas acciones aún no configuran un sistema consolidado que garantice integralmente los principios de calidad, pertinencia, oportunidad y confiabilidad de la información estadística. - Debilidades en el seguimiento y control interno: Se evidenció la ausencia de registros suficientes que demuestren la validación y documentación trimestral de la información estadística entre todas las áreas generadoras. Esta situación refleja un cumplimiento parcial de la acción de control prevista en el mapa de riesgos del proceso Gestión del Conocimiento y la Innovación, lo cual puede derivar en la materialización de un riesgo reputacional asociado a la publicación de información con posibles deficiencias técnicas y de actualización. - Cumplimiento parcial de los lineamientos normativos y técnicos vigentes: Aunque la Entidad dispone de instrumentos normativos internos (Manual de Gestión de la Información Estadística – GCI-MN-01 V1, formularios GCI-FM-09 y GCI-FM-10, entre otros), no se evidencia la elaboración del informe anual de gestión del SIE ni la aplicación de autodiagnósticos que permitan establecer una línea base y un plan de mejora continuo. Esta situación limita el cumplimiento integral de lo dispuesto en la NTC PE 1000 y en los lineamientos del DANE y el DAFP. - Insuficiencia de mecanismos de participación y retroalimentación de grupos de valor: Si bien se identificaron ejercicios de consulta ciudadana, estos carecen de rigor técnico y representatividad estadística (muestra reducida y no estratificada). Adicionalmente, no se encontraron evidencias de mecanismos consolidados para evaluar el nivel de satisfacción de los grupos de interés frente a la información publicada, ni planes de mejora derivados de dichas evaluaciones. Ello representa una debilidad frente al cumplimiento del numeral 8 del procedimiento GCI-PC-03 V3. - Planeación incompleta y falta de trazabilidad en el cronograma de trabajo: No se cuenta con un plan de trabajo integral y aprobado para la vigencia 2025 que articule autodiagnósticos, informes de gestión y seguimiento en instancias como el Comité de Gestión y Desempeño. La ausencia de este documento limita la trazabilidad de las acciones y dificulta medir los avances frente a la implementación del Sistema de Información Estadística. - Compromiso institucional y perspectivas de mejora: Pese a las debilidades señaladas, se reconoce el compromiso de la Oficina Asesora de Planeación en liderar la política, la disponibilidad de

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones
Evaluación de la implementación de NTC PE 1000 Información Estadística Agosto Trabajos / Ciclos previstos	personal contratado para desarrollar actividades técnicas, y la meta institucional de alcanzar la certificación en la NTC PE 1000 para el año 2027. Estas condiciones constituyen una base favorable para la consolidación del Sistema de Información Estadística, siempre que se fortalezcan los procesos de planificación, seguimiento, evaluación y mejora continua. Recomendaciones: • Es necesario garantizar la continuidad del proceso contractual de las personas (funcionarios/contratistas) que se encuentran en el proceso de implementación del sistema de Información con el fin de garantizar la trazabilidad del proceso de implementación y de esta forma evitar tiempos improductivos en sus fases de diseños, puesta en marcha y evaluación. • Garantizar que el equipo de la OAP que lidera la implementación del Sistema de Información Estadística pueda obtener los procesos de capacitación necesarios para liderar la puesta en marcha del Sistema de información Estadística y en especial la certificación en la NTC PE1000 ya que la meta de certificación se encuentra prevista en la vigencia 2027. • Consultar, diligenciar y hacer un plan de trabajo con el autodiagnóstico de la política de Gestión de la Información Estadística (Territorio) el cual se encuentra en el micrositio de la Función Pública o siguiente Enlace. Observación: • Al verificar el seguimiento de las líneas de defensa para el periodo comprendido entre enero y junio de 2025 en relación con el cumplimiento de la acción de control prevista en el riesgo de gestión del proceso de “Gestión del Conocimiento y la Innovación” - GIC, no es posible evidenciar que se esté desarrollando la validación y documentación trimestral de la información estadística con los procesos, lo anterior por cuanto no se evidencian registros de coordinación, priorización y características de calidad con la totalidad de las áreas generadoras de información. De esta forma, se genera un posible riesgo reputacional por posibles deficiencias en la calidad, oportunidad y actualización de la información que se encuentra publicada en la página WEB al mes de agosto de 2025. • No se evidenció el cumplimiento del numeral 5.2.9 del Manual de gestión de información estadística GCI-MN-01 V1, en relación con la elaboración de un informe anual de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el Sistema de Información Estadística. Lo anterior, limita el objetivo de incorporar e implementar acciones a desarrollar en un plan de trabajo de la política para la siguiente vigencia, lo que a su vez limita la generación de una estructura de planificación coherente y convincente para el diseño, puesta en marcha y evaluación del Sistema de Información Estadística de la Entidad.

Temática auditada

Seguimiento a la Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015 y Resolución MINTIC 1519 de 2020 -4 anexos)

julio, agosto y septiembre

Trabajos / Ciclos previstos



Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones

Conclusiones:

- Con la auditoría se revisó el cumplimiento de la Resolución 1519 de 2020, la matriz ITA y la Ley 1712 de 2012, y se generaron las siguientes conclusiones generales sobre cada anexo y su cumplimiento:

Anexo	Cumplimiento
Anexo 1: Accesibilidad	89%
Anexo 2: Estándares de publicación y divulgación de información de transparencia y acceso a información pública.	84%
Anexo 3: Seguridad Digital	89%
Anexo 4: Datos Abiertos	Cumplido – Pendiente TRD

Recomendaciones:

- Anexo 1:** Garantizar que los documentos publicados en la página web cumplan con los criterios de accesibilidad establecidos en la Resolución 1519 de 2020, incluyendo la disponibilidad en formatos alternativos (braille, audio y lengua de señas colombiana), conforme a lo dispuesto en la Circular Externa No. 10-005 del 9 de junio de 2025.
- Verificar regularmente la integridad de los enlaces web y corregir los enlaces rotos. Esto debido que se encontraron enlaces caídos, esta revisión se realizó mediante la herramienta.
- Anexo 2:**

MENU	RECOMENDACIÓN
MENÚ REQUISITOS SOBRE IDENTIDAD VISUAL.	Footer: Incluir enlace a políticas (numeral 2.3) y garantizar que documentos en micrositio de transparencia estén vigentes. Políticas y cumplimiento legal: Anexar política de derechos de autor y/o autorización de uso.
MENÚ INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD.	Directorio de servidores: Validar correos institucionales (evitar personales). Directorio de entidades: Corregir enlaces rotos (ej. Caja de Vivienda Popular). Calendario de actividades: Incluir eventos misionales mensuales; corregir errores de despliegue.
MENÚ PLANEACIÓN	Presupuesto general: Publicar presupuesto anual con modificaciones, fechas y anexos según ITA. Ejecución presupuestal: Actualizar información aprobada y ejecutada de ingresos y gastos. Proyectos de inversión: Publicar proyectos inscritos en Banco de Programas, alineados al plan de desarrollo.
MENÚ TRÁMITES	- Crear micrositio con trámites, costos y procedimientos. - Verificar enlaces de costos (Resolución 490 de 2019). - Incluir portafolio de formatos y formularios asociados.
MENÚ PARTICIPA	Actualizar inventario de mecanismos y

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones												
Seguimiento a la Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015 y Resolución MINTIC 1519 de 2020 -4 anexos) julio, agosto y septiembre Trabajos / Ciclos previstos	convocatorias de participación (2025). Publicar calendario anual de participación y formulario de inscripción en el menú. Mejorar micrositios de herramientas, colaboración e innovación, y control social. Publicar cronograma de eventos de diálogo.												
	MENÚ DATOS ABIERTOS Incluir Tablas de Retención Documental (TRD) en sitio de transparencia.												
	MENÚ INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA GRUPOS Validar título e información según ITA; actualizar contenido.												
	MENU OBLIGACIÓN DE REPORTE DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA POR PARTE DE LA ENTIDAD. Actualizar normatividad especial (actualmente de 2022).												
	MENÚ ATENCIÓN Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA Implementar agendamiento de citas y publicar horarios de atención. Validar enlaces rotos en PQRSD y agregar aviso de aceptación de condiciones.												
	Anexo 3: <table><tr><th>Criterio</th><th>Acción Requerida</th></tr><tr><td>11. Condiciones de seguridad digital</td><td>Fortalecer autenticación en todas las aplicaciones web (doble factor, captcha, etc.).</td></tr><tr><td>18. Condiciones de seguridad digital</td><td>Evaluar protección binaria mediante ofuscación para evitar ingeniería inversa y mitigar vulnerabilidades.</td></tr><tr><td>22. Condiciones de seguridad digital</td><td>Implementar controles en servidores contra ataques comunes (XSS, SQL Injection, DoS).</td></tr><tr><td>3.3 – Programación Código Fuente: Criterio 2</td><td>Validar análisis estático del código para detectar vulnerabilidades.</td></tr><tr><td>3.3 – Programación Código Fuente: Criterios 5 y 6</td><td>Cumplir recomendaciones del Portal Único del Estado y Resolución 2893 de 2020 (integración con GOV.CO, estandarización de sedes electrónicas y trámites).</td></tr></table>		Criterio	Acción Requerida	11. Condiciones de seguridad digital	Fortalecer autenticación en todas las aplicaciones web (doble factor, captcha, etc.).	18. Condiciones de seguridad digital	Evaluar protección binaria mediante ofuscación para evitar ingeniería inversa y mitigar vulnerabilidades.	22. Condiciones de seguridad digital	Implementar controles en servidores contra ataques comunes (XSS, SQL Injection, DoS).	3.3 – Programación Código Fuente: Criterio 2	Validar análisis estático del código para detectar vulnerabilidades.	3.3 – Programación Código Fuente: Criterios 5 y 6
Criterio	Acción Requerida												
11. Condiciones de seguridad digital	Fortalecer autenticación en todas las aplicaciones web (doble factor, captcha, etc.).												
18. Condiciones de seguridad digital	Evaluar protección binaria mediante ofuscación para evitar ingeniería inversa y mitigar vulnerabilidades.												
22. Condiciones de seguridad digital	Implementar controles en servidores contra ataques comunes (XSS, SQL Injection, DoS).												
3.3 – Programación Código Fuente: Criterio 2	Validar análisis estático del código para detectar vulnerabilidades.												
3.3 – Programación Código Fuente: Criterios 5 y 6	Cumplir recomendaciones del Portal Único del Estado y Resolución 2893 de 2020 (integración con GOV.CO, estandarización de sedes electrónicas y trámites).												
Anexo 4: Ausencia de Tablas de Retención Documental representa una debilidad que debe ser priorizada para garantizar una gestión documental completa y conforme a la normativa Cumplimiento Total de la Matriz ITA y Resolución 1519 de 2020.													
Observación <table><tr><th>No.</th><th>PROCESO</th><th>DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN</th></tr><tr><td>1</td><td>OTIC</td><td> Actualización CMS: La OCI verificó que la entidad no cumple con el numeral 3.2, Condiciones de Seguridad Digital, apartado 8, del Anexo 3 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC, el cual establece la obligación de mantener actualizados el software, los frameworks y los plugins de los sitios web de la entidad. Lo que genera un riesgo de seguridad importante. </td></tr><tr><td>2</td><td>OAP</td><td> Información incompleta y desactualizada en el Menú de Transparencia: La OCI verificó que la entidad no cumple de manera total con lo establecido en el Anexo 2 </td></tr></table>		No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	1	OTIC	Actualización CMS: La OCI verificó que la entidad no cumple con el numeral 3.2, Condiciones de Seguridad Digital, apartado 8, del Anexo 3 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC, el cual establece la obligación de mantener actualizados el software, los frameworks y los plugins de los sitios web de la entidad. Lo que genera un riesgo de seguridad importante.	2	OAP	Información incompleta y desactualizada en el Menú de Transparencia: La OCI verificó que la entidad no cumple de manera total con lo establecido en el Anexo 2			
No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN											
1	OTIC	Actualización CMS: La OCI verificó que la entidad no cumple con el numeral 3.2, Condiciones de Seguridad Digital, apartado 8, del Anexo 3 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC, el cual establece la obligación de mantener actualizados el software, los frameworks y los plugins de los sitios web de la entidad. Lo que genera un riesgo de seguridad importante.											
2	OAP	Información incompleta y desactualizada en el Menú de Transparencia: La OCI verificó que la entidad no cumple de manera total con lo establecido en el Anexo 2											

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones/ Observaciones	
Seguimiento a la Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015 y Resolución MINTIC 1519 de 2020 -4 anexos) julio, agosto y septiembre Trabajos / Ciclos previstos   		de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC, específicamente en lo relacionado con la completitud y actualización de la información publicada en el Menú de Transparencia de la UAESP. Esta situación limita el acceso pleno y confiable a la información por parte de la ciudadanía y afecta el cumplimiento de los lineamientos de transparencia establecidos por la normativa vigente.

