	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

**Fecha de Emisión del Informe 13-03-2026**

<b>Sistema auditado:</b>	<b>Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015</b>
<b>Proceso(s) auditado(s):</b>	<p>Direccionamiento Estratégico Comunicaciones y Cultura para la Movilidad Seguridad Vial  Gestión Social  Gestión de Trámites y Servicios para la Ciudadanía Gestión Administrativa  Gestión del Talento Humano Gestión Jurídica  Gestión Financiera Gestión de TICS  Control y Evaluación de la Gestión Control Disciplinario Interno</p>
<b>Dependencia(s) auditada(s):</b>	<p>Oficina Asesora de Planeación Institucional (OAPI)  Oficina Asesora de Comunicaciones y Cultura para la Movilidad (OCCM)  Oficina de Seguridad Vial (OSV) Oficina de Gestión Social  Subdirección Administrativa (SA) Dirección de Talento Humano (DTH)  Subdirección Financiera (SF)  Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC)  Dirección de Contratación (DC)  Dirección de Atención al Ciudadano (DAC) Control Interno (OCI)  Control Disciplinario (CD)</p>
<b>Nombre y cargo del responsable del proceso / dependencia auditada:</b>	<p>Ernesto Gordillo Triana / Dirección de Atención al Ciudadano  María Teresa Rodríguez Leal, Directora de Talento Humano / Dirección de Talento Humano.  Julián Flechas - Asesor del Despacho (E) / Oficina de Seguridad Vial  Carlos Humberto González - Jefe Oficina de Gestión Social / Oficina de Gestión Social  José David Robayo Fonseca, Subdirector Financiero / Subdirección Financiera.  Ilba Milady Vargas Guiza, Subdirectora Administrativa / Subdirección Administrativa.  William Mendieta – Líder Coordinador de Cursos / Dirección de Atención al Ciudadano  Mayerly Benavides - Jefe encargada de la OTIC / Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC)  Alba Enidia Villamil Muñoz, Jefe Oficina de Control Interno / Oficina de Control Interno.  Magaly Moreno - Profesional especializado / Oficina Asesora de Comunicaciones y Cultura Ciudadana Claudia Patricia Tabares Forero, Jefe Oficina de Control Disciplinario / Oficina de Control Disciplinario.  Julieth Rojas Betancour, Jefe Oficina Asesora de Planeación Institucional / Oficina Asesora de Planeación Institucional.  María Jimena Yáñez Gelvez, Directora de Contratación / Dirección de Contratación.</p>

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

<b>Equipo auditor y Rol desempeñado:</b>	<u>Auditor Líder:</u> Gustavo Eduardo Vilardi Reyes  <u>Audidores de apoyo:</u> Andrea Catalina Alfonso Leguizamón, Iván Darío Benavides Turizo y Jeimy Dayana Useche.  <u>Auditoras en formación:</u> Mónica Montilla Monroy y Lady Johanna Blanco Sacristán
<b>Fechas de Ejecución de la auditora:</b>	Fecha de Apertura: 05-03-2026 Fecha de Cierre: 06-03-2026
<b>Objetivo de la auditoría</b>	Evaluar el grado de conformidad, implementación y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015, verificando el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios e institucionales aplicables al alcance definido, e identificando oportunidades de mejora.
<b>Alcance de la auditoría:</b>	Diseño y prestación del servicio de cursos pedagógicos por infracción a las normas de tránsito, para las sedes: Calle 13 (Sede Principal), Suba, Kennedy, Antonio Nariño, Fontibón y Paloquemao. (Se declara No Aplicable el numeral 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones).
<b>Criterios de la auditoría:</b>	Norma NTC ISO 9001:2015, Res 75 de 2023 (Technical Management Board), Resolución Mintransporte 11355 de 2020; Manual del MIPG Institucional (PE01-M01); Procedimiento de Cursos Pedagógicos (PM04-PR01); Matriz de Cumplimiento Legal; y demás procedimientos internos aplicables.
<b>Declaración del Auditor o Equipo Auditor:</b>	En el desarrollo de la presente auditoría, el auditor o equipo de auditoría no fue sujeto de presiones indebidas, no presentó ningún tipo de impedimento que afectara su objetividad, actuó con el debido cuidado profesional y bajo los principios éticos y reglas de conducta del estatuto de auditoría.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

## RESUMEN EJECUTIVO

La auditoría interna al SGC (ISO 9001:2015) evidenció un alto grado de madurez, rigor técnico y compromiso del personal operativo y directivo en la prestación de cursos pedagógicos. Se identificaron fortalezas significativas en cultura de calidad, mantenimiento de infraestructura y herramientas tecnológicas, junto con tres (3) No Conformidades y diversas oportunidades de mejora enfocadas en optimizar el control operacional, la trazabilidad documental y la articulación entre procesos estratégicos y misionales, garantizando así la mejora continua del servicio a la ciudadanía.

