

Valledupar, Julio 30 de 2026



Oficio SIVA SAS - OCI N° 067 de 2026

Doctor:

JAIME GONZALEZ MEJIA

Gerente

Sistema Integrado de Transporte de Valledupar SIVA S.A.S

ASUNTO: INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2025 CON CORTE 30 DE JUNIO DE 2026

Cordial saludo;

Teniendo en cuenta los lineamientos sobre auditoría interna determinados por el Instituto de Auditores Internos –IIA Global, recopiladas en la Guía de Auditoría para Entidades Públicas Versión 4. Mayo de 2020, del Departamento Administrativo de la Función pública DAFP en la Fase 4. Informe de auditoría (comunicación de resultados), el Jefe de la Oficina de Control Interno debe asegurarse de que los informes de auditoría interna lleguen a los usuarios y partes interesadas dentro de la entidad, así mismo, de que tomen las medidas correspondientes para subsanar las causas de las observaciones encontradas a través de un Plan de Mejoramiento. El jefe de la oficina de control interno establecerá un proceso de seguimiento para verificar que las acciones previstas en los planes de mejoramiento hayan sido implementadas y será el encargado de dar cierre cuando se hayan cumplido, para ello, debe analizar si las acciones fueron o no efectivas para superar los hallazgos.

Teniendo en cuenta lo anterior se envía el primer informe de avance y cumplimiento al Plan de mejoramiento suscrito por la entidad, el cual debe ser publicado, en la página web de SIVA en el link de Plan de mejoramiento <https://siva.gov.co/control-interno/#174-832-2023-1716465995>

Anexos: 8 folios.

Atentamente;

ORIGINAL FIRMADO

MARIA ANGELICA GONZALEZ OÑATE

Jefe de Oficina Control Interno

Sistema Integrado de Transportes de Valledupar SIVA S.A.S

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 1 DE 15

OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA INTEGRADO DE TRANSPORTE DE VALLEDUPAR SIVA S.A.S.

INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2025
CORTE 30 DE JUNIO DE 2026

VALLEDUPAR, CESAR
JULIO 30 DE 2026

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 2 DE 15

INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025

Dirigido a : JAIME ANDRÉS GONZALEZ MEJIA
Gerente SIVA S.A.S

Fecha de Presentación : Julio 30 de 2026

Periodo de informe : 30 de junio de 2026

Presentado por : MARIA ANGELICA GONZALEZ OÑATE
Jefe de oficina de control interno SIVA S.A.S

1. OBJETIVO :

Realizar seguimiento para determinar el estado (en ejecución, vencido y cumplido) de los planes de mejoramiento por procesos, registrados por las dependencias esto con el fin de subsanar las no conformidades identificadas durante la auditoría, referente a los procesos de seguimiento de la Entidad, para contribuir al mejoramiento continuo y a la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad.

Por lo anterior, se presentaron los resultados de la auditoría, materializados a través del Informe Final, dentro del proceso de Auditoría Interna de gestión adelantado por las Oficinas de Control Interno; en el periodo comprendido entre el Agosto a Diciembre de 2025, cuyo objetivo fue:

Evaluar la efectividad del control interno y la aplicación de los controles dentro del proceso de del Sistema integrado de Gestion.

Evaluar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad del SISTEMA INTEGRADO DE TRANSPORTES DE VALLEDUPAR SIVA SAS con base los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, MIPG y las disposiciones planificadas en los procesos.

Verificar el nivel de implementación del Sistema de Gestión de Calidad del SISTEMA INTEGRADO DE TRANSPORTES DE VALLEDUPAR SIVA SAS, verificando su cumplimiento y con el fin de contribuir a la Mejora Continua del S.G.C.

Identificar oportunidades de mejora

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 3 DE 15

2. ALCANCE DEL INFORME:

En el marco del objetivo propuesto, evaluar y verificar el avance de ejecución y cumplimiento de las acciones de mejoramiento por procesos, de acuerdo a lo reportado por las dependencias responsables con corte a 30 de junio de 2026.

Decreto 1083 de 2015, ARTÍCULO 2.2.21.4.9 Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación que incluye el seguimiento a los planes de mejoramiento.

Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad del Sistema Integrado de Transportes de Valledupar SIVA S.A.S.