❖ AUDITORIAS DE ASEGURAMIENTO

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
Auditoría Gestión Contractual priorizada (procesos de apoyo y procesos estratégicos) Trabajos / Ciclos previstos  Julio-agosto	Observaciones: - En los contratos UAESP-183-2025 y UAESP-380-2025 no se evidenciaron los soportes de pago correspondientes en la documentación revisada ni en SECOP, lo cual impide verificar la trazabilidad entre la ejecución contractual y la ejecución financiera. - Según lo reportado por la SAL, los contratos UAESP167-2025 y UAESP-129-2025 no tienen expediente ORFEO creado. A parte de la información cargada en el SECOP, no se cuenta con un expediente propio (repositorio de información); esto puede llegar a generar un riesgo asociado a la pérdida de información de los documentos de estos contratos. - En el marco del Contrato UAESP-129-2025, No fue posible encontrar en la plataforma SECOP II la información relacionada con el certificado de cumplimiento de la prestación de servicio a satisfacción, suscrita por el supervisor del contrato, ni la acreditación del pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales, requisitos para la ejecución del pago y obligaciones establecidas en el contrato. Conclusiones: - Se evidenció un adecuado registro y publicación de la planificación contractual en el Plan Anual de Adquisiciones de la UAESP en el SECOP; lo que indica que la Entidad garantiza la debida planificación y publicación de las necesidades de adquisición de bienes y servicios.

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	- En general, la UAESP muestra un cumplimiento adecuado del procedimiento denominado Proceso contratación etapa precontractual. - Se observó que la supervisión de los contratos objeto de la muestra de esta auditoría, han garantizado el debido cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legal ejecución de los contratos y sus modificaciones. - Para algunos contratos, se observaron debilidades en cuanto al cargue de informes en el SECOP y al aseguramiento de la información mediante la constitución de los expedientes correspondientes. Recomendaciones: - Gestionar la creación del expediente en ORFEO de los contratos UAESP-167-2025 y UAESP-129-2025. - Garantizar que toda la documentación relacionada con el contrato UAESP-129-2025 este completa de acuerdo con lo establecido en el contrato y cargada en el SECOP.
Auditoría al sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 Octubre Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: - Los resultados evidencian que la UAESP mantiene un nivel de cumplimiento adecuado con los requisitos de la norma, especialmente en los numerales 4 (Contexto), 5 (Liderazgo) y 6 (Planificación). La entidad cuenta con mecanismos definidos para la identificación del contexto organizacional, la articulación con el MIPG y el MECI, la gestión de riesgos, y la claridad en roles, responsabilidades y compromisos institucionales. Se resalta el apoyo de la alta dirección y el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión a través del seguimiento estratégico, la revisión por la dirección y la atención satisfactoria al seguimiento del ente certificador. - No obstante, se identifican brechas significativas que requieren atención prioritaria. Entre las más relevantes se encuentran debilidades en la gestión de la información documentada (numeral 7.5), la toma de conciencia institucional (7.3) y la planificación y control operacional (8.1), reflejadas en procedimientos desactualizados, ausencia de registros esenciales, controles insuficientes, y demoras recurrentes en procesos misionales como la atención a PQRS en Gestión Integral de Residuos. Asimismo, varios procesos presentan inconsistencias en indicadores, seguimiento y medición del desempeño (numeral 9), incluyendo

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	ausencia de programación, falta de reportes y limitaciones para evaluar la eficacia de la gestión. - Se identificaron también no conformidades asociadas a riesgos no gestionados, deficiencias en inventarios, incumplimientos de requisitos legales en tiempos de respuesta al ciudadano, falta de trazabilidad en el manejo de bienes, ausencia de lineamientos formales en procesos operativos y debilidades en la captura y preservación del conocimiento institucional. Estos hallazgos impactan directamente la eficacia del sistema y representan riesgos operativos, reputacionales y de transparencia. Recomendaciones: Direccionamiento Estratégico - La UAESP debe determinar si el cambio climático es un factor relevante para su contexto organizacional, en tal sentido, es necesario que determine la forma cómo el cambio climático afecta su operación, a sus partes interesadas y a la continuidad de sus servicios, para poder desarrollar estrategias de mitigación y adaptación. Lo anterior, conforme la "adenda de cambio climático" emitida por la ISO en febrero de 2024 que requiere que las organizaciones incorporen el efecto del cambio climático en sus sistemas de gestión. Si la organización determina cuestiones pertinentes relacionadas con el cambio climático, éstas deberán abordarse en el marco del Sistema de Gestión, lo que implica la determinación de riesgos y oportunidades, la planificación de cambios en el Sistema de Gestión, cambios en el alcance o abordar los requisitos relacionados dentro de los demás requisitos del Sistema de Gestión. - La alta dirección requiere orientar con prontitud el proceso contractual de la Entidad para darle continuidad al trámite de peticiones, quejas y reclamos, conforme a los lineamientos de la Ley 1755 de 2015. Alumbrado Público - Se encuentra que la supervisión a cada una de las actividades contratadas a la Interventoría para el servicio de alumbrado público se realiza a través de un documento denominado "INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN A CONTRATOS ALUMBRADO PÚBLICO" que no hace parte del Sistema Integrado de Gestión. Por lo que se sugiere evaluar junto con el líder del proceso y con la Oficina Asesora de Planeación la posibilidad de incluirlo dentro del sistema y determinar su pertinencia y diferenciación respecto al Informe mensual supervisión y control de Alumbrado Público.

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	Gestión Financiera - Fortalecer el control sobre los formatos de conciliación, procurando que en un único documento se integren las firmas de los responsables (Tesorero y Presupuesto) para asegurar la trazabilidad y validación del registro conforme al numeral 7.5 de la norma ISO 9001:2015, relativo al control y aprobación de la información documentada. Gestión Integral de Residuos - Fortalecer la gestión de riesgos, evaluando la inclusión de un riesgo de gestión respecto de la atención oportuna y cumplimiento normativo frente a los temas de atención al ciudadano, aspectos misionales y de seguimiento, por falta de personal, lo que puede ocasionar demoras o retraso en el cumplimiento metas y objetivos institucionales. - Verificar en coordinación con el proceso de Direccionamiento Estratégico, la forma como se orienta la implementación y documentación de la enmienda de “Cambio Climático” de la norma ISO 9001, aprobada el 23 de febrero de 2024 ya que se debe introducir requisitos sobre cambio climático. Las UAESP debe evaluar el impacto y las partes interesadas. Se busca mitigar los efectos del cambio climático en la calidad de los productos y servicios. - Verificar las incidencias recurrentes del indicador de Calidad del efluente del Sistema de Tratamiento de Lixiviados, con el fin de conminar al operador del RSDJ a que cumpla los términos de calidad de los lixiviados productos de la operación. Gestión Disciplinaria interna - Implementar un formato donde se evidencie el cumplimiento de la obligación de confidencialidad o de reserva legal y/o contractual a favor de la UAESP, donde todos los integrantes del grupo de la OCDI suscriban un acuerdo de confidencialidad, toda vez que el área debe guardar absoluta reserva de todos los asuntos que con ocasión al cargo o contrato sean de conocimiento para efecto del ejercicio de la actividad disciplinable Servicios Funerarios - Revisar y actualizar la Matriz de formulación de requisitos del servicio Subvenciones Funerarias, en lo relacionado con los tipos y descripción de servicios a costo cero (0), y su correspondiente matriz de seguimiento de servicios no conformes. Gestión de Apoyo Logístico - Se recomienda establecer un mecanismo de articulación entre los procesos de Talento Humano, TIC, Planeación y, de ser necesario, la Subdirección

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	de Asuntos Legales, con el fin de revisar y actualizar el procedimiento GTH-IN-03 “Instructivo para la Gestión de Paz y Salvo”. Esta revisión debe enfocarse en cerrar brechas que han generado inconsistencias en el reporte de inventarios, como la permanencia de bienes asignados a funcionarios retirados, evidenciando la necesidad de fortalecer la trazabilidad en la entrega y devolución de activos. La implementación de esta recomendación permitiría mejorar el control de bienes institucionales, reducir riesgos asociados a su pérdida y asegurar la integridad de la información registrada • Se recomienda al proceso incorporar en el registro de recorridos vehiculares un apartado que documente las solicitudes no atendidas, especificando causas y frecuencia. Esta información permitiría evaluar de forma más completa el desempeño del proceso, identificar brechas operativas, generar alertas sobre necesidades de recursos y mejorar la planificación, contribuyendo a la satisfacción del cliente interno. La implementación de este ajuste fortalecerá la trazabilidad, la toma de decisiones basada en datos y la mejora continua. • Se recomienda establecer controles sistemáticos que permitan verificar la coherencia entre lo facturado y los soportes físicos reportados, con el fin de prevenir cobros no justificados y asegurar la integridad de la información. La implementación de esta medida fortalecería el control financiero y operativo del proceso, mejoraría la trazabilidad de los consumos y contribuirá a la toma de decisiones basada en datos confiables. • Se recomienda formalizar y documentar los lineamientos operativos para la administración y asignación de vehículos, asegurando su alineación con la misionalidad institucional, su difusión a las áreas involucradas y el cumplimiento de la normativa vigente y demás disposiciones sobre racionalización del uso de vehículos oficiales. Esta acción permitirá estandarizar el proceso, mejorar la transparencia en el uso de recursos y fortalecer el sistema de gestión de calidad. Gestión del Conocimiento y la Innovación • Se recomienda al proceso de Innovación y Conocimiento fortalecer sus estrategias de articulación institucional mediante la conformación de mesas de trabajo colaborativo con participación de todas las subdirecciones y oficinas, y el acompañamiento de la Dirección General. Estas mesas deben promover el compromiso con la generación, reporte y uso de información estratégica, como los tableros estadísticos, para consolidar la memoria institucional y mejorar la medición del desempeño

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	- Se recomienda formular un documento de planeación estratégica del proceso que integre de forma clara las actividades a desarrollar, responsables, recursos requeridos y mecanismos de seguimiento y evaluación. Este documento podría contemplar una programación anual y, preferiblemente, una proyección a mediano plazo (cuatrienio), con el fin de asegurar la trazabilidad, continuidad y mejora de las acciones del proceso. - Se recomienda desarrollar un lineamiento vinculante que defina mecanismos formales para la captura, registro y difusión del conocimiento generado en dichos espacios, mediante formatos estandarizados, repositorios digitales o espacios de retroalimentación. Esta estrategia fortalecería la gestión del conocimiento, facilitaría su integración en los procesos institucionales y contribuirá a la mejora continua. Observación: Gestión Integral de Residuos - Durante la revisión de las 12 metas del Plan de Desarrollo Distrital 2024–2027 con corte al 30 de junio de 2025, se evidenció que cuatro de ellas están directamente relacionadas con el proceso de “Gestión Integral de Residuos”, las cuales presentan un bajo nivel de cumplimiento. Esta situación refleja debilidades en la implementación y control de los mecanismos de seguimiento y ajuste de la planeación operativa, lo que limita la capacidad del proceso para adoptar acciones correctivas oportunas y asegurar el cumplimiento de los resultados planificados, afectando la confianza institucional en la eficacia del sistema de gestión y el logro de los objetivos estratégicos misionales, incumpliendo así lo establecido en el numeral 4.4.1 literal g de la norma ISO 9001:2015. - Al verificar las cifras correspondientes al cierre oportuno de las peticiones de la ciudadanía relacionadas con el proceso de Gestión Integral de Residuos Sólidos durante el primer semestre de 2025, se evidenció una recurrencia en el incumplimiento de los plazos establecidos en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015. Esta situación representa un riesgo reputacional para la Entidad y podría generar eventuales acciones sancionatorias por parte de los entes de control. En consecuencia, se determina que el proceso no dispone de mecanismos suficientes para asegurar el control y cumplimiento de los requisitos legales asociados a la provisión del servicio, configurando un incumplimiento del numeral 8.1 de la norma ISO 9001:2015.