Resultados	Cantidad
No conformidad	3
Oportunidades de mejora	9
<b>Total</b>	<b>12</b>


## DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se ejecutó entre el 05 y 06 de marzo de 2026, iniciando con la reunión de apertura formal. La metodología incluyó entrevistas presenciales y remotas a líderes de proceso, revisión de información documentada en el software DARUMA, y observación directa in situ en las Sedes Calle 13, Suba, Kennedy, Antonio Nariño, Fontibón y Paloquemao. Se realizó un muestreo aleatorio de registros operativos (RUNTPRO, actas de mesas de trabajo, programación de instructores y formatos de inducción). Como limitación durante el ejercicio, se presentaron intermitencias en el servicio de internet y fallas de disponibilidad en la plataforma DARUMA que dificultaron la validación oportuna de algunos indicadores. Se revisaron a profundidad los aspectos de diseño del servicio, prestación operativa de cursos, gestión de riesgos y articulación con procesos de apoyo.

## RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

### Registro de Hallazgo NC. 01 (No Conformidad - Operación Sedes)

Durante la auditoría en sitio a la Sede Fontibón, se evidenció que a las 7:00 a.m. las instalaciones se encontraban cerradas, constatándose su apertura efectiva a las 7:14 a.m. a pesar de la presencia previa de los funcionarios de Movilidad. Esta situación incumple lo establecido en el numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio g) de la norma ISO 9001:2015. Lo anterior se presenta debido a una dependencia operativa en el control de acceso, ya que únicamente el personal de la Ventanilla Única de Servicios (VUS) dispone de las llaves para habilitar el ingreso a la sede. Esta demora genera un riesgo directo en la prestación oportuna del servicio, lo cual puede afectar negativamente la creación de las salas en el sistema RUNT y

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

retrasar el inicio de los cursos pedagógicos en los horarios programados y ofertados a la ciudadanía.

### **Registro de Hallazgo NC. 02 (No Conformidad - Talento Humano)**


Durante el ejercicio de auditoría al proceso de Talento Humano, se identificó un espacio de mejora en la trazabilidad documental de tres instructores de la planta de personal, dado que, al momento de la revisión, no se evidenciaron las constancias formales de su entrenamiento en el puesto de trabajo. Aunque el personal desempeña sus funciones misionales, es importante considerar que los numerales 7.2 d) y 7.3 de la norma ISO 9001:2015, en conjunto con el Artículo 2.2.10.5 del Decreto 1083 de 2015, promueven asegurar que todo servidor cuente con este respaldo técnico como parte de su desarrollo integral. Este hallazgo parece derivar de una oportunidad para robustecer los mecanismos de seguimiento administrativo sobre los planes de inducción inicial, asegurando que ningún paso del ciclo de formación quede sin su respectivo soporte. Al fortalecer este control, la Secretaría no solo asegura el cumplimiento normativo, sino que garantiza que la pedagogía entregada a los ciudadanos infractores mantenga siempre el estándar de excelencia esperado, mitigando cualquier riesgo de heterogeneidad en la prestación del servicio y reforzando la toma de conciencia del equipo frente a su impacto en la seguridad vial.

