SALIDA | FECHA: 25/05/2026 | Nº REGISTRO: SDH-1330-2025-0254

CONSORCIO PERSEVERAR SDHT BARRIOS BGTA

Ingeniero
JOSÉ MANUEL BALLEN BUITRAGO
Representante Legal
CONSORCIO CONSTRUHABITAT 001
Calle 4 # 70ª - 21
consorcioconstruhabitat001@gmail.com

Referencia: REALIZAR LA INTERVENTORÍA INTEGRAL A LA FACTIBILIDAD, ESTUDIOS Y DISEÑOS DEFINITIVOS Y LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ESPACIO PÚBLICO, ENEL MARCO DE LA ESTRATEGIA REVITALIZA TU BARRIO, EN LOS POLÍGONOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE HÁBITAT. GRUPO 5"

Asunto: RESPUESTA AL COMUNICADO CCH001-SDHT-1269-2025-271 PLAN DE GERENCIA Y CALIDAD

Respetado Ingeniero

Por medio del presente la Interventoría CONSORCIO PERSEVERAR SDHT BARRIOS BGTA con el número de contrato 1330–2025, una vez efectuada la revisión del Plan de Gerencia y del Plan de Calidad, remite las observaciones identificadas mediante el proceso de revisión tipo semáforo, con el fin de facilitar la atención y subsanación de manera ágil y prioritaria por parte del contratista.

La revisión se efectuó con base a los lineamientos establecidos en la guía PMBOK®, las normas NTC ISO 9001:2015 y NTC ISO 10005:2018, así como en los requisitos contractuales definidos en el proceso SDHT-LP-001-2025 y su Anexo Técnico.

Nivel	Descripción
CRÍTICO	No conformidad que puede generar incumplimiento contractual directo o compromete la ejecución técnica del proyecto. Requiere corrección inmediata.
ALTO	Deficiencia que afecta significativamente la operatividad del sistema de gestión o genera riesgo de observaciones formales de la SDHT. Debe corregirse en la siguiente versión.
MEDIO	Aspecto mejorable que, sin generar incumplimiento inmediato, reduce la eficiencia o robustez del sistema. Se recomienda corregir en el corto plazo.
BAJO	Observación de forma o redacción que no afecta el fondo técnico. Puede corregirse en una actualización de mantenimiento.

La revisión técnica de los documentos evidencia avances significativos con relación a la versión inicial (V0, febrero 2026): se incorporaron el PIE detallado, las matrices MAIA e IPER, la gestión documental ISO 9001:2015, el cronograma de Fase 2, la ruta crítica, la curva S y la Matriz Poder/Interés. Estos ajustes responden satisfactoriamente a las observaciones formuladas por la interventoría en la versión 1.

No obstante, la revisión identificó 15 observaciones en el Plan de Gerencia y 15 observaciones en el Plan de Calidad las cuales se mencionan a continuación:

Nivel de Impacto	Plan de Gerencia	Plan de Calidad
CRÍTICO	0	1
ALTO	6	7
MEDIO	9	7
BAJO	0	0
TOTAL	**15**	**15**

La observación más crítica identificada corresponde a la ausencia de laboratorios acreditados propuestos en el PIE del Plan de Calidad (OC-10), en un momento en que la Fase 2 ya está en ejecución y se requieren ensayos geotécnicos activos. Las observaciones de mayor recurrencia afectan la coherencia interna (numeración, versiones) y la depuración de contenido heredado de plantillas anteriores o de otros grupos de contratación.

