

INFORME AUDITORIA INTERNA – OFICINA DE CONTROL INTERNO

Proceso	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA					
Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 1 de 8

Tipo de Auditoria	Presencial (X)	Remota ()
Fecha informe (27/06/2019)		
Auditoria Interna (marcar con x)	Programada (x)	Especial ()
Proceso auditado / Tema	Gestión Documental "GD"	
Líder del proceso auditado	Secretaría General – Jaime Escobar Velez	

1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

Fecha reunión de apertura:	17/06/2019	Vigencia auditada:	2018/2019
Líder del Equipo Auditor:	Pedro Elías Arenas Arenas		
Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)	Esmeralda Yáñez Illera, Profesional Especializada, María Antibelly Pulgarín Restrepo, Profesional universitario, Irina Stella Mosquera Orrego, Profesional universitario, Pedro Elías Arenas, Profesional Especializado.		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre		Dependencia
	Jaime Escobar Vélez		Secretario General
	Gloria María Dávila Vinueza		Directora de Recursos Físicos
	Oscar Hernán Serrato González		Profesional Especializado, recursos físicos

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA

- 2.1. Objetivo: Verificar el cumplimiento del objetivo del proceso en concordancia con los objetivos institucionales y el desarrollo del ciclo Planear, Hacer, Verificar, Actuar –PHVA- de acuerdo con la normatividad aplicable, el Sistema de Gestión y la Norma ISO 9001:2015.
- 2.2. Alcance: La auditoría interna involucra el análisis de las evidencias de la gestión del proceso durante el segundo semestre de 2018, y el primer trimestre de la vigencia 2019.
- 2.3. Criterios: Requisitos generales (CLIO) Clientes, Legales normatividad vigente, Iso de la norma ISO 9001:2015, y de la Organización, internos establecidos en la caracterización del proceso de GD, Sistema de Gestión de Calidad, proceso y procedimientos de GD.

3. ASPECTOS EVALUADOS EN LA AUDITORIA INTERNA

Aspecto	SI	PARCIAL	NO
3.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento (Unificado con todas las fuentes de información, según el procedimiento de EV.130.P10.P).	SI		
3.2. Gestión frente al mapa de riesgos del proceso (incluidos los riesgos de corrupción).	SI		
3.3. Gestión frente a la medición de indicadores	SI		
3.4. Gestión frente al POA del proceso	SI		
3.5. Gestión frente a los informes externos de responsabilidad del proceso. (Según Agenda de Informes Externos de la AGR, elaborada por la OCI y actualizada por los responsables)	SI		

4. RESULTADOS DETALLADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

4.1 Fortalezas

Buena disposición del equipo de servidores que atendieron y suministraron la información requerida en desarrollo de la auditoría.

4.2 No Conformidades

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
1	<p>Metodología Organización de archivos GD.233.P02 v 3.5 /2019</p> <p>Actualización tabla de retención documental TRD: GD.233.P05.P</p> <p>233 Serie 13 Administración de sedes</p> <p>233 serie 53 Avalúos predios</p> <p>4.4.2 En la medida que sea necesario, la organización debe:</p> <p>a) Mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos.</p> <p>b) Conservar la información documentada para tener la confianza que los procesos se realizan según lo planificado.</p> <p>7.5 Información documentada</p>	<p>Unidades Documentales sin evidencia de su ubicación. No se encuentran en la Dirección de Recursos Físicos las unidades documentales identificadas en la TRD de las siguientes series y sub series:</p> <p>233 Serie 13 Administración de sedes</p> <p>233 serie 53 Avalúos predios</p> <p>Se informa por parte de la Dirección de Recursos Físicos que el manejo de esta documentación sobre administración de las sedes de la Entidad, la realiza la Oficina Jurídica, pero cotejado en la TRD vigente GD.233.P05.A.01, la dependencia 110 (Oficina Jurídica) no cuenta con una serie o sub serie para administración de sedes, ni avalúos de predios.</p> <p>Se observa que las unidades documentales del parque automotor se manejan directamente en el archivo central, a saber:</p> <p>233 serie 25 parque automotor</p> <p>233.25.1 OCK-227 31 folios (de 2012 hasta 2018)</p> <p>233.25.1 OCK-226 23 folios (de 2012 hasta 2018)</p> <p>233.25.1 OCK-229 (228) 31 folios (de 2012 hasta 2018)</p> <p>233.25.1 OCK-229 38 folios (de 2012 hasta 2018)</p> <p>233.25.1 OCK-230 20 folios (de 2012 hasta 2018)</p> <p>233.25.1 OBH-499 92 folios (de 2012 hasta 2018)</p> <p>233.25.1 OBI-797 32 folios (de 2010 hasta 2018)</p>