### **Registro de Hallazgo No. 03 (No Conformidad - Diseño y Desarrollo)**

Durante la evaluación de las actividades de planificación, revisión y actualización del diseño de los cursos pedagógicos, se evidenció a través del acta de reunión del 18/06/2025 (formato PA01-M01- F03 " Plan de trabajo mejora de diseño cursos pedagógicos por infracción de normas de tránsito") que no se garantizó la asistencia ni la participación del personal designado por la Oficina de Gestión Social en dichas mesas de trabajo. Esto representa un incumplimiento al requisito 8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo d) de la Norma ISO 9001:2015, así como al numeral 3 del procedimiento interno PM04-PR01 (Versión 016 del 28/05/2025), el cual exige textualmente la integración de las oficinas de Comunicaciones, Seguridad Vial y Gestión Social. Lo anterior obedece a una falta de articulación y convocatoria por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano (DAC) al momento de liderar los espacios de apropiación metodológica. En consecuencia, se omite la incorporación oportuna del enfoque diferencial y la inclusión sensorial como requisitos de entrada en el diseño, lo que puede derivar en un servicio que no es plenamente incluyente y obligar a la entidad a realizar ajustes reactivos ante las quejas ciudadanas.

### **Registro de Hallazgo OM. 01**

Al realizar la verificación de la programación oficial de la semana del 02 al 06 de marzo de 2026 (formato PM04\_PR01\_MD02) frente a lo registrado en el sistema RUNTPRO, se evidenció que en las sedes Antonio Nariño y Kennedy algunos instructores dictaron cursos cuando su asignación en la programación era de "Gestores Anfitriones" (instructores Welkedys Alvarado,

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

Julio Baquero y Jose Tovar). Esta situación incumple el lineamiento del numeral 2 (Responsabilidades Generales) del procedimiento PM04-PR01 que exige el estricto cumplimiento de la programación, así como el requisito 8.1 (Planificación y control operacional) de la norma ISO 9001:2015. Lo anterior se presenta debido a que actualmente el procedimiento no establece con claridad el rol, las actividades ni los límites de responsabilidad del "Gestor Anfitrión". Como consecuencia, se genera un riesgo de cruce de funciones en las jornadas, posibles sobrecargas operativas y pérdida de trazabilidad en la prestación del servicio.

### **Registro de Hallazgo OM. 02**

Durante la visita a la sede Suba, se identificó que no existe claridad por parte del personal operativo frente a en qué casos específicos deben utilizarse las diferentes versiones de las presentaciones documentadas del curso (PM04-PR01-MD01). Al revisar el procedimiento PM04-PR01, se constata que este no describe dicha diferenciación. Esta omisión representa una debilidad frente a lo establecido en el numeral 7.5 (Información documentada) de la Norma ISO 9001:2015, el cual exige que la información necesaria para la operación esté definida, controlada y disponible para su uso. Lo anterior obedece a la ausencia de una directriz interna que estandarice su aplicación. Esta situación puede generar confusión operativa y el riesgo de que se imparta información desactualizada o no homogénea a los ciudadanos durante las capacitaciones.

### **Registro de Hallazgo OM. 03**

A partir de las entrevistas realizadas a un gestor y dos instructores en la Sede Suba, se evidenció que el personal operativo no tiene claridad frente a cuáles son los riesgos de gestión asociados a su proceso, ni conocen el aplicativo donde estos se encuentran ubicados, a pesar de que la entidad ha realizado socializaciones previas sobre el tema. Esta situación representa una debilidad frente a lo establecido en el numeral 7.2 (Competencia) y 7.3 (Toma de conciencia) de la Norma ISO 9001:2015. Lo anterior indica que los mecanismos actuales de socialización no están siendo efectivos para garantizar la apropiación y retención del conocimiento. Como consecuencia, se incrementa la vulnerabilidad del proceso, ya que la primera línea de defensa desconoce los riesgos que debe prevenir o mitigar en su operación diaria.

### **Registro de Hallazgo OM. 04**

Se evidenció que el procedimiento de cursos pedagógicos PM04-PR01 relaciona en su contenido los formatos "PE01-PR08-F01 (Tratamiento)" y "PE01-PR08-F02 (Tabulación)" para la gestión de salidas no conformes. Sin embargo, al realizar la verificación durante la auditoría, se identificó que estos códigos presentan un error de citación y no coinciden con los códigos reales asignados a dichos documentos en el sistema (los cuales corresponden a PE01-PR05-F01 y PE01-PR05-F02). Esta inconsistencia contradice lo establecido en el numeral 7.5.2 (Creación y actualización)

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

de la norma ISO 9001:2015, el cual requiere que la identificación y descripción de la información documentada sea apropiada. Lo anterior obedece a un error material en la digitación y revisión cruzada durante la última actualización del documento. En consecuencia, se genera un riesgo de confusión en la trazabilidad documental, lo que puede llevar a los usuarios a buscar referencias inexistentes en el sistema o generar errores al momento de documentar las salidas no conformes de la operación.