OBSERVACIONES PLAN DE GERENCIA

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
01	**Referencia metodológica PMBOK**	El PG declara basarse en el PMBOK® 6ª Edición, metodología cuya edición vigente es la 7ª (2021). La 6ª edición sigue siendo técnicamente válida, pero no es la de referencia actual del PMI. Adicionalmente, la aplicación práctica de las áreas de conocimiento refleja un uso superficial: se enuncian las herramientas (valor ganado, ruta crítica, EVM) pero no se demuestran integraciones reales entre ellas ni análisis de interdependencias.	Actualizar la referencia metodológica al PMBOK 7ª Ed. o justificar explícitamente la elección de la 6ª Ed. Complementar con el Practice Standard for Earned Value Management del PMI. Demostrar la integración funcional EVM–ESM–LPS con ejemplos numéricos de línea base.	**MEDIO**
02	**Portada y codificación inconsistente**	La portada y encabezados del documento muestran un código residual 'A1-PL-01' (que corresponde a documentos de un sistema de gestión anterior), inconsistente con el código contractual CCH001-SDHT-1269-2025. Además, el encabezado de la primera página muestra 'PLAN DE CALIDAD' en lugar de 'PLAN DE GERENCIA'. Las páginas del documento aún muestran leyendas como 'Página 64 de 65' y 'Página 1 de 2' mezcladas, evidenciando problemas estructurales heredados de plantillas antiguas.	Corregir la portada y todos los encabezados para que reflejen el código CCH001-SDHT-1269-PG-2026-001. Eliminar cualquier referencia al código A1-PL-01 y a PLAN DE CALIDAD en el Plan de Gerencia. Unificar la numeración de páginas.	**ALTO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
03	**Acta de constitución incompleta**	El acta de constitución (Tabla 9) no identifica al patrocinador con cargo y nombre formal del funcionario autorizado dentro de la SDHT; señala solo 'Subsecretaría de Coordinación Operativa'. No incluye presupuesto de contingencia asignado al proyecto, restricciones y supuestos formales, ni lista de riesgos de alto nivel. La autoridad del Director de Proyecto tampoco está formalmente delimitada en materia de aprobaciones presupuestales.	Completar el acta con: nombre y cargo del patrocinador autorizado (funcionario SDHT específico), restricciones y supuestos, resumen de riesgos identificados al inicio, y límites claros de autoridad del Director en decisiones presupuestales (monto máximo sin escalamiento).	**MEDIO**
04	**Gestión del alcance sin declaración formal de exclusiones**	El Plan de Gestión del Alcance no incluye una declaración formal de exclusiones del alcance del proyecto en el cuerpo del PG. El documento remite para este efecto a la sección 2.4.3 del Plan de Calidad, lo que implica dependencia entre documentos y puede generar confusión en la interventoría al revisar el PG de forma independiente. Las exclusiones deben estar autocontenidas en el propio PG.	Incluir en la sección de gestión del alcance del PG una tabla de exclusiones formales del proyecto, aun cuando sea un resumen remisorio al PC. El PG debe ser funcional como documento autónomo.	**MEDIO**
05	**Matriz de interesados: incoherencia de clasificación de poder**	La Tabla 10 clasifica a la EAAB, SDA, SDM, IDU e IDRD como interesados de 'Bajo poder' a pesar de que son autoridades regulatorias con capacidad de vetar, paralizar o condicionar componentes críticos del diseño (permiso de ocupación de cauce Río Fucha, aprobación SUDS, aprobación PMT, recibo final parque). Esta clasificación subestima el riesgo de relacionamiento con estas entidades. Igualmente, la Alcaldía Local se clasifica como 'Medio poder / Medio interés' cuando tiene incidencia directa sobre los CIV no reservados.	Revisar la clasificación de poder para las entidades regulatorias. Las entidades con capacidad de veto técnico o de bloqueo de trámites deben clasificarse como ALTO PODER / ALTO INTERÉS y recibir la estrategia 'Gestionar de cerca'. Actualizar la Matriz Poder/Interés.	**ALTO**
06	**Población beneficiada: tablas descontextualizadas**	La sección de 'Población beneficiada' (Tablas 11 y 23) lista los 13 polígonos de revitalización del programa completo SDHT (todos los	Restringir las tablas de población beneficiada exclusivamente a la localidad de Kennedy, Polígonos 8 y 9. Eliminar referencias a otras localidades y a	**ALTO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
		grupos), cuando el Contrato 1269-2025 solo corresponde al Grupo 5 (Kennedy). La narrativa que acompaña las tablas hace referencia a 'malla vial rural', conservación vial, y localidades de Usaquén, Suba, Chapinero y Ciudad Bolívar, que no son objeto del contrato. Esto refleja que el Plan fue adaptado desde una plantilla genérica sin suficiente depuración.	conservación/mantenimiento vial. La narrativa de justificación debe corresponder únicamente al alcance del Grupo 5.	
07	**Plan de gestión del cronograma: cronograma de Etapa 2 ausente**	El cronograma detallado presentado en la sección 6.1 y en la tabla final del documento contempla únicamente la Etapa 1 (Factibilidad, Estudios y Diseños, Aprobaciones). La Etapa 2 (Construcción, 13 meses) no tiene cronograma de hitos ni paquetes de trabajo desarrollados, más allá de una mención genérica. El contrato tiene un plazo total de 21 meses y la Etapa 2 representa el 62% del plazo.	Elaborar y presentar la línea base de hitos de la Etapa 2 con los paquetes de trabajo principales (preliminares, demoliciones, estructura de pavimento, redes, SUDS, paisajismo, iluminación, entrega) por frente de obra (Floresta Sur y Parque Kennedy SM16), aun a nivel de hitos en la fase actual.	**ALTO**
