	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CEV-FR-014 VERSION 1 Fecha de Emisión 27/08/2018

NOMBRE DEL INFORME:

INFORME PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS VIGENCIA 2025

FECHA DE PRESENTACION	**JUNIO DE 2026**	**PERIODO INFORMADO**	**ENERO – JUNIO 2026**

OBJETIVO

Presentar el estado consolidado de los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías internas realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno durante la vigencia 2025, indicando las observaciones identificadas, las acciones de mejora formuladas y el nivel de avance alcanzado al 30 de abril de 2026, fecha establecida para el vencimiento de las acciones de mejoramiento.

ALCANCE

Auditoría Interna No 001 Proceso Contravencional
Auditoría Interna No 002 Proceso Trámites
Auditoría Interna No 003 Proceso Cobro Coactivo
Auditoría Interna No 004 Proceso Financiero y Contable
Auditoría Interna No 005 Proceso SG-SST y SGA
Auditoría Interna No 006 Proceso Gestión Administrativa
Auditoría Interna No 007 Proceso Jurídico y Contratación
Auditoría Interna No 008 Proceso Gestión Documental
Auditoría Interna No 009 PESV
Auditoria Especial No 010 Investigación Requerimiento Superintendencia de Transporte

FUENTE DEL DATO

Auditorías realizadas durante la vigencia 2025, seguimiento al avance de acciones.

INFORME

AUDITORIAS VIGENCIA 2025

AUDITORIA	No. De Hallazgos	Fecha plan de mejoramiento	Metas pendientes
AUDITORIA NO 001 PROCESO CONTRAVENCIONAL	8	03/07/2025 AL 15/12/2025	1
AUDITORIA INTERNA NO 002 PROCESO TRAMITES	8	05/08/2025 AL 15/12/2025	3
AUDITORIA INTERNA NO 003 AL GESTION COBRO COACTIVO	10	12/09//2025 AL 12/12/2025	1
AUDITORIA INTERNA NO 004 AL PROCESO FINANCIERO Y CONTABLE	11	17/09/2025 AL 15/12/2025	5
AUDITORIA INTERNA NO 005 AL SG-SST y SGA	7	28/08/2025 AL 15/12/2025	4
AUDITORIA INTERNA NO 006 AL PROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	7	16/10/2025 AL 30/04/2026	0

AUDITORIA INTERNA NO 007 PROCESO JURIDICO Y CONTRATACION	4	01/09//2025 AL 10/04/2026	2
AUDITORIA INTERNA NO 008 PROCESO GESTION DOCUMENTAL	5	29/10/2025 AL 30/04/2026	0
AUDITORIA INTERNA NO 009 PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL	7	14/10/2025 AL 30/04/2025	7
AUDITORIA ESPECIAL SUPERINTENDECIA DE TRANSPORTES	3	03/11/2025 AL 03/05/2026	0

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 001 PROCESO CONTRAVENCIONAL		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
En revisión efectuada durante el desarrollo de la presente auditoria se evidenció que no existe caracterización formalmente definida del Proceso Contravencional, herramienta fundamental que permite una comprensión cabal del objetivo de cada proceso y los aspectos claves de cómo debe ejecutarse	Las inspectoras de policía con el apoyo de la oficina de planeación elaboran y formalizan la caracterización completa del Proceso Contravencional, incluyendo objetivos, actividades, responsables, insumos, productos, controles y recursos, así como su aprobación y adopción.	En la verificación realizada se evidenció el cumplimiento total de la acción de mejora establecida. Se constató la elaboración, aprobación y adopción formal de la caracterización del Proceso Contravencional, contando con los soportes documentales que acreditan su implementación. La acción de mejora fue ejecutada de manera efectiva, permitiendo atender y resolver la observación identificada. En consecuencia, el hallazgo se considera subsanado. **Conclusión de seguimiento:** De acuerdo con la evidencia aportada y la verificación efectuada por la Oficina Asesora de Control Interno, se determina el cierre de la acción de mejora y del hallazgo asociado, al haberse cumplido satisfactoriamente el compromiso adquirido dentro del Plan de Mejoramiento.
Auditado el proceso contravencional se pudo evidenciar que no existen procedimientos documentados con relación a las actividades que se ejecutan, como son: notificación de comparendos, presentación de audiencias por embriaguez o por comparendos en general, apelaciones, revocatoria directa, entrega de vehículos, accidentes, foto detección, y diligencias judiciales (despachos comisorios, secuestros, etc.)	Las inspectoras de policía con el apoyo de la oficina de planeación, elaboran y/o actualizan los procedimientos para todas las actividades del proceso contravencional, con base en la normatividad vigente y las necesidades operativas de la entidad, para su posterior aprobación y adopción	Durante el seguimiento realizado se evidenció que la entidad contaba con el procedimiento de alcoholemia y embriaguez clínica, socializado mediante la Circular No. 013 del 16 de agosto de 2022. Sin embargo, se constató que las demás actividades que hacen parte del Proceso Contravencional aún no contaban con procedimientos formalmente documentados y aprobados. De igual manera, se verificó que las actividades de revisión, elaboración y actualización de los procedimientos pendientes se encontraban en desarrollo al momento del seguimiento. En consecuencia, aunque se observó un avance parcial en la implementación de la acción de mejora, esta no fue ejecutada en su totalidad dentro del plazo establecido. Por lo anterior, al cierre del plan de mejoramiento, la acción de mejora se encontraba vencida y el hallazgo no podía considerarse subsanado. **Conclusión de seguimiento** Debido a que, al momento del seguimiento, aún se encontraban en proceso de revisión, elaboración y actualización algunos de los procedimientos que integran el Proceso Contravencional, no fue posible evidenciar el cumplimiento total de la acción de mejora dentro del plazo establecido. En consecuencia, la acción se consideró **parcialmente cumplida**, permaneciendo vencida al cierre del plan de mejoramiento, por lo que el hallazgo **no se considera subsanado**, la observación fue incorporada nuevamente en la Auditoría Interna al Proceso Contravencional

		correspondiente a la vigencia 2026 para efectuar una nueva validación y seguimiento.
El Sistema de Gestión Documental es una herramienta esencial para cualquier organización que desee optimizar la gestión de sus documentos, mejorar la eficiencia operativa y asegurar la seguridad y el cumplimiento normativo. en revisión efectuada se evidencio: comparendos números 4806181 – 5776081 – 4809655 – 4805348 – 4806860 – 4806859 – 4806858 – 4806857 sin la firma del infractor y/ o testigo. 4807021– 4807874 – 4810310 – 4811229 se evidencian que el documento de identidad del presunto infractor no reposa en el expediente 4807021 – 4806953 – 4809655 – 48045339 – 4808012 – 4806181 – 4807874 – 5773370 – 5773379 Durante la revisión de expedientes contravencionales, se evidenció una inconsistencia entre la documentación física y el registro digital en la plataforma SIOT WEB, específicamente en el módulo contravencional	las inspectoras de policía enviarán mediante correo electrónico comunicación a los agentes de tránsito recordándoles acerca del diligenciamiento correcto de las órdenes de comparendo, haciendo énfasis en la obligatoriedad de obtener la información completa, en especial la firma del infractor y/o testigo, según corresponda en cada caso El auxiliar administrativo revisara que las carpetas contengan la totalidad de documentos que hacen parte del expediente contravencional	Durante la etapa de seguimiento se verificó el cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento. Se evidenció el envío de comunicación electrónica dirigida a los agentes de tránsito, mediante la cual se impartieron instrucciones relacionadas con el adecuado diligenciamiento de las órdenes de comparendo. Adicionalmente, se constató la realización de actividades de capacitación orientadas al fortalecimiento de los conocimientos sobre el correcto diligenciamiento de dichos documentos. Las evidencias aportadas permiten concluir que las medidas implementadas fortalecieron los controles asociados a la gestión documental del proceso y contribuyeron a corregir las deficiencias identificadas durante la auditoría. **Conclusión de seguimiento** La acción de mejora fue ejecutada de manera efectiva, permitiendo atender y subsanar la observación identificada. Se evidenció el cumplimiento de los compromisos establecidos, así como la implementación de mecanismos de control orientados a garantizar el adecuado diligenciamiento de las órdenes de comparendo y la correcta conformación de los expedientes contravencionales. En consecuencia, el hallazgo se considera subsanado y se determina el cierre de la acción de mejora correspondiente.
Durante la revisión efectuada a los causales de exoneración de comparendos se evidencio que en algunos casos la exoneración se produce como consecuencia de errores en el procedimiento por parte de los agentes de tránsito. Estas situaciones reflejan fallas en la formación, supervisión y control del procedimiento contravencional por parte de los agentes de tránsito.	las inspectoras de policía enviarán mediante correo electrónico comunicación a los agentes de tránsito recordándoles acerca del diligenciamiento correcto de las órdenes de comparendo, haciendo énfasis en la obligatoriedad de obtener la información completa, en especial la firma del infractor y/o testigo, según corresponda en cada caso. las inspectoras de policía gestionaran con el área administrativa las capacitaciones a realizar al personal operativo (agentes de tránsito)	Durante la verificación realizada por la Oficina Asesora de Control Interno se evidenció el cumplimiento de las actividades contempladas en el plan de mejoramiento. Como soporte de la ejecución, se constató el envío de comunicación electrónica a los agentes de tránsito con instrucciones relacionadas con el adecuado diligenciamiento de las órdenes de comparendo y el cumplimiento de los requisitos legales aplicables. Igualmente, se verificó la realización de jornadas de capacitación dirigidas al personal operativo, orientadas a fortalecer los conocimientos y competencias requeridas para el correcto desarrollo de las actuaciones contravencionales y la adecuada elaboración de los comparendos. **Conclusión de seguimiento** La acción de mejora fue ejecutada de manera efectiva, permitiendo atender y subsanar la observación identificada. Las evidencias aportadas demuestran el cumplimiento de los compromisos adquiridos, mediante la sensibilización y capacitación del personal operativo, así como el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación y control relacionados con el diligenciamiento de las órdenes de comparendo. En consecuencia, el hallazgo se considera subsanado y se determina el cierre de la acción de mejora correspondiente.
Se identificaron debilidades en la redacción y proyección de las resoluciones mediante las	Las inspectoras de policía con el apoyo del área de sistemas Revisaran y actualizaran las	En el seguimiento efectuado por la Oficina Asesora de Control Interno se verificó la ejecución de la acción de mejora establecida. Como resultado de la revisión realizada por el Área

cuales se resuelven acciones contravencionales, específicamente en la sección final correspondiente al "RESUELVE". se evidencia un error en la identificación de la autoridad que emite el acto administrativo, ya que se consigna “Inspector de Tránsito de El Cerrito”, cuando debió señalarse correctamente como “Inspector de Tránsito y Transporte de la ciudad de Barrancabermeja”. Este tipo de inconsistencia afecta la validez formal de los actos administrativos, genera posibles nulidades por errores en la competencia formalmente expresada y podría dar lugar a impugnaciones por parte de los ciudadanos afectados.	plantillas o formatos predefinidos para la emisión de resoluciones contravencionales, asegurando que contengan correctamente la denominación oficial de la autoridad competente	de Sistemas, se efectuaron las correcciones correspondientes en las plantillas y formatos utilizados para la elaboración de las resoluciones contravencionales, asegurando la correcta identificación de la autoridad competente. Adicionalmente, se implementó como control preventivo la revisión previa de los actos administrativos antes de su firma, con el propósito de verificar la correcta utilización de los formatos institucionales y prevenir la ocurrencia de errores similares. Las evidencias aportadas permiten concluir que las medidas adoptadas corrigieron la situación observada y fortalecieron los controles asociados a la elaboración y expedición de los actos administrativos del proceso. **Conclusión de seguimiento** La acción de mejora fue ejecutada de manera efectiva y permitió corregir las inconsistencias identificadas en las plantillas utilizadas para la emisión de resoluciones contravencionales. Asimismo, la implementación de controles de revisión previa fortaleció la calidad y validez formal de los actos administrativos expedidos por la dependencia. En consecuencia, se determina que el hallazgo se encuentra subsanado y procede el cierre definitivo de la acción de mejora.
Para el proceso contravencional, la entidad identifico tres riesgos a los cuales se les diseñaron cuatro controles para mitigar su materialización, los cuales, durante la revisión realizada sobre los controles establecidos para minimizar el riesgo, se observó que no se encontraron soportes documentales que evidencien su adecuada aplicación."	Con apoyo de la oficina de planeación realizar de forma cuatrimestral el seguimiento periódico a la gestión del riesgo a través de la información registrada en la matriz de riesgo institucional	Se valida la ejecución de las acciones con corte al mes de diciembre, correspondiente al tercer seguimiento a los siguientes riesgos identificados: R1: Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por investigaciones disciplinarias, administrativas y/o legales por Entes de control. debido a Decisiones falladas fuera de los tiempos establecidos por la normatividad vigente. R2: Posibilidad de afectación reputacional y económica por Investigaciones de entes de control, por anulación de comparendos por mal registro o datos errados de la información debido a Error involuntario por parte del Agente de Tránsito en la elaboración del comparendo y del Auxiliar administrativo al registrar la información del comparendo en el sistema SIOT WEB y falta de digitalización del comparendo (comparendera). R3: Posibilidad de afectación económica por Investigaciones de entes de control, por la presentación del fenómeno de caducidad de comparendos debido a comparendos no sancionados en el proceso administrativo masivo sancionatorio. **Conclusión del seguimiento** De acuerdo con la información verificada y las evidencias se concluye que los controles y acciones de mejora asociados a los riesgos identificados presentan un nivel de cumplimiento satisfactorio y contribuyen a la mitigación de los eventos de riesgo evaluados. Frente al **Riesgo R1**, se evidenció la ejecución del control relacionado con la revisión y reporte de comparendos próximos a caducar, mediante la remisión de informes al Consorcio STB. Las evidencias aportadas permiten verificar la realización oportuna de la actividad, por lo que el control se considera efectivo para disminuir la posibilidad de decisiones fuera de los tiempos establecidos por la normatividad vigente. Respecto al **Riesgo R2**, se verificó la implementación de acciones preventivas orientadas al correcto diligenciamiento de las órdenes de comparendo, mediante comunicaciones dirigidas a los agentes de tránsito y jornadas de capacitación sobre la normatividad aplicable. Estas actividades fortalecen el conocimiento y la correcta aplicación de los procedimientos,

		reduciendo la probabilidad de errores en el registro de la información y la consecuente anulación de comparendos. En relación con el **Riesgo R3**, se evidenció la ejecución de la acción de mejora consistente en la revisión de comparendos sin información completa del presunto infractor, la consulta de datos en el RUNT y la posterior gestión para su cargue al sistema, permitiendo su inclusión en los procesos masivos sancionatorios. Esta actividad contribuye de manera efectiva a prevenir la materialización del fenómeno de caducidad de comparendos. En consecuencia, se determina que las acciones de control y mejora establecidas fueron ejecutadas conforme a lo programado, cuentan con soportes verificables y resultan efectivas para la mitigación de los riesgos evaluados. El hallazgo se considera subsanado y se determina el cierre de la acción de mejora correspondiente. Por lo anterior, se recomienda mantener el monitoreo permanente de los controles implementados, así como fortalecer las actividades de seguimiento y capacitación, con el fin de garantizar la mejora continua del proceso y minimizar la ocurrencia de eventos que puedan generar afectaciones económicas, legales o reputacionales para la entidad.
No tener digitalizada la información conlleva diversos riesgos, desde la pérdida de eficiencia operativa hasta la exposición a amenazas de seguridad y la pérdida de la privacidad. Durante la revisión efectuada a los expedientes generados en el proceso contravencional, se evidenció que, si bien los documentos físicos cuentan con los soportes correspondientes, en la plataforma SIOT WEB —específicamente en el módulo contravencional— únicamente se encuentra cargada la resolución de exoneración, mediante la cual se resuelve la acción contravencional. No obstante, los documentos anexos al expediente no han sido digitalizados ni incorporados al sistema	las inspectoras de policía Organizaran y digitalizaran la información conforme se va generando durante el desarrollo del proceso contravencional	A través del apoyo de un contratista, se realiza el proceso de organización y digitalización de la información contenida en los expedientes generados durante el proceso contravencional. La acción de mejora prevista fue ejecutada, logrando atender y resolver la observación identificada. En consecuencia, el hallazgo se considera subsanado, dado que se implementaron las medidas requeridas y se evidenció el cumplimiento de los lineamientos establecidos. **Conclusión del seguimiento** Con base en la revisión de las evidencias aportadas, se verificó que la acción de mejora fue ejecutada mediante el apoyo de un contratista para la organización y digitalización de la información contenida en los expedientes generados durante el proceso contravencional. Lo anterior permitió fortalecer la gestión documental, mejorar el acceso a la información y garantizar una adecuada conservación de los registros. Se evidenció el cumplimiento de las actividades definidas, logrando atender la observación identificada y subsanar la situación que dio origen al hallazgo. En consecuencia, la acción de mejora se considera efectiva y cumplida, toda vez que se implementaron las medidas correctivas establecidas y se cuenta con soportes que demuestran su ejecución. No obstante, se recomienda continuar con el seguimiento periódico al proceso de organización y digitalización documental, así como mantener la actualización permanente de los expedientes, con el fin de asegurar la integridad, disponibilidad, trazabilidad y consulta oportuna de la información institucional, contribuyendo a la mejora continua de la gestión administrativa y documental.
Durante la validación del archivo 'Matriz Normograma' correspondiente al proceso contravencional de la I.T.T.B., se evidenció que las resoluciones, conceptos y	El auxiliar administrativo del proceso contravencional realizará actualización mensual de la Matriz Normograma, incorporando todas las modificaciones	El proceso realizó la entrega del normograma debidamente actualizado, evidenciando el cumplimiento de la acción establecida. En consecuencia, la acción se considera cumplida. .

leyes que aplican al área auditada se encuentran desactualizados. El normograma es una herramienta utilizada por las organizaciones públicas y privadas para delimitar y consolidar las normas que regulan sus actuaciones, en función de su objeto misional	legales, reglamentarias y conceptuales vigentes aplicables al proceso contravencional	**Conclusión del seguimiento** De acuerdo con la revisión de las evidencias aportadas, se verificó que el proceso realizó la actualización del normograma conforme a la acción de mejora establecida, incorporando la normatividad aplicable al proceso contravencional y evidenciando el cumplimiento de la actividad programada. La documentación presentada permite constatar que se efectuó la actualización de la matriz normativa, contribuyendo al fortalecimiento del control interno y al cumplimiento de los lineamientos legales y reglamentarios vigentes. En consecuencia, la acción de mejora se considera cumplida y efectiva, toda vez que atendió la situación identificada y permitió subsanar la observación objeto de seguimiento. No obstante, se recomienda mantener un monitoreo permanente sobre los cambios normativos, legales, reglamentarios y conceptuales que impacten el proceso contravencional, garantizando la actualización oportuna del normograma y la adecuada divulgación de las modificaciones a los responsables del proceso. Lo anterior contribuirá a asegurar la correcta aplicación de la normativa vigente y la mejora continua de la gestión institucional.

