



# Función Pública



Informe de Auditoria Basada en Riesgos  
Proceso de Gestión Documental

Oficina de Control Interno  
Octubre de 2025

**Resumen Ejecutivo**

# **Informe de Auditoria Basada en Riesgos Proceso de Gestión Documental**

**Proceso a auditar: Gestión Documental**

**Informe Detallado: José Albeiro Rodríguez Ocampo**  
Secretario General

**Nauren callejas García**  
Coordinadora Grupo de Gestión Documental

**Julio Enrique Quintero Castellanos**  
Asesor Secretaria General

**Resumen Ejecutivo: Mariela Del Socorro Barragán Beltrán**  
Directora General

**Comité Directivo**

**Emitido por: Jorge Iván De Castro Barón**  
Jefe Oficina de Control Interno

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos del Proceso de Gestión Documental, con el propósito de retroalimentar a la Entidad con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la Entidad.

**Alcance:** La auditoría se llevará a cabo de manera presencial y virtual, mediante el uso de la herramienta Microsoft Teams para las entrevistas; para la revisión documental se consultará el servidor de carpetas compartidas “YAKSA”, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) y el Sistema de Gestión Institucional (SGI). El periodo de evaluación comprende del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024 y del 1° de enero al 30 de junio de 2025. Las evaluaciones se realizarán, teniendo en cuenta la documentación del proceso:



- Guía para la elaboración o actualización de documentos (versión 15 - enero 2025)
- Guía para la organización de archivos de gestión y transferencias documentales (versión 5 - enero 2025)
- Guía tutorial ORFEO (versión 6 – enero 2025)
- Guía Valoración Documental
- Lineamientos para la organización de documentos electrónicos. (versión 6 – enero 2025)
- Banco terminología Función Pública.
- Programa de documentos vitales o esenciales (versión 6 – enero 2025)
- Lineamientos para el uso de firma digital (versión 2 – enero 2025)
- Modelo de requisitos para documentos electrónicos (versión 4 – enero 2025)
- Plan Institucional de Archivos PINAR
- Programa de Gestión Documental (versión 7 – enero 2025)
- Programa de reprografía (versión 7 – enero 2025)
- Sistema integral de conservación (versión 4 – enero 2025)
- Políticas de operación Gestión documental ((versión 17 – enero 2025)
- Indicadores:
  - Oportunidad administración documental
  - Gestión del servicio
- Procedimiento Administración de Archivos
- Procedimiento Administración de Correspondencias

**Metodología:** Cada etapa de la auditoría basada en riesgos (entendimiento del procedimiento, evaluación del riesgo y de prueba de controles), será desarrollada así:

- Lectura de la documentación vigente
- Entrevistas con el personal que interviene en la gestión del proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría o Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría
- Pruebas de recorrido

### Limitaciones de la Auditoría:

**Interpretación de los resultados de la Auditoría:** Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.
	La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva.
<b>(R)</b>	Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos en las acciones de mejora a implementar.

Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016): Numeral 7. “Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

**Criterio:** Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto).

**Condición:** La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual)

**Causa:** La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales

**Efecto:** El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización.”

**Resultados del Trabajo**  
**Riesgos y Aspectos Evaluados**

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por quejas, demandas o sanciones debido al inadecuado manejo del sistema de gestión documental y desconocimiento de los lineamientos en la radicación	Alto	Si	Debilidades en la aplicación del control “El auxiliar de Gestión Documental, compara los datos de la comunicación y los registrados para el envío, con el propósito de solicitar la modificación en los datos que presentan inconsistencias.”		H 1.1.
			Inadecuada gestión del control “El auxiliar de Gestión Documental, verifica los datos de la petición, con el objetivo de identificar duplicidades y asociar a radicados antecedentes de la petición.”		H 1.2
			Debilidades en la definición y efectividad del control “El encargado de la dependencia verificar los tipos de solicitud requerida y termino de ANS con el propósito de solicitar modificación en el tipo de petición”		H 1.3.
			Debilidad en las evidencias del control “El sistema de gestión		H 1.4.


Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
			documental cada vez que se radica una petición, informa al remitente el número de radicado para la solicitud con el propósito de realizar seguimiento y control a la solicitud por parte del peticionario”		
			Debilidades en la aplicación del control “El técnico de Gestión Documental, registra las devoluciones de correo, para notificar al servidor que proyecto la comunicación la entrega fallida, quien deberá rectificar la información para el envío.”	!	H 1.5.
2. Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de confidencialidad debido a inadecuada configuración de roles y permisos en el sistema de gestión documental	Moderado	SI	Inexistencia de lineamientos normativos y/o procedimientos claros para la administración de usuarios en el gestor documental ORFEO	!	H 2.1.
			Aspectos susceptibles de mejora gestión de acceso al servidor de carpetas compartidas YAKSA	!	H 2.2.
			Desactualización de la base de usuario activos en ORFEO	!	H 2.3.
3. Posibilidad de pérdida		SI	Incumplimiento de los lineamientos	!	H 3.1.

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
reputacional y económica por incumplimiento en la aplicación de las normas y lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación y la entidad, relacionadas con la conservación y disposición de documentos.	No incluido en la matriz de riesgos		establecidos en la Entidad para la organización de los archivos documentales de las dependencias de acuerdo con las Tablas de Retención Documental - TRD		
			Incumplimiento del cronograma de transferencias documentales primarias establecido por el Grupo de Gestión Documental para la vigencia 2024.	!	H 3.2.
			Aplicación de los lineamientos establecidos para las transferencias documentales secundarias.	✓	H 3.3.
4. Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de integridad de la información, debido a la falta de un Sistema de Gestión de Documentos	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Adecuada aplicación del control "Cada vez que un servidor requiere un documento del archivo central, un servidor del Grupo de Gestión Documental realiza el registro del préstamo en el formato definido como consulta, préstamo y devolución de información"	✓	H 4.1.
			Ausencia de un Sistema de Gestión de	!	H 4.2.

Riesgos identificados en el proceso de la auditoría	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
Electrónicos adecuado			Documentos Electrónicos de Archivo que garanticen la integridad, autenticidad, fiabilidad, disponibilidad y preservación de los documentos a lo largo del tiempo.		
			Debilidad en la aplicación del control "El profesional designado del Grupo de Gestión Documental, periódicamente aplica las reglas de disposición final establecidas en la Tabla de Retención Documental TRD y la Tabla de Valoración Documental - TVD para intervenir los expedientes que hayan cumplido su retención en el archivo central y llevar a cabo la eliminación de expedientes.	!	H 4.3.
5. Posibilidad de pérdida económica y reputacional por retrasos en la búsqueda y recuperación de información del archivo central debido a un	No incluido en la matriz de riesgos	Si	Inadecuada gestión del control "El servidor delegado del Grupo de Gestión Documental, revisa periódicamente el inventario documental asegurando su alineación con los documentos del Archivo central de Función Pública, teniendo en cuenta la	!	H 5.1.



Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
inadecuado sistema de organización y clasificación de documentos, afectando la eficiencia de los procesos administrativos.			normatividad vigente para facilitar la correcta organización y conservación de documentos”.		
			Debilidad en la aplicación del “El Coordinador del Grupo de Gestión Documental o su delegado verifica periódicamente la infraestructura física del Archivo Central para garantizar que cumpla los criterios de conservación documental exigidos por la normatividad vigente.”	!	H 5.2.
6. Posibilidad de pérdida reputacional por afectación de la transparencia de la gestión pública, debido a dificultades en el acceso a la información pública.	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Adecuado registro y acceso a la metadata básica para radicaciones por correo institucional o presencial en ORFEO	✓	H 6.1.
7. Posibilidad de afectación reputacional por quejas y sanciones	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Desconocimiento y desactualización del plan de recuperación de desastres a nivel operativo.	!	H 7.1

Riesgos identificados en el proceso de la auditoría	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
<p>de entes de control debido a pérdida de disponibilidad de los servicios y sistemas de información administrados por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - OTIC, causados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidentes de seguridad fuera de control</li> <li>- Afectación de la infraestructura tecnológica como consecuencia de: Manipulación inadecuada en la infraestructura y fallas en niveles de mantenimiento y soporte.</li> <li>- Falencias en la generación o recuperación de copias de seguridad / respaldo del</li> </ul>			Aspectos susceptibles de mejora en la ejecución de pruebas del plan de continuidad de negocio a nivel operativo.		H 7.2



Riesgos identificados en el proceso de la auditoría	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
software de aplicación y BD contenido en los equipos servidores que componen la solución.					
Hallazgos: Ver el informe Detallado- Página web de Función Pública: <a href="https://www1.funcionpublica.gov.co/informes-y-seguimientos-oficina-de-control-interno">https://www1.funcionpublica.gov.co/informes-y-seguimientos-oficina-de-control-interno</a>					

## Informe Detallado

### Auditoría al Proceso de Gestión Documental

#### Hallazgos

De acuerdo con el alcance, la auditoría se llevará a cabo de manera presencial y eventualmente de manera virtual, mediante el uso de la herramienta Microsoft Teams para las entrevistas; para la revisión documental se consultará el servidor de carpetas compartidas "YAKSA", el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) y el Sistema de Gestión Institucional (SGI). El periodo de evaluación comprende la vigencia 2024 y de enero a junio de 2025.

Es importante anotar, que un hallazgo es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante el examen a una entidad, área o proceso; por lo tanto, a continuación, se describirán los hechos y aspectos positivos, útiles, convenientes o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo  y por otra parte, los hechos detectados en el examen de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso; esta se registra con el símbolo  y por último, la recurrencia de hallazgos **(R)** observados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas que se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

#### Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

*1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por quejas, demandas o sanciones debido al inadecuado manejo del sistema de gestión documental y desconocimiento de los lineamientos en la radicación.*

Se identifican debilidades en la redacción del riesgo cuando se utiliza el concepto "sistema de gestión documental" sin especificar el sistema real utilizado para la radicación de documentos, lo que puede generar confusión. En la entidad, el sistema ORFEO es la herramienta para garantizar la radicación de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS). Su diseño y funcionalidad permiten no sólo registrar el ingreso formal de estos trámites, sino también asegurar el cumplimiento de los términos legales para su respuesta según la normativa vigente, ofreciendo al proceso una trazabilidad y seguridad jurídica.

Además, la redacción debería facilitar que el área pueda determinar de manera autónoma las modificaciones necesarias, inclusive precisando el alcance y los elementos a controlar dentro del sistema. Por ejemplo, el sistema ORFEO incorpora funcionalidades específicas para asignar responsables, registrar dependencias, imprimir código de barras para documentos físicos y automatizar tiempos de respuesta, aspectos que constituyen controles inherentes a la radicación que reducen la probabilidad de afectación reputacional o económica. Con base en estas observaciones, será oportuno que el área valide la necesidad de especificar riesgos asociados al uso efectivo de ORFEO y el cumplimiento normativo de los procesos de radicación, a fin de fortalecer la gestión documental y mitigar los riesgos asociados a quejas, demandas o sanciones.

**🚩 Hallazgo 1.1 Debilidades en la aplicación del control en la verificación de datos para el envío de comunicaciones**

Control evaluado (Incluido): *El auxiliar de Gestión Documental, compara los datos de la comunicación y los registrados para el envío, con el propósito de solicitar la modificación en los datos que presentan inconsistencias.” en la vigencia 2024.*

De acuerdo con la descripción del control, se establece la obligación de revisar la exactitud de la información registrada antes de su radicación y envío, asegurando la integridad de los datos institucionales.

Durante la auditoría correspondiente a la vigencia 2024, se evidenció que el control no se aplicó de manera consistente ni se documentaron los registros que acreditaran la ejecución en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) instrumento donde deben reportarse estas actividades según el Manual de Usuario del módulo de riesgos y la Política de Riesgos actualmente aprobada en Función Pública. Se identificaron las siguientes debilidades en el diseño y operación del control:

- No se especifican con claridad los datos que deben compararse (como nombre del destinatario, número de radicado, correo electrónico o firma digital), lo que genera incertidumbre en su aplicación.
- No se define el responsable de la supervisión o validación la ejecución correcta del control.
- La frecuencia de la aplicación no está establecida.
- No determinan las evidencias documentales que permita verificar su ejecución.

La consulta a los reportes del SGI reveló errores técnicos como enlaces que no funcionaban, archivos con denominaciones incorrectas y la ausencia de documentos en las carpetas asignadas para revisión. Esta situación impidió contar con evidencia suficiente para validar la aplicación del control en la vigencia de la auditoría.

Durante el periodo enero a junio de 2025, el Grupo de Gestión Documental procesó 28.792 peticiones, según las evidencias encontradas. De estas, se identificaron que 835 peticiones presentaron inconsistencias observadas por el Grupo de Gestión Documental, se tomó una muestra aleatoria de 200 peticiones para realizar su verificación.

El análisis concluye que en el 92% de los casos (184 peticiones), se evidenció corrección y registro adecuado de las inconsistencias detectadas. Sin embargo, en el 8% (16 casos) persistieron deficiencias, tales como ausencia de anexos en (6 casos) y errores no corregidos en oficios de salida en (10 casos), verificados durante la revisión documental realizada por la Oficina de Control Interno.

#### **Recomendaciones:**

1. Ajustar la redacción del control para incluir definición clara de los datos a comparar, responsables, frecuencia de ejecución, y mecanismos de soporte documental, facilitando su seguimiento y auditoría.
2. Garantizar la completitud y adecuada presentación de los reportes y documentos soporte en cada revisión, asegurando que los registros en el SGI sean completos, correctamente nombrados y con enlaces, para fortalecer la administración y disponibilidad de las evidencias, especialmente corrigiendo las falencias identificadas en 2024.
3. Promover la capacitación continua del personal responsable, para fomentar una cultura de gestión documental alineada con los estándares y normativas de la función pública.

#### **🚩 Hallazgo 1.2 Inadecuada gestión del control en la verificación de la trazabilidad y duplicidad de datos en las peticiones recibidas en ORFEO.**

Control evaluado (Incluido): *“El auxiliar de Gestión Documental, verifica los datos de la petición, con el objetivo de identificar duplicidades y asociar a radicados antecedentes de la petición.”*

De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, los controles deben diseñarse de manera específica, medible y verificable, de forma que permitan evaluar su efectividad y trazabilidad en la mitigación de

los riesgos asociados. El control 1.2, tiene como finalidad prevenir la pérdida de trazabilidad, reprocesos y errores derivados de duplicidades o falta de asociación de antecedentes en las peticiones gestionadas por el Grupo de Gestión Documental (GGD).