08	**Plan de gestión de costos: inconsistencia en plazo del contrato**	La Tabla 18 (Valor Grupo de Contratación) indica un plazo de 23 meses para el proceso general, mientras que el contrato específico (1269-2025, Grupo 5) tiene un plazo de 21 meses según el Acta de Inicio y todos los demás documentos del PG y el PC. Esta inconsistencia no ha sido corregida y corresponde a un copypaste de la tabla general del pliego sin depuración.	Corregir la Tabla 18 para reflejar el plazo específico del Grupo 5: 21 meses (Etapa 1: 8 meses, Etapa 2: 13 meses). Citar únicamente los valores del Grupo 5, no el presupuesto global de los 6 grupos.	**MEDIO**
09	**Gestión de calidad: dependencia exclusiva del Plan de Calidad**	La sección 6.6 (Plan de gestión de la calidad) del PG remite íntegramente al Plan de Calidad y no desarrolla los elementos propios de un Plan de Gestión de la Calidad desde la perspectiva del PMBOK: métricas de calidad del proyecto (no del producto), línea base de calidad, plan de mejoras al proceso. El PG debe tener su propio componente de calidad gerencial, aunque se soporte en el PC para calidad técnica.	Desarrollar en el PG, de forma propia, las métricas de calidad del proyecto (número de reprogramaciones, cumplimiento de comités, satisfacción de interesados) y la línea base de calidad gerencial, diferenciándola claramente del control de calidad técnica contenido en el PC.	**MEDIO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
10	**Gestión de adquisiciones: referencias normativas incorrectas**	La sección 6.10 y el texto del procedimiento de adquisiciones hacen referencia a normas IDU (ET-IC-01, Resolución 6004 de 2022) como normas de adquisición para el contratista, cuando el contrato es con la SDHT. El IDU no es entidad contratante. La referencia a 'Norma INV-13 o IDU ET-IC-01' para verificación de materiales, y la mención del IDU como entidad que 'se encuentra totalmente autorizada para efectuar controles', son incorrectas en el contexto del Contrato 1269-2025.	Depurar todas las referencias al IDU como entidad contratante o autoridad de adquisiciones. Las referencias técnicas al IDU ET-IC-01 son válidas solo como norma técnica de referencia, pero no como norma contractual. La entidad que autoriza controles es la SDHT a través de la Interventoría.	**ALTO**
11	**Plan de gestión de recursos: directorio telefónico incompleto**	La Tabla 3 (Directorio del proyecto) lista a todos los especialistas con el mismo número de teléfono: 313 3791457, lo que evidencia que el directorio no fue actualizado con los números reales de cada profesional. Adicionalmente, el especialista en redes eléctricas listado en el Directorio (Carlos Andrés Ruiz Hernández) difiere del aprobado por la Interventoría (Andrés Felipe Jiménez Villamil, CC 1.014.239.649), según el Plan de Calidad.	Actualizar el directorio con los números de contacto reales de cada profesional. Corregir el nombre del Especialista en Redes Eléctricas para que coincida con el personal aprobado por la Interventoría según Oficio SDH-1330-2025-0095.	**ALTO**
12	**Plan de gestión del cambio: enfoque filosófico inadecuado**	La sección 6.13 del PG desarrolla el plan de gestión de cambios desde una perspectiva de 'cambio cultural organizacional' (gestión del cambio empresarial), sin hacer referencia al procedimiento concreto de control de cambios contractuales del proyecto. El contenido resulta teórico y no operativo para el contrato. El procedimiento formal (5 pasos) aparece fragmentado en la sección de gestión del alcance en lugar del capítulo de cambios.	Reescribir la sección de gestión de cambios con foco en el control de cambios contractuales: umbrales de aprobación, formatos de solicitud de cambio, integración con las líneas base de alcance/costo/cronograma, y flujo de aprobación Contratista → Interventoría → SDHT. El contenido actual de transformación organizacional puede eliminarse.	**MEDIO**
13	**Ausencia de Plan de Gestión de la Configuración funcional**	La sección 6.14 define la gestión de la configuración de forma teórica pero no presenta ningún sistema operativo de control de versiones de documentos técnicos, planos o	Desarrollar el plan de gestión de la configuración con: tabla de líneas base de documentos (alcance, cronograma, costo, diseño), nomenclatura de versiones (Rev.0, Rev.1...), protocolo de cambios de ingeniería, y sistema de	**ALTO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
		modelos BIM. No hay nomenclatura de versiones, protocolos de aprobación de cambios en diseño, ni registro de líneas base. La ilustración referenciada ('Manejo de la información') no está incluida en el documento.	control de planos vinculado al CDE BIM. La ilustración faltante debe incorporarse.	
14	**Indicadores de gestión sin línea base de medición**	Los indicadores de gestión social (sección 5.10) y los indicadores de seguimiento de estudios/diseños (sección 6.6.8) no presentan valores de referencia inicial (línea base) contra los cuales medir la evolución. Los indicadores de avance de entregables de diseño, conformidad BIM y comunicaciones respondidas a tiempo carecen de denominadores definidos para el período actual (Fase 2).	Definir para cada indicador: el valor de línea base al inicio del período, la fórmula de cálculo con denominador explícito para la fase vigente (Fase 2), y el responsable de medición y reporte. Los indicadores deben ser medibles con los datos disponibles en la Fase 2.	**MEDIO**
15	**Punto de Atención a la Ciudadanía: horario insuficiente en Etapa 1**	La Tabla 4 muestra que el PAC opera solo martes y sábados de 8:00 a 12:00 (8 horas semanales). El Apéndice 15 del contrato exige mínimo 8 horas semanales para Etapa 1, lo cual se cumple. Sin embargo, el horario publicado (solo 2 días, 4 horas cada uno) no garantiza accesibilidad para toda la comunidad y no cubre horarios vespertinos ni laborales estándar. Para Etapa 2 el mínimo contractual es 20 horas semanales y el plan no anticipa el ajuste necesario.	Ajustar el horario del PAC para distribuir las 8 horas semanales de Etapa 1 en al menos 3 días, incluyendo un día en horario vespertino (tarde). Documentar el plan de ampliación del PAC a 20 horas semanales para la transición a Etapa 2.	**MEDIO**