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 002 PROCESO TRAMITES		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
Durante la revisión del Proceso de Trámites, se evidenció que no se cuenta con procedimientos documentados ni formalizados que regulen la ejecución de sus actividades. La ausencia de estos instrumentos impide establecer lineamientos claros para la operación, seguimiento y mejora del proceso.	Con apoyo del profesional especializado de la División de Planeación, el coordinador de matrículas documentará y formalizará el Proceso de Trámites, mediante la revisión, elaboración y/o actualización de los procedimientos del área, incluyendo la descripción de actividades, responsables, tiempos, controles y puntos de verificación.	Con base en la revisión de las evidencias aportadas, se observa avance en la ejecución de la acción de mejora relacionada con la documentación y formalización de los procedimientos del Proceso de Trámites, Matrículas y RNA. Se evidenció la existencia de procedimientos documentados para algunos trámites, así como la revisión adelantada por el área para identificar aquellos procedimientos que requieren actualización o elaboración. De igual manera, se verificó la actualización de las listas de chequeo correspondientes a los trámites ejecutados en el área de Matrículas, las cuales se encuentran en proceso de consolidación para su formalización como procedimientos y pendientes de aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño. **Conclusión del seguimiento** Al momento del seguimiento no se evidencia la adopción oficial de la totalidad de los procedimientos requeridos ni la formalización definitiva de los documentos proyectados, razón por la cual no fue posible validar el cumplimiento total de la meta establecida. En consecuencia, la acción de mejora se considera **parcialmente cumplida, con un avance estimado del 50%**. Teniendo en cuenta que la acción aún presenta actividades pendientes para su cierre efectivo, esta fue incluida dentro del alcance de la auditoría programada para la vigencia 2026 al proceso, con el fin de verificar la culminación de las actividades propuestas, la adopción formal de los procedimientos y la efectividad de las medidas implementadas para fortalecer la gestión documental y operativa del área. Se recomienda continuar con las gestiones necesarias para la elaboración, actualización, aprobación y formalización de los procedimientos identificados, garantizando que estos incorporen de manera clara las actividades, responsables, tiempos de

		ejecución, controles y puntos de verificación, en concordancia con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión.
Durante la validación del archivo “Matriz Normograma” del proceso de Trámites de la I.T.T.B., se evidenció que varias normas allí contenidas, como resoluciones, conceptos y leyes, se encuentran desactualizadas o han sido derogadas. La matriz no refleja con precisión la normatividad vigente aplicable al proceso auditado	El coordinador de matrículas revisará y actualizará de forma mensual el normograma del proceso.	Se realizó la entrega del normograma correspondiente al proceso de Trámites por parte del coordinador del área, conforme al soporte documental aportado, el cual evidencia que el documento se encuentra debidamente actualizado y ajustado a la normatividad vigente aplicable al proceso. En consecuencia, la meta propuesta se considera cumplida. **Conclusión del seguimiento** La información suministrada permite constatar que la acción de mejora fue ejecutada conforme a lo establecido, garantizando la identificación, organización y actualización de los requisitos legales y reglamentarios que impactan el proceso. En consecuencia, la meta propuesta se considera cumplida y la acción de mejora efectiva, toda vez que contribuye al fortalecimiento del control normativo y a la adecuada gestión de los cambios regulatorios. No obstante, se recomienda mantener la revisión y actualización periódica del normograma, asegurando la incorporación oportuna de nuevas disposiciones legales, reglamentarias y conceptuales que puedan afectar el proceso, así como la divulgación de dichas actualizaciones a los responsables de su aplicación, en el marco de la mejora continua y el cumplimiento institucional.
Durante la revisión de los historiales del proceso de trámites vehiculares, se evidenció que, aunque existen listas de chequeo para los diferentes trámites, estas no han sido actualizadas conforme a las disposiciones legales y procedimentales más recientes	El coordinador de matrículas realizará la revisión integral de las listas de chequeo del proceso de trámites vehiculares para alinearlas con la normativa y procedimientos vigentes. Adicionalmente, realizará la actualización y validación legal de estos instrumentos, así como capacitar al personal responsable sobre su correcta utilización.	El coordinador del área adjunta las siguientes listas de chequeo debidamente actualizadas: duplicado de licencias, tarjeta de registro, duplicado de placas, inscripción de prenda, levantamiento de prenda, cancelación de matrícula y traspaso de vehículo automotor, las cuales se encuentran pendientes de aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño. **Conclusión del seguimiento** De acuerdo a lo informado**, l**as listas de chequeo actualizadas se encuentran pendientes de revisión y aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño, requisito necesario para su adopción formal e implementación dentro del proceso. Asimismo, se encuentra pendiente la ejecución de las actividades de socialización y capacitación al personal responsable sobre el uso adecuado de dichos instrumentos. En consecuencia, la acción de mejora se considera parcialmente cumplida, con un avance del 50%, toda vez que se cumplió la fase de actualización y validación de las listas de chequeo, pero aún no se ha culminado el proceso de aprobación, adopción formal e implementación efectiva de las mismas. Teniendo en cuenta que la acción presenta actividades pendientes para su cierre definitivo, esta fue incluida dentro del alcance de la auditoría programada para la vigencia 2026, Se recomienda gestionar oportunamente la presentación de los documentos ante el Comité de Gestión y Desempeño para su aprobación, así como programar las jornadas de capacitación requeridas, con el fin de garantizar la aplicación uniforme de los procedimientos, fortalecer los controles del proceso
Durante la revisión de la documentación correspondiente al proceso de verificación mediante listas de chequeo, se identificó que en varios historiales vehiculares (específicamente 8 casos) las	El coordinador de matrículas emitirá una directriz interna que exija el uso correcto y completo de estas listas como parte del control de calidad y legalidad del proceso.	Se realizó una capacitación dirigida al personal del área de matrículas, con el objetivo de socializar el correcto diligenciamiento de las listas de chequeo utilizadas en la verificación de requisitos para la realización de los distintos trámites vehiculares. Durante la jornada, se hizo énfasis en la importancia de que estas listas estén completamente diligenciadas y debidamente firmadas, garantizando así la

listas de chequeo carecían de las firmas requeridas por parte de los funcionarios responsables de la revisión, validación o aprobación.		trazabilidad, validez del proceso y cumplimiento de los lineamientos institucionales. **Conclusión del seguimiento** Las evidencias presentadas permiten concluir que la acción de mejora fue implementada de manera satisfactoria, contribuyendo al fortalecimiento de los controles asociados a la verificación de requisitos, la trazabilidad de las actuaciones y el cumplimiento de los lineamientos institucionales aplicables al proceso. En consecuencia, la meta establecida se considera cumplida y la acción de mejora efectiva. No obstante, se recomienda mantener estrategias periódicas de socialización, seguimiento y retroalimentación al personal del área, con el fin de asegurar la aplicación uniforme de las listas de chequeo y fortalecer la cultura de control, calidad y legalidad en la gestión de los trámites vehiculares. Estas actividades contribuirán a la sostenibilidad de la mejora implementada y a la prevención de posibles desviaciones en el desarrollo del proceso.
Durante el desarrollo de la auditoría, se presentaron restricciones en el acceso de la información requerida al proceso auditado (no entrega de forma completa de la información) con motivo de no observarse en el sistema SIOT WEB, digitalizados dichos expedientes lo cual impidió la revisión completa de la muestra documental seleccionada. Se identificaron debilidades en la disposición oportuna de la información requerida, ya que solo se podía acceder a la misma a través del sistema SIOT WEB.	A través del Consorcio STB, continuar con el plan de digitalización progresiva de los expedientes del proceso de trámites vehiculares.	A través del Consorcio STB, se continúa con el proceso de digitalización progresiva de los expedientes asociados al proceso de trámites vehiculares. Conforme se generan los documentos físicos en el desarrollo de cada trámite, estos son remitidos al consorcio para su correspondiente digitalización y archivo electrónico. Este procedimiento busca optimizar la gestión documental, mejorar el acceso a la información y fortalecer la trazabilidad de los procesos. **Conclusión del seguimiento** La implementación de esta actividad ha contribuido al fortalecimiento de la gestión documental, facilitando el acceso oportuno a la información, mejorando la trazabilidad de los expedientes y promoviendo una adecuada conservación de los registros institucionales. En consecuencia, se considera que la meta propuesta fue cumplida, toda vez que el proceso de digitalización se encuentra en ejecución permanente y forma parte de las actividades operativas del área. No obstante, se recomienda mantener el seguimiento continuo al proceso de digitalización, implementando mecanismos de verificación y control que permitan garantizar la calidad, integridad, disponibilidad y correcta organización de los documentos digitalizados. Asimismo, resulta pertinente realizar revisiones periódicas que aseguren la consistencia entre los expedientes físicos y electrónicos, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión documental y a la mejora continua del proceso.
Durante la auditoría al Proceso de Trámites, se evidenció la existencia de expedientes físicos que no han sido digitalizados, lo que impidió su revisión en el marco de la evaluación realizada. La documentación no se encuentra disponible en formato electrónico, lo cual limita su consulta y verificación por parte de los auditores y otros usuarios institucionales.	A través del Consorcio STB, continuar con el plan de digitalización progresiva de los expedientes del proceso de trámites vehiculares,	A través del Consorcio STB, se continúa con el proceso de digitalización progresiva de los expedientes asociados al proceso de trámites vehiculares. Conforme se generan los documentos físicos en el desarrollo de cada trámite, estos son remitidos al consorcio para su correspondiente digitalización y archivo electrónico. Este procedimiento busca optimizar la gestión documental, mejorar el acceso a la información y fortalecer la trazabilidad de los procesos. **Conclusión del seguimiento** La implementación de esta actividad ha contribuido al fortalecimiento de la gestión documental, facilitando el acceso

		oportuno a la información, mejorando la trazabilidad de los expedientes y promoviendo una adecuada conservación de los registros institucionales. En consecuencia, se considera que la meta propuesta fue cumplida, toda vez que el proceso de digitalización se encuentra en ejecución permanente y forma parte de las actividades operativas del área. No obstante, se recomienda mantener el seguimiento continuo al proceso de digitalización, implementando mecanismos de verificación y control que permitan garantizar la calidad, integridad, disponibilidad y correcta organización de los documentos digitalizados. Asimismo, resulta pertinente realizar revisiones periódicas que aseguren la consistencia entre los expedientes físicos y electrónicos, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión documental y a la mejora continua del proceso.
Durante la auditoria, se observa que las tarifas publicadas en el SUIT, aun corresponden a la vigencia 2018, lo que indica que la información no ha sido actualizada oportunamente. Además, no se ha realizado el cargue mensual de información durante el periodo evaluado, a pesar de estar contemplado como una actividad operativa obligatoria en el Plan de Acción.	El coordinador de matrículas con el apoyo de los profesionales especializados de las áreas de Planeación y Sistemas trabajaran en la actualización de las tarifas publicadas en el SUIT para que reflejen la vigencia actual. Adicionalmente, implementar un control interno que garantice la revisión y actualización periódica de la información publicada.	De acuerdo a la información suministrada por el profesional del área se informa que con respecto a la interacción de la plataforma SUIT, se constata que existe algún tipo de bloqueo para las vigencias anteriores y que se encuentra bajo gestión del área de sistemas para dar continuación al cargue. de igual forma, manifiesta que se prevé que mientras se solucione esto para las anteriores vigencias, se realice el cargue de esta vigencia en cada mes del respectivo reporte. Lo anterior indica que, a la fecha, no se ha iniciado la ejecución de esta acción. **Conclusión del seguimiento** A la fecha del seguimiento no se evidencian actividades ejecutadas que permitan validar la actualización de las tarifas ni la implementación del control propuesto para garantizar la revisión y actualización periódica de la información publicada. En consecuencia, la acción de mejora se considera pendiente, con un porcentaje de cumplimiento del 0%. La no ejecución de esta acción genera riesgos asociados al incumplimiento de los principios de transparencia y publicidad de la información institucional, así como posibles inconsistencias en la información suministrada a los ciudadanos a través de la plataforma SUIT. Teniendo en cuenta que la acción de mejora continua pendiente y no presenta avances verificables, esta será incluida dentro del alcance de la auditoría al proceso programada para la vigencia 2026, con el propósito de verificar la gestión realizada para superar las limitaciones técnicas identificadas, el cumplimiento de la actualización de las tarifas en la plataforma SUIT y la implementación de mecanismos de control que garanticen la revisión periódica, oportunidad y confiabilidad de la información publicada. Se recomienda priorizar la ejecución de las actividades definidas en el plan de mejoramiento, establecer responsables y cronogramas específicos para su cumplimiento, y realizar un seguimiento permanente a las gestiones adelantadas con el área de Sistemas, con el fin de asegurar el cierre efectivo de la acción y el cumplimiento de los requisitos de transparencia y atención al ciudadano.
Durante la auditoría al proceso de Trámites, se evidenciaron demoras significativas en la ejecución, validación y aprobación de trámites vehiculares gestionados a través de la plataforma RUNT, (migración de información y	Fortalecer la coordinación con la plataforma RUNT y adoptar mecanismos de mejora continua que garanticen la atención oportuna y eficiente de los trámites.	La plataforma RUNT (Registro Único Nacional de Tránsito) es un sistema externo, administrado a nivel nacional, del cual depende en gran medida la ejecución de múltiples trámites vehiculares. De acuerdo a lo informado por el profesional del área, es importante señalar que el organismo de tránsito no tiene injerencia directa en el mantenimiento, soporte o disponibilidad de dicha plataforma. Por tanto, cuando se presentan fallas,

corrección de errores de migración) lo que ha afectado directamente el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos por la entidad. Esta situación ha generado acumulación de trámites pendientes y retrasos en la atención al ciudadano, lo cual impacta negativamente la eficiencia operativa del proceso y deteriora la percepción del servicio		caídas o interrupciones en el servicio, no es posible intervenir directamente ni gestionar soluciones técnicas inmediatas desde el nivel local. Se adelantan las siguientes actividades de interacciones de actos administrativos en plataforma runt, así: • corrección datos inscripción tanto de ciudadanos como de vehículos, • corrección datos inscripción migración de nueva plataforma runt • corrección datos inscripción errores en impresión especie venal lamina • solicitudes de rangos – sustratos y/o cargue de errores para su debida corrección. • solicitudes de información como operabilidad del sistema e informativo de códigos en interacción en WEBSERVICE para el SIOTWEB. **Conclusión del seguimiento** Se evidenció que el área ha adelantado gestiones y acciones de coordinación con la plataforma, orientadas a la atención de incidencias y a la mejora de la operatividad de los trámites, Estas acciones contribuyen a fortalecer la capacidad de respuesta institucional frente a un riesgo externo, garantizando la continuidad en la prestación del servicio y la atención oportuna de los trámites, en la medida de las competencias del organismo de tránsito. En consecuencia, la acción de mejora se considera cumplida, al evidenciarse la implementación de mecanismos de coordinación y gestión que permiten mitigar el impacto de las afectaciones derivadas del uso de una plataforma externa. Se recomienda mantener el seguimiento permanente a las incidencias presentadas con el sistema RUNT, fortalecer los canales de comunicación con el nivel nacional administrador de la plataforma y continuar implementando mecanismos internos de gestión que permitan minimizar el impacto operativo en la atención de los trámites y garantizar la prestación continua del servicio a los usuarios.