Gestión del Conocimiento y la Innovación

- Durante la auditoría se identificó que, aunque el proceso contempla un mecanismo para gestionar el riesgo de pérdida de conocimiento estratégico y memoria institucional “posibilidad de pérdida de conocimiento estratégico y memoria institucional, debido a debilidades en su identificación y desactualización en la documentación del conocimiento tácito de funcionarios y contratistas”, este no ha sido implementado desde el inicio ni con la periodicidad requerida. Esta situación limita la eficacia del control establecido, afecta la gestión del conocimiento, comprometiendo la disponibilidad de información crítica en escenarios de rotación de personal o finalización de contratos.
- Durante las entrevistas realizadas a los integrantes del proceso, se evidenció que no todos los miembros del equipo tienen conocimiento sobre los documentos y elementos que conforman el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tales como la política de calidad, los objetivos de calidad y otros elementos del Sistema Integrado de Gestión. Por lo tanto, se requiere reforzar las acciones de capacitación y sensibilización dirigidas al equipo de trabajo, con el fin de fortalecer el conocimiento y apropiación de los lineamientos del sistema, asegurando que todos los integrantes comprendan su rol dentro del marco del MIPG y contribuyan activamente a su implementación.
- Durante la auditoría se evidenció que, aunque el proceso cuenta con tres indicadores definidos (Actualización de Información Estadística, Gestión de la Información Estadística – GIE, y Retos Institucionales – RI UAESP), no se dispone de una programación anual formalizada que permita verificar su cumplimiento ni realizar un seguimiento sistemático. Además, se observó que solo el indicador RI UAESP presenta reporte correspondiente al mes de junio, a pesar de tener periodicidad mensual, mientras que los demás indicadores no cuentan con registros que evidencien su medición en los periodos establecidos. Esta situación afecta el cumplimiento de los requisitos relacionados con el seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño de los procesos, así como la planificación para alcanzar los objetivos de calidad, dificultando la toma de decisiones basada en evidencia y promover la mejora continua.

Participación Ciudadana

- Se evidenció que el proceso de Participación Ciudadana no realiza ni conserva las actas correspondientes a los espacios de capacitación que deben llevarse a cabo de manera trimestral, según

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	lo establecido en la planificación de riesgos del proceso. Asimismo, no se implementa un sistema de consecutivo que permita el control y trazabilidad de dichas actas. Esta situación impide realizar un seguimiento efectivo a las acciones de capacitación y a la gestión del riesgo asociado, incumpliendo lo dispuesto en la norma respecto a la necesidad de planificar e implementar acciones para abordar riesgos y oportunidades. - Se constató que no existen evidencias documentadas que soporten la realización o participación del proceso en socializaciones y actividades de divulgación relacionadas con los elementos estratégicos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Esta situación limita la toma de conciencia del personal frente a la importancia del cumplimiento de los requisitos del sistema y de los impactos derivados de su incumplimiento. - No se evidenció la consolidación ni el análisis integral de los indicadores del proceso, lo que impide determinar de manera objetiva el grado de cumplimiento de los objetivos de gestión y la eficacia del proceso de Participación Ciudadana. La falta de análisis dificulta la toma de decisiones basada en evidencia Gestión de las Comunicaciones - Se evidencia los siguientes riesgos sin estar en la matriz de riesgos de la plataforma de la UAESP, referente a la NTC 9001 de 2015: 1. Transporte, y seguridad en el traslado de equipos de comunicación. 2. Almacenamiento de la información. 3. Ausencia de equipos y los reels sin archivo. - No se han realizado ni documentado ni participado ni gestionado acciones ni socializaciones y actividades de divulgación de los elementos estratégicos del SGC para que las personas tomen conciencia de las consecuencias de incumplir los requisitos del sistema de gestión de calidad. - Se evidencia ausencia y falta de organización en los diferentes formatos, sin contar con un archivo que asegure y garantice la operación de los procesos, lo cual impide realizar un control adecuado sobre la entrada y salida de dichos registros. Esta situación limita la posibilidad de generar estadísticas confiables y de medir la eficacia del proceso de divulgación, en contravención de lo establecido en la NTC ISO 9001:2015, cláusula 7.5 (información documentada) así como la ausencia del archivo de gestión compromete la integridad, disponibilidad y accesibilidad de la información documentada.

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	• Custodia del formato “Autorización de uso de imagen” (GCO-FM-04 V1): Se evidencia no conformidad en el proceso de archivo y custodia del formato de autorización de uso de imagen, toda vez que los soportes son cargados y almacenados en carpetas denominadas “videos” o en discos duros externos sin un sistema formal de control ni medidas de seguridad. Esta práctica expone la información a riesgos de pérdida, alteración o acceso no autorizado, incumpliendo lo señalado en la NTC ISO 9001:2015, cláusula 7.5.3.2 (protección, control de acceso y preservación de la información documentada). • No se evidencian indicadores que permiten el análisis y evaluación del desempeño del proceso GCO-PC-01 V5 Relaciones interinstitucionales y eventos. En el SGI. • No se evidencian formatos de Acciones correctivas y de mejora ni evidencias de cumplimiento. Gestión de Apoyo Logístico • Durante las entrevistas realizadas a los integrantes del proceso, se evidenció que no todos los miembros del equipo tienen conocimiento sobre los documentos y elementos que conforman el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tales como la política de calidad, los objetivos de calidad y otros elementos del Sistema Integrado de Gestión. Por lo tanto, se requiere reforzar las acciones de capacitación y sensibilización dirigidas al equipo de trabajo, con el fin de fortalecer el conocimiento y apropiación de los lineamientos del sistema, asegurando que todos los integrantes comprendan su rol dentro del marco del MIPG y contribuyan activamente a su implementación. • Durante la revisión del procedimiento GALO-PC03 “Administración y Manejo de Inventarios”, se evidenció que, aunque se menciona un “programa de inventario continuo”, no se define su periodicidad, y en la práctica los inventarios se realizan de forma aleatoria y no en todas las dependencias, lo que contradice lo establecido en el procedimiento. Al verificar el reporte vigente se encontraron inconsistencias como funcionarios retirados con bienes asignados y registros de funcionario asociados a dos subdirecciones. La causa obedece a la falta de una periodicidad formal y mecanismos de seguimiento definidos. Como efecto, el inventario no refleja la realidad física de los bienes, afectando la trazabilidad, confiabilidad y control del patrimonio institucional. • Durante la revisión de la matriz de riesgos del proceso, se identificó el riesgo denominado:

TEMÁTICA AUDITADA

Principales Conclusiones / Recomendaciones

“Posibilidad de afectación económica, sanciones administrativas, penales o fiscales por pérdidas de bienes de propiedad de la entidad, debido a la falta de responsabilidad de la persona, supervisor o en quien recae la custodia de estos, por incumplimiento de los procedimientos.” Al revisar el control que es el reporte de inventario o movimiento como esta descrito en el control, se encontró que existen funcionarios retirados que aún figuran con bienes asignados a su nombre, lo cual representa una posible pérdida de activos institucionales y una debilidad en la trazabilidad y control de los bienes. Esta situación evidencia que, aunque los controles y acciones definidos en la matriz de riesgos han sido implementados, no están resultando eficaces para mitigar adecuadamente el riesgo identificado.

Gestión de Talento Humano

- Se evidenció que los procedimientos “GTH-PC-04 V4 Permisos, Licencias y Otras Situaciones Administrativas”, “GTH-PC-17 V1 Beneficios a empleados a largo plazo” y “GTH-PC-25 V1 Prácticas laborales UAESP” se encuentran desactualizados, lo que representa un incumplimiento del control de la información documentada, según lo establecido en el numeral 7.5 de la norma ISO 9001:2015.

Servicio al Ciudadano

- Se evidenció que el procedimiento “SCI-PC-01 V7 – Servicio al Ciudadano” se encuentra desactualizado, lo cual puede generar inconsistencias en la ejecución de las actividades del proceso, lo que impide que el personal cuente con directrices vigentes y alineadas con los requisitos normativos, lo que puede afectar la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- Se evidenció que la línea PBX 3480400, aunque tiene un menú definido no está actualizado conforme a la ubicación de la sede principal actual; al realizar una llamada de verificación a extensión No. 6 (Servicio al Ciudadano PQRS) cuya respuesta es “No hay agentes disponibles”. En el desarrollo de la auditoria se indagó a la líder del proceso por el servicio en la atención a línea, a lo que manifestó “que esa línea no servía, que la atención vía telefónica se realizaba a través de la línea #195”, sin que esta información esté claramente comunicada al usuario. Esto afecta la accesibilidad y la confianza en el servicio.

Todos los procesos/ Gestión Documental

- Se evidenció un avance insuficiente en la elaboración de los inventarios documentales mediante el Formato Único de Inventario Documental (FUID). A la fecha de la auditoría, no se

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
Auditoria Liquidación de Nómina Octubre Trabajos / Ciclos previstos 	tiene la totalidad de los inventarios correspondientes a cada una de las dependencias, según los expedientes entregados al archivo de gestión hasta el año 2021. Esta situación contraviene las directrices establecidas por el Archivo General de la Nación, que exige la elaboración completa y precisa de los inventarios como instrumento de control archivístico para garantizar la trazabilidad, conservación y recuperación de la información documental. Conclusiones: • El proceso gestiona de manera adecuada y oportuna las situaciones administrativas evaluadas que afectan la nómina. Si bien, el proceso cuenta con un aplicativo adecuado, el proceso también cuenta con controles paralelos que permiten revisar las operaciones para eliminar el riesgo de error en el pago de salarios y prestaciones legales. • Aunque el proceso realiza seguimiento a la cartera derivada de incapacidades, no se evidencian mecanismos formales para controlar los plazos legales de pago por parte de las EPS y ARL y gestionar el cobro de intereses moratorios cuando se presentan demoras, lo que puede representar pérdida de recursos para la entidad. • Se evidenció la necesidad de fortalecer los controles en el proceso de liquidación de funcionarios que se retiran con incapacidades pendientes de reconocimiento, a fin de garantizar que se apliquen los descuentos correspondientes al porcentaje no cubierto por las EPS o ARL. • Se evidenció que la EPS reconoció de manera proporcional la licencia de maternidad de la funcionaria Lilly Lorena Barbosa, al verificar que no se cumplió con la totalidad de las semanas cotizadas exigidas durante el período de gestación. Esta situación refleja la importancia de fortalecer el control previo a la radicación de licencias ante las EPS, asegurando la validación de los requisitos normativos y del tiempo cotizado, con el fin de evitar diferencias en los valores reconocidos y posibles pérdidas para la entidad. • Existen riesgos asociados al proceso que pueden llegar a impactar la oportunidad en la gestión de los recobros y en la aplicación uniforme de los procedimientos que según lo manifestado por los auditados refieren limitaciones asociadas a la alta carga laboral y a la rotación del personal, incluyendo funcionarios que aún se encuentran en proceso de

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	aprendizaje, por lo que se considera necesario fortalecer las capacidades del equipo. - Se evidenció que el procedimiento GTH-PC-19 V2 “Reporte y trámite de incapacidades y licencias médicas” se encuentra actualmente en proceso de actualización. Dentro de este ajuste, el grupo de nómina tiene previsto modificar el orden de las actividades para que refleje la secuencia real en la que se ejecutan los trámites, garantizando así coherencia entre la práctica operativa y el documento normativo vigente, así como una mayor claridad en la trazabilidad del proceso. Recomendaciones: - Verificar previamente el cumplimiento de los requisitos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud antes de proceder con el reconocimiento económico de licencias de maternidad, con el fin de garantizar que el período de gestación se encuentre completamente cubierto por aportes. - Continuar con las gestiones necesarias para radicar ante la Subdirección de Asuntos Legales el trámite de cobro coactivo correspondiente (borrador identificado con el número 20257000080813 del 21 de octubre de 2025), con el fin de asegurar la recuperación efectiva del valor no reconocido por la EPS y, una vez radicado, realizar el seguimiento respectivo al proceso. - Implementar un control más riguroso en el registro y seguimiento de incapacidades en el sistema Orfeo, asegurando que todas las solicitudes sean gestionadas oportunamente. - Actualizar el procedimiento GTH-PC-19 V2, de manera que el orden de las actividades refleje la secuencia real con que se desarrolla el trámite de reconocimiento económico de incapacidades y licencias médicas, garantizando coherencia entre la práctica institucional y lo establecido en el documento, así como el cumplimiento de los plazos de radicación ante las EPS. - Fortalecer el control y trazabilidad del proceso de recobro de incapacidades mediante la implementación de un registro sistemático que permita hacer seguimiento al estado de las solicitudes radicadas, fechas de pago y cumplimiento de los términos legales, así como establecer un mecanismo para gestionar oportunamente el cobro de intereses moratorios cuando haya lugar.