185

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
2	<p>Metodología para administración de riesgos DAFP 2018</p> <p>6.1. Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades. (P,H)</p>	<p>Falta aplicación de la metodología para la administración de riesgos del DAFP. Se evidenció que falta diligenciar en el aplicativo POAS Manager, en el módulo para Administración de riesgos, la pestaña de contexto estratégico del proceso de gestión documental.</p> <p>Las acciones o controles establecidos carecen de la aplicación de la metodología de administración de riesgos DAFP para el diseño adecuado de controles:</p> <p>Establecer como control, por ej.: un memo, una circular, un manual, un procedimiento, por sí solos, no se constituye en un control efectivo.</p> <p>Tener en cuenta lo establecido en la metodología de administración de riesgos DAFP 2018, para el diseño adecuado de controles. 6 pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Debe tener definido el responsable de realizar la actividad de control. 2. Debe tener una periodicidad definida para su ejecución. 3. Debe indicar cuál es el propósito del control. 4. Debe establecer el cómo se realiza la actividad del control. 5. Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control. 6. Debe dejar evidencia de la ejecución del control.
3	<p>7.1.3. Infraestructura</p>	<p>Espacios inapropiados en el archivo central. Se observan en los pasillos y rincones del archivo central, cajas que contienen transferencias e informes por digitalizar, y arrumes de libros o lo que se está estructurando como la biblioteca institucional, en espacios no predestinados para tal finalidad.</p>

Versión 3.2 - Acta 03 de la Comisión de Seguimiento

Handwritten mark

Handwritten signature

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
4	<p>Procedimiento GD.120.P10.P Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros.</p> <p>Procedimiento GD.233.P01.P Manejo de correspondencia institucional</p> <p>Procedimiento GD.233.P02.P Metodología para la organización de archivos</p> <p>Procedimiento GD.233.P03.P Transferencias documentales al archivo central</p>	<p>Deficiencias en el manejo de la gestión documental.</p> <p>ORFEO: El manual de Orfeo se encuentra desactualizado, se evidencia su última versión 1.1 del 23 de Junio de 2010. Con imagen institucional de 2010. Se evidenció que en la Dirección de Control Fiscal solo se utilizan para generar el radicado. No se utilizan las demás funcionalidades del Orfeo con los directivos.</p> <p>En uno de los equipos de la recepción: en el aplicativo Orfeo, se tiene disponible consultar el Manual desactualizado con la versión 3.6 de 2012. El aplicativo Orfeo es manejado o administrado por el área de las TIC. Solo se utiliza para la información de los indicadores de GD. No se aplica o utiliza para otros informes.</p> <p>En la Dirección de Control Fiscal se evidenció carpeta de correspondencia con documentación de la vigencia anterior, incumpliendo con el procedimiento de manejo de correspondencia. No se evidenció trazabilidad del memorando de solicitud de transferencias documentales. Se evidenció el manejo de correspondencia en carpetas AZ, elementos no especificados de acuerdo con la metodología, lo cual afecta el estado de preservación de los documentos.</p> <p>Incumplimiento en el uso de los formatos establecidos en el SGC. En la Dirección de Responsabilidad Fiscal no maneja el formato de control de correspondencia GD.233.P01.F11 establecido y por el contrario maneja un formato diferente que no hace parte del SGC de la AGR.</p> <p>Inadecuado manejo de correspondencia. En la Oficina de Planeación no existe una directriz concreta sobre la responsabilidad del manejo de recibo y entrega de correspondencia. No utilización del formato actualizado GD.233.P.01.F.11 Versión 1.1.-19/11/2015, al momento de la auditoría se evidenció que utilizan para dichas actividades una planilla sin referencia alguna.</p>
5	<p>Información documentada procedimiento GD.233.P02.P metodología para la organización de archivos</p> <p>GD.233.P03:P Transferencias Documentales al archivo central</p>	<p>Incumplimiento del procedimiento para la organización de archivos y transferencias documentales.</p> <p>No se evidenció el índice general de archivos. En las direcciones de Control Fiscal y Responsabilidad Fiscal, se evidenció el manejo de índices diferentes al establecido por la metodología de organización de archivos GD.233.P02.P.</p> <p>Se evidenció incumplimiento del plan de transferencias en las dependencias visitadas. En la dirección de Control Fiscal se evidenció transferencias enviadas con documentación de vigencias desde el 2012.</p> <p>No se evidenció el manejo de unidad documental en las auditorías de control fiscal, se evidenció el manejo de unidad por tema auditado, mas no por auditoría regular. 211.47.1 AUDITORIAS REGULARES.</p> <p>Incumplimiento de lo establecido para el manejo de archivo: se evidenció en la dirección de control fiscal, que se está generando copia de las Evaluaciones del Desempeño Laboral para cada funcionario, cuando esta unidad documental hace parte de la Historia laboral correspondiente al proceso TH.</p> <p>Se evidenció incumplimiento de procedimiento GD.233.P03:P de la Tabla de Retención Documental TRD en la Dirección de Responsabilidad Fiscal; frente a la TRD de la dependencia no se suministró carpeta física de las diferentes series</p>