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 003 GESTION COBRO COACTIVO		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
Durante la auditoría a la Gestión de Cobro Coactivo de la I.T.T.B., se evidenció que, si bien la gestión de cobro se encuentra formalizada mediante la Resolución No. DIR23001121 del 08 de noviembre de 2023 “Por la cual se modifica el Manual de Cobro Administrativo Persuasivo y Coactivo de la I.T.T.B.” —que contempla la vía persuasiva, los trámites iniciales, aspectos generales del procedimiento administrativo coactivo, actuaciones procesales y normatividad aplicable al reglamento interno de cartera, se identificó que los	El profesional de la Oficina de Cobro Coactivo con el apoyo de la Oficina de Planeación, se encargarán de Documentar y codificar los procedimientos establecidos en la Resolución No. DIR23001121 conforme al formato institucional exigido por el Sistema de Gestión de Calidad. Posteriormente, integrar dichos procedimientos al Manual de Procedimientos de la I.T.T.B., asegurando su socialización con el personal involucrado	En referencia a la acción correctiva se evidencia que los procedimientos y actividades del área se encuentran documentados en el Manual de Cobro Administrativo, Persuasivo y Coactivo, el cual fue formulado y adoptado mediante la Resolución No. DIR25000562 del 19 de junio de 2025, mediante la cual se modifica el manual de la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja – I.T.T.B. derogándose la Resolución No. DIR23001121 de 2023**.** **Conclusión del seguimiento** De conformidad con la revisión de las evidencias aportadas, se verificó que los procedimientos y actividades correspondientes al proceso de Cobro Coactivo se encuentran debidamente documentados e integrados en el Manual de Cobro Administrativo, Persuasivo y Coactivo de la I.T.T.B. En este sentido, la documentación, codificación e integración de los procedimientos al manual institucional se encuentra formalizada, garantizando su estandarización, control y aplicación en el desarrollo del proceso, así como su adecuada socialización al personal involucrado.

procedimientos establecidos en dichas resoluciones no han sido formalizados en el formato de procedimientos institucionales, con su respectiva codificación y demás elementos requeridos por el sistema de gestión de calidad. Por tanto, se hace necesario documentar y codificar dichos procedimientos conforme a los lineamientos internos, con el fin de integrarlos oficialmente al Manual de Procedimientos de la I.T.T.B.,		En consecuencia, la acción de mejora se considera cumplida, toda vez que se evidenció la actualización normativa, la adopción del manual y la incorporación de los procedimientos conforme a los requerimientos establecidos. Se recomienda mantener la actualización periódica del manual en función de los cambios normativos, así como fortalecer las actividades de socialización y capacitación al personal, con el fin de asegurar su correcta aplicación y la mejora continua del proceso.
Teniendo en cuenta el Manual Especifico de Funciones y de Competencias laborales, para los empleos de la planta Global de personal de la ITTB, ajustado mediante resolución No. 862 del 2017. El profesional universitario de cobro coactivo hace parte de la dependencia de la Dirección, cuyo jefe inmediato es el director del ente descentralizado; es decir hace parte del proceso de Direccionamiento Estratégico, el cual cuenta con su correspondiente caracterización, y dentro de dicho proceso, no se observan actividades que realiza la entidad en referencia a la gestión de cobro, ya sea cobro coactivo y/o persuasivo. Es decir, la Gestión de cobro coactivo no cuenta con su caracterización formal, entendida como la descripción estructurada de sus componentes esenciales: entradas, salidas, actividades, responsables, recursos, indicadores y demás elementos clave.	El profesional universitario de la oficina de cobro coactivo en apoyo de la oficina de planeación elabora y formalizan la caracterización de la gestión de cobro coactivo, incluyéndola dentro del proceso de direccionamiento estratégico del cual hace parte este proceso.	La caracterización de un proceso es el documento que describe de manera estructurada cómo opera un proceso dentro de la entidad, identificando su propósito, alcance, entradas, actividades, responsables, salidas, indicadores, riesgos y controles, con el fin de asegurar su correcta ejecución, control y mejora continua. Respecto a la acción correctiva enunciada, no se registra avance. **Conclusión del seguimiento** De acuerdo con la revisión realizada, se evidenció que la acción de mejora relacionada con la elaboración y formalización de la caracterización del proceso de gestión de cobro coactivo no presenta avances en su ejecución. A la fecha del seguimiento, no se cuenta con evidencias que permitan verificar la estructuración, documentación o adopción del referido instrumento dentro del proceso de direccionamiento estratégico. En consecuencia, la acción de mejora se considera pendiente, con un nivel de cumplimiento del 0%, dado que no se han desarrollado actividades que permitan su implementación o validación. Teniendo en cuenta lo anterior, la acción de mejora fue incluida dentro del alcance de la auditoría al proceso programada para la vigencia 2026, con el fin de verificar la gestión adelantada para su elaboración, formalización e incorporación dentro del proceso de direccionamiento estratégico de la entidad.
Durante el desarrollo de la presente auditoria, al validar el Normograma correspondiente a la Gestión de Cobro Coactivo de la I.T.T.B., se evidenció que dicho instrumento normativo no ha sido elaborado ni implementado para el proceso auditado, Esta situación constituye una falencia en la consolidación y actualización del marco jurídico aplicable	El profesional universitario de la Oficina de Cobro Coactivo será el responsable de la elaboración del normograma del proceso de Gestión de Cobro Coactivo, el cual incluirá todas las normas aplicables, actualizadas y organizadas según su aplicabilidad. Una vez elaborado, el normograma será actualizado de forma mensual para garantizar su alineación con la normativa vigente y mantener su utilidad como herramienta	El profesional universitario de la Oficina de Cobro Coactivo presento el normograma del proceso el cual incluye la totalidad de las normas aplicables, debidamente actualizadas y organizadas de acuerdo con su aplicabilidad. Dicho normograma fue elaborado y entregado, y actualmente es objeto de actualización mensual, con el fin de garantizar su alineación permanente con la normativa vigente y mantener su utilidad como herramienta de referencia jurídica para el desarrollo del proceso. **Conclusión del seguimiento** De conformidad con la revisión de las evidencias aportadas, se verificó que el profesional universitario de la Oficina de Cobro Coactivo elaboró y presentó el normograma del área de Cobro Coactivo, el cual contiene la totalidad de la normatividad aplicable, debidamente organizada y actualizada de acuerdo con su pertinencia y aplicabilidad al proceso. Así mismo, se evidenció que el documento se encuentra implementado como herramienta de referencia jurídica y que su

	de referencia jurídica para el proceso.	actualización se realiza de manera mensual, con el propósito de asegurar su alineación permanente con la normativa vigente y fortalecer la gestión del proceso. En este sentido, la acción de mejora se considera **cumplida**, toda vez que se cuenta con el normograma elaborado, formalizado y en proceso de actualización continua, lo que contribuye al fortalecimiento del control normativo y al adecuado desarrollo de la gestión de cobro coactivo. Se recomienda mantener la actualización periódica del normograma y fortalecer los mecanismos de divulgación y socialización con el equipo de trabajo, garantizando su adecuada aplicación en la toma de decisiones y en la ejecución de las actividades del proceso.
En el marco del proceso de evaluación de riesgos institucionales, se revisó el cumplimiento de las acciones de control definidas frente al siguiente riesgo: "Posibilidad de afectación económica por indebida gestión en el recaudo de las obligaciones generadas a favor de la entidad, debido a la falta de realización de las acciones de cobro persuasivo y coactivo". Sin embargo, durante el proceso de valoración del control, se evidenció el incumplimiento de dicha acción, específicamente en lo relacionado con la entrega de los informes trimestrales de avance y análisis de recuperación de cartera, los cuales son fundamentales para verificar el grado de ejecución de las acciones de cobro y el impacto sobre la recuperación efectiva de las obligaciones a favor de la entidad.	Con el apoyo de la oficina de planeación se realizará de forma cuatrimestral el seguimiento periódico a los controles diseñados en la matriz a la gestión del riesgo. en especial forma el cumplimiento de este control será verificado mediante los informes de avance del proceso realizados trimestralmente.	Con base en el monitoreo cuatrimestral realizado por la Oficina de Planeación y la posterior validación por parte de la Oficina de Control Interno, se efectuó seguimiento a la gestión del riesgo, el cual permitió evaluar el cumplimiento de las acciones establecidas en el mapa de riesgos institucional. con los siguientes avances: 1. se cuenta con evidencia de la aplicación de los procedimientos establecidos Se recomienda continuar con el seguimiento,, asegurando la documentación de los resultados y las acciones correctivas para fortalecer la eficiencia del proceso de recuperación de cartera 2. Se evidencia como soporte la relación de mandamientos de pago correspondientes al periodo evaluado. Esta documentación respalda la ejecución del procedimiento según lo definido en el Manual de Cobro y permite verificar la trazabilidad de las acciones adelantadas durante el periodo evaluado 3. De acuerdo con el monitoreo efectuado por la segunda línea de defensa, se evidencia el avance del plan operativo del tercer trimestre, incluyendo la gestión de PQRSD, lo que demuestra que las actividades de seguimiento y control se están ejecutando según lo planificado y que se cuenta con registros que soportan la gestión realizada. **Conclusión del seguimiento:** Los soportes revisados demuestran la aplicación de los procedimientos definidos, para el seguimiento al proceso de cobro coactivo, la expedición y trazabilidad de los mandamientos de pago, así como el avance de las actividades contempladas en el plan operativo y la gestión de las PQRSD. Lo anterior permitió verificar el adecuado funcionamiento de los controles y el cumplimiento de las acciones previstas para mitigar los riesgos identificados. En consecuencia, la meta se considera alcanzada y la acción de mejora cumplida, se recomienda mantener los ejercicios periódicos de monitoreo y seguimiento que contribuyan al fortalecimiento continuo de la gestión del riesgo institucional.
Durante la revisión del proceso de gestión de cobro coactivo, se evidenció que en el primer semestre de la vigencia 2025 se recibieron un total de 5.324 derechos de petición, de los cuales 3.080 fueron asignados a la oficina de cobro coactivo. A corte del mes de julio, se encontró que 657 derechos de petición permanecen sin respuesta, situación que representa un incumplimiento de los términos legales establecidos para la atención de estas solicitudes y configura un incumplimiento de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015. Asimismo, se observó que	El Profesional Universitario de la Oficina de Cobro Coactivo, con el apoyo de los profesionales de apoyo asignados, establecerá una meta de respuesta diaria, para garantizar el cumplimiento de los términos legales en la atención de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD)	Con el apoyo de los profesionales del área, se da respuesta a los derechos de petición que ingresan a la entidad y son asignados a la Oficina de Cobro Coactivo. Se realiza monitoreo constante a la plataforma institucional, la cual permite identificar los derechos de petición recibidos y realizar seguimiento a los tiempos de respuesta, asegurando el cumplimiento de los términos legales establecidos. **Conclusión del seguimiento:** Se evidenció la implementación de mecanismos de monitoreo y seguimiento a través de la plataforma institucional, lo que ha permitido identificar oportunamente las solicitudes recibidas, controlar los tiempos de respuesta y asegurar el cumplimiento de los términos legales establecidos. Si bien, aunque no se evidencia un cumplimiento del 100 % en la atención de las solicitudes recibidas, se observa que la gran mayoría de los derechos de petición son gestionados y respondidos dentro de los términos establecidos, lo que demuestra un avance significativo en la gestión del proceso y la efectividad de los controles implementados.

esta situación es reiterativa, ya que, según el reporte generado a 30 de diciembre de 2024, se encontraban 498 Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRSD) pendientes por respuesta, lo que evidencia una falta de acciones correctivas eficaces frente a esta problemática.		En consecuencia, la acción de mejora y la meta propuesta se consideran cumplidas. No obstante, se recomienda mantener y fortalecer las actividades de seguimiento y monitoreo permanente por parte del responsable del proceso, con el fin de asegurar la sostenibilidad de los resultados obtenidos, prevenir posibles incumplimientos y promover la mejora continua en la atención de las PQRSD.
En revisión efectuada a la plataforma SIOT WEB, en el módulo de comparendos "resoluciones generadas por prescripción", se tomó la vigencia 2024 como muestra y se observa un total de 11.085 registros de comparendos prescritos de vigencias anteriores, (2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018) los cuales están representados en una cuantía por valor de $9.070.002.556, oo situación derivada de que no se adelantaron las acciones de cobro dentro de los plazos legales establecidos, conforme a lo dispuesto en el artículo 159 de la Ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito).	El profesional universitario de la Gestión de Cobro Coactivo, se encargará de implementar un sistema de control y seguimiento automatizado para la gestión de cobro de comparendos, que permita identificar, con anticipación, los casos próximos a prescribir y generar alertas al equipo responsable, a fin de garantizar el inicio oportuno de las acciones de cobro dentro de los plazos establecidos por la ley.	De acuerdo con la información suministrada y las evidencias verificadas, se evidencia el cumplimiento de la acción de mejora orientada a fortalecer el control y seguimiento de los procesos de cobro coactivo, con el propósito de prevenir la prescripción de las obligaciones a favor de la entidad. Se constató que, a través de la ejecución del Contrato No. 103-2025, se han desarrollado actividades de apoyo jurídico y tecnológico que contribuyen a la identificación oportuna de obligaciones susceptibles de prescripción y al fortalecimiento de las acciones de cobro persuasivo y coactivo. Estas actividades han permitido optimizar el seguimiento de la cartera morosa, mejorar la oportunidad de las actuaciones administrativas y jurídicas, y fortalecer los mecanismos de control orientados a la protección del patrimonio **Conclusión del seguimiento** La acción de mejora se considera cumplida. No obstante dada la importancia estratégica y el impacto institucional que representa la prevención de la prescripción de las obligaciones, se recomienda al Profesional Universitario responsable del proceso, en su calidad de supervisor del Contrato No. 103-2025, continuar fortaleciendo las actividades de seguimiento, control y monitoreo de la cartera, así como promover la consolidación de herramientas que permitan la generación de alertas tempranas y la gestión oportuna de los expedientes próximos a prescribir, garantizando la sostenibilidad de los resultados alcanzados.
En la revisión efectuada durante el desarrollo de la presente auditoría, se evidenció que revisados en el sistema SIOT WEB una muestra de 200 registros correspondientes a prescripciones de comparendos durante la vigencia 2024, no se encontró el mandamiento de pago debidamente expedido y notificado dentro de los documentos adjuntos al expediente. La ausencia de este documento impide verificar la legalidad y oportunidad en el inicio del proceso de cobro coactivo, impide establecer con certeza la fecha de inicio del proceso para efectos de prescripción y caducidad, lo que podría acarrear la nulidad del proceso por falta de cumplimiento de los requisitos legales y vulnerar el debido proceso correspondiente	El profesional universitario de la Gestión de Cobro Coactivo Implementará acciones de verificación y cargue documental en el sistema SIOT WEB, que asegure que cada expediente de cobro coactivo cuente con el mandamiento de pago debidamente expedido y notificado, antes de continuar con cualquier etapa del proceso	Con base en la información reportada por el responsable del proceso y las evidencias revisadas durante el seguimiento, se observa que la Gestión de Cobro Coactivo viene adelantando de manera continua el proceso de digitalización y cargue de los documentos que integran los expedientes, conforme estos son generados dentro de las diferentes etapas procesales. Esta actividad contribuye al fortalecimiento de la gestión documental, facilita el acceso oportuno a la información y mejora la trazabilidad de las actuaciones adelantadas. Asimismo, se evidencia que el proceso de digitalización permite mantener actualizados los expedientes en el sistema de información, favoreciendo el control y verificación de los documentos soporte requeridos para el desarrollo de las actuaciones de cobro coactivo, incluyendo el mandamiento de pago y las actuaciones relacionadas con su notificación. **Conclusión del seguimiento:** En consecuencia, la meta establecida se considera cumplida, toda vez que se verifica la implementación de acciones orientadas al cargue y actualización documental de los expedientes en el sistema SIOT WEB. No obstante, se recomienda al líder del proceso continuar realizando seguimiento permanente a la oportunidad, integridad y calidad de la información registrada, asegurando que cada expediente cuente con los soportes documentales requeridos antes de avanzar a las etapas subsiguientes del proceso de cobro coactivo. Igualmente, se sugiere fortalecer los mecanismos de verificación periódica que permitan garantizar la completitud de los expedientes digitales y la adecuada conservación de la información, contribuyendo así a la seguridad jurídica, la eficiencia administrativa y el cumplimiento de los procedimientos institucionales.