OBSERVACIONES PLAN DE CALIDAD

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
01	**Control de versiones: inconsistencia interna**	La tabla de control de cambios registra cuatro versiones (V0, V1, V3 y V4), omitiendo la V2. La identificación del documento en la primera página indica 'Versión 01' pero el historial llega hasta V4 (mayo 2026). El título del documento dice 'Plan de Calidad V01' pero el control de versiones muestra V4 como la más reciente. Esta inconsistencia numérica impide identificar con certeza cuál es la versión formalmente vigente y genera problemas de trazabilidad	Unificar la versión del documento en todos sus campos (portada, encabezado, código, tabla de control): si la versión actual es la V4, todos los campos deben decir V04. Aclarar si existió una V2 o si fue omitida por error. Emitir la versión con un único	**ALTO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
		documental exigidos por ISO 9001:2015 numeral 7.5.2.	número coherente y aprobado formalmente.	
02	**Numeración de secciones duplicada**	El documento presenta dos secciones numeradas como '12': la primera es 'MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (IPER)' y la segunda es 'GESTIÓN DOCUMENTAL'. Esta duplicación de numeración viola la estructura lógica del documento y aparece también en la Tabla de Contenido, lo que evidencia un error de estructuración no corregido desde versiones anteriores. La numeración salta de la sección 13 (INDICADORES HSEQ) a la sección 12 (GESTIÓN DOCUMENTAL), lo que es incoherente.	Renumerar todas las secciones del documento de forma secuencial y lógica. La gestión documental debe tomar el número que le corresponde cronológicamente (sección 14 o el que resulte de la reorganización). Actualizar la Tabla de Contenido.	**ALTO**
03	**PIE Fase 2: criterios de aceptación insuficientes para estudios geotécnicos**	El Plan de Inspección y Ensayos para Fase 2 (estudios y diseños) establece para los sondeos SPT el criterio 'Conforme a normas INVIAS INV E-111 a E-128; informe aprobado por Interventoría'. Este criterio es procedimental pero no técnico: no define el número mínimo de sondeos por hectárea o por frente de obra, la profundidad mínima de exploración, ni los parámetros mínimos de capacidad portante requeridos para los diseños de pavimento y estructuras de espacio público. Para un contrato de espacio público con SUDS, la exploración geotécnica es crítica.	Complementar el PIE de Fase 2 con criterios técnicos cuantitativos para estudios geotécnicos: densidad mínima de sondeos (número por área), profundidad mínima según tipo de estructura, parámetros mínimos de resistencia al corte y capacidad portante, y nivel de detalle de la clasificación USCS/AASHTO requerida para diseño de pavimentos.	**ALTO**
04	**Política de calidad: no está firmada**	La política de calidad integrada (sección 5.1) se presenta como texto de compromiso pero no incluye firma ni rúbrica del Representante Legal, ni fecha de declaración formal. ISO 9001:2015 numeral 5.2.1 exige que la política sea comunicada, entendida y disponible, lo cual implica que debe estar formalmente adoptada mediante una declaración con respaldo directivo. Una política sin firma es un texto sin validez formal.	Incorporar al final de la política de calidad la firma, nombre, cargo y fecha del Representante Legal como declaración de adopción formal. Adjuntar adicionalmente el documento de política como anexo independiente con membrete y firma original para su divulgación al personal.	**MEDIO**
05	**Indicadores de calidad: objetivo N°2 (CPI ≥ 0.98) incompatible con Etapa 1**	El objetivo de calidad N°2 establece 'CPI ≥ 0,98' para mantener el control presupuestal. El CPI (Cost Performance Index) de la metodología EVM requiere un costo real (AC) y un valor ganado (EV) para calcularse. En la Etapa 1 el contrato es a precio global fijo, no a precio unitario, por lo que la medición del CPI no opera de la misma manera que en obra. No se define cómo se calculará el AC en Etapa 1 (honorarios mensuales vs. productos entregados), generando un indicador inaplicable tal como está formulado.	Adaptar el cálculo del CPI para Etapa 1 a partir del presupuesto desglosado por componente (Tabla 20 del PG) y el avance de entregables aprobados. Definir explícitamente la metodología de medición del AC en la Etapa 1 diferenciándola de la Etapa 2.	**MEDIO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