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
	<p>Anexo 1 Organización de archivos GD.233.P02.A01</p> <p>Actualización tabla de retención documental TRD GD.233.P05.P</p> <p>7.5 Información documentada</p>	<p>solicitadas:</p> <p>211.46.3 INDAGACIONES PRELIMINARES, 211.46.5 PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS 211.46.6 PROCESOS DE JURISDICION COACTIVA</p> <p>Desorganización de la información. En la Oficina de Planeación los expedientes se encontraron sobre el escritorio. Expediente 120.5.1 En cuanto a derechos de petición SIA-ATC (expedientes conformados 15, del 01/07/2018 al 31/03/2019)</p> <p>En la Oficina de Planeación, Formato GD233.P03.F01-versión 3.3 19/11/2015 de transferencia documental con fecha 28 de junio de 2018, no tiene firmas, no tiene sello de recibo en la oficina de archivo, no existe memorando de remisión, información que fue corroborada con Archivo Central.</p> <p>En la oficina de Planeación no se evidenció la carpeta identificada, de acuerdo con el código de la serie y sub serie de la Tabla de Retención Documental, para las encuestas realizadas a los usuarios del SIA ATC 120.5.7 Encuesta de medición de la satisfacción del Usuario.</p> <p>Incumplimiento en la aplicación de la metodología para la organización de archivos.</p> <p>En la Oficina de Planeación, el paso 4 del procedimiento GD.233.P02.P, no se está llevando a cabo, no existen archivadores de la dependencia que contengan el índice en la parte frontal que identifiquen contenidos, porque no se están almacenando las carpetas del proceso según lo establecido en GD.233.P02.A01. Algunas carpetas las tienen en sus escritorios con los sellos que contienen los códigos de las series y sub-series documentales señaladas en la TRD. Como son:</p> <p>120.16.25 (Proyecto de presupuesto 2019-2020- Esta actividad está repetida en el TRD con el 120.34), 120.14.8 (Actas de Comité Coordinación institucional). 120.14.23 (Equipo Técnico MECI-calidad). Sin tipificación en la TRD en el formato GD.233.P04.F05 se procesan las Actas de la Dirección (que se están realizando para socializar en las dependencias lo tratado en los Comités Institucionales- directriz que fue impartida por el AGR, también en dicho formato plasman el seguimiento semanal del SIA-ATC, igual no hay tipificación en la TRD.</p>
6	<p>Actualización tabla de retención documental TRD GD.233.P05.P</p> <p>7.5 Información documentada</p>	<p>Manejo por establecer de la información electrónica.</p> <p>En la Oficina de Planeación, en la tipificación de las TI, ningún procedimiento tiene conformadas carpetas en físico, es decir en papel. Todo se encuentra sistematizado, lo que impide la consulta manual de revisión, a pesar de la disposición de los ingenieros encargados de la operación de los procedimientos en suministrar la información. Por lo anterior se observa la necesidad de actualizar la TRD, para determinar el tipo de soporte y el manejo en que se basará la información, ya sea en papel o en forma electrónica.</p>