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	• Adelantar las gestiones necesarias, para fortalecer las capacidades del equipo encargado de la gestión de incapacidades y recobros. Esto permitiría mejorar la oportunidad en el trámite, seguimiento y control de los procesos, garantizando el cumplimiento de los plazos legales y la correcta recuperación de los recursos a favor de la entidad. • Continuar con las gestiones de recuperación de la cartera pendiente ante las EPS y la ARL, priorizando los casos con saldos significativos o en trámite jurídico. Asimismo, formalizar el traslado de los cobros coactivos a la Subdirección de Asuntos Legales y coordinar con el área contable la depuración o castigo de los valores por diferencias menores, con el fin de reflejar en los registros contables el saldo real por recuperar y garantizar la adecuada administración de los recursos públicos. • Actualizar el procedimiento GTH-PC-02 V5: Liquidación de Nómina, Seguridad Social, parafiscales y Pago de cesantías, en lo concerniente a lineamientos de operación con respecto a la figura de No solución de Continuidad, reglamentada por el Distrito Capital. • Adelantar mejoras en el aplicativo PERNO en relación con reportes de historia de situaciones administrativas, Actas de Posesión y trazabilidad y control en fechas de Inicio en la Nación, el Distrito y la UAESP. • Actualizar permanentemente el registro de números de Resoluciones en el aplicativo PERNO, y en el esquema de publicación de estas en la Página Web. Observación: • No se evidenció el retroactivo salarial y prestacional correspondiente al acto administrativo que confiere encargo en el grado 314/18 a la funcionaria Jenny Guzmán, en cumplimiento de los artículos 24 y 25 de la Ley 909 de 2004, y de conformidad con la Resolución 600 del 22/11/2024 y el Acta de Posesión 053 de 2024 del 11/12/2025. • Se evidenció que en la liquidación de prestaciones sociales de la exfuncionaria Nelly Rocío Espinosa no se aplicó el descuento correspondiente al porcentaje no cubierto por la EPS a partir del tercer día de incapacidad de origen común, según lo dispuesto en el artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016 y el instructivo GTH-IN-01 V2. Esta situación puede generar pagos en exceso y afectar el control del gasto en nómina.

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	Se evidenció que el proceso no realiza seguimiento a las solicitudes de recobro de incapacidades radicadas ante las EPS y ARL, ni al cumplimiento de los plazos legales para su pago, desconociendo lo establecido en el procedimiento interno GTH-PC-19 V2 "Reporte y trámites de incapacidades y licencias médicas", el cual contempla esta actividad dentro de sus etapas. Tampoco se evidencian gestiones para el cobro de intereses moratorios en los casos en que las EPS realizan pagos fuera del término establecido en el artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016. Esta situación genera riesgo de pérdida de recursos para la entidad y refleja debilidades en el control y seguimiento del proceso de recaudo de incapacidades.
Auditoría Gestión Financiera Septiembre Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: - La UAESP cuenta con un marco normativo y procedimental en materia de gestión financiera, soportado en el Manual de Políticas Contables y en los procedimientos del proceso. Sin embargo, en el flujo de información y seguimiento al plan de sostenibilidad contable, se evidenciaron retrasos en la remisión oportuna de información por parte de algunas dependencias a contabilidad, lo cual genera riesgos de inoportunidad y reprocesos en la consolidación de los estados financieros. - Los registros contables correspondientes al primer semestre de 2025 reflejan, en términos generales, cumplimiento de la normatividad aplicable; pero se evidenció falta de depuración de cuentas por cobrar de difícil recaudo y las inconsistencias en la conciliación de activos fijos afectan la razonabilidad de los estados financieros. - Si bien los riesgos de gestión y corrupción no se han materializado, la evidencia de pagos sin el soporte adecuado y las diferencias en el registro de inventarios exigen la implementación de controles adicionales que mitiguen posibles contingencias administrativas y financieras. Recomendaciones: - Fortalecer la coordinación entre las dependencias misionales y administrativas y el área financiera, estableciendo cronogramas claros y mecanismos de control para garantizar la entrega oportuna de la información contable. Así mismo presentar el seguimiento del plan de sostenibilidad en el comité contable para tomar los correctivos necesarios. - Dar prioridad a la contratación y ejecución del contrato para realizar el inventario físico de

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	Propiedad, Planta y Equipo, asegurando su ejecución en lo que resta de la vigencia. - Fortalecer los controles internos y los procedimientos de registro contable asociados a los ingresos derivados de los servicios prestados en los cementerios distritales, estableciendo mecanismos de verificación y conciliación diaria que aseguren la integridad, oportunidad y confiabilidad de la información financiera, con el fin de mitigar riesgos de omisión, duplicidad o retraso en el reconocimiento de los ingresos, que generen partidas conciliatorias a largo plazo. - Implementar un plan de depuración de las cuentas por cobrar de difícil cobro, provenientes de los arriendos de locales en los cementerios, definiendo cuáles son recuperables y depurar aquellas que no lo sean, con el fin de evitar que se sobreestimen los estados financieros. - Frente a los inventarios para dar de baja, hay que asegurar que los equipos y maquinaria estén correctamente identificados y retirados de uso, y actualizar el inventario de bienes de consumo, especialmente.
Auditoría Evaluación del Modelo de Seguridad y privacidad de la información 2021- UAESP Octubre-Noviembre Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: Tras evaluar el nivel de avance del modelo MSPI frente a la normativa ISO 27001:2013 y los nuevos controles establecidos en la ISO 27001:2022, se concluye lo siguiente: - A partir de la evaluación de la auditoría para el cierre del MSPI, se obtuvo un resultado del 83%, frente al 79% alcanzado en el periodo anterior. Esta evaluación se realizó con base en el instrumento definido por el MinTIC. - Para esta vigencia el proceso realizó el autodiagnóstico con la nueva normativa y esta evaluación arrojó un resultado del 74%. - La OCI validó los 11 nuevos controles establecidos en la normativa ISO 27001:2022, obteniendo una calificación del 45%, frente al 42% alcanzado por la OTIC. La diferencia en los puntajes se debe a que la autoevaluación del proceso por parte de la OTIC se realizó en julio de 2025, mientras que la evaluación de la OCI se efectuó en noviembre de 2025, momento en el cual ya se contaba con mayores evidencias y avances en la implementación del modelo para estos nuevos controles. Los resultados de esta evaluación se encuentran en el Anexo 1- Instrumentos de nuevos controles evaluados.

TEMÁTICA AUDITADA

Principales Conclusiones / Recomendaciones

- Dado que la evaluación abarcó controles recientemente implementados, se evidenció que la mayoría se encuentran en fases iniciales de su puesta en marcha. Este escenario implica que dichos controles aún no han alcanzado su nivel óptimo de madurez, por lo que su efectividad puede ser parcial y dependerá de ajustes y seguimiento continuo para asegurar el cumplimiento de los objetivos de control establecidos.
- Se considera prioritario designar un responsable de la seguridad de la información y otro de la protección de datos personales, con autoridad y competencias suficientes para garantizar la implementación, seguimiento y mejora continua del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI). Este rol se recomienda que esté por fuera de la estructura de la OTIC, a fin de asegurar la imparcialidad en la gestión y evaluación del modelo.

Recomendaciones:

Se formularon las siguientes recomendaciones por controles así:

Organizacionales

CONTROL	RECOMENDACIÓN
Inteligencia de amenazas	Formalizar procedimiento de inteligencia de amenazas ante el SIG, integrando fuentes externas y análisis periódico complementario al SIEM.
Seguridad de la información para el uso de servicios en la nube	Definir y formalizar política y procedimiento para gestión de servicios en la nube según criterios del control.
Preparación de las TIC para la continuidad del negocio DRP-BCP	Actualizar requisitos de continuidad TIC (RTO, RPO), realizar pruebas de DRP y coordinar con OAP la actualización y pruebas del BCP.

Físicos

CONTROL	RECOMENDACIÓN
Supervisión de la seguridad física	Validar que la OTIC cuente con cámaras propias o coordine con administración de RENOBÓ el acceso a sistemas de monitoreo del edificio, según criterios del control.

Tecnológicos

CONTROL	RECOMENDACIÓN
Gestión de la configuración	Documentar y formalizar la gestión completa de configuración, con plantillas seguras, roles definidos y registro centralizado de cambios.
Eliminación de información	Fortalecer el proceso de eliminación segura, garantizando destrucción conforme a periodos, métodos aprobados y normativa.

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones	
Auditoria Proceso Alumbrado Público Julio-Agosto Trabajos / Ciclos previstos 	Enmascaramiento de datos protección de datos	Implementar enmascaramiento, seudonimización o anonimización según sensibilidad; restringir accesos por roles y asegurar trazabilidad.
	Prevención de fuga de datos DLP	Avanzar en controles DLP para detectar, monitorear y mitigar exposición no autorizada de información sensible.
	Actividades de seguimiento (monitoreo)	Formalizar e implementar el proceso de monitoreo según criterios del control.
	Filtrado web	Reforzar capacitaciones sobre navegación segura, actualizar documentos de bloqueos/excepciones y culminar configuración del nuevo firewall.
	Codificación segura	Actualizar y aplicar proceso integral de desarrollo seguro (normas de codificación, modelado de amenazas, revisiones, SAST, gestión de librerías y capacitación).
	Observaciones: • Aplicabilidad de procedimientos para la protección de datos personales (PDP), y tener en cuenta la unificación de un repositorio para PDP. • Verificar la viabilidad de implementar de manera efectiva un sistema de prevención de pérdida de datos (DLP). “No se evidenció mecanismos que mitiguen el riesgo de fuga o divulgación no autorizada de información personal o sensible”.	
	Conclusiones: • La Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público demuestra un cumplimiento general de los aspectos auditados. Se evidencia una gestión estructurada y documentada tanto en la supervisión y control de la prestación del servicio de alumbrado público, como en la aplicación y registro de sus procedimientos internos para las vigencias 2024 y primer semestre de 2025. • La gestión contractual del servicio de alumbrado público, aun con su extensa base de acuerdos, otrosíes y adiciones, cuenta con un seguimiento y control robusto ejercido a través del Contrato de Interventoría UAESP-460-2021. Los informes de	

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	supervisión de la UAESP, del operador ENEL y de la interventoría ejercida por la Universidad Nacional de Colombia, muestran una gestión proactiva orientada a la mejora continua, con avances significativos en la modernización a tecnología LED y un alto nivel de disponibilidad del servicio. - Se observaron desafíos operativos y presuntos incumplimientos que requieren una acción administrativa. Se destacan los presuntos incumplimientos reportados por la interventoría relacionados con la poda del arbolado urbano, incluyendo la desatención de la normativa vigente, respuestas inoportunas a las solicitudes de poda, traslados indebidos y devoluciones recurrentes de solicitudes a la UAESP. Asimismo, se observaron deficiencias en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) por parte de los contratistas de Enel (DELTEC S.A. y MICOL S.A.) por el uso inadecuado o la falta de elementos de protección personal, procedimientos de trabajo inseguros, y problemas en el mantenimiento de vehículos y equipo, entre otras. Observaciones: - Se evidenciaron presuntos incumplimientos reportados por la interventoría relacionados con la poda del arbolado urbano, incluyendo la desatención de la normativa vigente, respuestas inoportunas a las solicitudes de poda, traslados indebidos y devoluciones recurrentes de solicitudes a la UAESP, sin que se haya evidenciado acciones al respecto. Recomendaciones: - Evaluar mecanismos o estrategias que permitan la continuidad en la operación de actividades claves, como la revisión y aprobación de proyectos fotométricos, en el sentido de asegurar los recursos necesarios que aseguren la disponibilidad oportuna del personal requerido para el logro de los objetivos institucionales, con el fin de mitigar riesgos en la operación y generar afectaciones negativas en los indicadores. - Se recomienda implementar un mecanismo de control y alertas tempranas para garantizar la actualización oportuna de las pólizas de garantía respecto de las modificaciones contractuales. - Se recomienda iniciar las actuaciones administrativas a que haya lugar para asegurar la corrección de las deficiencias detectadas, especialmente en lo relacionado con los presuntos incumplimientos contractuales formales, así como con las obligaciones

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
Auditoria Proceso de Cobro Coactivo Octubre Trabajos / Ciclos previstos	de SST de los contratistas, con el fin de salvaguardar los intereses de la Entidad. Conclusiones: • Implementar de manera prioritaria el proceso de digitalización y gestión electrónica de expedientes del cobro persuasivo y coactivo, garantizando el cumplimiento de la actividad 6 del Procedimiento GAL-PC-18 V3. • Coordinar la integración técnica entre el proceso de cobro y el sistema de gestión documental Institucional, definiendo un protocolo de carga, custodia y actualización de expedientes digitales. • Sensibilizar y capacitar al personal del proceso sobre la importancia del cumplimiento del procedimiento GAL-PC-18 V3 y la responsabilidad de mantener actualizados los expedientes en el SIG Observación: • Se evidenció el incumplimiento de la actividad 6 del Procedimiento GAL-PC-18 V3, consistente en “Crear expediente físico y virtual con el título ejecutivo, los demás anexos y el auto que avoca conocimiento, los cuales serán digitalizados y anexados al expediente virtual en el sistema de gestión documental”. Informe de Auditoría Interna Página 34 de 36 IPB-A-1 ECM-FM-06 V12. Durante la auditoría se verificó que los expedientes revisados (UAESP 001-2025, UAESP 002-2025, UAESP 003-2025, 003-2021, 004-2022, 003-2022, 004-2018, 022-2023 y 003-2017) solo cuentan con soporte físico, y no con expediente digital en el sistema de gestión documental, lo que representa un incumplimiento del procedimiento establecido y una limitación para la trazabilidad y consulta de la información
Auditoria Apoyo logístico (Inventario y bienes) Octubre-Noviembre Trabajos / Ciclos previstos	Conclusiones: • Se concluye que la entidad requiere fortalecer integralmente los procesos de administración, control, conciliación y depuración del inventario, garantizando que los registros reflejen de manera fidedigna la situación real de los bienes, y que las áreas responsables asuman roles activos en la actualización y custodia de los activos asignados. • La administración del inventario institucional de Propiedad, Planta y Equipo presenta debilidades, evidenciadas en registros desactualizados, inconsistencias entre la información física y la reportada en el sistema, así como fallas en la asignación, traslado y depuración de bienes, especialmente en el componente de Maquinaria y Equipo asignado a los procesos misionales.