Durante la auditoría a la vigencia 2024, se evidenció que el control 1.2 no fue documentado ni reportado adecuadamente en el módulo de riesgos del Sistema de Gestión Institucional (SGI), conforme a lo establecido en el Manual de Usuario del SIPG y la Política de Administración del Riesgo Institucional versión 20. En los reportes revisados se encontró de manera reiterada la opción “No aplica” en el campo destinado a evidencias, sin que existieran documentos que acreditaran la verificación efectuada. Esta situación imposibilitó la extracción de una muestra representativa que permitiera validar su operatividad y efectividad.

Asimismo, se identificaron debilidades en la redacción del control, las cuales afectan su pertinencia y verificabilidad, al no precisar:

- El momento exacto en que debe realizarse la verificación (previa, durante o posterior al registro).
- Los criterios o parámetros que determinan cuándo existe duplicidad o si la asociación de antecedentes es correcta.
- Los responsables y soportes que deben generarse como evidencia de la revisión.

Esta falta de especificidad provoca ambigüedades en la interpretación y dificulta la trazabilidad y evaluación del control.

De forma similar, la revisión documental realizada por la Oficina de Control Interno (OCI) para la vigencia 2025, se evidenció ausencia de soportes que confirmen la ejecución efectiva del control 1.2. Esta falta de evidencia impacta negativamente en la trazabilidad del proceso, dificultando la confirmación de la correcta revisión de peticiones, la prevención de duplicidades y la adecuada asociación de antecedentes.

### **Recomendaciones:**

1. El Grupo de Gestión Documental (GGD), deberá establecer y aplicar mecanismos que aseguren la generación, archivo y conservación de evidencias documentales derivadas de cada verificación, garantizando que estos registros sean claros, obligatorios, trazables y se consoliden adecuadamente en el repositorio oficial YAKSA, dentro de la carpeta institucional destinada a la gestión de riesgos y controles, asegurando así la accesibilidad, verificabilidad y el mantenimiento de los estándares de integridad y seguridad requeridos.

2. Revisar y actualizar la redacción del control, para que incluya con claridad el momento, los criterios y parámetros que guían la ejecución de la verificación, asegurando la alineación con la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de controles en entidades públicas versión 6, esto facilitará la comprensión, seguimiento y evaluación del control.

**🚩 Hallazgo 1.3 Debilidades en la definición y efectividad del control cuando se solicita modificación en el tipo de solicitud y término de ANS.**

Control evaluado (Incluido): *“El encargado de la dependencia verificar los tipos de solicitud requerida y termino de ANS con el propósito de solicitar modificación en el tipo de petición”*

En el marco de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, se revisó el control relacionado, con la verificación por parte del encargado de la dependencia, de los tipos de solicitud y los términos de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) para solicitar modificaciones en el tipo de petición. se identificó que la redacción del control es genérica y limitada, ya que describe una verificación de datos en el sistema sin precisar claramente su alcance, frecuencia, responsables ni el tipo de evidencia necesaria para demostrar su efectiva operación.

Esta imprecisión dificulta la medición, trazabilidad y evaluación objetiva de la efectividad del control, generando incumplimientos a los criterios de diseño recomendados en la Guía de Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6.

Durante la revisión de la evidencia documental reportada en el SGI para la vigencia 2024, solo se registró un reporte de los cuatro reportes trimestrales, correspondiente a las actividades del GGD respecto a este control.

Esta limitación impidió validar la aplicación completa del control, esta situación representa un incumplimiento a la Política de Administración del Riesgo versión 20 vigente en la entidad, la cual establece como requisito indispensable la generación, archivo y conservación de evidencias que permitan la trazabilidad y validación de la gestión de riesgos y controles.

Durante la vigencia 2025, se corrobora que el GGD procesó un volumen importante de peticiones. Si bien la mayoría de las inconsistencias fueron corregidas en concordancia con los procedimientos, se evidencian deficiencias persistentes en la generación y sistematización de soportes documentales para las verificaciones realizadas.

Se aplicó una prueba de efectividad sobre una muestra de 406 solicitudes correspondientes a la vigencia 2024 y el primer semestre de 2025. Con los siguientes resultados relevantes:



- En el 51% de los casos (208 registros), se evidenció la suspensión de términos de respuesta, principalmente atribuida a la duplicidad de solicitudes. Sin embargo, en múltiples ocasiones, el oficio de respuesta al peticionario no incluye la referencia cruzada de los radicados señalados como repetidos, lo que afecta la claridad y manejo adecuado de la información.
- En el 31% de los registros (126 solicitudes), se identificaron ampliaciones de términos registradas en el sistema ORFEO, sin soporte técnico ni justificación formal por parte de las dependencias responsables. Entre estos casos se pudo validar que se incluyen solicitudes de modificación de ANS a peticiones de entes de control y honorables congresistas, lo cual denota un uso discrecional de la funcionalidad de modificación para evitar respuestas extemporáneas, comprometiendo la transparencia y el control oportuno.
- El 10% de las solicitudes (42 casos) correspondían a requerimientos técnicos internos, tales como trámites de: claves, usuarios o gestiones operativas de ORFEO, que son atendidos por la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (OTIC), que no se enmarcan dentro de las ANS y no se enmarcan dentro del objeto del control revisado y carecen de trazabilidad documental respecto a la actuación del GGD.
- En el 5% de los casos (20 solicitudes), se detectó que la solicitud se tipificaba como “No requiere respuesta”, y posteriormente el área solicitaba la inclusión de términos dado que “si requería respuesta”, lo que se podría interpretar como una tipificación inicial incorrecta por parte del GGD, lo que puede generar demoras o desviaciones las respuestas asociadas.
- Finalmente, se identificaron 10 solicitudes (3% de la muestra) correspondientes a desarchivos de peticiones previamente archivadas por la misma dependencia, sin que existiera justificación o registro formal que documentara la decisión, lo cual representa un riesgo para la integridad y control documental.

En conjunto, los resultados muestran que el control 1.3 no cumple de manera efectiva con mitigar el riesgo identificado, al no asegurar la correcta clasificación, trazabilidad ni oportunidad en la atención de las PQRS, y generando modificaciones en los ANS en ocasiones discrecionales, sumado a la falta de generación de evidencias que soporten su ejecución.

### Recomendaciones:

1. Evaluar la pertinencia de actualizar y fortalecer el diseño del control incorporando parámetros claros sobre los datos a verificar, el momento y frecuencia de ejecución, criterios para identificar duplicidades, responsabilidades definidas y procesos formales de registro de evidencias, alineándose a las directrices de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades pública, versión 6.
2. Formalizar e institucionalizar mecanismos robustos que garanticen la generación, archivo, conservación y accesibilidad de evidencias documentales derivadas de cada actividad de verificación, asegurando que estas sean claras, obligatorias y trazables. Además, se debe garantizar la funcionalidad y disponibilidad de los enlaces en el Sistema de Gestión Integral (SGI), módulo riesgos, para que toda evidencia relacionada esté accesible para consulta y verificación, cumpliendo con los estándares de seguridad, integridad y los requisitos establecidos en la Política de Administración del Riesgo versión 20, almacenándose adecuadamente en el repositorio oficial YAKSA, en la carpeta institucional destinada a la gestión de riesgos y controles.

### ! Hallazgo 1.4. Debilidad en las evidencias del control 1.4. registradas en el SGI

Control evaluado (Incluido): *“El sistema de gestión documental cada vez que se radica una petición, informa al remitente el número de radicado para la solicitud con el propósito de realizar seguimiento y control a la solicitud por parte del peticionario”*

De acuerdo con los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 de Función Pública, los controles deben contar con evidencias suficientes que permitan comprobar objetivamente su efectividad y pertinencia frente al riesgo definido.

El control 1.4, corresponde a un mecanismo preventivo y automático, parametrizado en el Sistema ORFEO, cuyo propósito es notificar al remitente el número de radicado asignado a su solicitud. Sin embargo, se identificaron limitaciones en su redacción y formulación, ya que no se especifica claramente cómo opera el control, la periodicidad de su ejecución, el responsable del monitoreo ni los medios de verificación necesarios (como logs del sistema, reportes automáticos o confirmaciones de entrega electrónica).

Durante la revisión del soporte documental para las vigencias 2024 y 2025, se constató que las rutas de evidencia reportadas por el Grupo de Gestión Documental (GGD) presentan

dificultades para su consulta, lo que impidió validar de forma independiente la operación del control.

Adicionalmente, no se identificaron reportes, ni mecanismos de monitoreo que permitan confirmar objetivamente que todas las notificaciones de radicados fueron enviadas, recibidas y, en caso de fallas, gestionadas oportunamente.

Se evidencian, debilidades en la disponibilidad y conservación de las evidencias documentales en el Sistema de Gestión Institucional (SGI), así como la ausencia de un mecanismo interno que asegure el registro y la trazabilidad de las notificaciones generadas por el sistema ORFEO.

Esta ausencia de evidencias verificables representa un incumplimiento de la Política de Administración del Riesgo versión 20 vigente en la entidad y limita la posibilidad de concluir sobre la efectividad del control en las vigencias analizadas. Además, incrementa el riesgo de que se presenten quejas, reclamos o afectaciones reputacionales derivadas de posibles fallas en la notificación de los radicados.

#### Recomendación:

1. Garantizar que las evidencias de operación de los controles sean almacenadas, accesibles y documentadas adecuadamente en el Sistema de Gestión Institucional (SGI), incluyendo registros completos de envío y confirmación de entrega de las notificaciones electrónicas.

#### **Hallazgo 1.5. Debilidades en la aplicación del control en la devolución de comunicación con entregas fallidas**

Control evaluado (Incluido): *“El técnico de Gestión Documental, registra las devoluciones de correo, para notificar al servidor que proyecto la comunicación la entrega fallida, quien deberá rectificar la información para el envío.”*

De acuerdo con los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, el diseño del control está bien concebido conforme a los criterios establecidos, ya que se identifica y asigna con claridad al responsable directo de la acción (técnico de Gestión Documental), se establece el momento específico en que este debe ejecutarse (cuando se presenta una devolución) y se define su propósito esencial (garantizar la corrección de la información y el reenvío adecuado). Esta estructura contribuye a la coherencia del control dentro del proceso, permitiendo una adecuada gestión de las actividades relacionadas.

Durante la auditoría se constató que la evidencia registrada en el SGI para este control coincide con la utilizada en el control 1.1. Es necesario revisar esta duplicidad de evidencia para validar si efectivamente corresponde a la misma información y evaluar la posibilidad de consolidar ambos controles en un único control, evitando redundancias y optimizando la gestión documental y el seguimiento. Esta revisión contribuirá a una mejor administración de los controles y al cumplimiento de los estándares establecidos en la Política de Administración del Riesgo versión 20 vigente en la entidad.

Para la vigencia 2024, no se identificó evidencia documentada en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) que soporte el seguimiento a las devoluciones. Lo que impidió verificar la trazabilidad de los registros y la comprobación de la ejecución del control. Esta ausencia de reportes en el SGI representa un incumplimiento a la política institucional de riesgos.

Para el primer trimestre de 2025, se gestionaron 16.487 peticiones a través del Grupo de Gestión Documental (GGD), de las cuales 358 presentaron inconsistencias que generaron devoluciones, al validar la evidencia que soporta el seguimiento y la validación de este control, se observan limitaciones. No se logró identificar la documentación o registros específicos que contengan información esencial como fecha, radicado, causa de la devolución y servidor notificado, aspectos fundamentales para la verificación del seguimiento a las devoluciones. Tampoco se encontraron estadísticas o informes que permitan evidenciar el control sobre las entregas fallidas. Esta carencia dificulta la validación de la efectividad del control y, por ende, limita la confiabilidad de la evaluación realizada respecto a la aplicación práctica del control en el contexto operativo.

## **Recomendaciones**

1. Realizar una revisión integral de los soportes que permite validar la ejecución del control 1.1 y 1.5., para validar su diferenciación funcional, eliminar redundancias y asegurar que cada control disponga de evidencia documental propia, suficiente, pertinente y verificable que demuestre su ejecución y efectividad individual.
2. Revisar la pertinencia del control y los soportes que puedan evidenciar la aplicación del mismo.

## **Riesgo evaluado asociado al hallazgo**

*2. Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de confidencialidad debido a inadecuada configuración de roles y permisos en el sistema de gestión documental*

 **Hallazgo 2.1 Inexistencia de lineamientos normativos y/o procedimientos claros para la administración de usuarios en el gestor documental ORFEO**

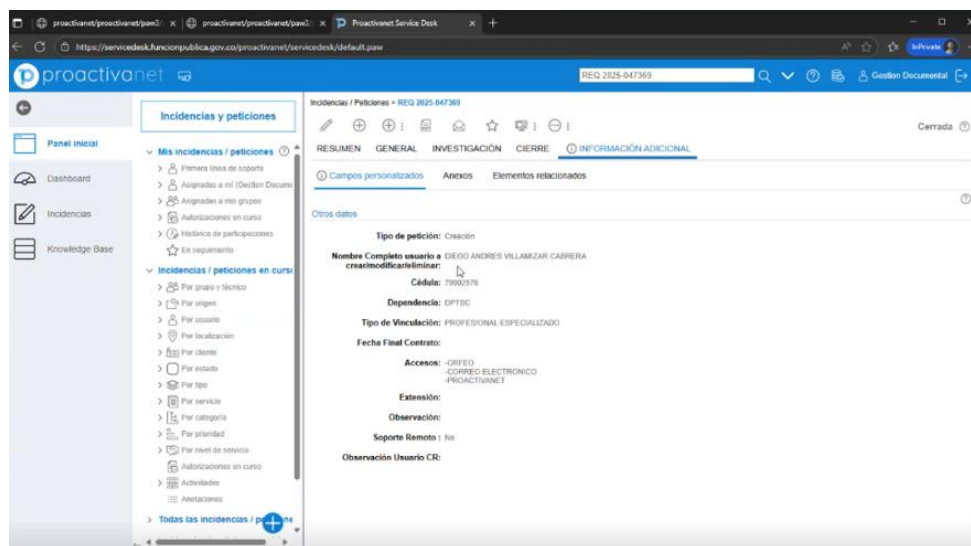
Control evaluado (Incluido): *El líder de gestión documental verifica que la solicitud para crear, modificar o inactivar usuario sea realizada por el jefe de la dependencia a fin de garantizar la asignación de permisos conforme al rol a desempeñar.*