### **Registro de Hallazgo OM. 05**


Al revisar la gestión de comunicaciones, específicamente la solicitud de publicación No. 111871 (realizada por el usuario *rpescador* sobre reincidencias y notificada en la página web el 04/03/2026), se evidenció que la publicación se realizó, pero el diligenciamiento posterior de la matriz/listado de control que exige el procedimiento PE02-PR02 aún no se había efectuado al momento de la auditoría. Esta situación representa una debilidad frente al numeral 8.1 (Planificación y control operacional) de la norma ISO 9001:2015. Lo anterior obedece a que el procedimiento actual no establece lineamientos claros sobre los "periodos de corte" o la temporalidad máxima permitida (por ejemplo al final de la jornada o semana) para registrar las múltiples publicaciones que se realizan a lo largo del día. Como consecuencia, la entidad se expone al riesgo de presentar desfases o pérdida de trazabilidad entre la ejecución real de las publicaciones y su respectivo registro de control, dificultando el seguimiento oportuno de la gestión.

### **Registro de Hallazgo OM. 06**

Se identificó que, de una muestra de cinco instructores operativos, únicamente uno participó en las actividades del Programa de Prevención Psicosocial y Salud Mental. Aunque los programas están diseñados y disponibles, la alta operatividad y los turnos de atención en las sedes dificultan la vinculación efectiva del personal de primera línea, contraviniendo el espíritu del numeral 7.1.4 (Ambiente para la operación de los procesos) de la norma ISO 9001:2015. Esto evidencia una falta de articulación y mecanismos de programación rotativa entre la Dirección de Atención al Ciudadano y Talento Humano. El riesgo derivado es que las acciones preventivas en salud mental pierdan eficacia por falta de cobertura, impactando a largo plazo el clima laboral y la calidad, empatía y paciencia requeridas en la atención directa al infractor.

### **Registro de Hallazgo OM. 07**

Se constató que las jornadas de sensibilización técnica dirigidas a los instructores por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano no cuentan con un mecanismo formal de evaluación posterior. Esta situación dificulta dar cumplimiento integral al numeral 7.2 de la norma ISO 9001:2015, el cual exige "tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas". La ausencia de herramientas de verificación (como evaluaciones de conocimiento o seguimientos en aula) obedece a una planificación incompleta

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

del ciclo de formación. Como consecuencia, la entidad asume el riesgo de invertir recursos en capacitaciones sin tener la certeza comprobable de que estas se traduzcan en una mejora real de la metodología de enseñanza impartida en los cursos pedagógicos.

### **Registro de Hallazgo OM. 08**

A pesar de contar con herramientas como mapas conceptuales y protocolos de entrega de puesto, se evidencia una debilidad en los mecanismos institucionales para la captura y transferencia del conocimiento tácito (aquel derivado de la experiencia práctica del colaborador). Esta condición dificulta el cumplimiento óptimo del numeral 7.1.6 (Conocimientos de la organización) de la norma ISO 9001:2015. La falta de formalización de estrategias que documenten las particularidades operativas durante la entrega de cargos genera un riesgo latente de "fuga de capital intelectual" ante la desvinculación de personal clave, lo cual puede afectar la curva de aprendizaje de los nuevos servidores y generar traumatismos temporales en la calidad de la prestación del servicio.

### **Registro de Hallazgo OM. 09**

Durante la ejecución de la auditoría se presentaron intermitencias en el servicio de internet y fallas de disponibilidad en el aplicativo DARUMA (por ejemplo, impidiendo el acceso temporal a los indicadores del proceso de Control Disciplinario). Esta inestabilidad en la infraestructura tecnológica representa una debilidad frente a los numerales 7.1.3 (Infraestructura) y 7.5.3 (Control de la información documentada) de la norma ISO 9001:2015. Lo anterior obedece a deficiencias en la capacidad o estabilidad de los servidores/redes de la entidad. Como consecuencia, no solo se dificulta el ejercicio de evaluación de la auditoría, sino que se genera un riesgo constante de interrupción en la operatividad diaria de los procesos de la Secretaría.