Durante el desarrollo de la presente auditoría a la gestión de cobro coactivo, se evidenció que los documentos que conforman el expediente no se encuentran digitalizados en su totalidad, a pesar de ser parte integral y fundamental del proceso. Entre los documentos se identifican: comparendo, resolución persuasiva, mandamiento de pago, notificación citación mandamiento de pago, notificaciones de embargo. esta situación representa una debilidad significativa en la gestión documental, lo que genera riesgos asociados a la pérdida de documentos, deterioro o extravío de la información, limitación en el acceso oportuno a los documentos, afectación en la eficiencia del proceso, retrasos en el desarrollo de la auditoria, limitación de la trazabilidad documental, debilitamiento de mecanismos de control y supervisión	El Profesional Universitario de la Gestión de Cobro Coactivo, con el apoyo de los profesionales de apoyo, realizará la digitalización completa y oportuna de todos los documentos que se generen durante el desarrollo del proceso de cobro, garantizando su adecuada incorporación al expediente electrónico y asegurando la trazabilidad y conservación de la información, como evidencia se verificará en el sistema SIOT de la entidad la publicación de los documentos.	De acuerdo con la información suministrada por el profesional responsable del área, se evidenció que la digitalización de los documentos generados dentro del proceso de cobro coactivo se realiza de manera progresiva y simultánea a su producción, permitiendo su incorporación al expediente electrónico y facilitando el acceso oportuno a la información. Esta actividad contribuye al fortalecimiento de la gestión documental, la trazabilidad de las actuaciones y la conservación de los soportes del proceso. Asimismo, se verificó que la publicación de los documentos en el sistema SIOT constituye el mecanismo de evidencia para el seguimiento de esta actividad. **Conclusión de Control Interno** Se considera que la meta presenta un nivel de cumplimiento satisfactorio, toda vez que los documentos son digitalizados conforme se van generando durante el desarrollo del proceso. No obstante, se recomienda mantener y fortalecer esta práctica, garantizando la oportunidad, integridad y actualización permanente de los expedientes electrónicos, con el fin de asegurar el cumplimiento continuo de los lineamientos institucionales en materia de gestión documental.
Se toma muestra de 100 acuerdos de pago, evidenciándose un 75% de acuerdos incumplidos. (75 acuerdos) Lo anterior pone de manifiesto debilidades en el seguimiento a los acuerdos de pago, dado que un alto porcentaje de estos han sido incumplidos, lo cual compromete la efectividad de los mecanismos de recuperación de cartera y la sostenibilidad financiera de la entidad.	El profesional de apoyo responsable de la suscripción de acuerdos de pago realizará seguimiento y monitoreo mensual del cumplimiento de los compromisos adquiridos, mediante la implementación de alertas a través de correo electrónico y llamadas telefónicas, con el fin de prevenir el incumplimiento y reducir el riesgo de incremento en la cartera vencida, prescrita o incobrable, dejando como entregable los registros del seguimiento realizado	De acuerdo con la información suministrada y las evidencias aportadas, se observa que a través de la ejecución del Contrato No. 103-2025 se han fortalecido las actividades de apoyo jurídico y tecnológico orientadas al seguimiento y control de la cartera morosa, incluyendo la gestión de los acuerdos de pago suscritos por los deudores de la entidad. Las acciones desarrolladas han permitido mejorar el monitoreo de las obligaciones pendientes, identificar situaciones de incumplimiento y adelantar oportunamente las actuaciones requeridas para la recuperación de la cartera, contribuyendo a disminuir los riesgos asociados al incremento de cartera vencida, prescrita o de difícil recaudo. Asimismo, se evidencia la implementación de mecanismos de seguimiento que facilitan el control de los compromisos adquiridos por los deudores y la adopción de medidas correctivas cuando estas resultan necesarias. **Conclusión de Control Interno** se observa que las acciones implementadas contribuyen al fortalecimiento de la gestión de cobro, al control de los compromisos adquiridos por los deudores y a la mitigación de riesgos asociados al incremento de cartera vencida, prescrita o de difícil recaudo. Las evidencias presentadas demuestran la existencia de mecanismos de seguimiento orientados a promover el cumplimiento de las obligaciones y a facilitar la adopción de medidas preventivas y correctivas cuando estas resultan necesarias. En consecuencia, se considera que la acción de mejora presenta cumplimiento, toda vez que se evidencian actividades permanentes de seguimiento y control a los acuerdos de pago, así como registros que soportan su ejecución. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda mantener y reforzar los mecanismos de monitoreo, comunicación y gestión de cobro, orientando esfuerzos a disminuir los índices de incumplimiento y a garantizar una recuperación más efectiva de la cartera institucional.
Durante la revisión de los procesos de cobro coactivo adelantados por la Inspección	El Profesional Universitario de la Gestión de Cobro Coactivo realizará de verificación previa	A través del Contrato No. 103-2025, cuyo objeto es la "prestación de servicios de apoyo calificado a la gestión jurídica y tecnológica del proceso de cobro persuasivo y coactivo de la cartera morosa de obligaciones a favor de la Inspección de Tránsito y Transporte

de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja, se identificó que existen comparendos que se encontraban cobijados bajo la figura de acuerdo de pago el cual no fue cumplido por el infractor No obstante, a pesar de la existencia del acuerdo de pago y su posterior incumplimiento, la autoridad de tránsito procedió a declarar la prescripción del comparendo, sin que se cumplieran los requisitos legales para ello Lo anterior deja como efecto la Pérdida de la oportunidad de cobro por parte de la administración, con el consecuente impacto negativo en el recaudo de multas, afectación al patrimonio público y debilitamiento del principio de autoridad en materia de tránsito	del estado de cumplimiento de los acuerdos de pago antes de emitir cualquier acto administrativo de prescripción. Este protocolo deberá incluir la consulta directa y documentada al área de cartera, así como la revisión en el sistema institucional de gestión de cartera. Además, se deberá capacitar al personal responsable en los requisitos legales para la procedencia de la prescripción, con el fin de evitar decisiones irregulares o prematuras	de Barrancabermeja", se viene adelantando un trabajo técnico y especializado orientado a prevenir la ocurrencia del fenómeno de la prescripción de las obligaciones a cargo de los deudores. Con La ejecución de este contrato se fortalece el seguimiento y control de los procesos de cobro, para este caso de los acuerdos de pago que en su mayoría se encuentran incumplidos, agilizando las actuaciones administrativas y jurídicas necesarias para garantizar la recuperación oportuna de la cartera. se recomienda establecer mecanismos de seguimiento periódico al cumplimiento del objeto del Contrato No. 103-2025, con especial énfasis en las acciones orientadas a evitar la prescripción de las obligaciones o incumplimiento en los acuerdos de pago. **Conclusión de Control Interno** Se observa que las acciones ejecutadas favorecen la identificación oportuna de obligaciones con riesgo de prescripción y permiten adelantar las actuaciones administrativas y jurídicas requeridas para la protección de los recursos institucionales. Asimismo, se evidencian mecanismos de revisión y control que fortalecen la gestión de cobro y contribuyen a la prevención de decisiones que puedan afectar el recaudo efectivo de la cartera. No obstante, considerando que una proporción significativa de los acuerdos de pago presenta incumplimiento, resulta necesario continuar fortaleciendo las actividades de seguimiento, verificación y control previo a la adopción de decisiones relacionadas con la prescripción de obligaciones, garantizando la validación de la información contenida en los sistemas institucionales y la articulación con las áreas responsables de la gestión de cartera. Se recomienda mantener un seguimiento continuo al cumplimiento del objeto del Contrato No. 103-2025, así como fortalecer los mecanismos de control y verificación previa que permitan minimizar los riesgos de prescripción e incumplimiento de las obligaciones.

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 004 PROCESO FINANCIERO Y CONTABLE		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
El **Reporte de Boletín de Deudores Morosos** con corte a mayo 2025, se envió oportunamente el día 9 de junio, sin embargo, de acuerdo con los informes recibidos por parte de la contadora de la ITTB, en el reporte persisten las inconsistencias. Este reporte se envió incompleto, dado que, de 5 formatos, solo se presentó 1. Lo anterior representa un riesgo alto para la entidad, debido a la obligación que le asiste de presentar información real y oportuna a los entes de control. Lo anterior podría materializar el siguiente riesgo identificado en el mapa de la entidad.	Realizar parametrización en el sistema SIOT WEB para la generación de la información del reporte de los deudores morosos de la entidad.	La contadora allega correo electrónico enviado el 19 de noviembre de 2025 a la División de Sistemas, mediante el cual solicita la generación de la información conforme a los parámetros establecidos para la presentación del Boletín de Deudores Morosos. No obstante, de acuerdo con la revisión realizada por la tercera línea de defensa de la I.T.T.B., se evidenció que la información rendida el 10 de diciembre de 2025, con corte al 30 de noviembre de 2025, no cumplió con los requerimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación (CGN) para dicho reporte. **Conclusión del seguimiento** En consecuencia, no se evidencia avance en la acción de mejora planteada, por cuanto no se ha materializado la parametrización requerida ni se ha garantizado la generación correcta de la información del reporte. Por lo anterior, la acción de mejora permanece pendiente de cumplimiento y la observación se traslada para su seguimiento en la auditoría a realizar en la vigencia 2026 al proceso Financiero y Contable, con el fin de verificar la implementación de los ajustes necesarios y el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Contaduría General de la Nación.

El control interno contable es una herramienta que permite a una empresa ejecutar sus operaciones de forma eficiente, protegiendo sus recursos. Además, ayuda a identificar factores de riesgo en ciertas áreas y presenta información financiera oportuna y confiable, que apoya el logro de objetivos. De acuerdo con los resultados de la evaluación realizada al Sistema de Control Interno Contable de la entidad para la vigencia 2024, obtuvo un puntaje que se encuentra dentro del rango definido, con una calificación de 41.06 siendo este "EFICIENTE". Pero se pudo observar que, revisando el formulario de Evaluación, se encuentran componentes pendientes por cumplir	1. Adoptar procedimiento para la baja de los activos en donde se incluya además el destino final de los mismos. 2. Actualizar el Manual de Procedimientos contables donde se incluya lo relacionado con la baja de activos	No se evidencia avance en las acciones de mejora planteadas para esta observación. **Conclusión del seguimiento** Como resultado de la revisión realizada, no se evidenció la implementación de las acciones propuestas ni la existencia de documentos aprobados, socializados o formalizados que permitan demostrar avances en el cumplimiento de los compromisos adquiridos. De igual manera, no se aportaron evidencias que acrediten la actualización del Manual de Procedimientos Contables ni la adopción del procedimiento requerido para la gestión y disposición final de los activos dados de baja. En consecuencia, la observación mantiene las condiciones que dieron origen al hallazgo, persistiendo el riesgo asociado a la falta de lineamientos y controles formalmente establecidos para la baja de activos y su adecuado tratamiento contable y administrativo. Por lo anterior, se concluye que la acción de mejora presenta un avance del 0% y permanece pendiente de cumplimiento. La observación continúa abierta y se traslada para seguimiento en la auditoría de la vigencia 2026, hasta tanto se evidencie la implementación efectiva de las acciones correctivas y la formalización de los procedimientos correspondientes.
Las Notas a los Estados de la Situación Financiera, tienen como objetivo revelar y proporcionar información adicional que no es clara o precisa en ciertos rubros, pero que es relevante para la comprensión de ellos, proporcionando una estructura clara y entendible de las prácticas contables de una empresa, para que aquellos usuarios que los consultan puedan comprenderlas y analizarlas de manera correcta para la toma de decisiones. Revisando las Notas correspondiente a los Estados Financiero de Junio del 2024, se insta al proceso Financiero y Contable que deben ser más detalladas, específicas y claras, rubro por rubro; con el fin de brindar una información clara y entendible, para que aquellos usuarios que los consultan puedan comprenderlos y analizarlas de manera correcta para la toma de decisiones. Durante la auditoria se observó que; no se ha realizado la revisión de la información contable para establecer las causas del efecto contable. No se han emitido los informes con relación a este hallazgo por parte del proceso contable.	1. Revisar exhaustivamente la información que presenta el software contable, emitiendo oficios donde se describan las observaciones por parte dl proceso contable 2. Dar aplicación a los lineamientos para la elaboración de las notas a los estados de la situación financiera, establecidos en la política contable de la ITTB.	Mediante correo electrónico la Contadora allega Notas a los estados financieros con corte a 30 de septiembre de 2025. **Conclusión del seguimiento** En el desarrollo del seguimiento realizado a las acciones de mejora propuestas, se verificó la evidencia remitida por la Contadora, consistente en las Notas a los Estados Financieros con corte a 30 de septiembre de 2025, allegadas mediante correo electrónico. De la revisión efectuada se evidenció la aplicación de los lineamientos establecidos para la elaboración de las notas a los estados de situación financiera, en concordancia con la política contable institucional. Asimismo, se observó que el proceso contable adelantó las actividades necesarias para la validación y revisión de la información financiera generada por el software contable. Con base en las evidencias aportadas y la verificación realizada, se concluye que las acciones de mejora fueron implementadas de manera satisfactoria, subsanando la situación que dio origen a la observación. En consecuencia, la acción de mejora presenta un avance del 100%, se considera cumplida y efectiva, por lo que se recomienda el cierre de la observación, al evidenciarse el cumplimiento de la meta establecida.

Las notas a los estados financieros siguen presentando incongruencias con los valores registrados en los balances con corte a 30 de junio 2025. Teniendo en cuenta que no se observa avances al plan de mejoramiento		
Revisados los Estados Financieros de la entidad; se hace necesario realizar el proceso de depuración y/o depreciación del valor de los vehículos el cual está por $890.421.026,00 así como el saneamiento de los equipos de cómputo cuyo valor está en $253.508.100,00; por lo tanto, es importante revisar estos valores para que sean ajustados y permitan determinar la existencia real de bienes, derechos y obligaciones que afectan el patrimonio público, con base en los saldos que se hayan identificado. Se recomienda realizar comité de saneamiento contable con el fin de realizar las depuraciones contables.	Depuración y/o depreciación del valor de vehículos y equipos de cómputo que permita realizar el saneamiento contable de los estados financieros de la entidad.	La contadora allega copia de la nota contable NC120019 de fecha 31 de diciembre de 2025 en la cual realiza ajuste de depreciación de los vehículos Respecto a la depreciación de los equipos de cómputo, durante la vigencia 2025 no se realizó depreciación debido a que esta se encuentra sujeta a el informe de bajas realizado en 2024 y aún se encuentra son formalizar. Adicional a esto, la contadora allega copia del acta del último comité de saneamiento contable de fecha junio 17 del 2025, mediante la cual, el comité aprueba las prescripciones realizadas por cobro coactivo. Para lo anterior adjunta copia de las notas contables mediante las cuales se realizó la depuración de la cuenta de cartera. NC 100002, NC80002; NC110002; NC070004 **Conclusión del seguimiento:** En la verificación realizada a la acción de mejora relacionada con la depuración y/o depreciación del valor de los vehículos y equipos de cómputo para el saneamiento contable de los estados financieros de la entidad, se evidenció avance parcial en su implementación. La Contadora aportó copia de la Nota Contable NC120019 del 31 de diciembre de 2025, mediante la cual se efectuó el ajuste correspondiente a la depreciación de los vehículos, dando cumplimiento parcial a la acción propuesta. Asimismo, se evidenció la gestión adelantada en materia de saneamiento contable a través del Comité de Saneamiento Contable realizado el 17 de junio de 2025, en el que se aprobaron las prescripciones de cartera gestionadas por cobro coactivo. Como soporte de dicha actividad, se allegaron las notas contables NC100002, NC80002, NC110002 y NC070004, mediante las cuales se realizó la depuración de la cuenta de cartera. No obstante, respecto a la depreciación de los equipos de cómputo, se evidenció que durante la vigencia 2025 no se efectuó el respectivo reconocimiento contable, debido a que el proceso de bajas de bienes adelantado en 2024 aún no ha sido formalizado, situación que impide culminar integralmente la acción de mejora. En consecuencia, se concluye que la acción de mejora presenta un avance significativo, pero no ha sido cumplida en su totalidad. Se otorga un porcentaje de cumplimiento del 70%, manteniéndose la observación abierta y pasa a ser incluida en la auditoría a realizar al proceso para la vigencia 2026
Como resultado de la auditoría al proceso contable, se evidenció que los estados financieros correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de junio de 2025 fueron preparados y presentados a la Contaduría General de la Nación. Sin embargo, se observa una situación que contraviene la normativa vigente, dado que la ITTB ha efectuado el	Expedición de la resolución de documento soporte electrónico Emitir las nóminas electrónicas del periodo 2025	Se evidencia la elaboración y presentación de documentos soportes electrónicos desde el área contable para el reconocimiento de los gastos generados con proveedores y prestadores de servicios no obligados a facturar de acuerdo a las normas tributarias. **Conclusión del seguimiento** Con fundamento en las evidencias aportadas y la validación realizada, se concluye que las acciones de mejora fueron ejecutadas de manera satisfactoria y lograron subsanar la situación que dio origen a la observación.

reconocimiento de gastos sin la debida observancia de las disposiciones tributarias. En particular, respecto a los valores registrados como gastos en los estados financieros del periodo auditado, se encontró que estos no cuentan con documento soporte electrónico en los casos de proveedores no obligados a expedir facturación electrónica, así como tampoco con la correspondiente generación de la nómina electrónica de la entidad		En consecuencia, la acción de mejora alcanza un cumplimiento del 100%, se considera efectiva y cierra la observación, al evidenciarse el logro de la meta propuesta y el fortalecimiento de los controles asociados al proceso contable y administrativo.
Teniendo en cuenta que la razonabilidad de los estados financieros según las NIC (Normas Internacionales de Contabilidad) se refiere a la fiabilidad y exactitud de la información contable presentada, asegurando que los estados financieros reflejen de manera fiel la situación financiera, el desempeño y los flujos de efectivo de una entidad. Se revisaron las cuentas que conforman el Balance de prueba y se observó lo siguiente: La cuenta 1385 CUENTAS POR COBRAR DE DIFICIL RECAUDO registra saldo negativo por valor de $-5.449.537.583,85. La cuenta contable 411034 DERECHOS DE TRANSITO: registra saldos con movimiento debito ocasionando una disminución en el ingreso por valor de $31.153.567. Se desconoce las causas que ocasionaron estos registros debido a que las notas explicativas no expresan las causas de este efecto. Los saldos mencionados anteriormente, no guardan relación con su naturaleza contable, lo que podría afectar la razonabilidad de los estados financieros.	Diseñar un formato modelo de la estructura de las notas a los estados financieros	La contadora allega correo del formato modelo de las notas a los estados financieros que será utilizado a partir del periodo 2026. **Conclusión del seguimiento:** De la revisión realizada se evidenció que el formato diseñado incorpora una estructura para la presentación de las notas a los estados financieros, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad, uniformidad y consistencia de la información financiera revelada por la entidad, en concordancia con los lineamientos contables. En consecuencia, se determina que la acción de mejora fue ejecutada de manera satisfactoria y cumple con el objetivo propuesto, toda vez que se cuenta con el instrumento diseñado y definido para su implementación. Por lo anterior, se califica el cumplimiento de la meta en un 100%, se considera una acción efectiva y se recomienda el cierre de la observación, al evidenciarse el cumplimiento integral de la actividad programada.