### Creación, modificación y desvinculación de usuarios en ORFEO

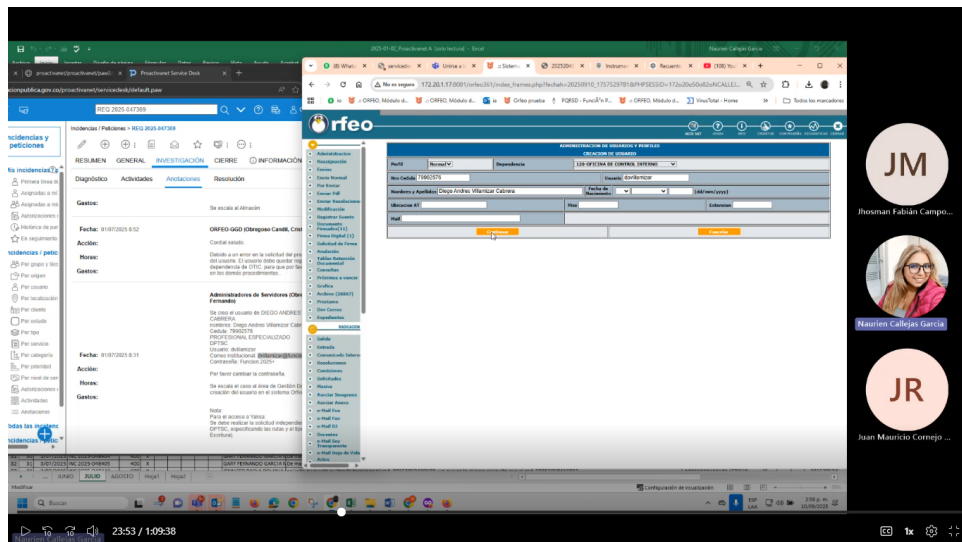
Creación: Durante el desarrollo de la auditoría, el auditado informa que la decisión y solicitud de crear, actualizar o desvincular un usuario en ORFEO es responsabilidad del Grupo de Gestión Humana - GGH para servidores de planta y del Grupo de Gestión Contractual para Contratistas, estos grupos generan una petición a través de la mesa de ayuda y en la plantilla utilizada previa a la creación de la cuenta de usuario de red y correo por parte de la OTIC, quien luego escala al GGD mediante correo institucional para que gestione la creación, modificación o desvinculación del usuario dentro de la herramienta ORFEO. Para esta gestión el Grupo de Gestión Documental - GGD mantiene dos usuarios con el rol de administración de usuarios (Líder del Grupo y un Profesional).

Una vez se efectúa la gestión por parte del GGD, la cual involucra la novedad de usuario y la asignación de rol (Solo creación), se escala a mesa de ayuda para dar continuidad en la cadena de gestión del caso en Proactivanet, manteniendo el debido control y trazabilidad de la gestión.

Acorde a lo anterior, a continuación, se muestra un ejemplo de un caso de creación de usuarios cursado en Proactivanet:



Fuente: Pantallazo de caso Proactivanet solicitud creación usuario.



Fuente: Pantalla de creación de usuario en ORFEO.

ADMINISTRACIÓN DE USUARIOS Y PERFILES	
EDITAR PERMISOS	
<input type="checkbox"/> Digitalización de Documentos	<input type="checkbox"/> Tablas de Retención Documental
<input type="checkbox"/> Modificaciones	<input type="checkbox"/> Radicación Masiva
Impresión: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> Prestamo de Documentos
<input type="checkbox"/> Solicitudes de Anulaciones	<input type="checkbox"/> Anulaciones
<input type="checkbox"/> Administrador de Archivo	<input checked="" type="checkbox"/> Devoluciones de Correo
<input type="checkbox"/> Administrador del Sistema	<input type="checkbox"/> Envío de Correo
<input type="checkbox"/> Usuario Resigna	Estadísticas: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
<input type="checkbox"/> Usuario Activo	Nivel de Seguridad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
<input type="checkbox"/> Usuario Nuevo	Firma Digital: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Creación de expedientes: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> Perfilar editor en línea
<input checked="" type="checkbox"/> Habilita tramite de pago	<input type="checkbox"/> Usuario Supervisor
<input type="checkbox"/> Habilita respuesta rápida	<input type="checkbox"/> Permitir cambiar terminos
DEPENDENCIA DE PRUEBA DESPACHO DEL DIRECTOR DIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN DE EMPLEO PÚBLICO	
PERMISOS TIPOS DE RADICADOS	
(1) Salida: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	(2) Entrada: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
(3) Comunicado Interno: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	(4) Resoluciones: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
(5) Archivo: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	(6) Poder: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
(7) Concesiones: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
<input type="button" value="Guardar"/>	<input type="button" value="Cancelar"/>

Fuente: Pantalla de creación de Roles ORFEO

Sobre esta gestión se han presentado contados inconvenientes en el número de identificación del usuario que se registra en Proactivanet por parte del Grupo de Gestión Contractual-GGC, ya que ha habido casos de Números de Cédula errados, razón por la

cual el GGD expuso en una reunión de coordinadores el año pasado el requerimiento al GGC para que se adjunte dentro de la solicitud de Proactivanet el documento de identificación escaneado. *Hasta el momento no se ha efectuado este ajuste.*

#### Desvinculación:

Con relación a las desvinculaciones, se maneja un formato de paz y salvo interno que al momento del retiro de un servidor o contratista debe ser presentado al GGD para efectuar la desvinculación respectiva en ORFEO, al respecto, el proceso aclara que el sistema controla que, si el usuario tiene radicados pendientes por cerrar no deja efectuar la desvinculación.

Antes de desvincular al usuario, el proceso verifica la estadística en ORFEO, la dependencia y el usuario, constatando todos sus radicados, si no tiene pendientes se procede a desvincular al usuario y firmar el debido paz y salvo. El Sistema al desvincular a un usuario automáticamente oculta la estadística, sobre este aspecto se aclara que el sistema mantiene siempre la trazabilidad histórica de gestión del usuario, simplemente la oculta en caso de retiro, pero se puede volver a consultar activando el usuario.

De otro lado, el GGD resalta algunos hechos que han sucedido esporádicamente, que requieren del fortalecimiento de algunos los controles de operación y que no son posibles controlar por el proceso:

- Casos de servidores que se han retirado sin que el proceso responsable haya pasado el aviso correspondiente al GGD, razón por la cual quedan usuarios activos y por ende sus radicados, lo que afecta la estadística y el curso de los mismos.
- Un caso de un contratista que, para lograr su desvinculación en ORFEO, traslado todos los radicados pendientes a un compañero de trabajo que estaba de vacaciones, sin que este se hubiera percatado, por ende, al estar sin pendientes fue desvinculado normalmente de ORFEO.

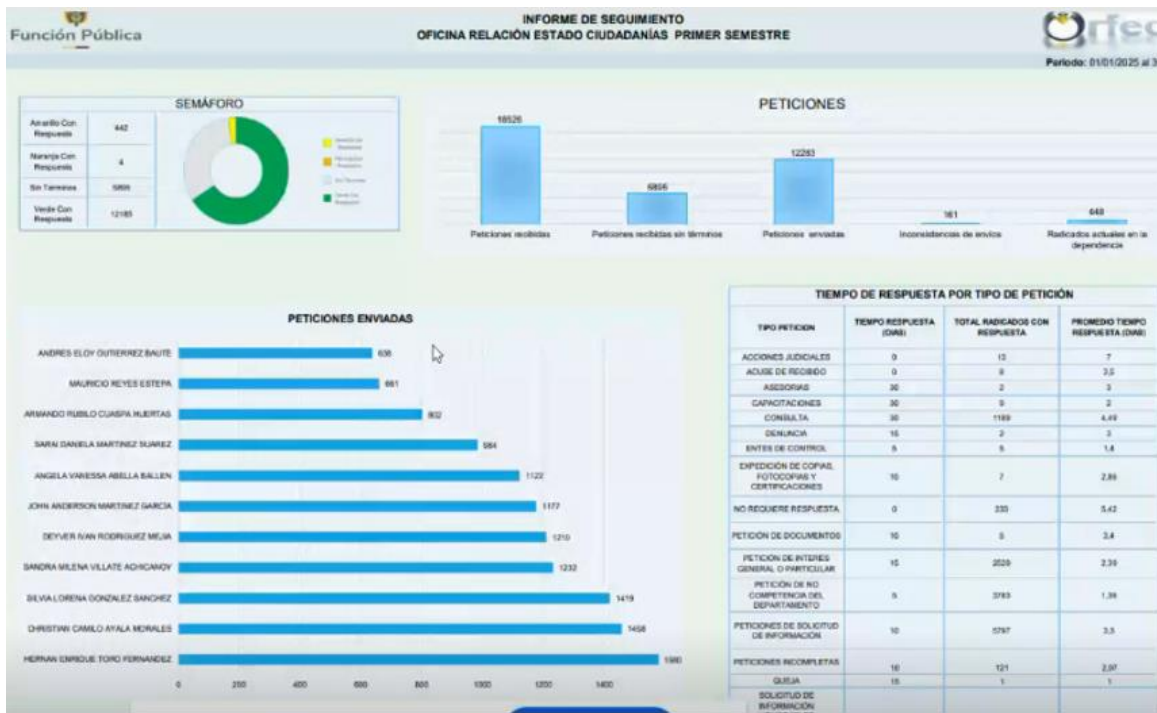
Por estas razones el GGD está empezando a gestionar algunos controles alternos que se relacionan a continuación:

- ✓ En coordinación con el GGH, actualmente para la desvinculación de servidores, con la resolución de la persona que se retira, se está remitiendo una petición a través de la



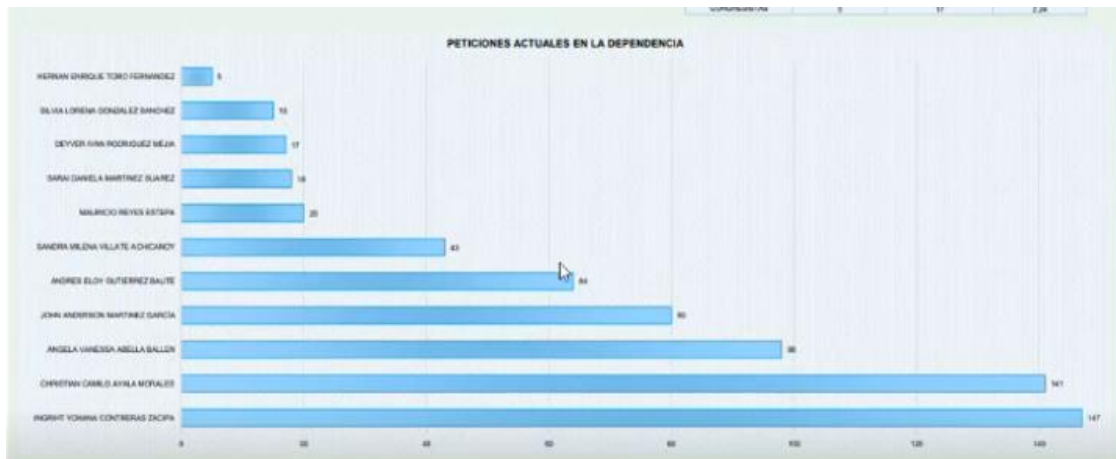
mesa de ayuda (Proactivanet), OREC gestiona lo pertinente y pasa a GGD para cerrarlo y posteriormente firmar la desvinculación por parte del líder de GGD.

- ✓ El GGD gestiona trimestralmente un reporte de gestión estadística de ORFEO que representa el consolidado de novedades por tipo de solicitud, donde se incluyen las peticiones de creación y/o modificación de usuarios y un comparativo trimestral.
- ✓ El GGD también gestiona un reporte de seguimiento semestral por dependencia de las peticiones cursadas por ORFEO (Enviadas y recibidas), remitida por correo interno al Jefe y Secretaria de cada dependencia. En este informe se presenta un semáforo de tiempos de respuesta, peticiones recibidas, recibidas sin términos, enviadas e inconsistencia en envíos; dentro de esta información se denota la información de “Peticiones actuales en la dependencia”, donde se detalla la cantidad de peticiones en las bandejas de ORFEO de cada usuario, la idea es que con esta información el jefe de cada dependencia valide entre otras si existen radicados de servidores o contratistas desvinculados para las gestiones pertinentes. A continuación, se muestra como ejemplo pantallas del informe mencionado:



Fuente: Informe de seguimiento ORFEO primer semestre 2025 – OREC





*Fuente: Informe de seguimiento ORFEO primer semestre 2025 – OREC*

Modificación: Se efectúa a través de petición efectuada por el GGH en Proactivanet, actuando en primera instancia la OTIC con el ajuste de dependencia si es necesario, seguido del ajuste de perfil que efectúa GGD siempre y cuando no tenga radicados pendientes, si así no fuera el caso, se remite correo a GGH y al usuario informando la situación para que gestione lo pertinente.

#### Tratamiento del riesgo - gestión del control

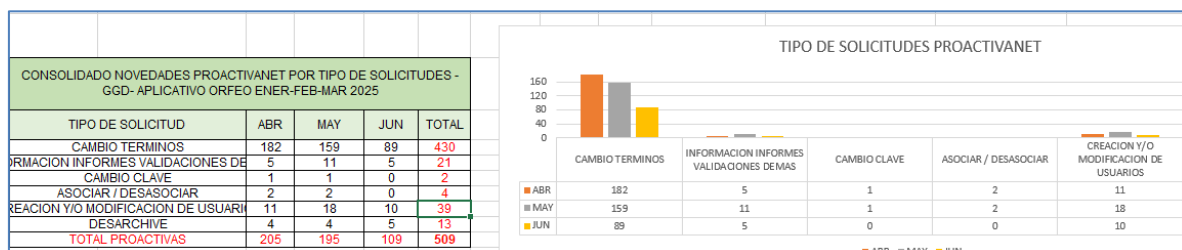
El GGD para la vigencia 2024 y 2025 ha mantenido un control mensual de casos de Proactivanet en un Excel interno, donde se registra entre otra la siguiente información:

- FECHA
- NUMERO DE PROACTIVA
- AREA
- CAMBIO TERMINOS
- TEMAS ADICIONALES ING
- CAMBIO CLAVE
- ASOCIAR / DESASOCIAR
- CREACION Y/O MODIFICACION DE USUARIOS
- DESARCHIVE
- QUIEN SOLICITA
- SOLICITUD
- RADICADO
- QUIEN RADICA
- RAD IMPLICADO

- QUIEN RADICA
- RAD RESPUESTA
- RADICADO DESARCHIVADO
- DESASOCIACIÓN
- RADICADO ASOCIADO
- SOLUCION
- NOVEDAD ADICIONAL / COMENTARIOS

En este registro se incluyen entre otros la información de las solicitudes de gestión de usuarios ORFEO cursadas. El archivo se evidencia en las rutas: \\YAKSA.dafp.local\12006GGD\2024\DOCUMENTO DE APOYO\PROACTIVANETS y \\YAKSA.dafp.local\12006GGD\2025\DOCUMENTO DE APOYO\PROACTIVANET.