06	**Mapa de procesos: no identifica procesos de medición ni análisis**	El mapa de procesos (Tabla 20) organiza los procesos en estratégicos, misionales y de apoyo conforme al enfoque ISO 9001:2015, pero omite los procesos de medición, análisis y mejora (numeral 9 de la norma), incluyendo control del desempeño, auditorías internas y análisis de datos. Estos son procesos transversales que deben estar explícitamente representados en el mapa para que el sistema sea completo.	Agregar al mapa de procesos una cuarta categoría o incorporar en los procesos estratégicos los siguientes: control del desempeño (indicadores, EVM), auditoría interna, análisis de datos y revisión por la dirección. El mapa debe reflejar el ciclo PHVA completo.	**MEDIO**
07	**Organigrama: no incluye líneas de comunicación con la Interventoría y SDHT**	El organigrama del proyecto (Tablas 22 y 23) muestra únicamente la estructura interna del Consorcio. No incluye las líneas formales de comunicación e interacción con la Interventoría y la SDHT, que son partes críticas del sistema de gestión del contrato. ISO 9001:2015 y los requisitos del Apéndice 01 exigen que las interfaces con el cliente y el supervisor sean claramente definidas en la estructura del proyecto.	Ampliar el organigrama para incluir: (a) las entidades externas (Interventoría y SDHT) con sus interlocutores designados; (b) las líneas de comunicación formal entre el Director de Consultoría y el Director de Interventoría; (c) el canal de escalamiento al Supervisor SDHT.	**MEDIO**
08	**Matriz RACI: sin definición de los niveles de escalamiento**	La Matriz RACI (Tabla 27) asigna roles R/A/C/I pero no establece los tiempos máximos para la toma de decisiones ni los criterios de escalamiento entre niveles. Por ejemplo, para 'Modificaciones contractuales' el Aprobador es el Representante Legal y la Interventoría, pero no hay un tiempo máximo para que cada uno emita su pronunciamiento. La RACI sin tiempos de respuesta genera cuellos de botella no gestionables.	Incorporar en la Matriz RACI una columna de 'Tiempo máximo de respuesta' para las actividades que requieran aprobación (A). Los tiempos deben ser consistentes con los ANS del Apéndice 16 del contrato.	**MEDIO**
09	**PIE Etapa 2: frecuencias de concreto insuficientes para espacio público**	El PIE para concreto estructural establece '4 cilindros por cada 50 m³ o jornada'. Para losas de pavimento de espacio público (MR-45) se indica '4 viguetas por cada 75 m³ o cada jornada'. Dado que el área total del proyecto es de 12.166 m² con espesores de losa de concreto típicamente entre 15 y 20 cm, el volumen total de concreto en Etapa 2 podría alcanzar 1.800 a 2.400 m³. La frecuencia de muestreo no establece un mínimo por frente de obra ni un mínimo absoluto por día independientemente del volumen, lo que puede resultar en muestras insuficientes para obras de corto plazo.	Agregar la condición: 'como mínimo 1 juego de muestras por día de colada, independientemente del volumen colado'. Para obras de espacio público es buena práctica muestrear cada inicio de nuevo suministro del proveedor. Adicionalmente, incluir el criterio de regularidad estadística mediante el método de promedio móvil de 3 muestras consecutivas.	**MEDIO**
10	**Laboratorios acreditados: tabla sin contenido**	La Tabla 32 (PIE Normas/Acreditación Laboratorios) tiene la celda principal con el texto 'Laboratorios propuestos serán seleccionados en Fase 3 de Etapa 1', lo que significa que en la versión V01 del Plan de Calidad no se propone ningún laboratorio. Esto es incompatible con el alcance actual (Fase 2 vigente) en la que ya se están ejecutando	Proponer al menos los laboratorios candidatos para los ensayos de Fase 2 (geotecnia, pavimentos) con su acreditación ONAC vigente y el alcance de ensayos cubierto. Para Fase 2 que está en	**CRÍTICO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