3. METODOLOGIA:

La forma en que fue realizado el proceso verificación de avances al interior fue la siguiente:

- Se verificó los documentos que soportan cada de los avances de las acciones correctivas que conforman el plan de mejoramiento.
- Se realizó la revisión de las acciones que se encontraban en ejecución, abiertas y cerradas en el Plan de Mejoramiento por Procesos.
- Se realizó la visita en el lugar de trabajo del responsable de las acciones con el fin de retroalimentar la evaluación y acordar compromisos para los posteriores seguimientos.
- Finalmente, se recopiló la información recogida de las actas de reunión, se analizó y se verificó para así realizar como resultado final el informe del Seguimiento. Las evidencias del avance de las acciones, así como las actas de las visitas realizadas, reposan en la Oficina de Control Interno.

4. CUERPO DEL INFORME:

En consideración a lo dispuesto en el decreto 648 de 2017 “ por medio cual se modifica y adiciona el decreto 1083 de 2015, reglamentario unció del sector de la función pública artículo 2.2.2.1.4.9 – informes de los ejes de control interno o quienes hagan sus veces que deben presentar, y 2.2.21.5.3 desarrollo de la labor de las oficinas de control interno en cuanto a enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión de riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control; el control interno de la entidad en cumplimiento de lo allí dispuesto, presenta el resultado del seguimiento que realizo al estado de avance e implementación de los compromisos establecidos en el Plan de Mejoramiento por procesos en el periodo antes descrito objeto de estudio, cuyo origen son los hallazgos y observaciones presentados por la oficina de control interno.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 4 DE 15

Cabe señalar en este caso, que la Guía de Auditoría para Entidades Públicas emitida por este Departamento Administrativo, define una serie de lineamientos basados en las normas y estándares internacionales en esta materia, en este caso, la Norma Internacional relacionada con el tema de planes de mejoramiento define lo siguiente: *«Norma 2500 – Seguimiento del progreso El Director Ejecutivo de Auditoría debe establecer y mantener un sistema para monitorear la disposición de los resultados comunicados a la dirección.*

Introducción: Para cumplir esta Norma, el Director Ejecutivo de Auditoria (DEA) debe comenzar por tener un claro conocimiento del tipo de información y el nivel de detalle que esperan tener el Consejo y la alta dirección sobre la supervisión de la materialización de los resultados del trabajo de auditoría, que debe realizar la actividad de Auditoría Interna. Los resultados, habitualmente, se refieren a las observaciones desarrolladas en los trabajos de aseguramiento y consultoría que hayan sido comunicados a la dirección del área auditada para que ponga en marcha acciones correctivas.» (Subrayado fuera de texto).

Acorde con esta norma el Jefe de Control Interno (“DEA” para el lenguaje del Instituto de Auditores), genera acciones para la mejora a partir de sus procesos de auditoría interna (aseguramiento) y a partir del ejercicio de actividades de asesoría y acompañamiento (consultoría). Estas acciones denominadas correctivas se deben asociar a los planes de mejoramiento, cuando se trate de procesos de auditoría que la Oficina de Control Interno ha desarrollado acorde con su planeación; en cuanto a las acciones que puedan generarse como producto de las asesorías y acompañamientos llevados a cabo por dicha oficina, se tratará de recomendaciones que deben ser analizadas por parte de la administración para su aplicación.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno en cumplimiento de su rol de relación con entes externos de control debe plantear labores de asesoría y acompañamiento puntuales a los procesos y sus líderes, de modo tal que la entidad pueda adelantar de una manera armónica este proceso y que se puedan obtener los resultados esperados en la evaluación que se adelanta, lo que implica que para los planes de mejoramiento la OCI debe establecer los mecanismos para su seguimiento y reporte al respectivo organismo de control.

Los Planes de Mejoramiento son el conjunto de elementos de control que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, auditoría interna y de los Órganos de Control, así mismo se incluyen otras evaluaciones externas, como pueden ser las de organismos de certificación, en caso que cuenten con certificaciones bajo normas internacionales.

Frente a la estructuración de los planes de mejoramiento por procesos, bien sea como producto de auditorías internas de la Oficina de Control Interno o bien las llevadas a cabo por parte del órgano de control, se deben desarrollar análisis de causas, acciones para

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 5 DE 15

resolver el hallazgo y definir fechas de seguimiento a las mismas, aspectos que le corresponden de forma directa al líder del proceso o área auditada.