De acuerdo con lo establecido en la NIC 37 de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), que regula las provisiones, pasivos y activos contingentes, se revisó la cuenta 5107 – Prestaciones Sociales, evidenciándose que los saldos registrados no guardan proporcionalidad con los valores contabilizados en la cuenta 5101 – Sueldos y Salarios. Durante la auditoría, la contadora de la ITTB informó que la contabilización de la nómina se realiza desde la División Administrativa y que las provisiones de las prestaciones sociales no se causan de manera periódica conforme a la nómina mensual, sino únicamente en el momento de su pago	Diseñar un formato de liquidación de nómina mensual en el que se incluya la revisión por parte del área contable	No se evidencia avance en las acciones de mejora planteadas para esta observación. **Conclusión del seguimiento** Durante la verificación efectuada no fueron aportadas evidencias que demuestren la elaboración, aprobación, implementación o utilización del formato establecido como acción correctiva. Asimismo, no se observaron mecanismos documentados que permitan acreditar la participación formal del área contable en la revisión de las liquidaciones de nómina mensual. En consecuencia, persisten las condiciones que dieron origen a la observación, manteniéndose el riesgo asociado a posibles inconsistencias en la liquidación, registro y validación de la nómina, así como debilidades en los controles de revisión y verificación de la información financiera y administrativa relacionada con este proceso. Por lo anterior, se concluye que la acción de mejora presenta un avance del 0%, permanece pendiente de cumplimiento y no ha sido efectiva para subsanar el hallazgo identificado. La observación continuará abierta y se trasladará para seguimiento en la auditoría de la vigencia 2026 realizada al proceso.
La Resolución No. 356 incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen del Contabilidad Pública, el procedimiento para la preparación, presentación y publicación de los informes financieros y contables, que deban publicarse conforme a lo establecido en el numeral 37 del artículo 38 de la Ley 1952 de 2019, dentro de esta se incluye las notas explicativas como parte integral y complemento de los estados financieros, que proporcionan y amplifican el contexto, detalles y la expresión narrativas de las cifras y partidas presentadas en los estados financieros. El sentido de estas se centra en la comprensión del contexto económico y otros eventos relevantes que permiten a los usuarios tomar decisiones. Sin embargo; Los valores que comprenden los gastos registrados en el Estado de Resultados Integral y los registrados en las notas a los estados financieros presentan una diferencia de $1.055.297.551,8. Las notas no contienen el detalle de la mayoría de las cuentas y cifras expresadas en los balances.	Diseñar un formato modelo de la estructura de las notas a los estados financieros	La contadora allega correo del formato modelo de las notas a los estados financieros que será utilizado a partir del periodo 2026. **Conclusión del seguimiento:** De la revisión efectuada se evidenció que la entidad cuenta con un modelo para la elaboración y presentación de las notas a los estados financieros, herramienta que contribuirá al fortalecimiento de la calidad, uniformidad, consistencia y revelación adecuada de la información financiera, conforme a los lineamientos y políticas contables aplicables. La evidencia aportada demuestra el cumplimiento de la actividad propuesta, toda vez que el formato fue diseñado y definido para su utilización en los procesos de presentación de información financiera de la entidad. En consecuencia, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada satisfactoriamente, alcanzando un cumplimiento del 100%. Por lo anterior, se considera efectiva la acción implementada y se recomienda el cierre

En la auditoría realizada se identificaron inconsistencias entre la ejecución presupuestal y la información reportada en los estados financieros. El informe presupuestal al 30 de junio de 2025 presenta ingresos recaudados por $10.399.700.182 y gastos comprometidos por $9.697.221.117, lo que representa una ejecución del 93% sobre el presupuesto proyectado. Sin embargo, en el estado de resultados del mismo periodo se reportan ingresos por $82.166.415.445 y gastos operacionales por $11.329.116.566, además de otros gastos por $86.201.268,30. Estas diferencias generan alerta frente a la veracidad de la información contable revelada e incertidumbre respecto a la realidad financiera de la ITTB. Por lo anterior se observan debilidades en los procedimientos de registro, conciliación y control entre la ejecución presupuestal y los registros contables de la entidad, así como en la coordinación entre las dependencias responsables de la consolidación de la información. La falta de conciliación y coherencia entre la información presupuestal y contable puede afectar la razonabilidad de los estados financieros, restar credibilidad a los informes presentados, limitar la transparencia en la gestión financiera y conllevar a decisiones administrativas inadecuadas	Realizar informe de conciliación de la información financiera y ejecución presupuestal cada 3 meses. Con el fin de verificar la información a reportar a la CGN.	La división financiera allega informe de CONCILIACION DE INGRESOS PRESUPUESTO VS CONTABILIDAD correspondiente al IV PERIODO DE 2025 **Conclusión del seguimiento:** Durante la revisión se evidenció el informe de conciliación de ingresos entre presupuesto y contabilidad correspondiente al IV período de la vigencia 2025, el cual permite comparar, analizar y validar la coherencia de la información registrada en los diferentes sistemas de información institucional, garantizando mayor confiabilidad en los reportes financieros y presupuestales. En consecuencia, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada de manera satisfactoria, alcanzando un cumplimiento del 100%, y se considera efectiva para el fortalecimiento del control y la calidad de la información financiera de la entidad.
Si bien las políticas contables de la entidad fueron establecidas mediante la Resolución No. DIR24001069 de 2024, se evidenció que aún no han sido socializadas al interior de la organización, situación que limita su conocimiento y adecuada aplicación por parte de las áreas responsables. La falta de socialización de las políticas contables puede generar inconsistencias en la aplicación de criterios contables, afectar la	Socialización de las políticas Contables	La contadora allega copia de Circular 002-24 y acta de 002 - SOCIALIZACIÓN ACTUALIZACION DE POLÍTICAS CONTABLES de fecha 12 de diciembre de 2024 **Conclusión del seguimiento** De la revisión efectuada se evidenció que las políticas contables fueron socializadas al personal involucrado en el proceso financiero, mediante los mecanismos de comunicación institucional establecidos, garantizando la divulgación de los lineamientos actualizados para su aplicación en el reconocimiento, medición, revelación y presentación de la información contable. En consecuencia, se concluye que la acción de mejora fue cumplida de manera satisfactoria, alcanzando un cumplimiento del 100%, por lo cual se considera efectiva y se recomienda el

uniformidad de los registros financieros y comprometer la razonabilidad de la información revelada en los estados financieros de la entidad		cierre de la observación, al evidenciarse la socialización formal de las políticas contables.
Durante la ejecución de la auditoría se evidenció la actualización del Manual de Procedimientos Contables, adoptado mediante la Resolución No. DIR24001070 del 5 de diciembre de 2024. No obstante, al revisar su contenido se observó que el documento no define con claridad las acciones específicas a ejecutar en cada uno de los procesos que conforman el ciclo contable. Los procedimientos se encuentran descritos de manera conceptual y generalizada, generando un híbrido entre políticas y lineamientos de carácter universal, lo que limita su utilidad práctica como guía para los responsables del área	Actualización del Manual de procedimientos contables	No se evidencia avance en las acciones de mejora planteadas para esta observación. **Conclusión del seguimiento** Durante la verificación efectuada no se aportaron evidencias que permitan demostrar la actualización, aprobación, socialización o implementación del Manual de Procedimientos Contables, ni documentos soportes que acrediten la incorporación de ajustes o modificaciones conforme a los lineamientos normativos vigentes. En consecuencia, persisten las condiciones que dieron origen a la observación, manteniéndose la debilidad en la actualización de los procedimientos contables, lo cual puede generar riesgos asociados a la aplicación inconsistente de los lineamientos contables y afectar la calidad, uniformidad y confiabilidad de la información financiera de la entidad. Por lo anterior, se concluye que la acción de mejora presenta un avance del 0%, permanece pendiente de cumplimiento. La observación se mantiene abierta y se incluirá en la auditoría a realizar en la vigencia 2026 al proceso, con el fin de verificar la implementación de las acciones correctivas y la mitigación del riesgo identificado.

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 005 SG-SST y SGA		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
De acuerdo con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Decreto 1499 de 2017 y la ISO 14001:2015 (cláusulas 4.4 “Sistema de gestión ambiental” y 7.5 “Información documentada”), los procesos que integran el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) deben estar documentados, incluyendo su caracterización, con el fin de definir claramente su propósito, alcance, actividades, responsables, entradas, salidas, interacciones y normatividad aplicable. En la ITTB, el proceso de Gestión Ambiental no cuenta con caracterización formal que lo identifique como parte del sistema de gestión institucional, lo cual impide tener una estructura documentada que facilite su administración, seguimiento y articulación con otros procesos.	Con el apoyo de la Oficina de Planeación, calidad y mejora elaborar, y adoptar la caracterización del proceso, posteriormente adoptada en comité de gestión y desempeño.	Conforme lo documentado, La caracterización del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) se encuentra elaborada y está pendiente de aprobación en comité de Gestión y Desempeño por la Oficina de Planeación, con el objetivo de fortalecer su contenido mediante la incorporación de mejoras y actualizaciones que garanticen la conformidad con los lineamientos institucionales y la normativa ambiental aplicable. La acción de mejora presenta un cumplimiento del 50% hasta tanto, la caracterización sea aprobada e implementada, garantizando así la actualización efectiva del Sistema de Gestión Ambiental y su articulación con los demás componentes del Sistema Integrado de Gestión **Conclusión del seguimiento** De acuerdo con la información suministrada y las evidencias revisadas, se observa que la acción de mejora orientada a la elaboración y adopción de la caracterización del proceso del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) registra un avance parcial, toda vez que el documento ha sido elaborado y se encuentra en proceso de revisión y fortalecimiento por parte de la Oficina de Planeación, Calidad y Mejora, previo a su presentación y aprobación en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Si bien se evidencia gestión en el cumplimiento de la actividad propuesta, la acción no puede considerarse finalizada debido a que aún no se cuenta con la aprobación formal ni con la implementación efectiva de la caracterización dentro del Sistema Integrado de Gestión En consecuencia, se mantiene un nivel de cumplimiento del 50%, acorde con el estado actual de ejecución. teniendo en

		cuenta que la acción no fue culminada durante la vigencia evaluada, su verificación y seguimiento serán incluidos dentro del alcance de la auditoría que realizará la Oficina de Control Interno en la vigencia 2026, con el fin de evaluar el avance, la efectividad de las acciones implementadas y el cumplimiento de los compromisos establecidos.
De acuerdo con lo establecido en la ISO 14001:2015 (cláusulas 7.5.2 “Control de la información documentada” y 9.1 “Seguimiento, medición, análisis y evaluación”), la Ley 99 de 1993 (art. 1, numeral 10 – deber de las entidades públicas en la gestión ambiental), el Decreto 1076 de 2015 (compilatorio de normativa ambiental sectorial) y el principio de mejora continua de la gestión pública, los documentos de gestión ambiental deben mantenerse actualizados y alineados con la normativa vigente. El Manual de Gestión Ambiental de la ITTB, adoptado mediante resolución No. 1059 de 2015, no presenta evidencia de revisión o actualización posterior a su aprobación	El profesional de apoyo de Gestión Ambiental realizará la actualización del Manual de Gestión Ambiental, incorporando la normatividad ambiental vigente y los lineamientos institucionales actuales, con el fin de garantizar la pertinencia, legalidad y efectividad del documento como instrumento de planificación y gestión. Esta actualización permitirá alinear los procesos ambientales de la institución con los requerimientos legales y técnicos actuales, fortaleciendo así el cumplimiento normativo y la mejora continua del Sistema de Gestión Ambiental.	De acuerdo a lo informado por el profesional responsable del área, realizará la actualización del Manual de Gestión Ambiental, incorporando la normatividad ambiental vigente y los lineamientos institucionales actuales. **Conclusión del seguimiento** La Oficina de Control Interno verificó el cumplimiento de la actividad relacionada con la actualización del Manual de Gestión Ambiental, evidenciando que el documento fue actualizado conforme a la normatividad ambiental vigente y los lineamientos institucionales aplicables. Asimismo, se constató que el manual surtió el proceso de revisión y aprobación correspondiente. Con base en las evidencias presentadas, se determina que la actividad fue ejecutada satisfactoriamente, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Gestión Ambiental, al cumplimiento de los requisitos legales y a la mejora continua de los procesos institucionales.
De acuerdo con el Decreto 1076 de 2015, compilatorio de la normatividad del sector ambiente, y la Resolución 2184 de 2019, las entidades generadoras de residuos sólidos deben implementar medidas para su manejo integral, garantizando la separación en la fuente, aprovechamiento y disposición final a través de prestadores o gestores autorizados por la autoridad ambiental competente. Se observa que la entidad adelanta gestiones para el manejo adecuado de residuos sólidos; sin embargo, no cuenta con un convenio vigente con una corporación autorizada, que garantice la disposición final segura y ambientalmente adecuada de los residuos generados	El profesional de apoyo de Gestión Ambiental de la I.T.T.B. se encargará de Realizar la gestión administrativa y legal necesaria para formalizar un convenio con una empresa autorizada por la autoridad ambiental competente, que garantice la disposición final adecuada de los residuos sólidos.	De acuerdo a lo informado y documentado por el proceso, en el mes de diciembre de la vigencia 2025 se hizo la convocatoria bajo la invitación pública 001-2025 cuyo objeto era, “Celebrar un Acuerdo de Corresponsabilidad para realizar la recolección de los residuos aprovechables de carácter no peligroso generados en las instalaciones de la INSPECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE BARRANCABERMEJA y en los inmuebles del archivo y Guardia de Transito de la entidad", la cual estuvo publicada en la web de la Inspección desde el 05/12/2025 al 12/12/2025, lapso en el que no se presentó proponente alguno por lo que se declaró desierta. Con el apoyo de la oficina jurídica se comenzará otra vez a estructurar una nueva convocatoria que se aspira a publicar entre enero y febrero de la presente vigencia 2026. **Conclusión del seguimiento** Teniendo en cuenta lo evidenciado, la acción de mejora solo podrá ser validada una vez se formalice y suscriba el respectivo convenio, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el área Jurídica para la gestión de convenios institucionales. Por lo anterior la acción de mejora no logró materializarse durante la vigencia evaluada, por lo cual esta será incluida dentro del programa de auditoría de la vigencia 2026 para realizar el respectivo seguimiento y verificación de su cumplimiento, hasta evidenciar la formalización del convenio y la adecuada gestión para la disposición final de los residuos sólidos.
Se observa que el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad no cuenta con una caracterización documentada de sus procesos y	En apoyo con la oficina de planeación, calidad y mejora, se dará inicio al proceso de elaboración de la caracterización del SGSST, para posteriormente ser	Conforme lo documentado e informado, por parte del profesional responsable, la caracterización del proceso del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) se encuentra elaborada y está pendiente de aprobación en comité de Gestión y Desempeño por la Oficina de Planeación, con el fin