TEMÁTICA AUDITADA

Principales Conclusiones / Recomendaciones

- La entidad no ha realizado una gestión adecuada de los inventarios que fueron adquiridos para proyectos que ya no están en funcionamiento. Durante la auditoría se encontró maquinaria y equipos que fueron comprados para iniciativas como Punto Limpio y otros proyectos descontinuados, los cuales hoy no tienen un responsable definido, no están actualizados en el sistema y en algunos casos se encuentran almacenados sin un control efectivo. Esta falta de reorganización de los bienes genera desorden en el inventario, dificulta su seguimiento y aumenta el riesgo de pérdida, deterioro o uso inadecuado de los activos.
- Debilidades en el manejo de inventarios entregados en concesión (CGR – Relleno Doña Juana), ya que la baja contable fue realizada, pero la baja física continúa sin definición. Persiste incertidumbre sobre bienes faltantes, bienes no incluidos en el inventario inicial y la disposición final de maquinaria obsoleta que podría tener valor comercial por su peso y cantidad.
- Los ingresos y egresos revisados cuentan con los soportes requeridos y se gestionan conforme a los procedimientos institucionales. Sin embargo, se identificaron aspectos puntuales por mejorar, como el diligenciamiento completo de algunos formatos de ingreso y la ausencia del formato de solicitud de bienes en ciertos egresos, situaciones que afectan la trazabilidad del proceso y que deben ser fortalecidas para garantizar la integridad y consistencia de la información de inventarios.
- Con base en las actividades realizadas, se concluye que el proceso de Gestión de Inventarios presenta un nivel adecuado de cumplimiento en los componentes evaluados de las pólizas, destacándose el fortalecimiento de los mecanismos de aseguramiento de bienes, en concordancia con lo dispuesto en la Directiva 008 de 2021, numeral 4.3. Toda vez que la Entidad cuenta con pólizas vigentes, con amplia cobertura y valores asegurados pertinentes, lo cual contribuye de manera significativa a la mitigación de riesgos de pérdida, daño o responsabilidad patrimonial.

Recomendaciones:

Todos los procesos:

- Se recomienda que la entidad adopte medidas integrales de gestión de inventarios que defina responsabilidades claras, periodicidad de tomas físicas y criterios de depuración, asegurando que cada área realice revisiones físicas y actualizaciones oportunas de los bienes a su cargo. Así mismo, se sugiere establecer controles internos que exijan la validación y trazabilidad de la información registrada en el sistema, con el fin de garantizar que los inventarios reflejen la situación real de los activos y se fortalezca la custodia institucional sobre los mismos.

- Se recomienda que la entidad establezca un plan de reorganización y depuración de los bienes asociados a proyectos finalizados, definiendo responsables, ubicaciones y destinaciones finales para cada elemento. Este proceso debe incluir la actualización inmediata de la información en el sistema de inventarios, la verificación física de los activos y la formalización de su traslado, reasignación, baja o incorporación a otros procesos institucionales. Con ello se mitigarán los riesgos de pérdida, deterioro o uso indebido y se garantizará una administración adecuada de la maquinaria y equipos que permanecen sin control derivado de la terminación de dichos proyectos.

Subdirección de Disposición Final

- Se recomienda que la entidad, en coordinación con el concesionario, implemente un proceso formal de depuración y cierre del inventario asociado a CGR, que incluya la determinación de la disposición final de la maquinaria obsoleta, evaluando su recuperación, enajenación o chatarrización conforme a la normativa vigente. Lo anterior permitirá eliminar la incertidumbre sobre la situación real de los activos entregados en concesión y garantizará un control patrimonial adecuado de los mismos.

Subdirección de Servicios Funerarios y Apoyo logístico

- Realizar un inventario físico integral de los bienes existentes en los cementerios distritales, y conciliar dicha información con los registros contables de la cuenta de Propiedad, Planta y Equipo, con el fin de actualizar los datos de responsable, sede, ubicación y estado de los activos en los sistemas de información de la entidad.

Subdirección de Servicios Funerarios

- Estudiar la viabilidad de estructurar e implementar un plan documentado de mantenimiento preventivo para los activos críticos, como los contenedores refrigeradores, que incluya programación periódica y registros técnicos, así como adoptar medidas para mejorar sus condiciones de almacenamiento y custodia, con el fin de mitigar el riesgo de deterioro por exposición a factores ambientales y proteger adecuadamente el patrimonio público.

Apoyo logístico

- Fortalecer la verificación del diligenciamiento completo de los documentos de ingreso al almacén, asegurando que todos los campos, especialmente las fechas, sean registrados de manera correcta y oportuna, a fin de garantizar la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información registrada en el proceso de ingreso de bienes.
- Fortalecer el cumplimiento del procedimiento GALO-PC-02 para los egresos de bienes, asegurando que,

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	además del formato de egreso debidamente diligenciado, se adjunte el formato de solicitud de bienes por parte del área solicitante, con el fin de garantizar la trazabilidad del requerimiento, la adecuada justificación de la salida y la consistencia documental del proceso. Observación: Subdirección de aprovechamiento, Subdirección de disposición final, Subdirección de servicios funerarios y alumbrado público, Subdirección administrativa y financiera: Se evidenció desactualización en el inventario general registrado en el sistema de administración SAI, al verificarse bienes asignados a funcionarios que ya no laboran en la entidad, información incompleta y ausencia de conciliación entre los responsables registrados y las ubicaciones físicas reales. Estas inconsistencias afectan de manera significativa el rubro de Maquinaria y Equipo, en el cual persisten diferencias entre los registros del sistema y la verificación física realizada. Esta situación constituye un incumplimiento de lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública (RCP), particularmente en lo dispuesto por el Marco Normativo para Entidades de Gobierno, que exige mantener actualizados los registros de Propiedad, Planta y Equipo bajo los principios de integridad, confiabilidad y verificabilidad. Asimismo, contraviene los lineamientos de control interno sobre administración y custodia de bienes, que obligan a garantizar la correspondencia entre los inventarios físicos y los registros contables y administrativos.
Auditoria Participación Ciudadana Septiembre Trabajos / Ciclos previstos 	Conclusiones: - Se revisó el marco normativo relacionado con el proceso de participación ciudadana en el Distrito Capital, en comparación con el procedimiento PCI-PC-01 V3 y las acciones derivadas del cumplimiento de la Política Institucional. Como resultado, se evidenció que el proceso cumple con lo establecido en la normativa vigente. - La OCI verificó los resultados de la política de participación ciudadana obtenidos en el Reporte y Avance de Gestión (FURAG) para la vigencia 2023 con un puntaje de 98,7 y para la vigencia 2024 de 94,6 en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos UAESP. - El plan de participación ciudadana para la vigencia 2024, contó con un total de 33 actividades, y logró una ejecución del 83%. El plan de participación ciudadana para la vigencia 2025, cuenta con un total de 27 actividades, a corte de junio de 2025 ha alcanzado una ejecución del 61%.

TEMÁTICA AUDITADA	Principales Conclusiones / Recomendaciones
	Recomendaciones: - Se sugiere actualizar el formato PCI-FM-04 Matriz de espacios e instancias de Participación Ciudadana, actualmente se tiene publicada una matriz de la vigencia 2021. - Se recomienda publicar en la página web el diagnóstico del proceso de participación ciudadana del año 2024; ya que el ultimo diagnóstico publicado es vigencia 2023. - Se recomienda revisar la formulación de los porcentajes totales de avance en el tablero de indicadores, referentes a los indicadores del proceso de participación ciudadana, ya que los porcentajes a junio no son coherentes con los resultados totales de cada indicador.

❖ Enfoque a la Prevención

Temática	Principales conclusiones / recomendaciones																																																						
Seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) Trabajos / Ciclos previstos ✓ Mensual	Concusiones: • Para el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2025 a diciembre de 2025, se incorporaron al PMI; 109 acciones de las cuales 76 están en proceso, 7 se cerraron sin tratamiento, 1 cerrada incumplida y 25 se cerraron cumpliendo los requisitos, como se observa a continuación: <table><tr><th>ÁREA RESPONSABLE / PROCESO</th><th>Cerrada</th><th>Cerrada Incumplida</th><th>Cerrada sin tratamiento</th><th>En Proceso</th><th>Total, general</th></tr><tr><td>OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES</td><td></td><td></td><td>1</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>OFICINA ASESORA DE PLANEACION</td><td>3</td><td></td><td>3</td><td>9</td><td>15</td></tr><tr><td>OFICINA DE CONTROL INTERNO</td><td>1</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>OFICINA TIC</td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>24</td><td>39</td></tr><tr><td>SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO</td><td>1</td><td></td><td></td><td>11</td><td>12</td></tr><tr><td>SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES</td><td>1</td><td></td><td></td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>SUBDIRECCION DE DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS</td><td>5</td><td></td><td></td><td>4</td><td>9</td></tr></table>	ÁREA RESPONSABLE / PROCESO	Cerrada	Cerrada Incumplida	Cerrada sin tratamiento	En Proceso	Total, general	OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES			1	4	5	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	3		3	9	15	OFICINA DE CONTROL INTERNO	1			1	2	OFICINA TIC				5	5	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	12	1	2	24	39	SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	1			11	12	SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	1			3	4	SUBDIRECCION DE DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS	5			4	9
ÁREA RESPONSABLE / PROCESO	Cerrada	Cerrada Incumplida	Cerrada sin tratamiento	En Proceso	Total, general																																																		
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES			1	4	5																																																		
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	3		3	9	15																																																		
OFICINA DE CONTROL INTERNO	1			1	2																																																		
OFICINA TIC				5	5																																																		
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	12	1	2	24	39																																																		
SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	1			11	12																																																		
SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	1			3	4																																																		
SUBDIRECCION DE DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS	5			4	9																																																		