		sondeos SPT y ensayos de suelos. El plan exige que los laboratorios sean independientes del proveedor y acreditados ONAC/ICONTEC, pero sin nominar uno solo.	ejecución, la ausencia de laboratorios propuestos constituye un incumplimiento del PIE.	
11	**Canal oficial de comunicación: correo Gmail como canal corporativo**	El Plan de Calidad formaliza consorcioconstruhabitat001@gmail.com como canal oficial único y argumenta que 'la observación de la Interventoría fue formulada como recomendación, no como exigencia'. Sin embargo, el uso de una cuenta Gmail gratuita como canal oficial de un contrato de más de 16 mil millones de pesos presenta riesgos concretos: (a) términos de servicio de Google pueden cambiar sin aviso, (b) no hay garantía de continuidad del servicio, (c) la cuenta puede ser bloqueada por actividad inusual, (d) no tiene dominio propio que acredite formalmente al consorcio, y (e) la trazabilidad documental puede verse comprometida si se pierde acceso. El protocolo descrito en la sección 13 intenta mitigar estos riesgos pero no los elimina.	Aunque la observación de la Interventoría fue formulada como recomendación, se reitera técnicamente la conveniencia de implementar un correo corporativo (dominio propio). Como mínimo, el protocolo de respaldo del correo debe incluir exportación mensual completa del buzón como evidencia documental permanente, con custodia del Representante Legal.	**ALTO**
12	**Gestión documental: nivel de backup insuficiente para modelos BIM**	El protocolo de backup (Tabla 53) establece un snapshot de modelos BIM semanal en el CDE BIM (Nivel 4). Sin embargo, los modelos BIM IFC/RVT pueden superar fácilmente los 500 MB a 2 GB para un proyecto de esta escala, y el CDE BIM indicado no está especificado (qué plataforma, Autodesk BIM 360, BIMcloud, u otra). Adicionalmente, no se define si el CDE BIM cuenta con acceso de la Interventoría y de la SDHT, como lo exige la NTC ISO 19650.	Especificar la plataforma CDE BIM (nombre, licencia, URL de acceso). Confirmar que la Interventoría y la SDHT tienen acceso de lectura al CDE. Definir la frecuencia de backup de modelos en función de los hitos de entrega, no solo semanal. Incluir los estados de información NTC ISO 19650 (WIP, Shared, Published, Archived) en el protocolo.	**ALTO**
13	**Control de producto no conforme: ausencia de estadísticas históricas**	El procedimiento de PNC (sección 15) establece que los PNC se reportan mensualmente en el Informe Mensual con 'tendencia decreciente' como meta. Sin embargo, dado que el Plan es la V01, no hay datos históricos de PNC de la Fase 1 para establecer una línea base de tendencia. El indicador resulta inaplicable sin punto de referencia. Adicionalmente, el plazo de 3 días hábiles para el análisis de causa raíz en PNC es insuficiente para no conformidades de diseño que pueden requerir análisis multidisciplinarios.	Establecer como línea base de PNC el período de la Fase 1 (si existen registros) o fijar como meta absoluta el número máximo de PNC aceptable por componente de diseño en Fase 2. Para PNC de diseño con impacto técnico significativo, ampliar el plazo de análisis a 5 días hábiles.	**MEDIO**
14	**Programa de auditorías internas: sin cronograma formal para Etapa 1**	La sección 16.1 define el programa de auditorías, pero indica 'Semestral' para las auditorías generales del SGC. Para la Etapa 1 (duración total 8 meses), una auditoría semestral implica solo una auditoría en toda la etapa, lo cual es insuficiente para un sistema de gestión que está siendo implementado por	Incrementar la frecuencia de auditorías en Etapa 1 a trimestral, dado que el sistema es nuevo. Incluir en el programa de auditorías un cronograma con fechas estimadas para las	**MEDIO**