## **IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS**

Se identificó una situación latente de riesgo tecnológico (no documentada explícitamente en los mapas misionales evaluados) relacionada con las fallas e intermitencia del servicio de internet y de la plataforma DARUMA durante las jornadas operativas y de auditoría, lo que puede afectar la disponibilidad de la información documentada (ISO 9001 - 7.5.3). Así mismo, en el módulo DARUMA de Gestión Jurídica se evidenciaron fechas de "próxima evaluación" de controles vencidas (octubre 2025), lo que genera confusión visual en la trazabilidad del seguimiento real que realiza el proceso.

## **ESTADO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO**

Como parte integral del ejercicio, el equipo auditor evaluó y verificó la efectividad de las acciones planteadas en los Planes de Mejoramiento por Procesos (PMP) suscritos producto de la auditoría de la vigencia 2025. Tras la revisión de las evidencias aportadas, se logró confirmar el cierre y la efectividad de las diecinueve (19) acciones correspondientes a los doce (12) hallazgos previos, destacando la gestión proactiva de los procesos (por ejemplo, en Control Disciplinario). El detalle

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

de la evaluación y los cierres aprobados se encuentra documentado en el formato PV01-IN02-G02-F01.

No obstante el resultado positivo de este cierre, el equipo auditor eleva una anotación técnica respecto a la etapa de planificación: evaluar la efectividad real de un volumen tan alto de acciones de mejora (19) dentro de una agenda de auditoría general de apenas dos (2) días resulta sumamente ajustado. Se invita a la organización a que, en la estructuración de futuros planes de auditoría, se considere la cantidad de planes de mejoramiento vigentes como un factor determinante para la asignación de tiempos, garantizando así que el equipo auditor cuente siempre con el espacio requerido para aplicar pruebas de rastreo con la máxima rigurosidad que exige el sistema.

## CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA


### FORTALEZAS

- Se destaca la excelente disposición y apertura del personal auditado en las sedes Kennedy, Antonio Nariño y Paloquemao, lo cual facilitó el desarrollo del ejercicio de auditoría según lo planificado.
- Se resalta el alto nivel de cumplimiento de los requisitos aplicables para la prestación del servicio de cursos pedagógicos en las sedes, evidenciando adherencia a la Resolución 11355 de 2020 y demás normas aplicables.
- La organización cuenta con instructores que cumplen cabalmente con los requisitos establecidos, demostrando alta competencia y conocimiento para la prestación del servicio de capacitación.
- Se destaca que los colaboradores (gestores e instructores) realizan sus actividades con gran compromiso, calidez y empatía hacia la ciudadanía. Particularmente en las sedes San Rafael (Suba) y Fontibón, los instructores promueven activamente la reflexión y el cambio de comportamiento en los infractores, yendo más allá del simple cumplimiento de un protocolo.
- Los funcionarios en sedes demostraron un sólido conocimiento sobre los procedimientos, requisitos y lineamientos aplicables para la prestación del servicio.
- Se evidenció la aplicación rigurosa de evaluaciones de aprendizaje a los participantes, garantizando la verificación de la comprensión de los contenidos y el cumplimiento de los objetivos del curso.
- Se identificó una gestión ágil frente a la expedición de nuevos instructivos o lineamientos del RUNT, los cuales son socializados e implementados oportunamente en el proceso operativo.
- Existe un estricto control y trazabilidad en el ingreso de los participantes a los cursos, exigiendo antelación y realizando las validaciones requeridas directamente en la plataforma RUNT.
- Se destaca la estructuración y lanzamiento (en junio de 2025) de la última versión del Curso

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

Interno de Gestión de la Calidad, compuesto por 7 módulos actualizados. Esta herramienta representa un soporte fantástico y de alto impacto para la transmisión de conocimientos y el crecimiento organizacional.