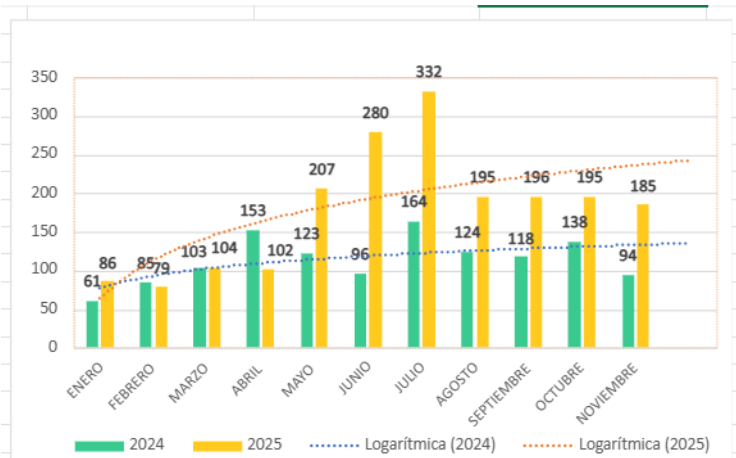
Temática	Principales conclusiones / recomendaciones					
	SUBDIRECCION DE RECOLECCION, BARRIDO Y LIMPIEZA				8	8
	SUBDIRECCION DE SERVICIOS FUNERARIOS Y ALUMBRADO PUBLICO	2		1	7	10
	Total, general	25	1	7	76	109
	Recomendaciones: • Verificar las causas, de por qué 8 acciones programadas por los procesos, fueron cerradas como incumplidas o sin tratamiento y tomar las medidas necesarias para no reincidir en esta situación. • Continuar con la apropiación de la herramienta ODOO al interior de los procesos y a nuevos funcionarios atendiendo los tiempos establecidos por la OCI.					
Seguimiento Plan de Mejoramiento Veeduría Distrital (PMVD) Trabajos / Ciclos previstos  Mensual	Conclusiones: • Se puede concluir que, para el segundo semestre de 2025, se ha dado la recomendación de cierre a las tres acciones establecidas a partir de la referencia de expediente 20215003339900068E, que fueron establecidas durante el 2024, de este modo, desde la Sub-Dirección de Aprovechamiento, se han proporcionado las evidencias correspondientes para poder validar el cumplimiento de las acciones establecidas. • Adicionalmente, en el mes de septiembre, a partir del expediente 20245003339900017E se establece una nueva acción de mejora de carácter correctivo para la Sub-Dirección Administrativa y Financiera. A partir de una solicitud de prórroga de parte de esta Sub-Dirección, se establece como fecha de terminación el 28 de febrero del 2025, de modo que, se pueda contar con el documento interno publicado y entregado como establece la acción respectiva. • En consecuencia, en la actualidad, se cuenta solamente con una acción de seguimiento con respecto a planes de mejoramiento establecidos con la Veeduría Distrital, cuya fecha de terminación corresponde al 28 de febrero de 2026.					
Seguimiento al Plan de Mejoramiento del Archivo General de la Nación (PMA) Trabajos / Ciclos previstos  Trimestral	Conclusiones: • Durante el segundo semestre de 2025, se completaron 5 metas, logrando alcanzar un cumplimiento/avance del 79,2%, de esta manera, de las 10 acciones establecidas, se cuenta con cumplimiento del 100% en dos de estas. Solamente una de las acciones cuenta con un cumplimiento inferior al 50% (38%). • Si bien, para el tercer trimestre del 2025, el resultado obtenido con respecto al avance de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento fue cercano al 80%, es importante considerar que, la fecha de terminación de todas las acciones corresponde al 31 de diciembre de 2025, por lo cual, se					

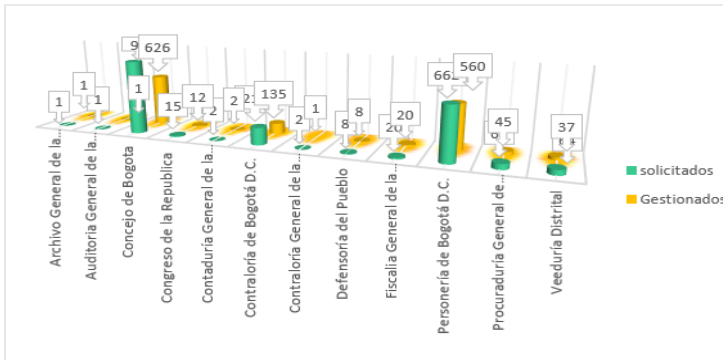
Temática	Principales conclusiones / recomendaciones																																
	presenta identificada una posibilidad de no finalizar en término el cumplimiento de estas acciones. - Ante esta posibilidad de no cumplir la totalidad de las acciones para el plazo previsto, desde la Subdirección Administrativa y Financiera, se solicitó a la Oficina de Control Interno, la intermediación con respecto al Archivo General de La Nación, para organizar un encuentro con el objetivo de extender las fechas de vencimiento. Durante este encuentro se buscaba a partir de la explicación de particularidades que implicarían la no concreción de las actividades durante el 2025. - En respuesta a las solicitudes de encuentro emitidas por la Oficina de Control Interno al Archivo General de La Nación, se comunicó que, actualmente, la UAESP se encuentra en etapa de Inspección, de modo que, la finalidad es verificar el nivel de aplicación de la normativa archivística, identificar hallazgos y formular requerimientos, dentro de los cuales se encuentra la elaboración y ejecución del Plan de Mejoramiento Archivístico. Por lo tanto, hasta el 2026, se programará la etapa de Vigilancia, dónde se realizará el seguimiento a las obligaciones archivísticas y la ejecución efectiva del PMA.																																
Auto Control Trabajos / Ciclos previstos Mensual	<table><tr><th colspan="4">ACTIVIDADES PREVENCIÓN Y FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL</th></tr><tr><th>No.</th><th>FECHA</th><th>ACTIVIDAD O TEMA</th><th>SINTESIS DE LA ACTIVIDAD</th></tr><tr><td>1</td><td>11/01/2025</td><td>Manejo plataforma ODDO</td><td>Instrucciones para migración a plataforma ODDO</td></tr><tr><td>2</td><td>14/02/2025</td><td>Organismos de Control y Vigilancia</td><td>Términos para dar respuesta a un requerimiento de un organismo de control y vigilancia</td></tr><tr><td>3</td><td>3/06/2025</td><td>FURAG</td><td>Definición FURAG Fechas cronograma FURAG 2025 Convocatoria al diligenciamiento FURAG</td></tr><tr><td>4</td><td>2/04/2025</td><td>Seguridad de la Información</td><td>Recomendaciones de seguridad en los computadores de escritorio</td></tr><tr><td>5</td><td>8/05/2025</td><td>Contabilidad UAESP</td><td>Concientizar a todo el personal de la importancia de la contabilidad y entrega oportuna de soportes para el ciclo contable.</td></tr><tr><td>6</td><td>10/06/2025</td><td>Archivo entes de control</td><td>Lineamientos para el trámite de archivo de requerimientos Entes de Control según las TRD de la Oficina de Control Interno.</td></tr></table>	ACTIVIDADES PREVENCIÓN Y FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL				No.	FECHA	ACTIVIDAD O TEMA	SINTESIS DE LA ACTIVIDAD	1	11/01/2025	Manejo plataforma ODDO	Instrucciones para migración a plataforma ODDO	2	14/02/2025	Organismos de Control y Vigilancia	Términos para dar respuesta a un requerimiento de un organismo de control y vigilancia	3	3/06/2025	FURAG	Definición FURAG Fechas cronograma FURAG 2025 Convocatoria al diligenciamiento FURAG	4	2/04/2025	Seguridad de la Información	Recomendaciones de seguridad en los computadores de escritorio	5	8/05/2025	Contabilidad UAESP	Concientizar a todo el personal de la importancia de la contabilidad y entrega oportuna de soportes para el ciclo contable.	6	10/06/2025	Archivo entes de control	Lineamientos para el trámite de archivo de requerimientos Entes de Control según las TRD de la Oficina de Control Interno.
ACTIVIDADES PREVENCIÓN Y FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL																																	
No.	FECHA	ACTIVIDAD O TEMA	SINTESIS DE LA ACTIVIDAD																														
1	11/01/2025	Manejo plataforma ODDO	Instrucciones para migración a plataforma ODDO																														
2	14/02/2025	Organismos de Control y Vigilancia	Términos para dar respuesta a un requerimiento de un organismo de control y vigilancia																														
3	3/06/2025	FURAG	Definición FURAG Fechas cronograma FURAG 2025 Convocatoria al diligenciamiento FURAG																														
4	2/04/2025	Seguridad de la Información	Recomendaciones de seguridad en los computadores de escritorio																														
5	8/05/2025	Contabilidad UAESP	Concientizar a todo el personal de la importancia de la contabilidad y entrega oportuna de soportes para el ciclo contable.																														
6	10/06/2025	Archivo entes de control	Lineamientos para el trámite de archivo de requerimientos Entes de Control según las TRD de la Oficina de Control Interno.																														

Temática	Principales conclusiones / recomendaciones			
	7	29/07/2025	Plazos PMI	Plazos para formulación y seguimiento a Plan de Mejoramiento Interno
	8	30/08/2025	Productos Evaluación de desempeño y obligaciones contractuales	Productos Evaluación de desempeño y obligaciones contractuales
	10	27/11/2025	Gestión de Planes de mejora	Etapas de planes de mejora y su relación con la plataforma ODOO
	11	1/12/2025	Campaña Fomento Cultural Autocontrol	Recomendaciones frente a la entrada en vigencia de la ley de garantías

❖ Relación Entes Externos de Control

Temática	Principales conclusiones / recomendaciones										
Seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría de Bogotá (PMCB) Trabajos / Ciclos previstos  Mensual	Conclusiones: - La Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP con corte al mes de diciembre de 2025, cuenta con las siguientes acciones correctivas por vigencia: <table border="1"> <thead> <tr> <th>VIGENCIA</th><th>NÚMERO DE ACCIONES POR VIGENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024</td><td>2</td></tr> <tr> <td>2025</td><td>65</td></tr> <tr> <td>2026</td><td>16</td></tr> <tr> <td></td><td>83</td></tr> </tbody> </table> - Adicionalmente, con ocasión del informe de AEF171-2025, respecto de los recursos del IAT, se generaron dos observaciones, las cuales se encuentran en proceso de formulación de plan de Mejoramiento acorde con los tiempos de la normatividad vigente en la materia.	VIGENCIA	NÚMERO DE ACCIONES POR VIGENCIA	2024	2	2025	65	2026	16		83
VIGENCIA	NÚMERO DE ACCIONES POR VIGENCIA										
2024	2										
2025	65										
2026	16										
	83										

Temática	Principales conclusiones / recomendaciones																																																												
Seguimiento Requerimientos Entes Externos de Control Trabajos / Ciclos previstos Mensual	- En virtud del rol, se cuenta con una matriz que contiene el 100% de los requerimientos efectuados por los entes de control e informados a la OCI. Asimismo, se realiza el respectivo seguimiento y se elaboraron los informes mensuales desde el mes de enero a noviembre de 2025, radicados No. 20251100013653 del 26/02/2025, 20251100021293 del 19/03/2025, 20251100029963 del 25/04/2025, 20251100038593 del 28/05/2025, 20251100046203 del 20/06/2025, 20251100055203 del 23/07/2025, 20251100063223 del 26/08/2025, 20251100072293 del 25/09/2025, 20251100082393 del 29/10/2025, 20251100092773 de 28/11/2025 y 20251100103033 del 19/12/2025 - En la siguiente tabla se observa el consolidado de los requerimientos recibidos en la vigencia 2025, y el trámite realizado al 30 de noviembre de 2025: Ilustración 1 Requerimientos recibidos noviembre 2025 <table><tr><th>Mes</th><th>2024</th><th>2025</th><th>Logarítmica (2024)</th><th>Logarítmica (2025)</th></tr><tr><td>ENERO</td><td>61</td><td>86</td><td></td><td></td></tr><tr><td>FEBRERO</td><td>85</td><td>79</td><td></td><td></td></tr><tr><td>MARZO</td><td>103</td><td>104</td><td></td><td></td></tr><tr><td>ABRIL</td><td>153</td><td>102</td><td></td><td></td></tr><tr><td>MAYO</td><td>123</td><td>96</td><td></td><td></td></tr><tr><td>JUNIO</td><td>207</td><td>280</td><td></td><td></td></tr><tr><td>JULIO</td><td>164</td><td>332</td><td></td><td></td></tr><tr><td>AGOSTO</td><td>124</td><td>195</td><td></td><td></td></tr><tr><td>SEPTIEMBRE</td><td>118</td><td>196</td><td></td><td></td></tr><tr><td>OCTUBRE</td><td>138</td><td>195</td><td></td><td></td></tr><tr><td>NOVIEMBRE</td><td>94</td><td>185</td><td></td><td></td></tr></table> Como principales resultados se evidenció que, en la UAESP durante el mes de noviembre de 2025, se recibieron y fueron informados a la OCI ciento ochenta y cinco (185) requerimientos de los diferentes entes de control, acumulando así mil novecientos sesenta y un (1961) solicitudes desde el 01 de enero al 30 de noviembre de 2025, con una diferencia de setecientos dos (702) requerimientos recibidos de más, respecto al mismo periodo de la vigencia anterior, evidenciándose un aumento del 56%. En la verificación realizada se identificaron las entidades peticionarias, fechas, términos para la respuesta y oportunidad de estas, de acuerdo con la información registrada en la plataforma Orfeo. Ilustración: Estado de requerimientos por Ente de Control (datos acumulados de enero a noviembre de 2025)	Mes	2024	2025	Logarítmica (2024)	Logarítmica (2025)	ENERO	61	86			FEBRERO	85	79			MARZO	103	104			ABRIL	153	102			MAYO	123	96			JUNIO	207	280			JULIO	164	332			AGOSTO	124	195			SEPTIEMBRE	118	196			OCTUBRE	138	195			NOVIEMBRE	94	185		
Mes	2024	2025	Logarítmica (2024)	Logarítmica (2025)																																																									
ENERO	61	86																																																											
FEBRERO	85	79																																																											
MARZO	103	104																																																											
ABRIL	153	102																																																											
MAYO	123	96																																																											
JUNIO	207	280																																																											
JULIO	164	332																																																											
AGOSTO	124	195																																																											
SEPTIEMBRE	118	196																																																											
OCTUBRE	138	195																																																											
NOVIEMBRE	94	185																																																											