4.3 Observaciones

[Handwritten signature]

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	<p>paso 5, GD.233.P03.P</p> <p>4.4.2 En la medida que sea necesario, la organización debe:</p> <p>a) Mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos.</p> <p>b) Conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.</p> <p>7.5 Información documentada</p> <p>8.1. Planificación y control Operacional</p>	<p>Incumplimiento del plan de transferencias.</p> <p>El cronograma transferencias 201823313573 de 15/04/2018 se evidencia cumplido parcialmente, no se cumple con la periodicidad anual, en algunas transferencias no hay evidencia del memorando del paso 5 del procedimiento GD.233.P03.P, y para la vigencia 2018 falta transferencia documental de la Dirección Financiera, sin solicitud de prórroga. Debilidades reiteradas relacionadas también en el informe de auditoría interna del procedimiento GD de la vigencia 2018, que están siendo objeto de plan de mejoramiento.</p> <p>Expedientes archivo central:</p> <p>233.52.4 (216 2 de 2, Bucaramanga) 52 folios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Folios 13 a 31 transferido en 2016, incluye documentación de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015. en 2017 no hay registro de transferencia Folios 32 a 52 transferido en 2018, Incluye documentación de 2014 a 2017. <p>233.52.4 (213 Medellín) 73 folios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Folios 71 a 73 transferido en 2018, incluye documentos de 2015 y 2016. <p>233.52.4 (210 Delegada) 182 folios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Folios 151 a 173 transferido en 2015, incluye documentos de 2012 a 2015. en 2016 no hay registro de transferencia. en 2017 no hay registro de transferencia. Folios 174 a 182 transferido en 2018, incluye documentos de 2015 a 2017. <p>233.52.4 (140 EE EE) 62 folios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Folios 57 a 62 transferido en 2018, incluye documentos de 2016. Sin memo de GD.233.P03.P paso 5, GD.233.P01.F02 <p>233.52.4 (120 Planeación) 74 folios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Folios 71 a 74 transferido en 2018, incluye documentos de 2016 (ok). Sin memo de paso 5, GD.233.P03.P <p>233.52.4 (231 D Financiera) con 166 folios. transferencias 231 (dirección financiera)</p> <ul style="list-style-type: none"> Último memo radicado 20132310012953 de 03/04/2013 por transferencia de la vigencia 2012 incluye documentos de 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012. No hay memorandos de transferencias 2013, ni 2014. No hay registro de transferencia 2015. No hay registro de transferencia 2018. En la TRD vigente tiene 31 items. En la transferencia documental de la vigencia 2012 se contaron 29 items a diferencia de la efectuada en 31/08/2017 que se observan solo 3 items de: caja menor 2015, PAC 2013 y Actas Comité PAC 2013. Para el 2017 no se utilizó formato FUI GD.233.P03:F01 versión 3.3 de 2015, desactualizado, sin logo, sin código. Para el 2018 estaba programada transferir del 22 al 26 de octubre /2018. No hay evidencia de transferencia ni solicitud de prórroga.