- Se reconoce la madurez en la planificación del proceso al integrar efectivamente los resultados del autodiagnóstico FURAG (Política de Integridad) como insumo para sus objetivos. Destaca la labor de los 46 gestores de integridad y la "Semana de la Integridad" para aterrizar conceptos técnicos de antisoborno y SARLAFT al quehacer diario.
- Resalta el rigor técnico del proceso para asegurar que los contenidos de los cursos se mantengan actualizados frente a cambios legales, usando DARUMA para centralizar la documentación y realizando validaciones mensuales a los 9 lineamientos técnicos.
- Excelente integración de las lecciones aprendidas y las estadísticas de siniestralidad de 2025 como insumo de diseño, transformando datos de alto nivel (OMS, Bloomberg) en herramientas reales de sensibilización bajo el enfoque de "Sistema Seguro".
- Es de resaltar el canal efectivo creado con los instructores mediante reuniones anuales y "pruebas en vivo", permitiendo que reporten dudas técnicas antes de la actualización formal de los lineamientos.
- Se evidencia un compromiso total con las metas de seguimiento (100% de eficacia), verificando dos veces al año los lineamientos (formato PE03-PR01-F01) y generando compromisos formales de mejora.
- Destaca la rigurosidad técnica en los procesos de conciliación y validación de pagos/devoluciones de cursos, manteniendo una trazabilidad documental íntegra frente al sistema Fénix y previniendo efectivamente el daño antijurídico.
- Sobresaliente capacidad operativa evidenciada en el cumplimiento del Plan de Mantenimiento Integral (PA01-PR13) para asegurar la infraestructura de las 18 sedes, priorizando áreas de atención y realizando mantenimiento preventivo constante al ambiente de operación.
- Reconocimiento institucional a la solidez en la planeación y ejecución del Plan Institucional de Participación (PIP), logrando un 100% de cumplimiento desde 2022 y consolidándose como líder en rendición de cuentas dentro del Nodo Movilidad.
- Excelente planificación y control de cambios. Mediante actas de reunión y videos de las sesiones, se evidencia un trabajo conjunto sobresaliente para prevenir cualquier afectación a la operación durante las actualizaciones tecnológicas.
- Efectividad total en la ejecución de la auditoría interna, evidenciando un indicador de cumplimiento anual consolidado en 2025 cerrado al 100%.
- Comunicaciones y Cultura para la Movilidad: Se destaca la claridad y robustez del Plan de Comunicaciones anual, el cual establece directrices precisas, incluyendo enfoques clave como la cultura para la movilidad.
- Fuerte cultura de autocontrol evidenciada en la detección interna de una oportunidad de mejora sobre sus riesgos, lo que les permitió brindar mayor detalle al seguimiento,

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

responsables y controles aplicados.

- Se califica como excelente, completa y didáctica la revisión ejecutada (Acta #6 del 4 de junio de 2025), donde las entradas y salidas generadas superaron ampliamente las expectativas metodológicas.
- El documento de Caracterización de Partes Interesadas (V12 de nov 2025) es exhaustivo (81 páginas), consolidando mesas de trabajo y abordando profundamente las necesidades transversales de todos los sistemas.

## CONCLUSIONES.

Con base en la muestra evaluada y la evidencia objetiva recolectada durante el ejercicio, se concluye que el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la Secretaría Distrital de Movilidad mantiene su conveniencia, adecuación y eficacia. Los procesos auditados demuestran un sólido nivel de madurez y una clara alineación tanto con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 como con las exigencias reglamentarias de la Resolución 11355 de 2020 frente a la prestación de cursos pedagógicos.


Al dimensionar los resultados de las pruebas y procedimientos aplicados, se concluye que las tres (3) No Conformidades y las diez (10) Oportunidades de Mejora identificadas no representan una falla estructural o sistémica que comprometa el propósito del SGC ni la certificación actual. Por el contrario, el equipo auditor evidenció un compromiso del personal operativo y directivo, destacándose una fuerte cultura de calidad, empatía en el servicio y rigor técnico en temas críticos como la seguridad vial y el control de la infraestructura.

Finalmente, se concluye que las desviaciones operativas detectadas (enfocadas principalmente en tiempos de apertura en sedes periféricas, trazabilidad en la inducción de instructores, articulación interinstitucional en el diseño de cursos y controles documentales) constituyen valiosas palancas de acción. La implementación eficaz de las correcciones y de las recomendaciones formuladas en el presente informe, permitirá a la Entidad optimizar su control operacional, blindar sus procesos de cara a futuras evaluaciones externas y maximizar el valor público entregado a los ciudadanos.

## RECOMENDACIONES

### Dirección de Atención al Ciudadano (Operación de Cursos):

- Se recomienda documentar en el procedimiento PM04-PR01 la periodicidad exacta con la cual se debe remitir la programación oficial de los cursos pedagógicos a las sedes, con el fin de fortalecer el control y la trazabilidad de los turnos.
- Se sugiere establecer y unificar criterios operativos para definir si la tipificación del infractor en el CRM debe realizarse inmediatamente al llegar el usuario a la sede, o una vez finalizado

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>

su registro de ingreso al curso.