Temática	Principales conclusiones / recomendaciones																																							
	 <table><tr><th>Entidad</th><th>Solicitados</th><th>Gestionados</th></tr><tr><td>Archivo General de la Nación</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Auditoría General de la Nación</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Concejo de Bogotá</td><td>9</td><td>626</td></tr><tr><td>Congreso de la República</td><td>15</td><td>12</td></tr><tr><td>Contraduría General de la Nación</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>Contraloría de Bogotá D.C.</td><td>2</td><td>135</td></tr><tr><td>Contraloría General de la Nación</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>Defensoría del Pueblo</td><td>8</td><td>8</td></tr><tr><td>Fiscalía General de la Nación</td><td>20</td><td>20</td></tr><tr><td>Personería de Bogotá D.C.</td><td>66</td><td>560</td></tr><tr><td>Procuraduría General de la Nación</td><td>9</td><td>45</td></tr><tr><td>Veeduría Distrital</td><td>37</td><td>37</td></tr></table>	Entidad	Solicitados	Gestionados	Archivo General de la Nación	1	1	Auditoría General de la Nación	1	1	Concejo de Bogotá	9	626	Congreso de la República	15	12	Contraduría General de la Nación	2	2	Contraloría de Bogotá D.C.	2	135	Contraloría General de la Nación	2	1	Defensoría del Pueblo	8	8	Fiscalía General de la Nación	20	20	Personería de Bogotá D.C.	66	560	Procuraduría General de la Nación	9	45	Veeduría Distrital	37	37
Entidad	Solicitados	Gestionados																																						
Archivo General de la Nación	1	1																																						
Auditoría General de la Nación	1	1																																						
Concejo de Bogotá	9	626																																						
Congreso de la República	15	12																																						
Contraduría General de la Nación	2	2																																						
Contraloría de Bogotá D.C.	2	135																																						
Contraloría General de la Nación	2	1																																						
Defensoría del Pueblo	8	8																																						
Fiscalía General de la Nación	20	20																																						
Personería de Bogotá D.C.	66	560																																						
Procuraduría General de la Nación	9	45																																						
Veeduría Distrital	37	37																																						
Atención a Procesos de Auditoria Trabajos / Ciclos Previstos  Permanente	<table><tr><th>ENTE DE CONTROL</th><th>TEMA</th><th>SITUACIÓN INVESTIGADA</th><th>ESTADO</th></tr><tr><td>Contraloría de Bogotá</td><td>Indagación Preliminar 210000-02-2023</td><td>Verificar ocurrencia de presuntas irregularidades en la ejecución del contrato No. 415 de 2021 y el contrato de interventoría 508 de 2021 que pueden llegar a afectar el patrimonio público de la UAESP (funerarios)</td><td>Atendiendo solicitudes de información</td></tr><tr><td>Contraloría de Bogotá</td><td>Procesos de Responsabilidad Fiscal</td><td> 170100-0149-18: Afectación de los recursos en la Empresa Aguas de Bogotá 170100-0288-19: contrato 311 de 2013 entre uaesp y Montesacro 170100-0052-21: Pago multa impuesta por la ANLA por incumplimiento en normas de vertimiento y deterioro ambiental como en la calidad del recurso hídrico del río Tunjuelo (Doña Juana) 170100-0092-21: contrato de comisión de intermediación en bolsa No. 397 de 2018 170100-0152-21: arrendatarios de locales comerciales, ubicados en la periferia del cementerio central y cementerio del sur. 170100-0239-21: el contrato de compraventa No. UAESP SASI 565 de 2010, adquisición de 89 vehículos de tipo triciclo de tracción asistida 170100-0410-21: comisión de energía y gas natural convenio 766/1997 y el acuerdo complementario de 2002 en las fórmulas tarifarias del servicio de alumbrado público 170100-0107-22: contratos de prestación de servicios 226 de 2020 y 404 de 2021 suscritos </td><td>11 Procesos de responsabilidad fiscal abiertos, atendiendo solicitudes de información</td></tr></table>	ENTE DE CONTROL	TEMA	SITUACIÓN INVESTIGADA	ESTADO	Contraloría de Bogotá	Indagación Preliminar 210000-02-2023	Verificar ocurrencia de presuntas irregularidades en la ejecución del contrato No. 415 de 2021 y el contrato de interventoría 508 de 2021 que pueden llegar a afectar el patrimonio público de la UAESP (funerarios)	Atendiendo solicitudes de información	Contraloría de Bogotá	Procesos de Responsabilidad Fiscal	170100-0149-18: Afectación de los recursos en la Empresa Aguas de Bogotá 170100-0288-19: contrato 311 de 2013 entre uaesp y Montesacro 170100-0052-21: Pago multa impuesta por la ANLA por incumplimiento en normas de vertimiento y deterioro ambiental como en la calidad del recurso hídrico del río Tunjuelo (Doña Juana) 170100-0092-21: contrato de comisión de intermediación en bolsa No. 397 de 2018 170100-0152-21: arrendatarios de locales comerciales, ubicados en la periferia del cementerio central y cementerio del sur. 170100-0239-21: el contrato de compraventa No. UAESP SASI 565 de 2010, adquisición de 89 vehículos de tipo triciclo de tracción asistida 170100-0410-21: comisión de energía y gas natural convenio 766/1997 y el acuerdo complementario de 2002 en las fórmulas tarifarias del servicio de alumbrado público 170100-0107-22: contratos de prestación de servicios 226 de 2020 y 404 de 2021 suscritos	11 Procesos de responsabilidad fiscal abiertos, atendiendo solicitudes de información																											
ENTE DE CONTROL	TEMA	SITUACIÓN INVESTIGADA	ESTADO																																					
Contraloría de Bogotá	Indagación Preliminar 210000-02-2023	Verificar ocurrencia de presuntas irregularidades en la ejecución del contrato No. 415 de 2021 y el contrato de interventoría 508 de 2021 que pueden llegar a afectar el patrimonio público de la UAESP (funerarios)	Atendiendo solicitudes de información																																					
Contraloría de Bogotá	Procesos de Responsabilidad Fiscal	170100-0149-18: Afectación de los recursos en la Empresa Aguas de Bogotá 170100-0288-19: contrato 311 de 2013 entre uaesp y Montesacro 170100-0052-21: Pago multa impuesta por la ANLA por incumplimiento en normas de vertimiento y deterioro ambiental como en la calidad del recurso hídrico del río Tunjuelo (Doña Juana) 170100-0092-21: contrato de comisión de intermediación en bolsa No. 397 de 2018 170100-0152-21: arrendatarios de locales comerciales, ubicados en la periferia del cementerio central y cementerio del sur. 170100-0239-21: el contrato de compraventa No. UAESP SASI 565 de 2010, adquisición de 89 vehículos de tipo triciclo de tracción asistida 170100-0410-21: comisión de energía y gas natural convenio 766/1997 y el acuerdo complementario de 2002 en las fórmulas tarifarias del servicio de alumbrado público 170100-0107-22: contratos de prestación de servicios 226 de 2020 y 404 de 2021 suscritos	11 Procesos de responsabilidad fiscal abiertos, atendiendo solicitudes de información																																					

Temática	Principales conclusiones / recomendaciones			
			con CGR Doña Juana 170100-0108-22: Por el pago de 4 facturas en el año 2019 relacionadas con el servicio de separación, cargue, transporte y disposición de basuras en el rellano sanitario Doña Juana 170100-0112-22: Irregularidades detectadas en los contratos de concesión 283,284,285,286 y 287 de 2018- Servicio de recolección barrido y limpieza 170100-0050-24: Irregularidades detectadas en la celebración y no ejecución del contrato UAESP 674-2021	
	Contraloría de Bogotá	Auditoría Conjunta	Fiscalización sobre el asunto "Pagos adeudados por parte de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos UAESP al Consorcio Concesionario Centro de Gerenciamiento de Residuos Doña Juana CGR por concepto de remuneración, según la CLAUSULA NOVENA -FORMA DE PAGO del contrato de concesión 344 de 2010. Suscrito para la Administración, Operación y Mantenimiento Integral del Relleno Sanitario Doña Juana (RSDJ) de la ciudad de Bogotá D.C.-Colombia, en sus componentes de disposición final de residuos sólidos, así como el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la licencia ambiental con respecto a las condiciones técnicas ambientales del manejo del RSDJ".	Se encuentra abierta desde el año 2022, y se han recibido dos solicitudes de información (Sin pronunciamiento)
	Contraloría de Bogotá	Auditoría de Actuación Especial de Fiscalización Cod. 206	Evaluar la gestión fiscal y contractual de relacionada con los contenedores de basura de la ciudad a partir desde le 01 de febrero al 18 de noviembre de 2025.	Se recibió informe final y se suscribe Plan de Mejoramiento
	Contraloría de Bogotá	Auditoría Financiera y de Gestión Cod. 160	Evaluar la gestión la gestión fiscal de la vigencia 2024 a partir de 07 de enero al 27 de junio de 2025	Se recibió informe final y se suscribe Plan de Mejoramiento
	Contraloría de Bogotá	Auditoría Financiera y de Gestión Cod. 171	Evaluar la gestión Fiscal y contractual de la UAESP realizada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2023 y 31 de diciembre de 2024, relacionada con los proyectos y la ejecución de los recursos del incentivo al aprovechamiento y tratamientos destinados a las asociaciones de recicladores del D. C., inscritos en el registro Único de	Se recibió informe final y se suscribe Plan de Mejoramiento

Temática	Principales conclusiones / recomendaciones		
		Organizaciones de Recicladores de Oficio -RUOR- y el Registro Único de Carreteros RUCA- así como las operaciones de bodegas e inventarios, en el marco de la ejecución del proyectos y contratos relacionados con el tema	

❖ Seguimiento a Riesgos

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones
Seguimiento Riesgos Trabajos / Ciclos Previstos  Permanente - Cuatrimestral	Ciclo 1 (enero) Conclusiones: - La OCI verificó la efectividad de los controles y acciones identificadas en la matriz de riesgos y oportunidades de la entidad. El análisis evidenció la adecuada gestión en la mayoría de los riesgos, basado en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), reflejando compromiso de la entidad con la mejora continua frente a la mitigación de estos. Observaciones: - Durante el período evaluado en los meses de septiembre y diciembre se materializaron riesgos de seguridad de la información por indisponibilidad de internet por causa externa a la UAESP asociada con el proveedor del servicio. Sin embargo, se activó el plan de contingencia "Activación de los protocolos de gestión de incidentes o procedimientos del DRP/BCP". Recomendaciones: - Gestionar y cumplir adecuadamente los controles, acciones y oportunidades. Ciclo 2 (mayo): Conclusiones: - Se identificó la materialización de riesgos de seguridad de la información, en lo que respecta a las fallas de conectividad e indisponibilidad de servicios durante los meses de enero y febrero, esto se debió por a varias circunstancias, unas externas como el proveedor de internet y otras por obsolescencia tecnológica de switches, como también actualización de firewall. Sin embargo, teniendo en cuenta que la entidad se encuentra próxima al traslado de sede, la OCI deja a consideración del proceso la formulación e implementación de un plan de mejoramiento que permita mitigar los riesgos evidenciados y fortalecer la gestión de la seguridad de la información. - Aunque los procesos han avanzado en la identificación de riesgos y definición de controles, persisten

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones
	oportunidades de mejora en cuanto a la calidad, organización y entrega oportuna de las evidencias que respalden la ejecución de los controles y acciones. Esto afecta directamente la trazabilidad y la capacidad de verificación por parte de las líneas de defensa. • Se identificó que algunos controles y acciones presentan redacciones poco específicas o desalineadas con la naturaleza real del riesgo, lo que dificulta su ejecución, seguimiento y verificación. Mejorar la redacción contribuirá a una gestión más eficiente y coherente del riesgo. • De acuerdo con el seguimiento, la Oficina de Control Interno (OCI) no logró verificar la efectividad de los controles establecidos en los riesgos de gestión ni corrupción para el proceso de Servicios Funerarios en el periodo evaluado, se determinan debilidades en su ejecución pues para el primer cuatrimestre 2025 no se alojan evidencias de su ejecución. • El proceso de gestión de las comunicaciones no dio cumplimiento total al control y acción en la periodicidad establecida, con evidencia documental clara y completa con el fin de garantizar la trazabilidad y efectividad del control, toda vez que para el periodo evaluado se presentaron evidencias de manera parcial. • El proceso de servicio al ciudadano deberá analizar el control establecido para el riesgo de gestión, con el fin de orientarlo a generar al interior de la entidad estrategias para dar cumplimiento a los tiempos de respuesta establecidos (ley 1755 de 2015) toda vez que a pesar de estar ejecutando mensualmente el seguimiento se evidencia incumplimiento en los tiempos de respuesta. Gestionando desde el direccionamiento estratégico las herramientas y los recursos necesarios que permitan minimizar los incumplimientos. Recomendaciones: • Estandarizar y fortalecer la calidad de las evidencias aportadas para cada control o acción, asegurando su correspondencia directa con lo reportado y propuesto, y garantizando que estén debidamente organizadas para facilitar su verificación de forma clara, coherente y trazable. • Mejorar la redacción de los controles y acciones para que sean claros y específicos, facilitando su seguimiento y verificación efectiva. • Diligenciar completa y oportunamente todas las columnas de la matriz de seguimiento, asegurando que