Con relación a lo anterior, se pudo observar para la vigencia 2025 en la sabana de controles/riesgos del SGI, el debido registro por parte del GGD y la respectiva evidencia de la actividad semestral programada, efectuada por el profesional encargado. En detalle se pudo observar que la evidencia de la gestión del control especificado se encuentra en la ruta \\YAKSA\12006GGD\2025\DOCUMENTO DE APOYO\SGI\RIESGOS\, donde se encuentra un archivo denominado “2025-07-02\_Proactivanet\_segundo\_trimestre.xls” el cual registra trimestralmente toda la estadística de ORFEO como el consolidado de novedades por tipo de solicitud, donde se incluyen las peticiones de creación y/o modificación de usuarios y un comparativo trimestral (Ver pantalla siguiente).



Fuente: Archivo de estadística trimestral “2025-07-02\_Proactivanet\_segundo\_trimestre.xls”

En este archivo también se registra el detalle de las peticiones, involucrando entre otra la siguiente información: fecha, número de incidencia, área, solicitante, descripción, novedades y solución.

Finalmente, en este estadístico no se reflejan las desvinculaciones, por cuanto aún no se está registrando por parte del GGH (Servidores planta) o el GGC (Contratistas), la novedad en Proactivanet.

### **Recomendaciones:**

1. Con el fin de fortalecer el principio de no repudio operativo, estableciendo la línea clara de responsabilidad y gestión de todos los procesos intervinientes en el ciclo de vida de usuarios registrados en la herramienta ORFEO, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación - OAP, el GGH, la OTIC y el GGC, se deben generar unos lineamientos normativos y/o procedimientos claros y concisos, donde se establezca el flujo de gestión, responsabilidad, autoridad y supervisión que aplica para la creación, modificación y desvinculación de usuarios en el sistema ORFEO, teniendo en cuenta entre otros los siguientes escenarios:

- Trazabilidad: Toda novedad de creación, modificación o desvinculación debe estar registrada en la Mesa de Ayuda Proactivanet; se hace énfasis en las novedades de desvinculación, las cuales aún no se registran acuciosamente por parte de las dependencias responsables en la Mesa, y que deberían ser parte de la estadística manejada como tratamiento del riesgo evaluado y gestión del control, respectivo que adelanta el GGD en el SGI.
- Soportes: Para el caso de creación de usuarios, tal como lo expuso el GGD en su momento, analizar la posibilidad de adjuntar el documento de identificación del servidor o contratista en la solicitud radicada en el gestor documental ORFEO. Con el fin de evitar errores en el registro del número de identificación de usuario.

Para desvinculaciones, los procesos responsables deben mantener la sincronía entre el registro de la novedad en la mesa de ayuda, el formato de paz y salvo a ser firmado por el GGD y los correos internos respectivos. Al respecto, se debe analizar el orden de consecución de la firma del formato paz y salvo acorde con los deberes y gestión de cada responsable.

- Monitoreo de servidores o contratistas desvinculados: Aprovechando la información suministrada periódicamente por el GGD, relacionada con las peticiones cursadas a través de ORFEO (Enviadas y recibidas) por dependencia, se recomienda establecer lineamientos de seguimiento y gestión a aquellos casos de personas desvinculadas que mantienen aún radicados activos en el gestor documental.

2. Es importante que el GGD con el apoyo de la OAP contextualice y ajuste el control actual *“El líder de gestión documental verifica que la solicitud para crear, modificar o inactivar usuario sea realizada por el jefe de la dependencia a fin de garantizar la asignación de permisos conforme al rol a desempeñar”*, con el fin de que sea claro respecto a los niveles de responsabilidad y gestión actual de todas las dependencias involucradas en el cumplimiento del mismo.

### **Hallazgo 2.2 Aspectos susceptibles de mejora gestión de acceso al servidor de carpetas compartidas YAKSA**

Control evaluado (Por Incluir): *El profesional de Gestión Documental asignado, previa aprobación por parte de la Dependencia responsable, gestiona la asignación e inactivación de permisos de acceso a la(s) carpeta(s) del proceso, en el servidor de carpetas compartidas YAKSA. En caso de presentarse inconvenientes informa directamente a la OTIC, para que efectúe el análisis y correctivo pertinente.*

#### Procedimiento de administración acceso a carpetas compartidas en YAKSA

De acuerdo con lo informado por los responsables del proceso de gestión documental y de la OTIC, el procedimiento utilizado para la asignación de permisos de acceso a las carpetas almacenadas en el servidor de YAKSA, se efectúa a través de la mesa de ayuda Proactivanet, donde el jefe o secretaria de la dependencia solicita el permiso y tipo de acceso del servidor o contratista. Sin embargo, se han presentado falencias en la eliminación de accesos a servidores desvinculados o contratistas con contrato finalizado, debido a que en algunas ocasiones no se está informado a la OTIC el hecho por parte de la dependencia responsable.

De otro lado, no se evidencia un procedimiento de mantenimiento de cuentas de acceso a YAKSA formalizado en alguna política, lineamiento o protocolo que determine su estandarización y control respectivo.

#### Usuarios desvinculados con registro de acceso a carpetas en el servidor YAKSA

Se efectuó una prueba la cual consistió en verificar los servidores y contratistas que reporta el registro de usuarios por carpeta en los servidores de carpetas compartidas YAKSA. Para ello, se tomó una muestra incluyendo al Grupo de Gestión Documental, así:

CARPETA YAKSA	DESCRIPCION
10031GSI	Grupo de Servicios de Información
11403GTDEP	Grupo de Empleo Público
COPASS	COPASS
DBA	DBA
10020OAP	Oficina Asesora de Planeación
11401GADEP	Grupo de Empleo Público
11402GAGEP	Grupo de Empleo Público
11300DGDI	Dirección de Gestión y Desempeño Institucional
12001GGH	Grupo de Gestión Humana
11603GDJ	Grupo Dirección Jurídica
11600DJ	Dirección Jurídica
12006GGD	Grupo de Gestión Documental

*Fuente: Elaboración propia*

Resultado de la verificación, se evidenciaron para estas carpetas a 139 servidores desvinculados con registro en la vista generada de usuarios de cada carpeta, ver detalle en el Anexo 1 de este informe (Hoja “Retirado con registro”).

CARPETA	CANTIDAD DE USUARIOS POR ROL				TOTAL
	Full Con	Modify	Read & Exec	Read & Write& Exec	
10031GSI	0	23	29	0	52
11403GTDEP	1	4	35	3	43
COPASS	0	4	1	2	7
DBA	2	1	5	0	8
10020OAP	0	1	1	0	2
11401GADEP	0	4	5	0	9
11402GAGEP	0	9	1	0	10
11300DGDI	0	12	2	3	17
12001GGH	0	18	9	0	27
11603GDJ	12	25	40	1	78
12006GGD	0	5	11	3	19

*Fuente: Elaboración propia*

Respecto a los roles que se despliegan en el cuadro anterior, se describen los siguientes:

**Full Control:** permite leer, escribir, modificar, eliminar, cambiar el propietario y realizar todas las demás acciones permitidas, tanto para el usuario como para sus subcarpetas y archivos.

**Modify:** permite leer, escribir, crear, eliminar y modificar archivos y carpetas a los que tiene acceso.

**Read, Write & Execute:** Se puede listar y acceder a las carpetas y leer, escribir y/o ejecutar archivos.

**Read & Execute:** Se puede listar y acceder a las carpetas y leer y/o ejecutar archivos.

Se aclara que los 139 usuarios retirados evidenciados, se mantienen en estado “inactivo” en el Directorio Activo de la entidad; es decir, no tienen permiso de ingresar a las carpetas, pero si afecta el registro al poderlos visualizar en el listado de acceso/roles.

#### Usuarios vinculados con permisos de acceso activo a carpetas de cargos anteriores

En la verificación de usuarios vinculados con acceso al servidor de carpetas compartidas YAKSA, se evidenciaron algunos usuarios que aún tienen acceso a carpetas autorizadas de cargos anteriores o que no son de la dependencia con desconocimiento de la misma. Por ejemplo:

- Una (1) servidora que actualmente se encuentra en el Grupo de Gestión Financiera, con acceso de lectura y ejecución a carpetas del Grupo de Gestión de sistemas de información de la OTIC, a la Dirección de Empleo Público - DEP y a la Dirección Jurídica - DJ. Estos permisos los tenía la servidora cuando pertenecía a la Oficina de Control Interno.
- Ocho (8) servidores con acceso a la carpeta del GGD, de otras dependencias, sobre los cuales el grupo no tiene conocimiento del porque deben tener acceso a las carpetas del grupo.

#### **Recomendaciones:**

1. La OTIC y el GGH con apoyo de la OAP, deben incluir en las políticas de control de acceso de las “Políticas Específicas de Seguridad de la Información”, el protocolo general de control de acceso a las carpetas del servidor YAKSA, para ser gestionado por todas las dependencias al momento de requerir el acceso, modificación o eliminación de cuentas de usuario en dicho servidor.

El lineamiento recomendado debe contener entre otra la siguiente información:

- ✓ Especificar las causas por las cuales se debe efectuar una solicitud de acceso.

- ✓ Determinar el responsable de la solicitud, sea de acceso, modificación de rol o inactivación /eliminación)
  - ✓ Especificar la información requerida por la OTIC para gestionar el acceso, incluyendo datos del servidor o contratista que accederá, Rol que se requiere de acuerdo a la responsabilidad (Modify, Read&Write&Execute, Read&Execute), entre otros.
  - ✓ Deber por parte del responsable de la dependencia que sea determinada por la Entidad, para efectuar la solicitud de cancelación oportuna de los derechos de acceso a el(los) usuario(s) cuando se presente una desvinculación o finalización del contrato.
  - ✓ Monitoreo periódico por parte de la OTIC de usuarios desvinculados con cuentas de acceso activas, con el apoyo de GGH y GGC.
2. Se recomienda a la OTIC, con el apoyo del GGH y del GGC depurar el registro de usuarios con acceso a las carpetas compartidas del servidor YAKSA, permitiendo solo la visualización de las cuentas activas, manteniendo así una lista de usuarios actualizada y organizada, lo que simplifica la administración de la red y de otro lado, gestionar las cuentas de usuario inactivas, por cuanto podrían ser una puerta de entrada para atacantes, quienes podrían abusar de los privilegios asignados para acceder a información sensible o realizar acciones no autorizadas.
- Inicialmente, tener en cuenta los 139 usuarios desvinculados evidenciados en la prueba efectuada.
3. En pro de mantener la integridad y confidencialidad de la información contenida en las carpetas del servidor YAKSA, es importante que cada dependencia, con el apoyo de la OTIC y el GGH, efectúen una revisión general de acceso a servidores vinculados que han sido trasladados a otras dependencias y que por su responsabilidad actual ya no deberían tener acceso y privilegios sobre algunas carpetas.

### Hallazgo 2.3 Desactualización de la base de usuario activos en ORFEO.

Control evaluado (Por Incluir): *El(los) profesional(es) técnico(s) que administra(n) la herramienta ORFEO y el servidor de carpetas compartidas YAKSA, monitorea(n) periódicamente la integridad de la base de datos de usuarios activos. Si se evidencian problemas que afecten la integridad, se debe proceder a dar aviso a la OTIC y al Chief Information Security Officer- CISO de la entidad para que gestionen los ajustes pertinentes.*

Para el desarrollo de este ítem, se efectuó una prueba de integridad de los usuarios registrados en la plataforma de ORFEO (Corte 19 de septiembre 2025) versus la información de servidores de planta y contratistas con corte al 31 de agosto, encontrándose los siguientes resultados:

#### Usuarios de ORFEO con Dependencia diferente a la registrada en la Planta

Efectuando el cruce de información relacionado con las cuentas de usuario registradas en la herramienta ORFEO (Corte 19 de septiembre) versus la información de planta de personal de la Entidad, se evidenciaron nueve (9) servidores que tienen registrada dependencia diferente a la reportada por el GGH, así:

DOCUMENTO	NOMBRE	DEPENDENCIA ORFEO	DEPENDENCIA PLANTA
52081286	LIVIA PATRICIA LEAL MALDONADO	DIRECCION DE PARTICIPACION, TRANSPARENCIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	SECRETARÍA GENERAL
52830400	JESSICA JOHANNA CHAPARRO HERNANDEZ	DIRECCIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	DIRECCIÓN JURÍDICA
77094104	HERNAN ENRIQUE TORO FERNANDEZ	GRUPO DE GESTION CONTRACTUAL	OFICINA DE RELACIÓN ESTADO CIUDADANIAS
79406052	LUIS ALBERTO PINEDA PANTANO	DIRECCIÓN DE EMPLEO PÚBLICO	SECRETARÍA GENERAL
79913385	LISANDRO MAURICIO SILVA CHACON	DIRECCIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	SUBDIRECCIÓN
80027748	JOHN ANDERSON MARTINEZ GARCÍA	GRUPO DE SERVICIO AL CIUDADANO INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN DESARROLLO ORGANIZACIONAL
1001315610	JENNY PAOLA SAENZ PERDOMO	GRUPO DE GESTION HUMANA	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
1012350015	DIEGO ALEJANDRO MACHUK ARIAS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN, TRANSPARENCIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
1119817383	ELIANA LUCIA LINERO MOLINA	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	SECRETARÍA GENERAL

*Fuente: Cruce de información ORFEO vs Planta de personal septiembre 2025*

#### Usuarios desvinculados registrados en ORFEO en estado activo

Efectuando el cruce de información entre los usuarios activos del Active Directory y los usuarios registrados en la herramienta ORFEO, se evidenciaron 214 cuentas de usuarios desvinculados de la entidad y en estado activo; el detalle puede ser evidenciado en el anexo 1 de este informe (Hoja “Retirado con acceso ORFEO”).