En cuanto al seguimiento y cierre de los planes de mejoramiento, así como su correspondiente consolidación, estas actividades deben responder a la estructura y, atendiendo las funciones y roles de la OCI, así como el esquema de líneas de defensa establecido en la 7ª Dimensión de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, a través de cual las Oficinas de Planeación se vinculan a la 2ª línea de defensa al ser una instancia asesora y transversal frente a la gestión institucional.

Atendiendo los anteriores lineamientos, frente a los planes de mejoramiento en 1ª línea de defensa se encuentra el líder responsable del proceso, programa o proyecto (según corresponda), quien debe establecer su análisis de causas y determinar las acciones concretas y fechas de cumplimiento, a fin de resolver el hallazgo correspondiente. En ejercicio de esta línea deberá ejecutar las acciones determinadas en el plan de mejoramiento, dando cumplimiento a las fechas definidas, ya que esta es la base para el posterior seguimiento.

Frente al seguimiento de 2ª línea de defensa, la Oficina de Planeación o quien haga sus veces, como instancia asesora y transversal en la entidad, es responsable de consolidar todos los planes de mejoramiento producto de las diferentes auditorias, tanto internas como externa y debe ejercer una supervisión general del tema, a fin de analizar el estado de las acciones que se han definido y su avance en términos de la mejora para la entidad.

Para adelantar estas acciones será necesario que la Oficina de Control Interno suministre los seguimientos de sus auditores a los planes suscritos con las diferentes áreas o procesos, lo que indica que la consolidación y análisis que llevará a cabo la Oficina de Planeación dependerá de los insumos entregados por los auditores, tanto de la OCI como de otras instancias internas, como podrían ser los auditores internos formados en normas internacionales, si aplican.

Finalmente, como 3ª línea de defensa se encuentra la Oficina de Control Interno o quien hace sus veces, quienes, en el marco de sus procesos auditores, debe hacer el seguimiento a los planes suscritos con cada área o proceso, ya que se constituye en la última fase de dicho proceso, esta tarea la coordina internamente con sus auditores y se dará en la fecha que se establecieron en cada plan acorde con los hallazgos identificados.

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento por procesos resultantes de la Auditoria interna de Gestión de la vigencia 2025, realizada al Sistema Integrado de Gestión del Sistema Integrado de Valledupar SIVA SAS; en el seguimiento realizado se revisó el consolidado de la Acciones Correctivas y de Mejora, los compromisos adquiridos, Normatividad Aplicable y Servicios o productos No conforme de los procesos del Sistema.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 6 DE 15

Con el fin de medir y evaluar de manera objetiva, el grado de implementación del Sistema de Calidad, NTC ISO 9001:2015, e identificar posibles desviaciones, lo que permitiría aplicar las acciones necesarias, la Oficina de Control Interno realizara de manera regular en lo corrido de la anualidad, mesas de trabajo con los responsables de las actividades de mejoramiento, acordando compromisos con ellos como líderes de los procesos y apoyándolos para el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de mejoramiento por procesos.

4.1. RESULTADOS AUDITORIA INTERNA DE GESTION VIGENCIA 2025

No	PROCESO	NO CONFORMIDADES
1	Planeación Estratégica	NA
2	Gestión Financiera	2
3	Gestión de Comunicación	NA
4	Gestión del Talento Humano	2
5	Gestion social	NA
6	Gestion Ambiental	NA
7	Gestion de Obras de Infraestructura	0
8	Gestión de operaciones	3
9	Gestión Jurídica	0
10	Gestión administrativa	3
11	Gestión Documental	NA
12	Gestión de TIC'S	NA
13	Gestión de Evaluación y Control	NA
14	Gestión de Calidad	NA
	TOTAL	10

Fuente Informe de auditoria interna vigencia 2025

Del informe de auditoría interna y conforme a las evidencias recolectadas, el equipo auditor determinó diez (10) No conformidades, por proceso auditado de acuerdo al informe de auditoría. Los procesos de Gestión de Comunicación, Gestión de planeación, Gestion social, Gestion ambiental, Gestión de TIC'S, Gestión de Evaluación y Control y Gestión de Calidad no hicieron parte de la muestra de auditoria en esta vigencia.

De los seis (06) procesos auditados, obtuvieron mayor porcentaje de no conformidades como son: Gestión De Operaciones y Gestion financiera respectivamente, que se encuentran en grado de cumplimiento con leves deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos, control y continuidad con las actividades realizadas para la mejora continua del Sistema.

Los procesos que no presentaron No conformidades: Gestión de obras e infraestructura y Gestión Jurídica.