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones
	la información reportada sea integral y facilite la evaluación adecuada del control. - Fortalecer la oportunidad en la entrega de evidencias y en la ejecución de los seguimientos asociados a la gestión de riesgos, con el propósito de garantizar la trazabilidad, facilitar el monitoreo por parte de las líneas de defensa y contribuir a una gestión más efectiva y oportuna de los riesgos. Ciclo 3 (septiembre): Conclusiones: - La Oficina de Control Interno evaluó la efectividad de los controles y acciones definidos en la matriz de riesgos y oportunidades de la entidad. El análisis permitió evidenciar que, en la mayoría de los casos, los riesgos fueron gestionados de manera adecuada, siguiendo el enfoque del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), lo que refleja el compromiso institucional con la mejora continua y la mitigación efectiva de los riesgos. - Aunque los procesos han avanzado en la identificación de riesgos y definición de controles, persisten oportunidades de mejora en cuanto a la calidad, organización y entrega oportuna de las evidencias que respalden la ejecución de los controles y acciones. Esto afecta directamente la trazabilidad y la capacidad de verificación por parte de las líneas de defensa. - La matriz de riesgos de corrupción del proceso de servicios funerarios se encuentra desactualizada en su formulación y modificación aprobada en Comité de Gestión del Desempeño del 31 de marzo de 2025, lo cual dificulta el seguimiento de tres líneas de defensa. - La Oficina de Control Interno (OCI) solamente logró verificar la efectividad de uno de los controles establecidos en los riesgos de gestión y corrupción para el proceso de Servicios Funerarios en el periodo evaluado. Se determinan debilidades en seguimiento de primera línea de defensa, en tanto para el segundo cuatrimestre de 2025 no se alojan evidencias suficientes y organizadas. - La Oficina de Control Interno (OCI) identificó debilidades en el seguimiento y en la entrega de evidencias en algunos controles y acciones por parte del proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación, lo cual limita la trazabilidad y dificulta la verificación de su cumplimiento.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones
	Observaciones: • Gestión del conocimiento y la innovación: Se evidenció que, en algunos controles y acciones, no se realizaron seguimientos mensuales ni se aportaron evidencias suficientes, lo que limita la trazabilidad y verificación de su cumplimiento. Esta situación refleja debilidades en el cumplimiento de las responsabilidades de la primera línea de defensa, conforme al procedimiento interno DES-PC-07 V8 “Administración de riesgos y oportunidades”. • Direccionamiento estratégico: Se evidenció que, en el segundo trimestre de 2025, la segunda línea de defensa no realizó el seguimiento a las acciones y controles del segundo riesgo de gestión de talento humano, afectando la trazabilidad y el cumplimiento del procedimiento interno DES-PC-07 V8 “Administración de riesgos y oportunidades”. • OACRI: La Oficina de Control Interno (OCI) no logró verificar el cumplimiento y efectividad de los controles establecidos en los riesgos de gestión y corrupción para el proceso de comunicaciones en el periodo evaluado; se determinan debilidades en su ejecución pues para el segundo y tercer trimestre de 2025 no se registran los seguimientos pertinentes, ni evidencias suficientes de la ejecución de los controles y las acciones establecidas. Situación que se reitera, durante toda la vigencia 2025. • Servicios Funerarios: La OCI evidenció debilidades en ejecución y reporte y evidencias en Riesgo de Corrupción 1 Control 3: verificación mensual de los soportes de orden judicial o certificado de víctima del conflicto armado; Corrupción 2 Acción 1: Actualización de documentos con lineamientos SARLAF; Corrupción 2 Control 2: Informe de ocupación BOC y conciliación con servicios prestados; Gestion1 Control 1: revisión mensual de los informes de operación de los cementerios propiedad del Distrito; y Gestión 1 Acción 1 Seguimiento de la operación de los cementerios en el Comité Primario. En este orden de ideas la OCI determina el incumplimiento en el seguimiento al mapa de riesgos por parte del proceso, conforme al procedimiento interno DES-PC-07 V8 “Administración de riesgos Recomendaciones: • Estandarizar y fortalecer la calidad de las evidencias aportadas para cada control o acción, asegurando su correspondencia directa con lo reportado y propuesto, y garantizando que estén debidamente organizadas en archivos destinados para tal fin con el objeto de facilitar su verificación de forma clara, coherente y trazable.

Temática auditada	Principales conclusiones / recomendaciones
	• Gestionar completa y oportunamente todas las columnas de la matriz de seguimiento, asegurando que la información reportada sea integral y facilite la evaluación adecuada del control. • Fortalecer la oportunidad en la entrega de evidencias y en la ejecución de los seguimientos asociados a la gestión de riesgos, con el propósito de garantizar la trazabilidad, facilitar el monitoreo por parte de las líneas de defensa y contribuir a una gestión más efectiva y oportuna de los riesgos. • Fortalecer el seguimiento por parte de la segunda línea de defensa, mejorando la comunicación directa con el proceso permitiendo aplicar acciones de mejora en cada seguimiento en lo referente a la calidad, pertinencia de los soportes y registro completo de la información de la matriz.

4.3 Otras actividades y proyectos.

Plan de Mejoramiento Sistematizado ODOO

Durante el 2do semestre de 2025, realizaron las siguientes actividades:

- **Capacitaciones**
Se realizó capacitaciones a nuevos enlaces de las áreas con el acompañamiento de la OTIC.
- **Correcciones Solicitadas**
La OCI gestionó a través de la mesa de servicios, varias solicitudes técnicas a la OTIC, las cuales fueron resueltas; unas con aclaración de limitación del software para que sean resuelta por la OCI y por lo tanto se deben seguir gestionando por la mesa de servicios.
- **Piezas Publicitarias**
Con el apoyo de la Oficina Asesora de Comunicaciones (OACRI), se realizó campaña informativa para reforzar las generalidades y el uso del sistema ODOO.
- **Asistencia**
La OCI brindó apoyo continuo a los directivos y enlaces, atendiendo diversas solicitudes tanto técnicas como funcionales relacionadas con el sistema.
- **Encuesta**
De acuerdo a las diversas dificultades presentadas en el manejo de la plataforma se aplicó encuesta a los procesos sobre la percepción de los mismos frente a la adecuación y uso del software para que se tenga en cuenta como insumo en la próxima vigencia y se examine su continuidad.

Actualmente, ODOO opera de manera continua como un módulo dentro de la intranet de la entidad.

Es importante tener en cuenta que este software de libre uso se encuentra dentro de uno de los servidores de la entidad y por tanto está sujeto a apoyo constante por parte de la OTIC para asegurar su funcionamiento diario para el reporte y seguimientos que realizan los procesos y la oficina de control interno.

4.4 Recursos disponibles

Durante el segundo semestre 2025, la Oficina de Control Interno contó con el siguiente equipo de profesionales tanto de planta como contratista, lo que permitió el desarrollo de las labores de auditorías programadas:

Funcionarios de planta

Cargo	Perfil	Funciones / Obligaciones	Estado de Vinculación	Observaciones
Técnico Operativo	Administradora en Seguridad y Salud en el Trabajo	Apoya la atención y seguimiento a los requerimientos de entes externos de control, manejo documental, Orfeo de la oficina.	Provisto – Encargo temporal	Empleo provisto por encargo temporal a partir de enero 2025.
Profesional Universitario	Ingeniera Ambiental	Auditorías y seguimientos al MIPG, PTEP, PAI, Seguridad y salud en el trabajo, Evaluación de riesgos y participación ciudadana. Seguimiento PMI	Provisto – Encargo temporal	Empleo provisto por encargo temporal a partir de noviembre 2024.
Profesional Universitario	Contadora Pública	Auditorías de ley y auditorías de aseguramiento financieras y presupuestales, Apoyo en auditoría de riesgos entre otras.	Provisto – Carrera administrativa	Empleo provisto en el CM Convocatoria 823 de 2018.
Profesional Universitario	Abogado	Seguimientos de ley y auditorias contractuales, de procesos legales y de talento humano.	Provisto – Carrera administrativa	Empleo reubicado en la OCI en agosto de 2021.
Profesional Universitario	Administrador de Empresas	Apoyo seguimientos de ley y Auditorias de Aseguramiento, gestor del sistema de calidad para el proceso de la OCI.	Provisto – Carrera administrativa	Empleo trasladado a la OCI en abril de 2023.
Profesional Universitario	Administradora Financiera	Auditorías	Provisto – Encargo temporal	Empleo provisto por encargo temporal a partir de noviembre 2024.

Cargo	Perfil	Funciones / Obligaciones	Estado de Vinculación	Observaciones
Profesional Especializado	Ingeniera de Sistemas	Auditorías y seguimientos relacionados con las políticas de tecnologías de la información y la comunicación transparencia, MSPI, entre otros.	Provisto – Carrera administrativa	Empleo provisto en el CM Convocatoria 823 de 2018.
Profesional Especializado	Ingeniero Industrial	Auditorías y seguimientos relacionados con metas Plan de Desarrollo, Planes de Mejoramiento de Veeduría, Contralorías de Bogotá y General de la República.	Provisto – Carrera administrativa	Empleo provisto en el CM Convocatoria 823 de 2018.

Contratistas

TIPO DE CONTRATO	PERFIL	OBJETO CONTRACTUAL	FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN CONTRATO	HONORARIOS
Prestación de servicios profesionales	Ingeniero Civil	“OCI-001. Prestar los servicios profesionales para la realización de las actividades relacionadas con los roles de la Oficina de Control Interno que le sean asignadas, según el Plan Anual de Auditorías; especialmente, la realización de las auditorías a la contratación en el componente técnico, las auditorías de requerimiento legal, las de aseguramiento basadas en riesgos, auditorías al Sistema Integrado de Gestión y las demás que se requieran, de acuerdo con el perfil profesional y conforme a los procedimientos y directrices de la dependencia.”	Inicio: Mayo 2025 Fin: Febrero 2026	\$ 9.000.000 COP
Prestación de servicios profesionales	Abogado	“OCI-002. Prestar los servicios profesionales para la realización de las actividades relacionadas con los roles de la Oficina de Control Interno que le sean asignadas, según el Plan Anual de Auditorías; especialmente, la realización de las auditorías a la contratación en el componente jurídico, las auditorías de requerimiento legal, las de aseguramiento basadas en riesgos y las demás que se requieran, de acuerdo con el perfil profesional y conforme a los procedimientos y directrices de la dependencia.”	Inicio: Mayo 2025 Fin: Febrero 2026	\$ 9.000.000 COP

Prestación de servicios profesionales	Economista de empresas	“OCI-003. Prestar los servicios profesionales para la realización de las actividades relacionadas con los roles de la Oficina de Control Interno que le sean asignadas, según el Plan Anual de Auditorías; especialmente, la realización de las auditorías a la contratación en el componente económico y técnico, las auditorías de requerimiento legal, las de aseguramiento basadas en riesgos sobre los procesos del Sistema Integrado de Gestión y las demás que se requieran, de acuerdo con el perfil profesional y conforme a los procedimientos y directrices de la dependencia.”	Inicio: Mayo 2025 Fin: Febrero 2026	\$ 10.000.000 COP
---------------------------------------	------------------------	--	--	-------------------

Para la contratación de servicios profesionales requeridos para ejecutar el Plan Anual de Auditoría y Plan de Acción previsto por la Oficina de Control Interno, al mes de febrero de 2026 se comprometieron en un 100% los recursos por valor de \$COP 252.000.000, de acuerdo con los recursos aprobados por la alta Dirección para la vigencia 2025.

5. Aprobación Plan Anual de Auditoría – 2026

Se anexa al presente informe el Plan Anual de Auditorías - PAA proyectado para el 2026.

Fecha: Diciembre de 2025

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO
Jefe de Oficina de Control Interno.