Lo anterior, como consecuencia de la falta de gestión de cada dependencia o responsable respectivo al momento de la desvinculación de un servidor o contratista, como se expuso en el hallazgo 2.1. de este informe.

### **Recomendación:**

1. Los responsables respectivos de cada dependencia deben acatar los lineamientos de gestión y responsabilidad inmersos en las políticas de control de acceso de las “Políticas Específicas de Seguridad de la Información”, coadyuvando a mantener un protocolo de administración de acceso controlado que propenda por la integridad y confidencialidad de la información. Teniendo en cuenta además la recomendación 1 del hallazgo H 2.1 del presente informe.
2. En aras de mantener la integridad de las cuentas de usuario activas registradas en la herramienta ORFEO, se recomienda:
  - Ajustar las dependencias origen de las nueve (9) cuentas de usuario evidenciadas.
  - Se debe adelantar a la mayor oportunidad una jornada de depuración de usuarios desvinculados activos en ORFEO, donde cada dependencia con el apoyo del GGD y la OTIC analicé y efectuó el perfeccionamiento de la base de acceso a usuarios que le competan de acuerdo a las cuentas evidenciadas en el hallazgo (doscientas catorce (214)), teniendo en cuenta si estos usuarios tienen o no radicados pendientes, efectuando la gestión respectiva.
  - El responsable por parte del proceso de gestión documental con el apoyo de la OTIC, el GGH, la OAP (CISO) y el GGC, debe articular periódicamente un control de monitoreo de servidores/contratistas desvinculados con el fin de mantener actualizada la base de usuarios activos en la herramienta.

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

*3. Posibilidad de pérdida reputacional y económica por incumplimiento en la aplicación de las normas y lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación y la entidad, relacionadas con la conservación y disposición de documentos (Por Incluir).*

### **! Hallazgo 3.1 Incumplimiento de los lineamientos establecidos en la Entidad para la organización de los archivos documentales de las dependencias de acuerdo con las Tablas de Retención Documental - TRD**

Control evaluado (por incluir): *“Semestralmente un servidor del Grupo de Gestión Documental, revisa en las dependencias (mediante muestra) la correcta aplicación de los lineamientos emitidos para la organización de los archivos de gestión documental”,*

Una vez definido el control, se pudo evidenciar que en la ruta YAKSA del Grupo de Gestión Documental \\YAKSA\12006ggd\2024\DOCUMENTO DE APOYO\INFORMES\INFORMES\_SEGUIMIENTO\_AG\EDITABLES, se registran informes en borrador del archivo de gestión de quince (15) dependencias, realizados en el mes de diciembre de 2024.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los lineamientos emitidos por parte del Grupo de Gestión Documental para la organización de los archivos físicos y electrónicos de cada dependencia, se tomó muestra de las series documentales por dependencias de treinta y siete (37) Tablas de Retención Documental (TRD), aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante Acta No 3 del 22 de julio de 2020, pendientes por convalidación por parte del Archivo General de la Nación - AGN, evaluando los siguientes aspectos:

- Organización de los documentos físicos: verificación del cumplimiento de lo establecido en el Acuerdo No. 001 de 2024 del AGN, tales como (fondo Función Pública, área, serie, subserie, código TRD, número de folios, nombre del expediente, fechas extremas (inicial y final), número de caja y número de carpeta).
- Organización de los documentos electrónicos: revisión conforme al documento denominado "Lineamientos para la organización de documentos electrónicos" y el modelo de requisitos para documentos electrónicos"
- Diligenciamiento del formato de control y préstamo de documentos y registros en cada dependencia: validación del diligenciamiento del formato "Control y préstamo de documentos y registros", como evidencia de la trazabilidad en la consulta y manejo de los archivos.

Resultado de la evaluación se concluye lo siguiente:

- a) *Organización de los documentos físicos:* Verificadas las treinta y siete (37) Tablas de Retención Documental aprobadas en Función Pública, se revisó mediante muestra aleatoria series documentales de las vigencias 2024 y 2025 en cada dependencia, evidenciando que únicamente cuatro (4) dependencias cumplen con los lineamientos

institucionales de organización, diecisiete (17) no cumplen y dieciséis (16) no cuentan con archivos físicos.

Producto de la revisión, de manera general se observan: i) Carpetas que no se encuentran rotuladas con los datos: fondo (Función Pública), área, serie, subserie, código TRD, número de folios, nombre del expediente, fechas extremas (inicial y final), número de caja y número de carpeta, ii) Falta de orden cronológico en los documentos (los expediente no inician con el documento más antiguo ni finalizan con el más reciente), iii) Uso de ganchos de cosedora y/o legajadores, que pueden ocasionar deterior físico, iv) Algunas carpetas se excede el número de folios que debe contener cada carpeta (200 folios).

- b) *Organización de los documentos electrónicos*: Al revisar las carpetas ubicadas en el repositorio documental de YAKSA, se revisaron las series documentales registradas en la carpeta denominada TRD de cada dependencia. Se observó que solo la serie 10002 - Grupo de Apoyo a la Gestión Meritocrática - GAGM cumplen los lineamientos definidos para la organización de la documentación electrónica. Las treinta y seis (36) dependencias restantes presentan inconsistencias en su organización electrónica, las cuales se describen de manera general a continuación: i) Algunas carpetas almacenadas en YAKSA no se encuentran identificadas con mayúscula sostenida y reemplazando los espacios con raya al piso, otros documentos electrónicos, ii) Algunos archivos no se encuentran marcados con la fecha completa año, mes y día separado por un guion medio (-), reemplazando los espacios con raya al piso “\_” y colocando el nombre con la primera letra en mayúscula y en otras carpetas electrónicas, iii) Las series y subseries no corresponden a las establecidas en la Tabla de Retención Documental aprobada y publicada en el sitio web de la Entidad o se encuentran vacías.

A continuación, se relaciona de manera general el estado de la organización de los archivos por cada serie dependencia:

Tablas Retención Documental TRD	Observación General
<b>10000- Dirección General- DG</b>	Vigencia 2024: TRD se encuentra vacía Vigencia 2025: tiene dentro de la TRD la serie PLANES, la cual se encuentra vacía. Archivos físicos: carpeta identificada con marcador de la siguiente manera: Circulares Externas 2025 y 2024 Circulares Conjuntas 2025 y 2024 Directivas Presidenciales 2024-2025. No cumple con los criterios establecidos para la organización de archivos.

Tablas Retención Documental TRD	Observación General
<b>10001 - Grupo de Apoyo Administrativo a la Dirección General - GAADG</b>	La TRD 10001 - Grupo de Apoyo Administrativo a la Dirección General - GAADG – no cuenta con carpetas creadas en YAKSA desde la vigencia 2017
<b>10002 - Grupo de Apoyo a la Gestión Meritocrática - GAGM</b>	Vigencias 2024 - 2025: carpetas físicas 10002.38 Procesos de Selección, 10002.24 Hojas de Vida y TRD, cumplen con los lineamientos de organización y custodia garantizando la aplicación integral de la TRD del GGM. No obstante, en la prueba de recorrido se evidenció que en el archivo de la dependencia aún permanecen carpetas desde la vigencia 2020, las cuales están pendientes de transferencia al Archivo Central del DAFP
<b>12004- Grupo de Servicio al Ciudadano Institucional - GSCI</b>	Vigencias 2024-2025: el archivo físico no se encuentra actualizado ni organizado conforme a los lineamientos establecidos desde el grupo de gestión documental. Los documentos electrónicos no registran una estructura de carpetas que haga referencia a la TRD aplicable, lo que dificulta la trazabilidad y clasificación de los documentos. A partir del Decreto 1603 de 2023, se crea la Oficina de Relación Estado Ciudadanías, la cual no tiene TRD.
<b>11600 - Dirección Jurídica - DJ</b>	Vigencias 2024-2025: frente a las carpetas físicas, se indicó que la totalidad de los documentos de la serie 11600 se encuentran cargados en YAKSA. Los documentos electrónicos, se encuentran creados en concordancia con lo establecido en la TRD, sin embargo, los archivos en formato PDF allí contenidos carecen de la identificación de documento requerida, pues no incluyen la fecha de producción (año, mes y día)
<b>11601 - Grupo de Estudio y Apoyo a la Formulación de Políticas - GEAFP</b>	Vigencias 2024-2025: no se cumple con los Lineamientos para la Organización de Documentos Electrónicos, que establece: “Los documentos electrónicos se deberán marcar iniciando con la fecha completa año, mes y día separado por un guion medio (-), reemplazando los espacios con raya al piso “_” y colocando el nombre con la primera letra en mayúscula; ejemplo: 2017-03-23_Acta_01
<b>11602 - Grupo de Asesoría, Conceptos y Relatoría - GACR</b>	Vigencias 2024-2025: no se cumple con los Lineamientos para la Organización de Documentos Electrónicos, que establece: “Los documentos electrónicos se deberán marcar iniciando con la fecha completa año, mes y día separado por un guion medio (-), reemplazando los espacios con raya al piso “_” y colocando el nombre con la primera letra en mayúscula; ejemplo: 2017-03-23_Acta_01 Se revisaron físicamente las carpetas 11602.15 y 11602.8.4 validando su organización en concordancia con los lineamientos de gestión documental.
<b>11603 - Grupo de Defensa Judicial - GDJ</b>	Vigencia 2024-20245: se observó la existencia de carpetas adicionales que no hacen parte de lo

Tablas Retención Documental TRD	Observación General
	establecido en la TRD, tales como: "BACK_UP_NOTIFICACIONES_JUDICIALES", "COMITE_DE_CONCILIACIÓN", "CRONOGRAMA_ACTIVIDADES", "FURAG_2024", "NOVEDADES_PROCESALES" y "TUTELAS. Para los documentos físicos, se indicó que los documentos reposan en archivos individuales de los profesionales del grupo.
<b>11604 - Grupo Documental de Ámbito Jurídico - GDAJ</b>	Vigencia 2024-20245: no se generan documentos físicos. En el repositorio de YAKSA no se encuentra abierta la TRD 11604 con sus respectivas carpetas, incumpliendo los lineamientos establecidos para la organización de archivos electrónicos.
<b>12002 - Grupo Gestión Contractual - GGC</b>	Vigencia 2024-2025: se evidenció que únicamente la serie 12002.1 – Actas (2025) cumple de manera integral con los criterios establecidos en gestión documental, incluyendo organización física y electrónica, foliación, cuidado físico, orden cronológico, Las demás series documentales físicas y electrónicas, presentan incumplimiento de los lineamientos para la organización de las diferentes carpetas.
<b>10010 - Oficina de Control Interno - OCI</b>	Vigencia 2024-2025: no se archivan documentos físicos. En la vigencia 2024, algunos archivos no cumplen con el tamaño de caracteres, y aparecen archivos.msg no catalogados en la TRD
<b>10030 - Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - OTIC</b>	Vigencia 2024: Se observa subserie que no está en la tabla "Derechos de petición", subseries vacías, incumplimiento de la nomenclatura en la identificación de archivos y archivos no catalogados en la TRD
<b>10031 - Grupo de Servicios de Información - GSI</b>	Vigencia 2024: Series/subseries Vacías: -2024\DERECHOS_PETICION - \2024\TRD\MANUALES\ TECNICO\2024\TRD\MANUALES\USUARIO, incumplimiento tamaño máximo de caracteres y nomenclatura en la identificación de archivos.
<b>10032 - Grupo de Servicios de Tecnología - GST</b>	Vigencia 2024: no se encuentran todas las series de la TRD (Derechos de petición y Manuales) Series/subseries Vacías: 2024\TRD\PROYECTOS\ CONSTRUCCION_MANTENIMIENTO_SW - 2024\TRD\ PROYECTOS\SERVICIOS_TI, incumplimiento tamaño máximo de caracteres
<b>10033 - Grupo de Proyectos Estratégicos de Tecnologías de la Información - GPETI</b>	Vigencia 2024: no están todas las series de la TRD (Derechos de petición). Todas las Series/subseries Vacías: 2024\TRD\INFORMES\GESTION, 2024\TRD\INFORMES\MANUALES,2024\TRD\INFOR MES\PROYECTOS,2024\TRD\MANUAL_TECNICO,2 024\TRD\MANUAL_USUARIO,2024\TRD\PROYECT OS. Además, están desordenadas las carpetas

Tablas Retención Documental TRD	Observación General
	acordes con las series y subseries especificadas en la TRD. Todas la series y subseries se encuentran vacías.
<b>11001 - Grupo de Comunicaciones Estratégicas - GCE</b>	2024: no están todas las series de la TRD (Derechos de petición), incumplimiento tamaño máximo de caracteres y tipos de archivos según TRD.
<b>11400 - Dirección de Empleo Público - DEP</b>	Vigencias 2024-2025: Revisadas las rutas \\YAKSA\11400dep\2024 y \\YAKSA\11400dep\2025 no se observa la carpeta TRD por tanto no se registran las series y subseries.
<b>11401 - Grupo de Análisis y Políticas para el Empleo Público - GAPEP</b>	Vigencias 2024-2025: en la ruta \\YAKSA\11401gapep no se observa la TRD. Se registran 12 carpetas de la vigencia 2024 y 9 de la vigencia 2025 las cuales no cumplen con las series y subseries definidas en la TRD.
<b>11402 - Grupo de Asesoría y Gestión para el Empleo Público - GAGEP</b>	Vigencias 2024-2025: Para 2024 en la ruta \\YAKSA\11402gagep se evidencia en la TRD únicamente la subserie PLANES. En la vigencia 2025 se observan las series conforme a la TRD: sin embargo, se observan carpetas que no corresponden a las subseries. Los expedientes físicos de la vigencia 2024, no se encuentran debidamente organizados.
<b>11100 - Dirección de Gestión del Conocimiento - DGC</b>	Vigencia 2024: archivo físico: las carpetas de la serie PLANES, no tienen número de carpeta, desconocimiento de ciertas series de la TRD, carpetas archivadas sobre el escritorio del responsable. Digital: no están todas las series de la TRD (FICHAS, ESTUDIOS, PLANES, PROYECTOS, Manual de publicaciones). Series y subseries vacías. Incumplimiento de lineamientos archivísticos.
<b>11500 - Dirección de Participación Transparencia y Servicio al Ciudadano - DPTSC</b>	Vigencia 2024 - 2025: archivo físico - carpetas sobre escritorio, sin seguridad, sin identificación, sin foliar, en desorden cronológico y con ganchos, entre otros. Digital: no están todas las carpetas de serie y subserie (Solo Informes de gestión), existen otras carpetas. Incumplimiento de lineamientos archivísticos.
<b>11501 - Grupo de Análisis y Políticas para la Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano - GAPPTSC</b>	Vigencia 2024: no están todas las series de la TRD (DERECHOS DE PETICION, INFORMES Y MANUALES). Incumplimiento tamaño máximo de caracteres.
<b>11502 - Grupo de Asesoría y Gestión para la Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano - GAGPTSC</b>	Vigencias 2024-2025: no están todas las series de la TRD (DERECHOS DE PETICION, CONCEPTOS E INFORMES), existen otras series no descritas en la TRD. Incumplimiento tamaño máximo de caracteres, archivos que no cumplen con la nomenclatura en las carpetas. No se atienden los lineamientos archivísticos.
<b>11000 - Subdirección - SD</b>	Digital: Para el año 2024 se creó la serie ACTAS, la cual solo cuenta con un archivo. Para el año 2025, aún no se ha creado TRD. Físico: marcación inadecuada de rótulos (No. Folios).
<b>11200 - Dirección de Desarrollo Organizacional - DDO</b>	Vigencias 2024-2025: no se identificaron carpetas físicas en el archivo de gestión.