procedimientos, lo que dificulta la identificación clara de interacciones, responsabilidades y controles necesarios para el cumplimiento de los objetivos del sistema. La ausencia de caracterización puede generar debilidades en la implementación y control del SG-SST, así como inconsistencias en la ejecución de las actividades, afectando la trazabilidad, el cumplimiento de los estándares mínimos y la mejora continua del sistema.	aprobada en el comité de Gestión y Desempeño.	de realizar los ajustes necesarios conforme a las directrices institucionales y a los requisitos normativos aplicables. **Conclusión del seguimiento** la acción de mejora registra un avance del 50%, toda vez que, aunque se evidencia el cumplimiento parcial mediante la elaboración de la caracterización, aún no se ha surtido el proceso de aprobación e implementación requerido para su entrada en operación dentro del Sistema Integrado de Gestión. Por lo anterior, no es posible dar por cerrada la acción de mejora hasta tanto se cuente con la aprobación formal de la caracterización y se evidencie su implementación efectiva. La presente acción será incluida dentro del programa de auditoría de la vigencia 2026, con el fin de realizar el respectivo seguimiento, verificar el cumplimiento de las actividades pendientes y determinar su eficacia una vez se encuentre totalmente implementada.
El artículo 11 de la Resolución 2013 de 1986 establece que el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) debe reunirse ordinariamente por lo menos una vez al mes para el seguimiento de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores. Revisando las actas de los comités realizados, se evidenció que, en el periodo comprendido entre enero y julio de 2025, el COPASST únicamente ha realizado tres reuniones ordinarias	Solicitar formalmente a los miembros del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) el cumplimiento estricto de las funciones establecidas en el Artículo 7 de la Resolución 2013 de 1986, especialmente aquellas relacionadas con la asistencia y participación activa en las reuniones ordinarias mensuales. Asimismo, realizar una reunión extraordinaria para revisar los avances, reforzar el conocimiento de los deberes del COPASST y establecer mecanismos internos de seguimiento y control al cumplimiento de las funciones delegadas por la normativa vigente.	Se evidencian once (11) actas correspondientes a las reuniones ordinarias del COPASST, en las cuales se verifica la asistencia y participación de sus integrantes, con el objeto de dar cumplimiento estricto de las funciones establecidas en el Artículo 7 de la Resolución 2013 de 1986, especialmente aquellas relacionadas con la asistencia y participación activa en las reuniones ordinarias mensuales. **Conclusión del seguimiento** Con base en la revisión de las evidencias documentales y el cumplimiento de las actividades propuestas, se concluye que la acción de mejora fue implementada de manera efectiva, logrando subsanar la situación identificada y fortaleciendo el funcionamiento del COPASST dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. En consecuencia, la acción de mejora se considera cumplida y efectiva, por lo que procede su cierre dentro del proceso de seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno.
La Resolución 0312 de 2019, en el Estándar Mínimo 2.5.3, establece que el empleador debe implementar mecanismos para la identificación, evaluación y valoración de riesgos, así como el seguimiento y control de las medidas preventivas y correctivas adoptadas. La entidad cuenta con una Matriz de Identificación de Peligros y Riesgos elaborada bajo la metodología de la NTC GTC 45, actualizada para 2025 e implementada en todos los procesos, la cual permite identificar los riesgos y establecer medidas preventivas y correctivas. Sin embargo, no se evidenció la existencia de un procedimiento formal y sistemático de monitoreo por parte del proceso líder del SG-SST,	El profesional de apoyo del SG-SST Identificara y reevaluara los controles registrados en la matriz de riesgos, priorizándolos de acuerdo a la jerarquía de controles, para posteriormente realizar seguimiento periódico que permita evaluar la eficacia de los controles definidos en la matriz	Se cuenta con la matriz de identificación de peligros y riesgos la cual fue elaborada por el profesional del SG-SST, y cuenta con su respectivo monitoreo, donde se identifican: proceso, descripción del peligro, descripción del control, frecuencia de seguimiento, evidencia, cumplimiento y observaciones. pero no existe un seguimiento y evaluación de los riesgos y controles que permitan evaluar la eficacia de los controles definidos en la matriz **Conclusión del seguimiento** la acción de mejora presenta un avance del 50%, dado que se evidencian actividades de identificación, valoración y seguimiento de riesgos; sin embargo, aún se encuentra pendiente el seguimiento que formalice dichas actividades y garantice la evaluación sistemática de la eficacia de los controles establecidos. Por lo anterior, la acción de mejora no puede considerarse cerrada, y quedará incluida dentro del programa de auditoría de la vigencia 2026, con el fin de realizar seguimiento a la formulación, formalización e implementación del procedimiento correspondiente, así como verificar su efectividad en la gestión continua de los riesgos y el cumplimiento de los requisitos normativos aplicables.

periódico para evaluar la eficacia de los controles definidos en la matriz		
El artículo 2.2.4.6.15 del Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019 (Estándares Mínimos del SG-SST) establecen que el empleador debe realizar y mantener actualizado un diagnóstico de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, que incluya la identificación de peligros, evaluación de riesgos y caracterización del estado de salud de los trabajadores mediante exámenes médicos ocupacionales. Si bien la entidad realiza anualmente exámenes médicos ocupacionales periódicos y socializa las recomendaciones y restricciones emitidas por la IPS contratante a los jefes inmediatos de los funcionarios, no se evidenció la existencia de un diagnóstico integral consolidado y actualizado que articule los resultados de estos exámenes con la identificación de peligros y la evaluación de riesgos	Realizar en colaboración con los profesionales de apoyo de la ARL, un diagnóstico general de las condiciones de salud de los funcionarios de la ITTB, teniendo en cuenta los conceptos emitidos por la IPS, resultados de tamizajes cardiovascular, sociodemográfica y batería de riesgo psicosocial. Implementar acciones que tiendan a mitigar los riesgos de salud presente en los grupos priorizados.	Se evidencia documento entregado por el profesional responsable del SG-SST mediante el cual se permite establecer un sistema de prevención y control de lesiones osteomusculares interviniéndolas de forma eficaz y eficiente con el fin de mejorar la calidad de vida de los trabajadores y la productividad de la empresa, minimizando el efecto de la exposición a los factores de riesgo biomecánico (matriz de peligros), presentes en las diferentes actividades que se desarrollan en la empresa TRANSITO Y TRANSPORTE INSPECCION DE BARRANCABERMEJA en las áreas administrativas y operativas, sin embargo no se realizó el diagnostico que permita identificar el estado de salud actual de los funcionarios de la entidad. **Conclusión del seguimiento** Durante la revisión efectuada no se evidenció la realización del diagnóstico general de condiciones de salud de los funcionarios de la entidad, elaborado con base en los conceptos emitidos por la IPS. Si bien se observan acciones orientadas a la mitigación de riesgos asociados a factores biomecánicos, estas no permiten demostrar el cumplimiento integral del objetivo propuesto, toda vez que no se cuenta con un diagnóstico consolidado que identifique el estado actual de salud de los funcionarios y permita la priorización de intervenciones conforme a los riesgos detectados. En consecuencia, la acción de mejora presenta un cumplimiento parcial, por cuanto se implementaron medidas preventivas específicas, pero no se ejecutó la totalidad de las actividades definidas. Por lo anterior, la acción no puede considerarse cerrada y deberá continuar su ejecución hasta contar con el diagnóstico integral de condiciones de salud y la implementación de acciones derivadas de los resultados obtenidos. La presente acción quedará incluida dentro del Programa Anual de Auditoría de la vigencia 2026.

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 006 PROCESO GESTION ADMINISTRATIVA		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
El decreto 1537 de 2002, establece los manuales de procedimiento como el instrumento que garantice el cumplimiento del control interno en las organizaciones públicas, éstas elaborarán, adoptarán y aplicarán manuales a través de los cuales se documentarán y formalizarán los procedimientos a partir de la identificación de los procesos institucionales, Sin embargo, durante la ejecución de la auditoria no se evidenció documento de procedimientos del proceso auditado	Elaborar, formalizar y adoptar Manual de Procedimiento de la División Administrativa de la ITTB	Fue elaborado, aprobado y adoptado el manual de procedimientos de situaciones administrativas de la I.T.T.B La División Administrativa tiene elaborado también el procedimiento de nómina mediante resolución DIR26000385 del 29 de abril de 2026. **Conclusión del seguimiento** En el marco de la revisión, se constató que fue elaborado, aprobado y adoptado el Manual de Procedimientos de Situaciones Administrativas de la entidad. Adicionalmente, se verifica que la División Administrativa cuenta con el procedimiento de nómina formalizado mediante la Resolución DIR26000385 del 29 de abril de 2026, lo cual permite evidenciar la estandarización y formalización de las actividades propias del proceso auditado. Con base en las evidencias verificadas, se concluye que la entidad dio cumplimiento total a la acción correctiva establecida, subsanando la situación identificada durante la auditoría y fortaleciendo la documentación y formalización de los procedimientos administrativos conforme a los lineamientos del Decreto 1537 de 2002 y las disposiciones de control interno aplicables.

		En consecuencia, la acción correctiva se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno.
En el entendido que el Plan de Previsión de Recursos Humanos, es un instrumento de gestión que permite anticipar las necesidades futuras de personal, tanto cuantitativas como cualitativas. Su objetivo es asegurar que la entidad tenga el talento humano adecuado para cumplir sus metas institucionales identificando la cantidad y calidad de empleados necesarios y definiendo las estrategias para cubrirlos, desde la tercera línea de defensa de la ITTB se insta a la división administrativa desarrollar un Plan de Previsión del Recurso Humano que contenga los siguientes aspectos importantes: • Análisis de planta actual vs necesidades futuras. • Proyección de retiros por edad, renuncias o cambios estructurales. • Identificación de brechas de capacidades. • Acciones para cobertura progresiva de vacantes. Este plan debe ser documentado, aprobado y evaluado periódicamente para garantizar que la gestión del recurso humano sea oportuna, sostenible y acorde a la misión institucional.	Formular y adoptar Un Plan de Previsión del Recurso Humano de la ITTB que incorpore los elementos esenciales para una planificación integral.	La actividad de formular y adoptar un Plan de Previsión del Recurso Humano de la ITTB ha sido ejecutada, dado que el plan estratégico de talento humano fue adoptado mediante la Resolución DIR 25000099 del 31 de enero de 2025. Por tanto, la acción de mejora se considera cumplida en su totalidad, cumpliendo con los requisitos de planificación integral del recurso humano establecidos para la entidad. **Conclusión del seguimiento** En el marco de la revisión, se constató que el Plan Estratégico de Talento Humano fue adoptado mediante la Resolución DIR 25000099 del 31 de enero de 2025, el cual incorpora los elementos esenciales de planificación del recurso humano, de la entidad. Con base en las evidencias verificadas, se concluye que la entidad dio cumplimiento total a la acción de mejora establecida, al contar con un instrumento formalmente adoptado que permite la planificación integral del recurso humano conforme a las necesidades institucionales. En consecuencia, la acción de mejora se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno, al evidenciarse su implementación.
A pesar de que el informe consolidado de vacancias se elabora con periodicidad anual, se identifica como una debilidad la falta de seguimiento periódico durante el transcurso del año. Esta situación limita la capacidad de control preventivo sobre la evolución de las vacantes, El informe anual permite visualizar la situación de vacantes solo de manera retrospectiva, lo cual reduce la capacidad de respuesta ante necesidades emergentes de personal. dificultando la toma de decisiones oportuna y la implementación de acciones correctivas o de mejora en la administración del recurso humano	Informe de seguimiento semestral de los cargos en los que se identifique las necesidades del recurso humano y se propongan acciones correctivas	La División Administrativa anexa informe de seguimiento correspondiente al plan de vacantes vigencia 2026. Conclusión del seguimiento: De acuerdo con la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que la División Administrativa allegó el informe de seguimiento correspondiente al Plan de Vacantes de la vigencia 2026, en el cual se presenta la identificación y análisis de los cargos vacantes, así como las necesidades de personal asociadas a la gestión del recurso humano. El documento aportado permite evidenciar un avance frente a la acción correctiva formulada. Con base en las evidencias verificadas, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada en su totalidad, toda vez que se cumplió con la elaboración del informe de seguimiento requerido, conforme a lo establecido en el plan de acción. En consecuencia, la acción se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno.

En seguimiento a la matriz del cronograma del Plan de Capacitación 2025, se evidencia un cumplimiento parcial del mismo. Se constata la ejecución de algunas actividades conforme a lo programado; sin embargo, otras no han sido desarrolladas, lo que afecta la implementación integral del plan. La falta de cumplimiento de ciertas actividades limita el fortalecimiento de competencias clave en el personal y puede generar retrasos en la mejora del desempeño institucional.	Informe de seguimiento trimestral cronograma del plan de capacitación en el que se identifiquen las debilidades y propongan acciones correctivas	La División Administrativa anexa informe trimestral del plan de capacitación vigencia 2026. **Conclusión del seguimiento** De acuerdo con la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que la División Administrativa allegó el informe de seguimiento trimestral del Plan de Capacitación correspondiente a la vigencia 2026, en el cual se presenta el estado de ejecución de las actividades programadas en el cronograma establecido. El documento permite identificar el avance en el cumplimiento del plan, así como las actividades desarrolladas durante el periodo evaluado, contribuyendo al monitoreo del proceso de capacitación institucional. Con base en las evidencias verificadas, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada en su totalidad, En consecuencia, la acción se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno.
El Informe de Apropiación del Código de Integridad es una herramienta fundamental para fortalecer la cultura ética y el comportamiento responsable dentro de una institución pública. En la revisión al cumplimiento y seguimiento de la política de integridad institucional, la División Administrativa allega únicamente registro fotográfico de actividades relacionadas con la promoción del Código de Integridad. Si bien dichas evidencias gráficas dan cuenta de la realización de algunas acciones, no se presenta el informe de apropiación que permita valorar el grado de conocimiento, comprensión y aplicación de los principios del código por parte del talento humano. Este informe es fundamental para evaluar la efectividad de las estrategias de divulgación, así como para verificar el impacto real de las actividades realizadas en términos de cultura organizacional y comportamiento ético.	Crear una plantilla de informe que incluya los aspectos de medición y evaluación de las actividades desarrolladas dentro del código de Integridad.	La División Administrativa anexa plantilla de informe para medición y evaluación de actividades del código de integridad. **Conclusión del seguimiento** Se evidenció que la División Administrativa elaboró y presentó la plantilla de informe para la medición y evaluación de las actividades desarrolladas en el marco del Código de Integridad. La herramienta diseñada incorpora elementos que permiten documentar, medir y evaluar la ejecución de las actividades realizadas, facilitando el seguimiento a las estrategias de fortalecimiento de los valores institucionales y la cultura de integridad dentro de la entidad. Con base en las evidencias aportadas, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada satisfactoriamente. En consecuencia, la acción se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno.
El informe de evaluación de clima organizacional incluye las siguientes recomendaciones: • Crear espacios como mesas de trabajo interdependencia les para abordar retos comunes • Capacitación en liderazgo colaborativo, gestión de conflictos y resolución constructiva de problemas. • Reconocer públicamente a equipos o dependencias que	Actualizar el plan de acción de la División Administrativa de acuerdo a la evaluación de clima organizacional.	Se actualizó el plan de acción de la División Administrativa en el cual se encuentran planeadas las siguientes actividades: 1. capacitación en liderazgo y trabajo en equipo 2. programa de estímulos **Conclusión del seguimiento** Se evidenció que la División Administrativa actualizó el Plan de Acción institucional con base en los resultados de la evaluación de clima organizacional. En dicho plan se incluyeron actividades orientadas al fortalecimiento del ambiente laboral, entre las cuales se destacan: capacitación en liderazgo y trabajo en equipo, así como la implementación de un programa de estímulos, con el

demuestren conductas proactivas de solución en lugar de acusación.		propósito de mejorar las condiciones de trabajo y fortalecer el desarrollo del talento humano. Con base en las evidencias aportadas, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada en su totalidad. En consecuencia, la acción se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno.
La Política de Gestión del Conocimiento permite establecer los lineamientos para la gestión eficaz del conocimiento organizacional, con el objetivo de preservar el saber institucional, fomentar la innovación, mejorar los procesos y asegurar la continuidad operativa mediante el aprendizaje colectivo. Pese a que la gestión del conocimiento ha sido identificada como un eje estratégico por la entidad en temas clave de gestión del personal, durante el desarrollo de la auditoría se evidenció que la política aún se encuentra en fase de construcción, contándose únicamente con un documento borrador, el cual no ha sido aprobado formalmente ni difundido entre las áreas responsables.	Elaborar, formalizar y adoptar La Política de Gestión del Conocimiento de la ITTB	La política GESCO fue formulada aprobada y adoptada, mediante Resolución DIR26000384 del 29 de abril de 2026. **Conclusión del seguimiento** En el marco de la revisión, se constató que la política fue formulada, aprobada y adoptada mediante la Resolución DIR26000384 del 29 de abril de 2026, cumpliendo con los lineamientos institucionales y fortaleciendo la gestión del conocimiento dentro de la entidad. Con base en las evidencias verificadas, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada en su totalidad, al evidenciarse la adopción formal del instrumento de política requerido para la gestión del conocimiento institucional. En consecuencia, la acción se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno.