4.1. SEGUIMIENTO AL CIERRE DE NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES:

Teniendo en cuenta el seguimiento y verificación realizado por la Oficina de control interno a los avances con corte 30 de junio de 2026, reportado por los responsables de las acciones de mejoramiento a esta oficina para consolidación de la información, reporte y presentación de la misma al Gerente, encontramos la siguiente situación:

No	PROCESO	NO CONFORMIDADES	ABIERTAS	EN EJECUCIÓN	CERRADAS	EFICACIA
1	Planeación Estratégica	0	0	0	0	NA
2	Gestión Financiera	2	0	0	2	100%
3	Gestión de Comunicación	NA	0	0	0	NA
4	Gestión del Talento Humano	2	0	0	2	100%
5	Gestion social	NA	0	0	0	NA
6	Gestion Ambiental	NA	0	0	0	NA
7	Gestion de Obras de Infraestructura	0	0	0	0	
8	Gestión de operaciones	3	0	1	2	67%
9	Gestión Jurídica	NA	0	0	0	NA
10	Gestión administrativa	3	0	0	3	100%
11	Gestión Documental	NA	0	0	0	NA
12	Gestión de TIC'S	NA	0	0	0	NA
13	Gestión de Evaluación y Control	NA	0	0	0	NA
14	Gestión de Calidad	NA	0	0	0	NA
	TOTAL	10	0	1	9	90%
	TOTAL PORCENTAJE		0%	10%	90%	100%

Fuente: informes de auditoria interna vigencia 2025 oficina de control interno

Al plan de mejoramiento resultante de las auditorías internas realizadas al Sistema Integrado de Gestión en la vigencia 2025, de lo que resultó un total de diez (10) No conformidades, de las cuales se encuentran uno (1) en ejecución y se reportaron nueve (9) cerradas para un porcentaje de eficacia del 90% total. Consolidada esta información y promediando los resultados de las acciones que fueron cerradas por el número total de acciones formuladas, a 30 de junio de 2026, el Plan de Mejoramiento por procesos de vigente presenta un avance del 90%.

4.2. DETALLE ESTADO NO CONFORMIDADES:

4.3.

HALLAZGOS GESTION FINANCIERA

OPORTUNIDAD DE MEJORA / NO CONFORMIDAD	ACCIONES PROPUESTAS	ACCIONES EJECUTADAS - OBSERVACIONES	TIPO DE ACCIÓN	ESTADO		
				A	P	C
1. La caracterización del proceso de Gestión Financiera no ha sido revisada desde 2021. En los procedimientos de gestión financiera incluyen actividades realizadas por otras áreas sin estar correctamente asignadas	1. Implementar una revisión de la caracterización de los procesos del área de gestión financiera y realizar los ajustes que sean necesarios	1. Realizar mesa de trabajo con las áreas involucradas, para revisar el flujo actual del proceso (plazo 2 semanas) 2. Identificar actividades que no corresponden al proceso y reasignarlas a sus áreas correspondientes (plazo, una semana posterior a la actividad anterior) 3. Actualizar el documento de caracterización, incluyendo: objetivo actualizado, actividades por los, riesgos del proceso e indicadores (plazo, 3 semanas)	CORRECTIVA			X
2. Ausencia de indicadores para seguimiento del POA	1. Se diseñarán e implementarán indicadores que permitan realizar un seguimiento y control de manera periódica al POA.	1. Identificar las líneas estratégicas y metas del POA. 2. Formular un indicador claro y medible. 3. Definir la fórmula, frecuencia de medición y responsable del reporte. 4. Implementar el seguimiento trimestral (área de planeación)	CORRECTIVA			X
3. Inconsistencia entre la cuenta presupuestal registrada en el sistema contable y la cuenta indicada en el acto administrativo No. 020 de febrero del 2025.	1. Se implementarán mecanismos de control en la revisión del contenido integral del texto de los actos administrativos (Resolución) que se utilicen para trámites financieros, evitando de esta manera mitigar o eliminar riesgos de errores al momento del registro en la plataforma contable de la entidad.	1. Revisar el acto administrativo 020 y validar la cuenta correcta según el catálogo presupuestal vigente. 2. Identificar el origen de la inconsistencia. 3. De ser necesario, se debe corregir el registro en el sistema contable y/o en el acto administrativo. 4. Implementar una validación previa a todo registro contable que incluya verificación de: cuenta contable, cuenta presupuestal, fuente y disponibilidad.	CORRECTIVA			X