Tablas Retención Documental TRD	Observación General
	Frente al archivo digital en el año 2024 no se observó TRD que agrupara los documentos producidos por el área. Para el 2025 se evidenció TRD conforme a los lineamientos establecidos.
<b>11201 - Grupo de Análisis y Políticas para la Entidades Públicas - GAPEP</b>	Vigencias 2024-2025: archivo físico: en las carpetas revisadas, los rótulos no cumplen con los lineamientos establecidos (serie, subserie, fechas extremas, código de TRD) y no se organizada cronológicamente. Digital: no existe organización de la información en el sistema de carpetas compartidas de YAKSA.
<b>11202 - Grupo de Asesoría y Gestión para las Entidades Públicas - GAGEP</b>	Vigencias 2024-2025: los rótulos de las carpetas no contenían información completa (serie, subserie, código de TRD, fechas extremas), ni orden cronológico, ni numeración consecutiva, entre otros. Para el 2024, dos carpetas en YAKSA: una denominada Conceptos, ajustada a lo previsto en la TRD, y otra denominada Acción Integral, la cual no hace parte de la TRD
<b>10020 - Oficina Asesora de Planeación - OAP</b>	Vigencia 2024 -2025: digital: creación de series no aprobadas en la TRD. El GGD en diciembre de 2024 elaboró un informe sobre el estado de las TRD del área 10020OAP y 10021GMI en el cual dejó compromisos que a la fecha no se han cumplido. Físico: Se observaron las carpetas Actas Comité Directivo 2025 (26 folios) y Documentos importantes OAP 2024-2025 (14 folios), los cuales no cumplen los lineamientos archivísticos.
<b>10021 - Grupo de Mejoramiento Institucional - GMI</b>	Para el año 2024, se evidenció la creación de series no aprobadas en la TRD y el uso de formatos no descritos en la misma. En la vigencia 2025, se observó la creación dentro de la serie de ACTAS, la serie DERECHOS DE PETICION, incumpliendo los lineamientos para la organización de documentos.
<b>11300 - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional - DGDI</b>	Vigencia 2024 - 2025: Digital: existen carpetas con los nombres de las TRD asignadas a los grupos de la dirección, las cuales en su mayoría se encuentra vacías. Físico: el expediente documental 11300.1.13 - Actas Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno Vigencia 2025, no cumple con los lineamientos establecidos.
<b>11301 - Grupo de Análisis y Políticas para la Gestión y Desempeño Institucional - GAPGI</b>	Vigencias 2024-2025: Digital: no cuenta con carpetas creadas en YAKSA desde la vigencia 2023. Físico: 11301.15 Comunicaciones Oficiales, se evidencia que en esta carpeta se combinan dos vigencias (2023 y 2024), incumpliendo los lineamientos archivísticos.
<b>11302 - Grupo de Asesoría y Gestión para la Gestión y Desempeño Institucional - GAGGI</b>	Vigencias 2024-2025: Digital: no cuenta con carpetas creadas en YAKSA desde la vigencia 2023. Archivos físicos: 11302.8.2 Conceptos Técnicos (2025), sin cumplimiento de los lineamientos para organización de archivos

Tablas Retención Documental TRD	Observación General
<b>12001 - Grupo de Gestión Humana - GGH</b>	Vigencias 2024-2025: Archivo digital: creación de series no aprobadas en la TRD. Archivo físico: incumplimiento de lineamientos en foliación cronológica, rotulación, numeración, entre otros.
<b>12003 - Grupo de Gestión Financiera - GGF</b>	Vigencias 2024-2025: Archivo digital: creación de series no aprobadas en la TRD y rotulación inadecuada. Archivo físico: no cuenta con archivos físicos.
<b>12005 - Grupo de Gestión Administrativa - GGA</b>	Vigencias 2024-2025: Archivo digital: Están todas las series y subseries de la TRD, algunas vacías. Incumplimiento en la nomenclatura para identificación y tipos de archivos
<b>12000 - Secretaría General - SG</b>	Vigencias 2024-2025: Archivo digital: se identificó que, en varias carpetas, los formatos almacenados no corresponden con los definidos en la TRD. Con la expedición del Decreto 1603 de 2023, se creó en el DAFP la Oficina de Control Interno Disciplinario (OCID), a la cual se le asignó la porción de la TRD previamente correspondiente a la Secretaría General para los procesos disciplinarios. Sin embargo, no se encontró documentación de dichos procesos en las carpetas físicas ni digitales de la Secretaría General. Archivo físico: cumple con los criterios de organización.
<b>12006 - Grupo de Gestión Documental - GGD</b>	Vigencias 2024-2025: Archivo digital: creación de series no aprobadas en la TRD. Archivo físico: los documentos se encuentran organizados de acuerdo con los lineamientos de gestión documental.

Fuente: Elaboración propia

- c) *Diligenciamiento del formato de control y préstamo de documentos y registros en cada dependencia:* En la mayoría de las dependencias no se solicita el préstamo de documentos, por lo tanto, no se diligencia el formato. En el seguimiento se observó que solo en dos (2) dependencias (Grupo de Apoyo a la Gestión Meritocrática - GAGM y Grupo de Gestión Documental) se diligencia el formato de control enunciado.

De otra parte, mediante Decreto 1603 de 2023 “Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Función Pública”, se adicionó el artículo 17A al Decreto 430 de 2016, el cual quedará así: “ARTÍCULO 17A. Oficina de Control Disciplinario Interno y el artículo 17B al Decreto 430 de 2016, el cual quedará así: “ARTÍCULO 17B. Oficina de Relación Estado Ciudadanías; sin embargo, no se evidenció la creación y aprobación de las tablas de retención documental para estas dos oficinas.



### Recomendación:

1. Se requiere de manera prioritaria que, desde el Grupo de Gestión Documental, se realice una campaña de socialización y revisión de los archivos tanto físicos como electrónicos en todas las dependencias, con el propósito de organizar la documentación conforme a las Tablas de Retención Documental (TRD) y los lineamientos institucionales. Esta labor resulta esencial para fortalecer la transparencia, la eficiencia, el control, preservación y trazabilidad de la información, además de facilitar el acceso ciudadano y el cumplimiento de las obligaciones legales.
2. Es crucial que los responsables en cada dependencia organicen y mantengan los archivos, conforme a las Tablas de Retención Documental (TRD) vigentes y los lineamientos de la entidad, para asegurar la gestión eficiente de la información, facilitando el acceso, control y conservación de los documentos a lo largo de su ciclo de vida. Esto permite racionalizar procesos, evitar la acumulación innecesaria de papeles, garantizar el cumplimiento normativo y optimizar la conservación de la información relevante para la toma de decisiones y la memoria institucional.
3. Bajo la asesoría del Grupo de Gestión Documental, se deben diseñar, validar y aprobar las Tablas de Retención Documental para las Oficinas de Control Disciplinario Interno y Relación Estado Ciudadanías, creadas con el Decreto 1603 de 2023.
4. En cumplimiento de lo establecido en el Acuerdo No. 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, es necesario implementar en la Entidad la hoja de control o índice electrónico, en la cual se relacionan cada uno de los tipos documentales que conforman un mismo expediente.

### Hallazgo 3.2 Incumplimiento del cronograma de transferencias documentales primarias establecido por el Grupo de Gestión Documental para la vigencia 2024

Control evaluado (por incluir): *De acuerdo con el cronograma definido para la vigencia, un servidor del Grupo de Gestión Documental, revisa los archivos que cada dependencia va a transferir al archivo central según la tabla de retención documental; en caso de existir incumplimiento de los lineamientos definidos para la transferencia, el archivo no se recibe hasta tanto no se subsanen las observaciones.*

De acuerdo con lo definido en la Guía para la organización de archivos de Gestión y transferencias documentales "Todas las áreas del Departamento deberán preparar los

documentos a transferir, de conformidad con los plazos establecidos en las Tablas de Retención Documental y el cronograma de transferencias documentales aprobado por el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo”. Frente a este lineamiento, es importante anotar que en la Entidad no se encuentra establecido el Comité de Desarrollo Administrativo sino el Comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional, en el cual se realizan estas aprobaciones.

Así mismo, la guía establece que "Las dependencias de la Función Pública deben cumplir con la fecha establecida en el cronograma de transferencias documentales. La entrega oficial de la transferencia documental se realiza con el formato único de inventario documental que se encuentra publicado en CALIDAD\_DAFP / Gestión Documental / Formatos (establecido por el Archivo General de la Nación en el Acuerdo 042 de 2006). Todas las dependencias deben preparar la documentación a transferir" siguiendo los pasos ahí definidos”.

El Artículo 4.4.3. Plan de transferencias documentales primarias del Acuerdo No.001 del 29 de febrero de 2024 del Archivo General de la Nación, indica: “Los sujetos obligados deben elaborar anualmente un Plan de Transferencias Documentales para la entrega de las series y subseries documentales desde el archivo de gestión al archivo central, independiente de su soporte físico o formato electrónico, de conformidad con los tiempos de retención establecidos en las Tablas de Retención Documental —TRD.

Parágrafo 1. La transferencia documental primaria se debe realizar por series y subseries documentales con fundamento en la Tabla de Retención Documental – TRD vigente al momento del cierre del expediente y una vez cumplidos los tiempos de retención en el archivo de gestión.

Parágrafo 2. Cuando se realice la transferencia documental, las unidades documentales deben ir acompañadas de la respectiva hoja de control o índice electrónico firmado.

Parágrafo 3. Las unidades de conservación o almacenamiento que se utilicen para las transferencias documentales se identificarán así: fondo, sección (unidad administrativa), subsección (oficina productora), código y nombre de la serie y subserie, nombre del expediente, número de unidades de conservación (carpetas, libros, tomos), número de caja y fechas extremas. Parágrafo 4. La entrega de las series o subseries documentales desde los archivos de gestión al archivo central debe estar soportada con los inventarios documentales y se debe suscribir un acta de entrega firmada por las partes intervinientes. Parágrafo 5. Las actas de entrega deben contener como mínimo: nombre de la oficina productora, nombres de las series y subseries transferidas, número de unidades de

conservación o almacenamiento; referenciar la Tabla de Retención Documental – TRD utilizada para realizar la transferencia; ubicación del servidor, repositorio o sistema de información en el cual se habrán de conservar y preservar los documentos en formatos electrónicos; identificación de medios de almacenamiento; explicar la estructura lógica bajo la cual se almacenaron los expedientes y documentos electrónicos; indicar el tamaño (en megas o gigas bytes) de los documentos electrónicos producto de la transferencia”.

Una vez verificado el cronograma establecido por el Grupo de Gestión Documental para la vigencia 2024, el cual registra fecha de transferencia, revisión de las unidades documentales y visita a las dependencias, se pudo evidenciar que de las treinta y siete (37) dependencias con tabla de retención documental, únicamente siete (7), correspondiente al 18,9% realizaron transferencia documental primaria, así:

Dependencia	Fecha transferencia
<b>Despacho del Director General</b>	02 de septiembre de 2024
<b>Grupo de Apoyo a la Gestión Meritocrática</b>	16 de diciembre de 2024
<b>Oficina de Control Interno</b>	04 de octubre de 2024
<b>Oficina Asesora de Comunicaciones</b>	03 de octubre de 2024
<b>Dirección de Gestión y Desempeño Institucional</b>	27 de diciembre de 2024
<b>Grupo de Análisis y Políticas para la Gestión y Desempeño Institucional</b>	27 de diciembre de 2024
<b>Grupo de Asesoría y Gestión para el Desempeño Institucional</b>	27 de diciembre de 2024

*Fuente: Elaboración propia*

Se identificó acumulación de archivo físico desde 2020 en: Dirección de Desarrollo Organizacional, Grupo de Apoyo a la Gestión Meritocrática y Dirección Jurídica, que deben ser organizados y transferidos al archivo central de la Entidad.

En varias dependencias, las transferencias documentales carecen de trazabilidad formal: no se adjuntan inventarios documentales, ni se suscriben las actas de entrega exigidas, tampoco se evidencia la hoja de control e índice electrónico firmada y no se cumple con el cronograma de transferencias definido para la vigencia.

### **Recomendación:**

1. Revisar y actualizar la “Guía para la organización de archivos de Gestión y transferencias documentales”, dado que aún se hace referencia al Comité de Desarrollo Administrativo, instancia que ya no existe. La actualización deberá reflejar la estructura vigente y la competencia del Comité Institucional de Gestión y Desempeño como órgano responsable de la aprobación de cronogramas y lineamientos documentales.

2. El Grupo de Gestión Documental, debe brindar asesoría y acompañamiento a las dependencias en el proceso de preparación para la organización de las transferencias de documentos al archivo central. Este apoyo permitirá garantizar un control efectivo y ordenado de la documentación, reducir la acumulación de archivos en las dependencias, centralizar la información relevante para la toma de decisiones administrativas o para el conocimiento del desarrollo histórico institucional y guardar la documentación, en las mejores condiciones de conservación y consulta.
3. Los responsables de la gestión documental en cada dependencia, deberán realizar oportunamente las transferencias al Archivo Central aquellas series y subseries documentales que hayan cumplido el tiempo de retención establecido en la TRD. Dichas transferencias deben incluir expedientes organizados de manera secuencial, con sus tipos documentales debidamente ordenados, foliados y depurados conforme a los lineamientos archivísticos vigentes.