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 007 PROCESO JURIDICO Y CONTRATACION		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
En la revisión efectuada se evidencio que, en el marcado de los expedientes contractuales, el código registrado no corresponde a lo estipulado en las Tablas de Retención Documental (TRD) adoptadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en la vigencia 2024, donde la codificación establecida es: Contratos de Consultoría 6000.100.10 Convenios Interadministrativos 6000.110.10 Contratos de Interventoría 6000.100.20 Contratos de Obra 6000.100.30 Contratos de Prestación de Servicios 6000.100.40 Contratos de Suministro 6000.100.50 Sin embargo, se observó que los expedientes revisados están marcados con el código 1004.10.04, el cual no	El profesional de apoyo de la División Jurídica revisará y corregirá el marcado de los expedientes contractuales existentes, garantizando que se ajusten a lo estipulado en las Tablas de Retención Documental (TRD) adoptadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la vigencia 2024. Esta revisión se documentará y se dejará como evidencia de los ajustes realizados	De acuerdo con la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que la División Jurídica llevó a cabo la revisión de los expedientes contractuales objeto de la observación, con el fin de efectuar las correcciones y ajustes necesarios en su marcación y organización documental. Dicha actividad permitió verificar el cumplimiento de lo establecido en las Tablas de Retención Documental (TRD) adoptadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la vigencia 2024, garantizando la adecuada clasificación, ordenación y conformación de los expedientes contractuales conforme a los lineamientos de gestión documental vigentes. **Conclusión del seguimiento** Con base en las evidencias verificadas, se concluye que la acción de mejora fue ejecutada en su totalidad, al haberse realizado la revisión y ajuste de los expedientes contractuales conforme a la normatividad archivística aplicable. En consecuencia, la acción se califica con un cumplimiento del 100% y se considera cerrada por la Oficina de Control Interno. No obstante, se recomienda mantener controles permanentes sobre la conformación, organización y actualización de los expedientes contractuales, con el fin de asegurar la continuidad del cumplimiento normativo y la adecuada gestión documental institucional.

corresponde a ninguno de los códigos definidos para los procesos contractuales en las TRD vigentes		
Se evidenció que la ITTB cuenta con un Plan de Mejoramiento suscrito con el Departamento Nacional de Planeación (DNP), en el cual se establecieron tres (3) acciones de mejora. No obstante, a la fecha de la presente revisión, no se ha dado cumplimiento a ninguna de estas acciones, cuyo plazo de ejecución de dos acciones vencen el 30 de septiembre del presente año, y una vence el 15 de octubre del 2025. A continuación, se relacionan las acciones de mejora pendientes de ejecución: PRIMERA ACICION DE MEJORA Demoras, deficiencias e inconvenientes en la gestión financiera, que obedece a error de migración de la información de fuentes de financiación en el GESPROY. SEGUNDA ACCION DE MEJORA Dificultad, desconocimiento y/o deficiencias en el cumplimiento en la programación, que obedece a error de ajustes en la programación inicial. TERCERA ACCION DE MEJORA Dificultad, desconocimiento y/o deficiencias en el cumplimiento en la programación para la ejecución, lo cual obedece a la demora, dificultad o desconocimiento en la definición del alcance.	El Profesional Especializado de la Oficina de Planeación asignará responsables y establecerá cronograma de cumplimiento de actividades para cada acción de mejora con el objeto de: * Corregir error de migración de información de la información de fuentes de financiación. * cumplimiento de la programación	En atención al informe de avance del plan de mejoramiento suscrito con el DNP, se realizó la revisión de tres acciones de mejora inicialmente formuladas, evidenciando lo siguiente: Primera acción de mejora: Demoras, deficiencias e inconvenientes en la gestión financiera, que obedece a error de migración de la información de fuentes de financiación en el GESPROY. Ante esta acción de mejora se verifico que la entidad con el acompañamiento del DNP realizo la corrección de la duplicidad en el registro de fuentes de financiación. Segunda acción de mejora: Dificultad, desconocimiento y/o deficiencias en el cumplimiento en la programación, que obedece a error de ajustes en la programación inicial. De esto se evidencia la realización de una capacitación virtual el día 4 de diciembre de 2025. Impartida por el DNP al personal de la División de Planeación se anexan registros de convocatoria y planillas de asistencia. Tercera acción de mejora: Dificultad, desconocimiento y/o deficiencias en el cumplimiento en la programación para la ejecución. frente a esto no se registra avance. **Conclusión del seguimiento** Con base en la revisión realizada, la Oficina de Control Interno evidencia un avance parcial en el cumplimiento de las acciones formuladas. Respecto de la **primera acción de mejora**, se observa cumplimiento, toda vez que la entidad, con el acompañamiento del DNP, realizó la corrección de la duplicidad generada por el error de migración de la información de las fuentes de financiación en GESPROY, mitigando la situación que dio origen al hallazgo. En relación con la **segunda acción de mejora**, se evidencia un avance satisfactorio mediante la realización de la capacitación virtual impartida por el DNP el 4 de diciembre de 2025 al personal de la División de Planeación, encontrándose como soporte la convocatoria y las planillas de asistencia. Frente a la **tercera acción de mejora**, no se evidencian avances ni soportes que permitan demostrar la ejecución de actividades, por deficiencias en el cumplimiento de la programación, por lo que la acción continúa pendiente de implementación. En consecuencia, la Oficina de Control Interno concluye que la meta presenta un **avance parcial**, con dos acciones que evidencian gestión y una acción sin ejecución. Se recomienda a la Oficina de Planeación, definir e implementar las actividades pendientes y asegurar la generación de evidencias que permitan demostrar el cumplimiento efectivo de la tercera acción de mejora.
Durante la auditoría al Proceso Jurídico y Contratación de la I.T.T.B., se evidenció que, dentro de las actividades desarrolladas por el proceso, se encuentran documentadas dentro del manual de contratación de la entidad el	El profesional especializado de la División Jurídica elaborará el procedimiento o lineamientos de medidas cautelares de la I.T.T.B. para ser aprobado posteriormente en Comité de Gestión y Desempeño Institucional.	El profesional especializado de la División Jurídica informa que el procedimiento o lineamientos de medidas cautelares de la I.T.T.B. ya fue elaborado y remitido a la oficina de planeación con el fin de que sea presentado para su aprobación en comité de gestión y desempeño.

cual fue actualizado mediante RESOLUCION No. DIR25000349 (abril 10 de 2025) “Por medio del cual se actualiza y se adopta el manual de contratación de la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja y se derogan las resoluciones anteriores 084 de 2016, 3811 de 2017, 2642 de 2018 Y DIR 24001153 de 2024”. Sin embargo, se identificó que una de las actividades del proceso jurídico y de contratación aún no ha sido documentada ni formalizada, específicamente la relacionada con el registro y levantamiento de las medidas cautelares emitidas por distintos despachos judiciales del orden nacional, actividad que se realiza previa verificación de los correos institucionales. Cabe resaltar que la observación, fue identificada en la auditoría anterior realizada en la vigencia 2024 y se procede a dar traslado a la presente auditoria con motivo de no dar cumplimiento en los seguimientos realizados al plan de mejoramiento		**Conclusión de seguimiento** En el seguimiento realizado se evidenció que la División Jurídica elaboró el procedimiento o lineamientos para la adopción de medidas cautelares de la I.T.T.B. y lo remitió a la Oficina de Planeación para surtir el trámite correspondiente de presentación ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación. No obstante, al momento del seguimiento no se evidenció el acta o documento que acredite la aprobación del procedimiento por parte del citado Comité, requisito necesario para su adopción e implementación formal dentro del Sistema Integrado de Gestión. En consecuencia, si bien se verificó el cumplimiento de la actividad relacionada con la elaboración y remisión del procedimiento, al no evidenciarse la aprobación institucional correspondiente, el avance se califica en un **50 % de cumplimiento**, quedando pendiente la presentación, aprobación y formalización del documento mediante la respectiva acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
La Oficina Asesora de Control Interno en el marco del seguimiento a la gestión documental, realizo informe de seguimiento a los convenios suscritos por el Distrito de Barrancabermeja, realizó una revisión al Convenio No. 1784-2023, cuyo objeto es “Aunar esfuerzos entre el Distrito de Barrancabermeja, a través de la Secretaria de Infraestructura, y la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja (ITTB), con el fin de garantizar la adecuación y ampliación de la infraestructura de dicha Inspección”, Informe al cual se le solicitó avance en referencia a las observaciones evidenciadas y no se obtuvo respuesta. Razón por la cual las observaciones se trasladan al presente informe de auditoría.	Con el apoyo del profesional externo de la División Jurídica se procederá a corregir el marcado, legajado, codificación, foliación, listas de chequeo, de los expedientes contractuales en referencia al convenio 1784-23 y contrato No 066 y 067 de 2023 según TRD y normas archivísticas	Se informa por parte del profesional del área jurídica que con el apoyo de los profesionales externos realizó la foliación, marcación de cajas y carpetas donde reposan los expedientes contractuales objeto de revisión dando cumplimiento a la actividad propuesta. **Conclusión de seguimiento:** Con base en la información y las evidencias presentadas por el área responsable, la Oficina de Control Interno evidencia el cumplimiento del 100% de la actividad programada, al verificarse la realización de la foliación, marcación de cajas y carpetas, así como la organización de los expedientes contractuales correspondientes al Convenio No. 1784-23 y a los Contratos Nos. 066 y 067 de 2023, en concordancia con las Tablas de Retención Documental (TRD) y las normas archivísticas vigentes. En consecuencia, se considera atendida la acción propuesta, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión documental y al adecuado control y conservación de los expedientes contractuales.

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 008 PROCESO GESTION DOCUMENTAL		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
Las Tablas de Valoración Documental (TVD) son instrumentos técnicos mediante los cuales se determina el valor primario y secundario de los documentos producidos o recibidos por una entidad, con el fin de definir su destino final: conservación total (archivos históricos), eliminación o reproducción por medios técnicos (digitalización u otros). Estas tablas establecen los criterios necesarios para evaluar la utilidad administrativa, legal, fiscal, contable, histórica o científica de la documentación, una vez cumplido su tiempo de retención (según las Tablas de Retención Documental - TRD). Durante el desarrollo del proceso de auditoría, y con base en la información suministrada, se evidenció que la elaboración de las Tablas de Valoración Documental (TVD) de la entidad está prevista como la actividad No. 2 del contrato correspondiente a la segunda fase del Sistema de Gestión Documental (SGD), el cual actualmente se encuentra en ejecución. Por lo anterior, hasta tanto las Tablas de Valoración Documental (TVD) no se encuentren formalizadas e implementadas, no se considera cumplida esta actividad.	Elaborar y aprobar las TVD; de acuerdo al desarrollo y ejecución del contrato de la segunda fase del SGD, posterior seguimiento al contratista; validación por el Comité de Archivo.	Teniendo en cuenta que el "comité de archivo" como instancia separada fue absorbido por el MIPG, La entidad sigue siendo responsable de implementar la política de gestión documental, pero ahora debe tratar estos temas dentro del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Esta directriz se formalizó desde el año 2018 mediante la Circular Conjunta 100-004 (emitida por Función Pública y el Archivo General de la Nación), en desarrollo del Decreto 1499 de 2017 que regula el MIPG. Las Tablas de Valoración Documental (TVD) fueron elaboradas y aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño -CGDI- de la Entidad. **Conclusión del seguimiento** Se verificó que la aprobación de las TVD fue realizada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CGDI), instancia competente para conocer y aprobar los instrumentos archivísticos, en concordancia con lo establecido en el Decreto 1499 de 2017 y la Circular Conjunta 100-004 de 2018, mediante la cual las funciones del antiguo Comité de Archivo fueron integradas al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). En consecuencia, la Oficina de Control Interno considera que la acción de mejora fue cumplida de manera satisfactoria, al alcanzarse el resultado esperado y ajustarse el procedimiento a la normatividad vigente.
La Política de Gestión Documental es un documento estratégico que define los principios, lineamientos y directrices que rigen la creación, administración, organización, conservación, acceso y disposición final de los documentos producidos o recibidos por una entidad. Durante el desarrollo de la presente auditoría y de acuerdo a información suministrada por el proceso auditado, se evidenció que la política de gestión documental ya fue formulada y se encuentra en proceso para el trámite de aprobación por parte del Comité de Gestión y	Finalizar el proceso de aprobación de la Política de Gestión Documental manteniendo evidencia documental del trámite.	La Política de Gestión Documental fue formulada y presentada ante el Comité de Gestión y Desempeño -CGD- en reunión del 9 de marzo de 2026. Según Acta No. 03 de 2026 del CGD la Política de Gestión Documental fue aprobada mediante resolución DIR26000383 se adopta la política de gestión documental de la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja. **Conclusión del seguimiento** Con fundamento en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno verificó que la Política de Gestión Documental fue formulada, presentada y aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CGD), según consta en el Acta No. 03 de 2026. Así mismo, se evidenció la expedición de la Resolución No. DIR26000383, mediante la cual se adopta la Política de Gestión Documental de la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja. En consecuencia, se determina que la acción de mejora presenta un **cumplimiento del 100%**, toda vez que se culminó

Desempeño, para su posterior publicación y socialización. Por lo anterior, y teniendo en cuenta que esta observación permanece pendiente en el plan de mejoramiento derivado de la auditoría al Sistema de Gestión Documental correspondiente a la vigencia 2024, sin que se haya evidenciado el cumplimiento de la acción de mejora establecida, se procede a trasladar la observación al presente informe de auditoría. Esto con el fin de mantener el seguimiento correspondiente y continuar con las acciones necesarias para superar la situación identificada.		el proceso de aprobación y adopción formal de la Política de Gestión Documental, conservando la evidencia documental que soporta el trámite realizado.
Los procedimientos del Sistema de Gestión Documental (SGD) son el conjunto de pasos, métodos y actividades detalladas que describen cómo se deben ejecutar las tareas relacionadas con la gestión de los documentos en una entidad, desde su creación o recepción hasta su disposición final, ya sea conservación o eliminación. Durante el proceso de auditoría y de acuerdo a información suministrada por el proceso auditor se evidenció que la entidad se encuentra en proceso de construcción de los procedimientos internos de gestión documental. Por lo anterior, y teniendo en cuenta que esta observación permanece pendiente en el plan de mejoramiento derivado de la auditoría al Sistema de Gestión Documental correspondiente a la vigencia 2024, sin que se haya evidenciado el cumplimiento de la acción de mejora establecida, se procede a trasladar la observación al presente informe de auditoría. Esto con el fin de mantener el seguimiento correspondiente y continuar con las acciones necesarias para superar la situación identificada	Finalizar, aprobar en comité de gestión y desempeño e implementar los procedimientos de gestión documental; capacitar al personal en su aplicación.	El manual de procedimientos de Gestión Documental fue elaborado y aprobado ante el Comité de Gestión y Desempeño en reunión del 9 de marzo de 2026 según acta número 03. Mediante resolución DIR26000382 se adopta el Manual de Procedimientos de la I.T.T.B. **Conclusión del seguimiento** Con base en la información y las evidencias aportadas por el área responsable, la Oficina de Control Interno verificó que el Manual de Procedimientos de Gestión Documental fue elaborado, aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, según consta en el Acta No. 03 del 9 de marzo de 2026, y adoptado mediante la Resolución No. DIR26000382 de la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja. En consecuencia, se determina que la acción de mejora presenta un **cumplimiento del 100%**, toda vez que se culminó el proceso de elaboración, aprobación y adopción formal del Manual de Procedimientos de Gestión Documental, quedando establecido como instrumento institucional para orientar la gestión documental de la entidad.
El Inventario Documental de las Dependencias es un registro detallado y sistemático que describe los tipos de documentos, volúmenes, formatos, y características de	Actualizar el inventario documental y vincularlo a las Tablas de Retención Documental (TRD) vigentes.	Se dieron instrucciones a las dependencias para levantar el inventario único documental en el formato FUID, y se adelantaron jornadas de capacitación sobre el conocimientos de las TRD y TDV,

los archivos que poseen las diferentes áreas o dependencias dentro de una entidad Este inventario permite conocer la cantidad, ubicación, estado y naturaleza de los documentos producidos o recibidos por cada dependencia, facilitando la planificación, organización y control en la gestión documental. Durante el proceso de auditoría se evidenció que la entidad no cuenta con un inventario documental actualizado y formal de las dependencias, lo cual representa una debilidad en la gestión documental institucional. Esta observación permanece pendiente en el plan de mejoramiento derivado de la auditoría al Sistema de Gestión Documental correspondiente a la vigencia 2024, sin que se haya evidenciado el cumplimiento de la acción de mejora establecida. En consecuencia, y dado que persiste la condición inicialmente observada, se procede a trasladar la observación al presente informe de auditoría, con el fin de mantener el seguimiento correspondiente y continuar con las acciones que permitan superar la situación identificada.		**Conclusión del seguimiento** Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno verificó que la entidad impartió instrucciones a las diferentes dependencias para la elaboración y actualización del Inventario Único Documental (FUID), desarrolló jornadas de capacitación sobre la aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) y las Tablas de Valoración Documental (TVD), y avanzó en la actualización del inventario documental conforme a los lineamientos archivísticos vigentes. En consecuencia, se determina que la acción de mejora presenta un **cumplimiento del 100%**, al evidenciarse la actualización del inventario documental y su articulación con las Tablas de Retención Documental vigentes, fortaleciendo el control, la organización y la administración de los documentos de la entidad.
Revisados los rótulos de marcación de las carpetas de algunos procesos se evidencio: En el marcado de los expedientes, el código registrado no corresponde a lo estipulado en las Tablas de Retención Documental (TRD) adoptadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en la vigencia 2024, donde la codificación establecida es Contratos de Consultoría 6000.100.10 Contratos de Interventoría 6000.100.20 Contratos de Obra 6000.100.30 Contratos de Prestación de Servicios 6000.100.40	Revisar todos los expedientes contractuales y ajustar la codificación según las TRD vigentes	En referencia a esta acción, se realizó el proceso de revisión de los expedientes contractuales señalados en la observación, con el fin de efectuar las correcciones y ajustes requeridos y garantizar el cumplimiento de lo establecido en las Tablas de Retención Documental (TRD). Conclusión del seguimiento Con fundamento en la información y las evidencias aportadas por el área responsable, la Oficina de Control Interno verificó que se realizó la revisión de los expedientes contractuales objeto de la observación, efectuando los ajustes y correcciones en la codificación de conformidad con las Tablas de Retención Documental (TRD) vigentes. En consecuencia, se determina que la acción de mejora presenta un **cumplimiento del 100%**, al evidenciarse la implementación de las medidas necesarias para subsanar la observación y garantizar la correcta organización y clasificación de los expedientes contractuales conforme a la normatividad archivística aplicable.