HALLAZGOS GESTION DE TALENTO HUMANO:

OPORTUNIDAD DE MEJORA / NO CONFORMIDAD	ACCIONES PROPUESTAS	ACCIONES EJECUTADAS - OBSERVACIONES	TIPO DE ACCIÓN	ESTADO		
				A	P	C
1. Actualizar la denominacion del responsable asignado en el procedimiento "prestacion de servicios y apoyo a la gestion, utilizando un cargo formal y vigente dentro de la estructura organizacional de la entidad"	1. Actualizar la denominación del responsable en el procedimiento, reemplazando el nombre del rol desactualizado por el cargo oficial según el organigrama institucional.	1. Se revisó la estructura organizacional vigente con el fin de identificar el cargo formal que corresponde al responsable asignado en el procedimiento "Prestación de servicios y apoyo a la gestión". Evidencias: Copia del organigrama institucional vigente, utilizado para validar la denominación formal del cargo.	CORRECTIVA			X
1. Las hojas de vida digitales estan actualizadas en la plataforma SIGEP, pero no se encuentran asociadas a los contratos de los contratistas vigentes.	1. Realizar la verificación cruzada entre SIGEP y los contratos vigentes, para identificar los contratistas que no tienen su hoja de vida digital asociada en el expediente contractual.	1. Se verificó el estado de actualización de las hojas de vida en la plataforma SIGEP, confirmando que los contratistas cuentan con su información vigente registrada en el sistema. Evidencia: Capturas de pantalla de la plataforma SIGEP que muestran la actualización vigente de las hojas de vida de los contratistas.	CORRECTIVA			X

HALLAZGOS GESTION ADMINISTRATIVA:

OPORTUNIDAD DE MEJORA / NO CONFORMIDAD	ACCIONES PROPUESTAS	ACCIONES EJECUTADAS - OBSERVACIONES	TIPO DE ACCIÓN	ESTADO		
				A	P	C
1. se identificaron formatos revisado no contiene fecha de actualización ni mecanismos claros de seguimiento y control	1. Implementar un control de versiones en los formatos institucionales, con fechas de elaboración, revisión y aprobación, estableciendo responsables, frecuencia de actualización y mecanismos de seguimiento que garanticen el cumplimiento y control documental.	1. Se realizó una revisión integral de los formatos institucionales vigentes, verificando contenido, versión y fecha de actualización para asegurar su validez y control documental. Evidencias: 1. Copias actualizadas de los formatos con fecha de revisión y versión.	CORRECTIVA			x
2. no se evidencio un informe de ejecucion documentad, dado que el seguimiento se realiza unicamente a través de la plataforma SECOP, lo que limita la trazabilidad interna y la generacion de reportes consolidados para efectos de control interno	1. Realizar reuniones periódicas con actas que documenten avances y resultados contractuales, definiendo una frecuencia de seguimiento (mensual o trimestral), asignando responsables para la elaboración y control de informes, e integrando los reportes al Sistema de Control Interno para fortalecer la trazabilidad administrativa.	1. Se realizaron reuniones de control y seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones para evaluar ajustes en la ejecución contractual, documentando los avances y resultados de los procesos publicados en SECOP. Evidencias: 1. Actas de reunión y compromisos adquiridos. 2. Capturas o reportes generados desde la plataforma SECOP como soporte complementari	CORRECTIVA			x
	1. Estandarizar el formato único de entrega de elementos con código y versión específicos, capacitar al personal en su uso correcto, implementar validación administrativa previa al archivo.	1. Se eliminaron los formatos duplicados, dejando vigente un único formato institucional de entrega de elementos, actualizado y aprobado con numeración de versión, fecha y campos obligatorios para firmas y fechas de entrega. Evidencias: 1. Formato oficial de entrega de elementos actualizado y aprobado.	CORRECTIVA	x		x

HALLAZGOS GESTION OPERACIONES:

OPORTUNIDAD DE MEJORA / NO CONFORMIDAD	ACCIONES PROPUESTAS	ACCIONES EJECUTADAS - OBSERVACIONES	TIPO DE ACCIÓN	ESTADO			ESTADO
				A	P	C	
Procedimiento de Conciliación: Durante la auditoría interna al procedimiento de conciliación operativa y administrativa, se evidenció que no se están utilizando un formato de registro contemplados dentro del procedimiento vigente. Esta situación debilita el seguimiento, trazabilidad y evidencia del proceso, afectando los principios de control interno y mejora continua.	No se detectan falencias en dicho procedimiento	SE REALIZO LA REVISION DEL PROCEDIMIENTO	PREVENTIVAS			X	COMPLETADO
Plan de Acción e Indicadores de Gestión:	Incluir los siguientes indicadores: *% Confiabilidad de flota operativa mensual: (buses operaron mes - buses que fallaron)/buses que operaron mes *% Regularidad Operacional Mensual: (servicios finalizado + asignados - varados - accidentados - contaminados - bandalizados)/(servicios finalizado + asignados) Actualización de los indicadores de gestión de mantenimiento *% Disponibilidad flota operativa anual: buses que han operado / 129 buses *Frecuencia de Fallas: Informe de fallas Indicadores de cumplimiento del PSO % de puntualidad: servicios puntuales / (servicios finalizados + asignados)	Se actualizan indicadores de gestión: - Se incluye indicador de confiabilidad. - Se incluye indicador de regularidad. - Se actualiza indicador de disponibilidad de flota operativa. - Se actualiza indicador de frecuencia de fallas. - Se incluye indicador de puntualidad. Soporte: https://tinyurl.com/2mvrpp9y	PREVENTIVAS			X	COMPLETADO
Mapa de Riesgos	Actualizar mapa de riesgos incluyendo: Alta inoperatividad vehicular Incumplimiento del PSO por parte del operador	Mapa de riesgos actualizado: Se incluye riesgo de alta inoperatividad vehicular. Se incluye riesgo de incumplimiento de PSO por parte del operador. Soporte: https://tinyurl.com/ykmjrvv9	PREVENTIVAS			X	COMPLETADO

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 12 DE 15

4.4. INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2020

HALLAZGOS Y OBSERVACIONES:

El puntaje total obtenido durante la auditoria como nivel de evaluación fue de **96% / 100%**, se evidencia un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo **ACEPTABLE**, se evidencia actividades concernientes realizadas y el mejoramiento continuo del SG-SST frente al año inmediatamente anterior, se notó el avance, mejora y desarrollo del sistema; en cuanto al cumplimiento de los planes de mejoras establecidos para el año 2024, se evidencia que se cierran las No conformidades generadas en la auditoria del año 2024; para lo cual, el resultado del criterio es mayor al 85% por ende arroja un nivel de valoración **ACEPTABLE**, y como acción a realizar para el año 2026: 1. Seguir **manteniendo la calificación y evidencias a disposición del Ministerio del Trabajo, e incluir en el Plan de Anual de Trabajo para el año 2026, acciones como oportunidades de mejoras que permitan continuar con un cumplimiento del mismo.**

11. HALLAZGOS DE AUDITORIA (NO CONFORMIDADES)

NUMERAL	NO CONFORMIDAD	ACCION	TIPO
2.7.1	No se evidencia ejecución de las recomendaciones generadas. y de la medición de ruido e iluminación con ARL Sura en el mes de septiembre, con el contratista de movivalle. Se evidencia informe de monitoreo ambiental de los espacios del archivo central de años anteriores,	Ejecutar las recomendaciones generadas de la medición de ruido e iluminación con el contratista Movivalle; como recomendación gestionar para ejecutar lo generado en el informe.	C

ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA SUBSANACIÓN DEL HALLAZGO:

En atención al hallazgo descrito y de conformidad con el plan de acción suscrito por el proceso responsable, la entidad adelantó las siguientes gestiones:

- Coordinación y programación de las pruebas ambientales con la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) SURA, en el marco de las actividades de asesoría y asistencia técnica previstas en el artículo 2.2.4.6.9 del Decreto 1072 de 2015.
- Ejecución de las pruebas ambientales el día 27 de mayo de 2026, en las instalaciones de SIVA S.A.S., con el acompañamiento técnico de la ARL SURA, cubriendo las áreas y los puestos de trabajo priorizados conforme a la matriz IPEVR.
- Levantamiento del registro fotográfico de la actividad, como evidencia objetiva de su ejecución (Anexo 1 del presente informe).
- Solicitud a la ARL del informe técnico de resultados de las mediciones efectuadas, documento que a la fecha se encuentra en proceso de emisión.