2	4.4. Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos 9.1. Seguimiento Medición, Análisis y Evaluación	Se observa en el acta del Comité de Archivo de junio 29/2018 el desarrollo de una agenda con bastantes temas, siete (7) metas del POA y otros propósitos como la biblioteca institucional y los proyectos de inversión, se plantea una próxima reunión a no más de cuatro (4) meses y sin embargo pasaron cerca de nueve (9) meses para que se volviera a reunir el comité el 20/03/2019.	187
3	Procedimiento GD.120.P10.P Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros del sistema de gestión, paso 1. Metodología identificada como GD.120.P10-A02, numeral 8, seguimiento y actualización. 7.5 Información documentada 7.5.2 Creación y actualización (a) y (b) de la norma NTC-ISO 9001:2015	<p>Desactualización normativa:</p> <p>En la caracterización del proceso de GD, no se incluyen como requisitos legales, entre otras, la Ley Estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Tampoco la Ley 1409 de 2010, por la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la Archivística, se dicta el Código de Ética y otras disposiciones. Ni la Ley 1185 de 2008, por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997 Ley General de Cultura y se dictan otras disposiciones. Ni el Decreto 612 de 2018, por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado. Al igual que se ignora el Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto único Reglamentario del sector función pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.</p> <p>En el marco legal del procedimiento GD.233.P06:P "Entrega de documentos por retiro o traslado de funcionario", se encuentra relacionado el "RF.120.P26.A01 Manual de Políticas de Seguridad Informática", que no fue posible encontrarlo en el Sistema Gestión de Calidad de la Entidad.</p> <p>Formato sin identificación: La Tabla de Retención Documental TRD suministrada carece de identificación documental del SGC: GD.233.P05.A.01 Versión 3.0 2017</p> <p>Error de digitación. En la base legal del procedimiento "GD.120.P10.P Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros del SGC", al relacionar la "Resolución 03 de 20018" (negrilla fuera de texto).</p>	
4	GD.233.P02.A01 Metodología para la organización de archivos	Frente a la custodia del archivo, existen diversas personas con la responsabilidad en la dirección de Responsabilidad Fiscal. Se recomienda definir claramente los responsables de la custodia y manejo del archivo en cada dependencia, de acuerdo con lo definido en la metodología.	
5	GD.233.120.14.8 Comité de Bajas	En la Oficina de Planeación, se evidencia que en la TRD aparece el formato GD.233.120.14.8 Comité de Bajas tipificado, y este corresponde al proceso de Recursos Físicos y Financieros.	
6	8.1 (P,A) Planificación y control Operacional	Falta trazabilidad para identificar, cómo se eliminó el riesgo? Ya que se obtuvo que: Riesgos identificados en Comité de archivo: 2018 = 1 2019 = 0	
7	9.1. Seguimiento Medición, Análisis y Evaluación	Se observa diferencias en la lectura de los diferentes reportes de los aplicativos. POAS Manager: POA, se observa cumplimiento del POA en el 100%. Tablero de control: indicadores: El reporte del aplicativo registra avances con semaforización en rojo: GD1 avance 50% GD3 avance 0%	

8	10. Mejora	Se observa una acción vencida sin registro de cumplimiento, en el reporte del aplicativo POAS Manager, módulo de plan de mejoramiento, que corresponde a la Observación 1 de Auditoría interna, ante la cual se propuso actualizar el procedimiento, para implementar formato para el adecuado control de las series y sub series documentales transferidas por las dependencias, para garantizar la correcta medición del indicador, con fecha inicial 14/01/2019 y fecha final 30/04/2019.
---	------------	--

5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

Se registra un cumplimiento del 100% del POA.

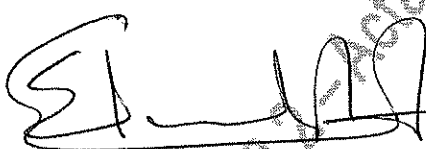




El Mapa de Riesgos y el Plan de mejoramiento del proceso GD. se monitorean, pero se observa falta de efectividad en los controles, ya que por ejemplo, se continúa materializando el riesgo 2.

Se recomienda revisar:

- ✓ Coherencia entre riesgo, causas, controles y acciones de control.
- ✓ Diseño de controles de acuerdo con la metodología DAFP.
- ✓ Coherencia entre hallazgo, causas, y acciones de mejora.

De igual manera se recomienda revisar el procedimiento "GD.233.P06.P Entrega de Documentos por retiro o traslado de funcionarios", para que se determinen los pasos que garanticen con claridad la responsabilidad del recibo en la dependencia, del puesto de trabajo con la respectiva transferencia del conocimiento, por parte del Director de cada dependencia afectada, que se debe diseñar teniendo en cuenta la Tabla de Retención Documental TRD, y la metodología para administración de riesgos DAFP 2018, ya que se evidencia un riesgo de control de posible pérdida de información y de conocimiento.

En la metodología de organización de archivos se debe establecer lo referido al manejo y custodia de archivos electrónicos en las dependencias.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores <small>(Si participa un Auditor junior especifique)</small>	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 PEDRO ELÍAS ARENAS ARENAS _____ NOMBRE	 MARÍA ANTIBELLY PULGARÍN R. Nombre y firma  IRINA STELLA MOSQUERA ORREGO Nombre y firma  ESMERALDA YAÑEZ ILLERA Nombre y firma	 DILY MARINA MESTRES ZABALA _____ NOMBRE