- En concordancia con la oportunidad de mejora operativa (OM 004), se recomienda actualizar el procedimiento PM04-PR01 definiendo formalmente el rol, las actividades específicas y los límites de responsabilidad de los instructores cuando son asignados bajo la figura de "Gestores Anfitriones".

#### **Comunicaciones y Cultura para la Movilidad:**

Se sugiere incluir en el procedimiento PM02-PR02 un lineamiento claro que indique a los instructores y gestores el momento exacto dentro de la jornada en el que se deben entregar las guías pedagógicas a los usuarios, estandarizando así esta práctica en todas las sedes.

#### **Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC):**

Ante las intermitencias presentadas en el servicio de internet y en la plataforma DARUMA durante las auditorías, se recomienda ejecutar el plan de evaluación de proveedores de servicios críticos tecnológicos cuanto antes (durante el primer semestre del año). Postergar esta evaluación hasta el cierre del semestre representa un riesgo para la estabilidad de la operación misional que depende de estos soportes.

#### **Gestión del Talento Humano:**

Se recomienda definir y documentar acciones de contingencia, protocolos formales o "planes de refuerzo estandarizados" para aquellos servidores que no alcancen el umbral mínimo de aprobación en las pruebas de conocimiento de los programas de capacitación técnica (como los convenios con la UNAL), asegurando así el cierre efectivo de las brechas de idoneidad.

#### **Oficina de Gestión Social:**

Se sugiere acelerar la transición hacia herramientas digitales (formularios en línea o estrategia "cero papel") para la caracterización de los ciudadanos en campo. Mitigar el uso de formatos físicos garantizará una base de datos más segura, eficiente, evitará la pérdida de integridad de la información en los traslados y se alineará con las metas de sostenibilidad institucional.

#### **Gestión de Riesgos (Transversal - Evidenciado en Gestión Jurídica):**

Se recomienda a los líderes de proceso revisar la presentación de los datos en el módulo de riesgos de la plataforma DARUMA, específicamente en el campo "Fecha de la próxima evaluación de riesgos". Se evidenció que este campo mostraba fechas vencidas (octubre de 2025).

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO EL ESTÁNDAR MIPG</b>	
	<b>PROCESO DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN</b>	
	<b>Informe de Auditoría del Sistema de Gestión</b>	
	<b>CÓDIGO: PV01-IN03-F03</b>	<b>VERSIÓN: 2.0</b>


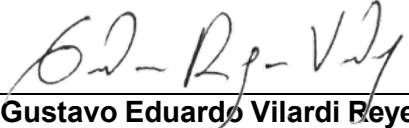



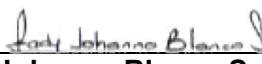
para el riesgo 1 de Jurídica), lo cual se presta para confusiones y le resta visibilidad al seguimiento juicioso que sí vienen realizando los procesos.

**Control y Evaluación de la Gestión (Tiempos de Auditoría):**

Se recomienda tomar en cuenta y ampliar los tiempos asignados en la fase de planificación de las auditorías internas para la revisión de la efectividad de los planes de mejoramiento (PMP) por procesos. Un volumen alto (ej. 12 hallazgos previos y 19 acciones a verificar) resulta demasiado grande para ser evaluado con la rigurosidad y profundidad que exige la norma dentro del tiempo estándar de la auditoría actual.

**ANEXOS**

1. Plan de Auditoría aprobado (PV01-IN03-F01)
2. Lista de asistencia reunión de apertura
3. Listas de chequeo
4. Verificación de la efectividad de los planes de mejoramiento por proceso
5. Presentación gerencial proyectada durante la reunión de cierre.
6. Lista de asistencia reunión de cierre

Nombre y firma del equipo auditor:	Nombre y Firma del auditor líder
 <hr/> <b>Andrea Catalina Alfonso Leguizamón</b>	 <hr/> <b>Gustavo Eduardo Vilardi Reyes</b>
 <hr/> <b>Iván Darío Benavides Turizo</b>	
 <hr/> <b>Jeimy Dayana Useche.</b>	
 <hr/> <b>Mónica Montilla Monroy</b>	
 <hr/> <b>Lady Johanna Blanco Sacristán</b>	