#	Aspecto	Observación Técnica	Recomendación / Corrección	Impacto
		primera vez en el contrato. El numeral 9.2 de ISO 9001:2015 exige que la frecuencia de auditorías considere la 'importancia de los procesos' y los 'resultados de auditorías previas'.	próximas auditorías, alcance y responsable auditor específico.	
15	**Mejora continua: sección 17.5 (Cierre y continuidad) incompleta**	La sección 17.5 indica que el Plan 'será actualizado en cada cambio de fase o etapa contractual... y al menos una vez'. La frase 'al menos una vez' es ambigua y no establece un compromiso claro de actualización periódica. Adicionalmente, no hay un procedimiento de lecciones aprendidas estructurado con formato de registro y mecanismo de transferencia al sistema corporativo del Consorcio.	Reemplazar 'al menos una vez' por 'al menos una vez por fase contractual o cuando se produzcan cambios normativos o contractuales'. Incorporar un procedimiento de lecciones aprendidas con: formato de registro, periodicidad de captura (al cierre de cada hito), responsable de consolidación y mecanismo de integración al banco de lecciones aprendidas del Consorcio.	**MEDIO**

Se solicita realizar la revisión y subsanación de las observaciones señaladas en el documento adjunto, con el fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos contractuales y técnicos aplicables al proyecto. Agradecemos remitir la versión ajustada de los documentos para la correspondiente validación por parte de la Interventoría.

Atentamente,



Guiovani Mejia Ria¶o
He revisado este documento
2026-05-25 09:19-10:00

ARQ. GUIOVANI MEJÍA RIAÑO
Director Interventoría
CONSORCIO PERSEVERAR SDHT BARRIOS BGTA

Anexos: *N/A*
Elaboró: *Ing. Juan David Garzon – Director Tecnico*
Reviso: *Ing. Laura Angulo – Coordinadora de interventoría.*
Aprobó: *Arq. Guiovani Mejia Riaño – Director de Interventoría.*
Cc: *Ing. Alejandro Pulido – Apoyo a la Supervisión Secretaría de Hábitat.*