### **Hallazgo 3.3 Aplicación de los lineamientos establecidos para las transferencias documentales secundarias**

Control evaluado (por incluir): *El Coordinador del Grupo de Gestión Documental cuando lo requiera realiza transferencia secundaria al Archivo General de la Nación atendiendo los lineamientos establecidos en la Guía de Lineamientos Técnicos para Transferencias Documentales Secundarias, la Cartilla de Lineamientos para la Descripción de Documentos de Archivo emitidos por el Archivo General de la Nación y la Guía para la organización de archivos de Gestión y transferencias documentales establecida en Función Pública.*

La Ley 594 de 2000 “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.” establece el marco normativo para la gestión, conservación y acceso a los documentos y archivos del Estado y de las entidades privadas que cumplen funciones públicas. El Decreto 1080 de 2015 “Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura” establece en el ARTÍCULO 2.8.2.9.4. Periodicidad para realizar transferencias secundarias al Archivo General de la Nación. Las Entidades de que trata el artículo “Ámbito de aplicación” de las transferencias secundarias del presente decreto, deben transferir, cada diez (10) años, al Archivo General de la Nación, los documentos de valor histórico (de conservación permanente o declarados como Bienes de Interés Cultural (BIC)), existentes en dichas entidades o en sus archivos institucionales. “PARÁGRAFO 1. La Presidencia de la República, el Ministerio de Defensa y sus diferentes entidades, la

Dirección Nacional de Inteligencia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística y el Departamento Administrativo de la Función Pública, por la naturaleza de la información que manejan y por estar regidos por normas especiales, solo están obligados a transferir la documentación de los fondos existentes en sus archivos históricos que tengan más de cincuenta (50) años de antigüedad, siempre que no tengan reserva constitucional y legal. Se podrá realizar la transferencia de documentos con menor antigüedad previo acuerdo con el Archivo General de la Nación”.

En cumplimiento de lo anterior, se pudo evidenciar que el Departamento Administrativo de Función Pública, realizó la transferencia documental al Archivo General de la Nación en el mes de agosto de 2024, de la siguiente documentación: Fondo: Departamento Administrativo del Servicio Civil, Instrumento: Tabla de Valoración Documental, FUID e Informe técnico, digitalización, Periodos: 3 y 4 y Volumen: 3 cajas X-200, 23 carpetas, la cual se registró mediante Acta No. 05-2024 del 30 de agosto de 2024 del Archivo General de la Nación.

No obstante, al realizar la verificación en sitio web <https://www1.funcionpublica.gov.co/gestion-documental> - Transferencias secundarias, se constató que no se encuentra publicada la información de la transferencia realizada para conocimiento de la ciudadanía, tal como lo define la norma, por lo tanto, es necesario efectuar la corrección inmediata.

#### **Recomendación:**

1. Publicar en el sitio web de la Entidad, la información de las transferencias documentales secundarias realizadas, con el fin de que la ciudadanía conozca los documentos que ya no están bajo su custodia

#### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

4. *Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de integridad de la información, debido a la falta de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos adecuado (Por Incluir).*



**Hallazgo 4.1 Adecuada aplicación del control "Cada vez que un servidor requiere un documento del archivo central, un servidor del Grupo de Gestión Documental"**

**realiza el registro del préstamo en el formato definido como consulta, préstamo y devolución de información”**

Control evaluado (por incluir): *Cada vez que un servidor requiere un documento del archivo central, un servidor del Grupo de Gestión Documental realiza el registro del préstamo en el formato definido como "consulta, préstamo y devolución de información", el cual contiene los datos de quien solicita. El servidor tiene cinco (5) días para devolver el documento prestado.*

En la Guía para la organización de archivos de gestión y transferencias documentales versión 5 se estableció que, con el fin de tener control de la consulta y préstamo de documentos, el funcionario responsable del archivo debe garantizar el diligenciamiento completo del formato “Control y préstamo de documentos y registros” publicado en CALIDAD\_DAFP/Gestión Documental/Formatos. El diligenciamiento del formato se debe realizar cada vez que se consulte y/o se preste un expediente y se debe hacer seguimiento a la devolución de los expedientes en préstamo. Una vez transferida la documentación al archivo central, la responsabilidad y custodia de ésta, corresponde al Grupo de Gestión Documental y será allí donde se hagan las solicitudes de préstamo de documentos. El préstamo de documentos del archivo central será por cinco (5) días hábiles, cada usuario se responsabilizará por el cuidado y entrega de los documentos en las fechas indicadas, y el Grupo de Gestión Documental realizará seguimiento a su devolución.

Durante la visita realizada al archivo central del Departamento Administrativo de la Función Pública, se pudo observar la aplicación del control para el préstamo de documentos del archivo central a través del formato de consulta, préstamo y devolución de información, el cual registra préstamo de treinta (30) documentos físicos y doscientos cincuenta (250) digitales, entre el 25 de julio y el 29 de octubre de 2024, evidenciándose el diligenciamiento de todos los campos exigidos en el mismo. Igualmente, se observa en la ruta \\YAKSA\12006ggd\2024\TRD\INSTRUMENTOS\_CONTROL\ENTREGA\_ARCHIVO\_CENTRAL archivo denominado 2024-01-03\_Formato\_consulta\_prestamo\_informacion\_archivo\_central, el cual contiene la relación de las carpetas prestadas digitalmente durante la vigencia 2024.

Para la vigencia 2025, se evidenció en la ruta \\YAKSA\12006ggd\2025\TRD\INSTRUMENTOS\_CONTROL\CONTROL\_ARCHIVO\_CENTRAL, archivo nombrado 2025-01-03\_Consulta\_prestamo\_archivo\_central en donde se registraron cuatrocientas veintiún (421) solicitudes de carpetas digitales donde se lleva el control de los préstamos efectuados desde el archivo central.

**! Hallazgo 4.2 Ausencia de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo que garanticen la integridad, autenticidad, fiabilidad, disponibilidad y preservación de los documentos a lo largo del tiempo.**

Control evaluado (por incluir): *El Coordinador del Grupo de Gestión Documental emite lineamientos para la organización de los documentos electrónicos de la Función Pública en aspectos relacionados con la organización, manejo, control y servicios de los documentos que producen cada una de las dependencias en el cumplimiento de sus funciones; a partir de las Tablas de Retención Documental- TRD, para garantizar la autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad de los documentos electrónicos.*

La Ley 594 de 2000, establece las reglas y principios generales que regulan la función archivística del país, define la Función Archivística como las “(...) actividades relacionadas con la totalidad del quehacer archivístico, que comprenden desde la elaboración del documento hasta su eliminación o conservación permanente”, por tanto, incluye todos los procesos de la gestión documental y administración de archivos sin importar el soporte o formato de los documentos.

En el Artículo 2.8.2.6.1 del Decreto 1080 de 2015, se establecen las generalidades del sistema de gestión documental, definiendo que las entidades públicas deben contar con un sistema de gestión documental que permita:

- a) Organizar los documentos físicos y electrónicos, incluyendo sus metadatos a través de cuadros de clasificación documental.
- b) Establecer plazos de conservación y eliminación para la información y los documentos electrónicos de archivo en tablas de retención documental (TRD) y tablas de valoración documental (TVD).
- c) Ejecutar procesos de eliminación parcial o completa de acuerdo con los tiempos establecidos en las TRD o TVD.
- d) Garantizar la autenticidad de los documentos de archivo y la información conexa (metadatos) a lo largo del ciclo de vida del documento.
- e) Mantener la integridad de los documentos, mediante agrupaciones documentales, en series y subseries.
- f) Permitir y facilitar el acceso y disponibilidad de los documentos de archivo por parte de la ciudadanía y de la propia entidad, cuando sean requeridos.



g) Preservar los documentos y sus agrupaciones documentales, en series y subseries, a largo plazo, independientemente de los procedimientos tecnológicos utilizados para su creación.

El artículo 2.8.2.6.5. Integridad de la información en los sistemas de gestión de documentos. Los sistemas de gestión documental deben mantener el contenido, la estructura, el contexto y el vínculo archivístico entre los documentos, de forma que se garantice su accesibilidad, agrupación y valor como evidencia de las actuaciones de la Entidad.

El Artículo 2.8.2.7.2. Características del documento electrónico de archivo. Los documentos electrónicos dependen de su estructura lógica más que de la física. Los documentos generados y gestionados a través de sistemas electrónicos deben tener como mínimo las siguientes características:

- a) Contenido estable. El contenido del documento no cambia en el tiempo; los cambios deben estar autorizados conforme a reglas establecidas, limitadas y controladas por la entidad, o el administrador del sistema de forma que, al ser consultado cualquier documento, una misma pregunta, solicitud o interacción genere siempre el mismo resultado.
- b) Forma documental fija. Se define como la cualidad del documento de archivo que asegura que su contenido permanece completo y sin alteraciones, a lo largo del tiempo, manteniendo la forma original que tuvo durante su creación.
- c) Vínculo archivístico. Los documentos de archivo están vinculados entre sí, por razones de la procedencia, proceso, trámite o función y por lo tanto este vínculo debe mantenerse a lo largo del tiempo, a través de metadatos que reflejen el contenido, el contexto y la estructura tanto del documento como de la agrupación documental a la que pertenece (serie, subserie o expediente).
- d) Equivalente Funcional. Cuando se requiera que la información conste por escrito, ese requisito quedará satisfecho con un mensaje de datos, si la información que este contiene es accesible para su posterior consulta.

El Artículo 2.8.2.7.4. Requisitos para la Integridad de los Documentos Electrónicos de Archivo. Los documentos deben permanecer completos y protegidos de manipulaciones o cualquier posibilidad de cambio (de versión o cambio de un formato); así mismo se debe evitar su alteración o eliminación por personas no autorizadas. En caso de requerirse un cambio a la estructura del documento electrónico, por razones plenamente justificadas y por personal debidamente autorizado, se debe dejar evidencia de dichos cambios en el sistema de gestión documental y en el documento, a través de metadatos.

Mediante ACUERDO No. 001 del 2024 del Archivo General de la Nación, se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones.

A través de la “Guía de Implementación de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo SGDEA” del Archivo General de la Nación, se dan lineamientos asociados a la preservación, seguridad, almacenamiento y disponibilidad de la gestión documental.

El Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Secretaria General y el Grupo de Gestión Documental, emitió lineamientos para el cumplimiento de las disposiciones planteadas en las anteriores normativas, mediante los documentos denominados: "LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRONICOS - Proceso Gestión Documental V6", "MODELO DE REQUISITOS PARA DOCUMENTOS ELECTRONICOS - Proceso Gestión Documental V4, en los cuales se establece que "Toda la información electrónica controlada que se genere en la Entidad se debe almacenar en el servidor de gestión de carpetas compartidas YAKSA" indicando el procedimiento que cada dependencia debe seguir según las Tablas de Retención Documental y describe los elementos mínimos que deben tenerse en cuenta para la gestión de los documentos producidos y recibidos en Función Pública de forma electrónica y que deben ser objeto de conservación. Igualmente, mediante Circular Interna No.009 de 2024 la Secretaria General - SG emitió lineamientos para el manejo y control de expediente electrónico en el aplicativo ORFEO.

Tras la verificación de la treinta y siete (37) carpetas compartidas de YAKSA, en las cuales se encuentran la organización de los archivos electrónicos de acuerdo con las Tablas de Retención Documental, se pudo establecer que en la mayoría de dependencias no cumplen con los lineamientos establecidos para la organización de documentos electrónicos.

De otra parte, las carpetas compartidas en el servidor Windows Server 2003 denominado YAKSA, podría generar los siguientes problemas:

- Falta de trazabilidad: sin registro claro de quién accede o modifica los documentos, es complicado rastrear cambios o identificar responsabilidades. Es posible que personas no autorizadas accedan a información sensible o confidencial, lo que puede comprometer la seguridad de la entidad.

- Falta de control de versiones que puede llevar a que se guarden múltiples copias de un mismo documento, generando confusión sobre cuál es la versión más reciente.
- Pérdida de documentos importantes debido a errores humanos o fallos técnicos, por esquemas de respaldo inadecuados.
- La edición simultánea de documentos por diferentes usuarios puede resultar en conflictos y pérdida de datos (Integridad de la información).

De otro lado, respecto a la versión de Orfeo, la Entidad implementó para el año 2009 la versión 3.6, la cual se ha venido adecuando acorde a las necesidades operativas de manejo de correspondencia y PQRS del Departamento, mas no para la administración de archivo como lo dispone un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA. Asimismo, desde el punto de vista técnico, el sistema presenta signos de obsolescencia y no se encuentra totalmente alineado con las normativas archivísticas vigentes del AGN, lo que puede generar inconsistencias y retrasos en los procesos. Al respecto, la entidad se ha guiado para la customización de la herramienta ORFEO de la “Guía de Implementación de un SGDEA”, expedida por el AGN en la vigencia 2017.

Adicionalmente, en el Plan Institucional de Archivos de la vigencia 2025, se identificaron algunos aspectos críticos en la gestión documental:

- Software ORFEO 3.6, utilizado por la entidad para la recepción y trámite de comunicaciones oficiales se encuentra declarado en EOL (End of Life) o Fin de vida útil – obsoleto.
- Conformación de expedientes fraccionados y/o incompletos, sin vínculo archivístico y sin los elementos índice electrónico y metadatos, es decir que los expedientes no cuentan con las características de autenticidad, integridad, confiabilidad y disponibilidad.
- La implementación del expediente electrónico con relación a la metadata, debido a que todos los caracteres que se necesitan registrar no están en ORFEO, no hay cumplimiento de tabla de retención.
- "Expedientes electrónicos" conformados y transferidos bajo la estructura de TRD en una carpeta compartida en el servidor Windows Server 2003 y otros en ORFEO 3.6, todos sin lo necesario para considerarse expediente electrónico y/o híbrido.
- Inventario documental del archivo central desactualizado y gestionado mediante un archivo de Excel.

Lo anterior, podría generar pérdida del patrimonio documental del DAFP por la falta de herramientas que permitan la gestión de documentos y expedientes electrónicos de archivo, debido al incumplimiento legal en materia de gestión documental.