6. EVIDENCIAS APORTADAS Y VERIFICADAS;

Para efectos de la verificación de la acción correctiva, se relacionan las evidencias aportadas por el proceso responsable y su estado de verificación a la fecha de emisión del presente informe:

N.º	Evidencia	Descripción	Estado de verificación
1	Registro fotográfico de la actividad	Soporte visual que documenta la ejecución de las pruebas ambientales realizadas el 27 de mayo de 2026 en las instalaciones de SIVA S.A.S., con el acompañamiento técnico de la ARL SURA.	Verificada — se adjunta (Anexo 1)
2	Informe técnico de resultados — ARL	Documento técnico que consolidará los resultados de las mediciones efectuadas, su comparación frente a los valores límite permisibles aplicables y las recomendaciones de intervención a que haya lugar.	En trámite — pendiente de emisión y entrega por parte de la ARL SURA

7. CONCEPTO TÉCNICO Y ESTADO DEL HALLAZGO:

Componente evaluado	Resultado de la verificación	Estado
Ejecución de las pruebas ambientales (27 de mayo de 2026, con acompañamiento técnico de la ARL)	Ejecución verificada mediante registro fotográfico de la actividad (Anexo 1).	SUBSANADO
Informe técnico de resultados de las pruebas ambientales emitido por la ARL SURA	Pendiente de recepción, revisión y análisis por parte de la entidad y del auditor líder.	EN SEGUIMIENTO
ESTADO GLOBAL DEL HALLAZGO	SUBSANADO EN SU COMPONENTE DE EJECUCIÓN – CIERRE DEFINITIVO CONDICIONADO A LA RECEPCIÓN Y REVISIÓN DEL INFORME TÉCNICO DE LA ARL	

NOTA : el hallazgo se considera **SUBSANADO** en lo concerniente a la ejecución de las pruebas ambientales, actividad realizada el 27 de mayo de 2026 con el acompañamiento técnico de la ARL SURA y debidamente soportada en el registro fotográfico adjunto. El **CIERRE DEFINITIVO** de hallazgo quedará sujeto a la recepción y revisión del informe técnico de resultados que emita la ARL SURA, así como a la verificación de la implementación de las medidas de intervención que de él se deriven, cuando haya lugar a ellas.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE GESTION POR PROCESO VIGENCIA 2025	VERSION: 02
		VIGENCIA:23/12/16
		PÁGINA 15 DE 15

5. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES:

Se concluye que al plan de mejoramiento resultante de las auditorías internas realizadas al Sistema Integrado de Gestión en la vigencia 2025, de lo que resultó un total de diez (10) No conformidades, de las cuales se encuentran uno (1) en ejecución y se reportaron nueve (9) cerradas para un porcentaje de eficacia del 90% total. Consolidada esta información y promediando los resultados de las acciones que fueron cerradas por el número total de acciones formuladas, a 30 de junio de 2026, el Plan de Mejoramiento por procesos de vigente presenta un avance del 90%.

Se identificaron hallazgos en los que no procede cierre y cerrados sin eficacia, debido a que no cumplen integralmente con las actividades, periodicidad y a subsanar la causa raíz, por lo que requieren ajustes en la formulación de las acciones en el SGI.

Se evidencian avances en la implementación del plan de mejoramiento, persisten debilidades en la ejecución oportuna, la eficacia de algunas acciones y la gestión del rezago acumulado, por lo que se recomienda fortalecer la planeación, priorización, asignación de responsabilidades y seguimiento periódico.

Las áreas responsables de la ejecución de las acciones correctivas o de mejora deberán garantizar el cumplimiento de las acciones registradas en el plan de mejoramiento, para dar cierre efectivo de las mismas, se sugiere dar prioridad al desarrollo de estas actividades, en el menor tiempo posible, con el propósito de poder verificar la eficacia (cumplimiento) y la efectividad de las acciones incluidas en el Plan de Mejoramiento.

Las acciones de mejora y correctivas suscritas en el plan de mejoramiento que impacten las actividades, deben incorporarse a la gestión de los procesos para garantizar su continuidad en el tiempo y de esta manera contribuyan a la optimización de las actividades al interior de cada proceso, estas acciones deben ser efectivas para eliminar la causa raíz y que estos aporten al mejoramiento continuo de los procesos y a la posible materialización de los riesgos.

Atentamente,

ORIGINAL FIRMADO
MARIA ANGELICA GONZALEZ OÑATE
Jefe de Oficina Control Interno
Sistema Integrado de Transporte de Valledupar SIVA S.A.S