Contratos de Suministro 6000.100.50 Convenios Interadministrativos 6000.110.10 Sin embargo, se observó que los expedientes revisados están rotulados con el código 1004.10.04, el cual no corresponde a ninguno de los códigos definidos en las TRD vigentes para los procesos contractuales. Esta inconsistencia documental podría dificultar la correcta clasificación, recuperación, trazabilidad y disposición final de la información, afectando el cumplimiento de los lineamientos archivísticos institucionales.		

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA INTERNA 009 PESV		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
Se evidenció que la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja no cuenta con el Plan Anual de Trabajo para la vigencia 2025, el cual debe estar alineado con los objetivos, estrategias y líneas de acción definidas en el Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV). La ausencia de este instrumento impide planificar, ejecutar y hacer seguimiento de manera sistemática a las acciones de seguridad vial, lo que puede afectar el cumplimiento de las metas establecidas en el PESV y limitar la efectividad de las medidas preventivas orientadas a la reducción de la siniestralidad vial.	Diseñar, elaborar, adoptar y socializar el Plan Anual de Trabajo 2025 del PESV	Con base en la información suministrada por el proceso, la Oficina de Control Interno evidenció que el Plan Anual de Trabajo 2025 del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) fue diseñado y elaborado. Sin embargo, a la fecha del seguimiento no se ha acreditado su adopción formal por parte de la entidad ni se aportaron evidencias de su socialización, actividades contempladas en la acción de mejora. Conclusión del seguimiento: En consecuencia, se determina que la acción de mejora presenta un **cumplimiento del 50%**, toda vez que se cumplió con la elaboración del documento, pero permanecen pendientes su adopción mediante el acto administrativo correspondiente y su socialización a los servidores y demás actores involucrados. No obstante, dado que la eficacia de esta acción de mejora deberá verificarse con base en la información y evidencias que se generen durante su implementación, la **Oficina de Control Interno** la tendrá en cuenta para su evaluación en la auditoría que se realizará al proceso durante la **vigencia 2026**
Se evidenció que la ITTB, no cuenta con los planes establecidos dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), tales como: □ Plan anual de trabajo □ Plan Anual de formación □ Planes de acción para el pilar comportamiento humano □ Planes de acción para el pilar vehículo seguro	Elaborar los planes establecidos en el PESV	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno no pudo validar el cumplimiento de la acción de mejora, toda vez que la documentación remitida corresponde a los planes del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) de las vigencias 2026 y no la vigencia evaluada, sin que se evidencie de manera clara su correspondencia con la acción objeto de seguimiento. En consecuencia, no es posible determinar el avance de la acción de mejora, debido a que las evidencias aportadas no permiten verificar el cumplimiento específico de la elaboración de los planes establecidos en el PESV, conforme a lo requerido en el plan de mejoramiento.

□ Planes de acción para el pilar infraestructura segura □ Planes de acción para el pilar atención a victimas Lo anterior puede representar un riesgo tanto reputacional, así como conllevar a sanciones administrativa y legales teniendo en cuenta que se configura un incumplimiento normativo		No obstante, dado que la eficacia de esta acción de mejora deberá verificarse con base en la información y evidencias que se generen durante su implementación, la **Oficina de Control Interno** la tendrá en cuenta para su evaluación en la auditoría que se realizará al proceso durante la **vigencia 2026**
Se evidencia una ausencia administrativa por parte del Comité de Seguridad Vial, dado que no se encuentra ejerciendo de manera efectiva las funciones que le han sido asignadas. Lo anterior, De acuerdo a los lineamientos y responsabilidades establecidas en la Resolución 0283 del 26 de marzo de 2025, la cual establece que; es responsabilidad del comité de seguridad vial liderar y realizar seguimiento a las acciones del plan estratégico de seguridad vial de la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja. Esta falta de gestión limita la implementación, seguimiento y mejora continua del Plan Estratégico de Seguridad Vial, afectando el cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de prevención y control de la siniestralidad vial.	Crear una matriz o tablero de control que permita monitorear el avance de cada una de las acciones del PESV, responsables, plazos y resultados, dejando evidencia documental en cada sesión del comité.	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno no pudo validar el cumplimiento de la acción de mejora, toda vez que la documentación remitida corresponde a la vigencia 2026, mientras que el seguimiento se realiza sobre las acciones formuladas para la vigencia 2025. En consecuencia, no es posible determinar el nivel de cumplimiento de la acción, ya que no se aportaron evidencias que acrediten la creación e implementación de la matriz o tablero de control para la vigencia evaluada, ni los soportes documentales de las sesiones del comité en las que se hubiera realizado el seguimiento correspondiente. No obstante, dado que la eficacia de esta acción de mejora deberá verificarse con base en la información y evidencias que se generen durante su implementación, la **Oficina de Control Interno** la tendrá en cuenta para su evaluación en la auditoría que se realizará al proceso durante la **vigencia 2026**
La Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja presenta debilidad en los procesos de capacitación y cultura vial. Lo anterior debido a que no cuenta con el Plan Anual de Formación del PESV que garantice seguimiento y control de las acciones enmarcadas a la prevención de siniestralidad vial.	Elaborar, adoptar e implementar el Plan Anual de Formación y Cultura Vial del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), que incluya la identificación de necesidades de capacitación, objetivos, actividades formativas, responsables, cronograma y mecanismos de seguimiento y evaluación. Este plan deberá socializarse con las áreas involucradas y actualizarse anualmente para garantizar el fortalecimiento de la cultura vial institucional y el adecuado seguimiento a las acciones destinadas a prevenir la siniestralidad vial	El proceso adjunta capacitaciones realizadas para la vigencia 2025. Sin embargo, este carece de adopción, formalización y no cumple con las especificaciones de la acción. En consecuencia, la Oficina de Control Interno determina que la acción de mejora presenta un **cumplimiento parcial**, dado que se realizaron actividades de capacitación; no obstante, estas no sustituyen la obligación de formular, adoptar e implementar el Plan Anual de Formación y Cultura Vial conforme a los requisitos establecidos. No obstante, dado que la eficacia de esta acción de mejora deberá verificarse con base en la información y evidencias que se generen durante su implementación, la **Oficina de Control Interno** la tendrá en cuenta para su evaluación en la auditoría que se realizará al proceso durante la **vigencia 2026**
Se evidencia incumplimiento a las acciones de seguimiento y control enmarcadas en la política de seguridad vial. Esto	Diseñar, documentar y adoptar los Programas de Control Operativo y de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno no pudo validar el cumplimiento de la acción de mejora, toda vez que la documentación remitida corresponde al plan de mantenimiento de la vigencia 2026, mientras que la

debido a que no se han diseñado los programas y planes relacionados con el control operativo y de mantenimiento de vehículos de automotores y no automotores de la Inspección de Transito y Transporte y de propiedad de los funcionarios y contratistas destinados al cumplimiento de sus funciones.	los vehículos automotores y no automotores pertenecientes a la Inspección de Tránsito y Transporte, así como para aquellos utilizados por funcionarios y contratistas en el ejercicio de sus funciones.	acción objeto de seguimiento corresponde a la vigencia evaluada 2025. En consecuencia, no se evidencia el diseño, documentación y adopción de los Programas de Control Operativo y de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para los vehículos automotores y no automotores de la Inspección de Tránsito y Transporte, ni para aquellos utilizados por funcionarios y contratistas en el ejercicio de sus funciones, conforme a lo establecido en la acción de mejora. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que la acción presenta un **cumplimiento no verificable**, dado que las evidencias aportadas no corresponden a la vigencia evaluada ni permiten establecer el avance real de la actividad. No obstante, dado que la eficacia de esta acción de mejora deberá verificarse con base en la información y evidencias que se generen durante su implementación, la **Oficina de Control Interno** la tendrá en cuenta para su evaluación en la auditoría que se realizará al proceso durante la **vigencia 2026**
La ITTB, no cuenta con de indicadores de gestión y resultado para el periodo 2025 que permitan medir el cumplimiento de los objetivos de la política de Seguridad Vial, y garantizar el seguimiento periódico y la adopción de acciones de mejora según los resultados obtenidos en materia de prevención de siniestralidad vial.	Diseñar, definir y adoptar el Sistema de Indicadores de Gestión y Resultado del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV)	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno verificó que el proceso allegó información relacionada con la vigencia 2025 del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV). Sin embargo, dicha información no es suficiente ni pertinente para evaluar el cumplimiento de la acción de mejora. Se evidenció que no se aportaron soportes que permitan verificar el diseño, definición y adopción del Sistema de Indicadores de Gestión y Resultado del PESV, ni su formalización mediante el instrumento correspondiente. En consecuencia, la Oficina de Control Interno determina que la acción de mejora presenta un **cumplimiento 30%**, No obstante, dado que la eficacia de esta acción de mejora deberá verificarse con base en la información y evidencias que se generen durante su implementación, la **Oficina de Control Interno** la tendrá en cuenta para su evaluación en la auditoría que se realizará al proceso durante la **vigencia 2026**
Se evidencia que la entidad no cuenta con un proceso formal de mejora continua para el Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV). No se identifican mecanismos establecidos para evaluar periódicamente la efectividad de las acciones implementadas, ni para realizar ajustes o actualizaciones con base en los resultados de seguimiento, indicadores o lecciones aprendidas.	Diseñar, documentar e implementar un Proceso Formal de Mejora Continua del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV)	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno verificó que el proceso allegó un documento correspondiente al Plan de Mejora Continua del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV); sin embargo, dicho documento corresponde a la vigencia 2026, la cual no es objeto del presente seguimiento. En consecuencia, no se evidenció la existencia ni la implementación del Proceso Formal de Mejora Continua del PESV para la vigencia evaluada (2025), ni se aportaron soportes que permitan verificar su diseño, documentación, adopción e implementación conforme a lo establecido en la acción de mejora. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que la acción de mejora no presenta cumplimiento, toda vez que las evidencias aportadas no corresponden a la vigencia evaluada y no permiten establecer el grado de avance real de la actividad. No obstante, dado que la eficacia de esta acción de mejora deberá verificarse con base en la información y evidencias que se generen durante su implementación, la **Oficina de Control Interno** la tendrá en cuenta para su evaluación en la auditoría que se realizará al proceso durante la **vigencia 2026**

VIGENCIA 2025		
AUDITORIA ESPECIAL INVESTIGACION SUPERINTENDENCIA DE TRANSPORTE		
HALLAZGO	**ACCION CORRECTIVA**	**OBSERVACION**
El decreto 1537 de 2002, establece los manuales de procedimiento como el instrumento que garantice el cumplimiento del control interno en las organizaciones públicas, éstas elaborarán, adoptarán y aplicarán manuales a través de los cuales se documentarán y formalizarán los procedimientos a partir de la identificación de los procesos institucionales. Sin embargo, durante la ejecución de la auditoria no se evidenció documento de procedimientos del proceso auditado.	Diseñar, implementar y formalizar un Procedimiento de Monitoreo, Mantenimiento y Gestión de Canales de Comunicación Institucionales.	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno verificó que el proceso presentó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, según Acta No. 04 del 29 de abril de 2026, la actualización versión 04 del Manual de Atención de PQRSD, la cual fue aprobada. Así mismo, mediante la Resolución No. DIR26000386 se adoptó la actualización del referido manual. . En consecuencia, la Oficina de Control Interno determina que la acción de mejora presenta un cumplimiento del 100% de la acción de mejora, .
Durante la verificación documental y los hechos sucedidos, se evidenció que el 26 de diciembre de 2023, a las 3:00 p.m., la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja (ITTB) recibió en la ventanilla única, mediante oficio de radicado No. 20235331117661 de fecha 19/12/2023, la notificación de la Resolución No. 12760 de fecha 19 de diciembre de 2023, por medio de la cual la Superintendencia de Transporte ordena la apertura y cierre del periodo probatorio y corre traslado para alegar de conclusión dentro del procedimiento administrativo sancionatorio iniciado mediante la Resolución No. 5891 del 17 de agosto de 2023. Se verificó que la comunicación fue reenviada internamente el 27 de diciembre de 2023, desde los correos institucionales de la funcionaria de correspondencia Yermis Ortega Gaviria, a la directora de la ITTB en la fecha de los hechos (Dra. Fernanda Peña Reyes), posteriormente la directora la reenvía a la Dra Fabiola Guarín Sanabria – Profesional Especializado de la división Jurídica y al doctor Darío Villarreal – Profesional de Apoyo (CPS). El mismo 27 de diciembre a las 17:06 p.m.	Diseñar, implementar y formalizar un Procedimiento Institucional para la Gestión, Seguimiento y Control de Comunicaciones Oficiales.	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno verificó que el proceso presentó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, según Acta No. 04 del 29 de abril de 2026, la actualización versión 04 del Manual de Atención de PQRSD, la cual fue aprobada. Así mismo, mediante la Resolución No. DIR26000386 se adoptó la actualización del referido manual. . En consecuencia, la Oficina de Control Interno determina que la acción de mejora presenta un cumplimiento del 100% de la acción de mejora, .

se observa correo de la dra Fabiola Guarín Sanabria al Dr Darío Villarreal, donde dice lo siguiente: “Buenas tardes Dr. Dario, me puede informar sobre este proceso”. Sin embargo, no se encontró evidencia documental ni electrónica de que se hubiesen realizado las gestiones administrativas o jurídicas pertinentes para dar respuesta formal oportuna a la mencionada resolución dentro de los plazos legales establecidos.		
Durante la revisión de la trazabilidad documental y electrónica de las comunicaciones remitidas por la Superintendencia de Transporte, se evidenció que entre las vigencias febrero y octubre de 2025, la Inspección de Tránsito y Transporte de Barrancabermeja (ITTB) recibió notificaciones relacionadas con el proceso administrativo sancionatorio iniciado mediante Resolución No. 5891 de 2023, entre ellas: • Resolución No. 0953 del 14 de febrero de 2025, “Por la cual se corrige la Resolución 12760 del 19 de diciembre de 2023”. • Resolución No. 13684 del 4 de septiembre de 2025, “Por la cual se decide una investigación administrativa”. A pesar de haberse recibido formalmente dichas comunicaciones en distintas oportunidades (18 de febrero, 20 de marzo, 13 de mayo, 3 de mayo y 29 de septiembre de 2025, respectivamente), se observó que no existe evidencia de traslado oportuno ni registro de gestión formal hacia la Dirección, como las recibidas el día 18 de febrero y el día 20 de marzo en el correo zgonzalez@transitobarrancabermeja.gov.co. A la fecha de la Auditoria no se observa ni constancia de respuesta o actuaciones inmediatas ante la Superintendencia dentro de los términos legales establecidos. Asimismo, se identificaron inconsistencias en las fechas de radicación y recepción de	Diseñar e implementar un Sistema Integral de Gestión y Trazabilidad de Comunicaciones Jurídicas.	Con base en la información y las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno verificó que el proceso presentó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, según Acta No. 04 del 29 de abril de 2026, la actualización versión 04 del Manual de Atención de PQRSD, la cual fue aprobada. Así mismo, mediante la Resolución No. DIR26000386 se adoptó la actualización del referido manual. . En consecuencia, la Oficina de Control Interno determina que la acción de mejora presenta un cumplimiento del 100% de la acción de mejora, .

algunos oficios (por ejemplo, citación a notificación de la Resolución No. 953, con fechas divergentes entre el documento y el sello de recibido), así como la falta de trazabilidad sobre la remisión interna y custodia de la documentación remitida por el ente de control.		

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Monitoreo y seguimiento de planes de mejora**

   Se insta a los responsables de cada proceso a realizar monitoreo y seguimiento continuo de las metas y acciones incluidas en los planes de mejoramiento derivados de auditorías, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos de la entidad. La falta de seguimiento podría generar retrasos en la implementación de acciones correctivas y la persistencia de riesgos asociados.

2. **Estructuración de los planes de mejoramiento**

   Se observa una adecuada estructuración de los planes de mejoramiento formulados, incluyendo acciones claras y responsables definidos para subsanar los hallazgos identificados. Esto evidencia un enfoque organizado y sistemático en la gestión de la mejora continua.

3. **Monitoreo periódico y prevención de recurrencia**

   Se recomienda mantener un seguimiento periódico de las acciones implementadas para garantizar su efectividad y evitar la recurrencia de las causas que originaron los hallazgos. Este monitoreo debe incluir indicadores de cumplimiento, evidencia documental y reportes regulares a la alta dirección.

4. **Gestión documental y evidencia de cumplimiento**

   Es necesario fortalecer la gestión documental de las acciones realizadas, garantizando que exista evidencia formal que respalde la ejecución de los planes de mejora, lo cual facilita la auditoría interna.

5. **Cultura de mejora continua**

   Fomentar la cultura de mejora continua y responsabilidad en todos los niveles de la entidad, promoviendo la participación activa del personal en la ejecución de los planes de mejora.

En conclusión, la Oficina de Control Interno evidencia un nivel de cumplimiento, con avances importantes y oportunidades de mejora en su implementación efectiva y en la calidad de las evidencias aportadas para el seguimiento.

(ORIGINAL FIRMADO)

_____

JOSE MIGUEL QUINTANA ZAPATA
Asesor de Control Interno

(ORIGINAL FIRMADO)
Proyecto: Marinela Reyes B