Con el fin de subsanar lo anterior, el GGD en el PINAR formuló el “Proyecto 11: Implementación del sistema de documentos electrónicos de archivo”, el cual contempla las siguientes actividades para ser ejecutadas al 30 de junio de 2025:

- Elaborar esquema de metadatos (metadatos normativos y metadatos de específicos)
- Presentar propuesta de implementación de la gestión documental electrónica en SharePoint como alternativa en la conformación de expedientes íntegros.
- Realizar prueba piloto implementación SharePoint para conformación de expedientes electrónicos e híbridos.
- Parametrizar SharePoint como gestor documental, que permita cumplir los requisitos mínimos en la conformación de expedientes electrónicos e híbridos.

De acuerdo con los registros de cumplimiento de actividades del Sistema Integrado de Gestión – SGI, se presentó propuesta de SharePoint como gestor documental, con el fin de avanzar en la gestión electrónica de documentos en el DAFP y se revisó su viabilidad (reuniones del equipo conformado por OAP, DJ, SG, GGD, y OTIC). Igualmente, se reportó que las demás actividades programadas, no pudieron desarrollarse debido a la falta de recurso humano disponible.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pudo evidenciar la necesidad urgente que tiene el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la implementación de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA, que facilite la gestión de los documentos electrónicos de archivo e incluso en soporte papel y otros análogos, y que garanticen la integridad, autenticidad, fiabilidad, disponibilidad y preservación de los documentos a lo largo del tiempo.

### **Recomendación:**

1. La Alta Dirección debe apropiarse y asignar recursos en el presupuesto anual para la formulación y gestión de un proyecto de inversión pública para la implementación de un SGDEA, como una necesidad estratégica institucional, no solo tecnológica, sino clave para la transparencia, eficiencia administrativa, gestión del conocimiento y cumplimiento normativo. Así mismo, incluir el proyecto dentro de la planeación institucional,

articulándolo con el Plan Estratégico Institucional (PEI), el Plan de Acción y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los planes de transformación digital y Gobierno Digital.

2. Acorde con las mejores prácticas y estándares nacionales e internacionales del Modelo de requisitos para la implementación de un sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo – MOREQ, el cual establece los requisitos funcionales y no funcionales del SGDEA, las Normas Técnicas Colombianas NTC 15489-1 y NTC 15489-2, como metodologías que sustentan las políticas, procedimientos y prácticas de gestión documental y las NTC 16175-1, NTC 16175-2, NTC 16175-3, que contienen las directrices a tener en cuenta por la organización para la gestión de sus documentos electrónicos y los requisitos que debe cumplir el software para lograrlo, es importante mantener la continuidad en el análisis interno para determinar el grado de cumplimiento funcional de ORFEO como administrador de correspondencia y PQRS y determinar si solo es necesaria la implementación de un módulo de administración de archivo que mantenga los lineamientos y controles de gestión archivística propios de un SGDEA, como puede ser el caso de Sharepoint, o, la implementación de un SGDEA que integre todos los requisitos fundamentales de autenticidad, integridad, fiabilidad, disponibilidad y conservación, interoperabilidad, flexibilidad y usabilidad, para el manejo de correspondencia y archivo de Función Pública.
3. Establecer mecanismos formales y periódicos de seguimiento y control al Plan Institucional de Archivos – PINAR, cuyos resultados deberán ser presentados periódicamente ante la alta dirección y las instancias competentes, como él (Comité de Archivo y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño). Es fundamental que estos comités analicen los resultados y adopten decisiones orientadas a la mejora continua, priorizando acciones correctivas o preventivas que aseguren el cumplimiento de los objetivos y proyectos del PINAR.

**! Hallazgo 4.3 Debilidad en la aplicación del control “El profesional designado del Grupo de Gestión Documental, periódicamente aplica las reglas de disposición final establecidas en la Tabla de Retención Documental TRD y la Tabla de Valoración Documental - TVD para intervenir los expedientes que hayan cumplido su retención en el archivo central y llevar a cabo la eliminación de expedientes”.**

Control evaluado (por incluir): *“El profesional designado del Grupo de Gestión Documental, periódicamente aplica las reglas de disposición final establecidas en la Tabla de Retención*

*Documental TRD y la Tabla de Valoración Documental - TVD para intervenir los expedientes que hayan cumplido su retención en el archivo central y llevar a cabo la eliminación de expedientes”.*

El Acuerdo No. 001 de 2024 establece en el Artículo 4.3.2.5. Eliminación de documentos y expedientes electrónicos. Los documentos y expedientes electrónicos de archivo que hayan cumplido sus tiempos de retención documental y que no sean objeto de conservación permanente, deben eliminarse mediante procedimientos de borrado seguro, de conformidad con las Tablas de Retención Documental, para lo cual se dará cumplimiento a los lineamientos que sobre esta materia haya establecido el Archivo General de la Nación. El Artículo 4.5.1. Proceso de disposición final de los documentos. Los sujetos obligados deben establecer en el Programa de Gestión Documental –PGD, la metodología para aplicar los criterios de disposición final de las series o subseries documentales (conservación total, selección o eliminación) de acuerdo con la valoración registrada en las Tablas de Retención Documental – TRD o en las Tablas de Valoración Documental – TVD, para la totalidad de las series y subseries documentales, sin importar el soporte físico o formatos electrónicos que las conformen.

Mediante Acta No. 005 del 21 de octubre de 2021 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Coordinadora del Grupo de Gestión Documental expuso *"Las tablas vigentes han sufrido algunos cambios dados por la actualización del nombre establecido por la Oficina Asesora de Comunicaciones (Decreto 666//2017-Modifica) y la creación del Grupo de Transformación Digital del Empleo Público (Resolución 102/2021 - Crea)"* y presentó el estado de validación de las tablas, en donde se tiene que 11 tablas tienen el visto bueno, 4 no solicitaron ajustes, 9 tienen ajustes transversales y 14 fueron ajustadas por observaciones de fondo. Por unanimidad se da la aprobación de las tablas de retención documental para su presentación ante el Archivo General de la Nación.

Mediante Acta de Reunión No. 2 del 11 de febrero de 2023, entre el AGN y la Función Pública, se revisan los ajustes remitidos por el DAFP el 16 de diciembre de 2022 en relación con las observaciones presentadas en el concepto técnico del 22 de febrero de 2022 y se dejan varias observaciones para que Función Pública realice los ajustes dejados en el acta; sin embargo, han pasados cuatro (4) años y la entidad aún se encuentra tramitando la actualización de las Tablas de Retención Documental.

Para la vigencia 2024, mediante el Acta No. 006 del 30 de septiembre de 2024 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se aprobaron las modificaciones en las fechas de ejecución de cuatro (4) acciones relacionadas con el proceso de eliminación documental,

así: adelantar el trámite de aprobación del listado de información a eliminar por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (septiembre de 2024); realizar la publicación del inventario de eliminación documental en el portal web institucional; recuperar y clasificar la información a eliminar con fecha de entrega en octubre de 2024; y suscribir y publicar el acta de eliminación documental en el mismo portal. Una vez se verificó que en la página web de la Entidad, únicamente se encuentra publicado el inventario de eliminación documental correspondiente a la Dirección Jurídica.

En consecuencia, durante la vigencia 2024 no se ejecutó la eliminación documental aprobada por el Comité. De acuerdo con la información suministrada por la Coordinadora del Grupo de Gestión Documental, dicha eliminación no se llevó a cabo debido a que las Tablas de Retención Documental (TRD) no se encuentran actualizadas ni convalidadas por el Archivo General de la Nación (AGN).

Asimismo, se evidenció que en la vigencia 2022, mediante Acta de Eliminación de Documentos No. 001 del 13 de diciembre de 2022, se eliminaron 3.476 folios almacenados en 34 carpetas, y en la vigencia 2023, a través del Acta de Eliminación Documental No. 001 del 20 de septiembre de 2023, se eliminaron 93.558 folios contenidos en 1.035 carpetas. Sin embargo, es importante advertir que, conforme al Acta No. 005 del 21 de octubre de 2021 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se aprobó la actualización de las TRD para su presentación al Archivo General de la Nación, las cuales no fueron convalidadas. En consecuencia, las eliminaciones efectuadas en las vigencias 2022 y 2023 se realizaron con TRD no convalidadas por el AGN.

De otra parte, en el Plan Institucional de Archivos - PINAR de la vigencia 2025, aprobado y publicado en el mes de enero, se programaron las siguientes actividades para ser ejecutadas en la presente vigencia:

Actividad	Fecha Inicial	Fecha Final
Identificar los documentos que ya han cumplido los tiempos de retención documental establecidos en las TVD y TRD, incluidos los fondos documentales DASC y bienestar social	01/04/2025	30/06/2025
Realizar la intervención de las series documentales con disposición final selección.	01/04/2025	30/06/2025
Generar propuesta de eliminación documental	01/07/2025	30/09/2025
Presentar propuesta de eliminación documental al comité institucional de gestión y desempeño	01/07/2025	30/09/2025
Publicar inventarios y acta de eliminación página web	01/07/2025	30/09/2025

*Fuente: 2025-01-13\_Plan\_institucional\_archivos\_pinar 2025*



Una vez realizado el seguimiento a las anteriores actividades, se pudo observar que las mismas, no se cumplieron en los términos establecidos en el cronograma del PINAR. La Coordinadora del Grupo de Gestión Documental, manifestó que hasta que no se convaliden las TRD por parte del AGN, no se puede llevar a cabo el proceso de eliminación.

Por otra parte, durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno (OCI), a partir de una muestra de cuatrocientos setenta y dos (472) documentos contrastados entre el inventario documental publicado en la página web de la Entidad y los registros del Archivo Central, se evidenció que en dieciséis (16) carpetas, que según el inventario debían estar eliminadas, aún se constató su existencia física; es decir, se encontraron archivos que figuraban como eliminados.

### **Recomendación:**

1. Con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación, se debe fortalecer la gestión frente a la actualización y convalidación de las tablas de retención documental, ya que esta actualización permite organizar, controlar y gestionar de manera eficiente el ciclo de vida de la documentación, desde su producción hasta su destino final.
2. Documentar y socializar el procedimiento de eliminación documental, el cual debe describir la forma como se articula el proceso de eliminación de series y subseries con disposición final en las tablas de retención documental – TRD y lo establecido en el Programa de Gestión Documental.
3. Antes de ejecutar cualquier eliminación documental, verificar la consistencia entre inventarios, actas y archivos físicos, generando un expediente de eliminación que contenga toda la evidencia del proceso.

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo**

5. Posibilidad de pérdida económica y reputacional por retrasos en la búsqueda y recuperación de información del archivo central debido a un inadecuado sistema de organización y clasificación de documentos, afectando la eficiencia de los procesos administrativos.

### ! Hallazgo 5.1 Inadecuada gestión del inventario del archivo central

Control evaluado (por incluir): *“El servidor delegado del Grupo de Gestión Documental, revisa periódicamente el inventario documental asegurando su alineación con los documentos del Archivo central de Función Pública, teniendo en cuenta la normatividad vigente para facilitar la correcta organización y conservación de documentos”.*

Para la evaluación de este control se utilizó como base el inventario documental del archivo central publicado en el botón de transparencia de la página web de la entidad, este contiene 48.148 documentos almacenados en el archivo central, de este total, se tomó una muestra aleatoria de cuatrocientos setenta y dos (472) documentos relacionados en dicho inventario, verificando los siguientes criterios: (1) el número del documento identificado en el inventario documental, (2) la Oficina productora de la documentación, (3) el código de TRD, (4) el Nombre de la Carpeta, (5) fecha inicial y fecha final, (6) código de caja, y (7) código de carpeta, posteriormente se realizó una búsqueda de algunos documentos contenidos en el inventario pero que se encuentran identificados como eliminados en las actas e inventarios de eliminación publicados en la página web de Función Pública, en el módulo de Gestión Documental.

A continuación, se presentan los resultados consolidados, las inconsistencias identificadas y conclusiones:

Categoría de Cumplimiento (7 Criterios)	Cantidad de documentos (Muestra)	Porcentaje
<b>Cumple todos los criterios</b>	0	0.0%
<b>No cumple todos los criterios</b>	144	30.5%
<b>Otras Inconsistencias</b>	328	69.5%
<b>Total, de la Muestra</b>	472	100.0%

Fuente: elaboración propia.

El cuadro presenta la evaluación del cumplimiento de siete criterios de verificación en una muestra de 472 documentos, a continuación, se detallan las situaciones identificadas:

- Ninguno de los documentos revisados cumplió con la totalidad de los criterios.
- El 30.5% de la muestra (144 documentos) no se encontró físicamente, situación que en la mayoría de los casos está asociada a procesos de eliminación documental previos o al registro como “N/A” en la estantería.

- El 69.5% restante (328 documentos) presentó alguna inconsistencia, siendo la más frecuente la relacionada con el campo "Oficina Productora".

#### Recomendación:

1. Corregir y estandarizar la rotulación de cajas y carpetas, asegurando que cada unidad documental esté claramente identificada con el número de inventario. Además, actualizar y revisar los inventarios digitales para reflejar fielmente la realidad física, eliminando las inconsistencias detectadas. Es imprescindible actualizar el inventario documental del archivo central con información vigente a 2025, para que sea corroborado, aprobado y publicado en la página web institucional, facilitando la custodia y conservación efectiva de los documentos.

#### ❗ Hallazgo 5.2 Debilidad en la aplicación del control verifica periódicamente la infraestructura física del Archivo Central

Control evaluado (Por incluir): *“El Coordinador del Grupo de Gestión Documental o su delegado verifica periódicamente la infraestructura física del Archivo Central para garantizar que cumpla los criterios de conservación documental exigidos por la normatividad vigente.”* (Por incluir).

De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos) y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación (AGN), el Archivo Central de cada entidad, debe garantizar condiciones físicas, ambientales y de conservación documental que aseguren la preservación, integridad y recuperación eficiente de los documentos. Estas condiciones incluyen mobiliario adecuado, ambiente controlado, climatización, materiales de almacenamiento apropiados, buen estado de pintura, control de humedad, iluminación funcional y ventilación controlada.

La evaluación del Control 5.2 incluyó la revisión de la infraestructura física del Archivo Central, verificando aspectos clave como mobiliario, pintura, condiciones ambientales, iluminación, ventilación, limpieza, control de plagas, conservación preventiva y gestión climática, con alcance desde enero de 2024 hasta el 30 de junio de 2025. El objetivo principal fue validar que las condiciones físicas del archivo contribuyan a la correcta conservación y administración de los documentos, asegurando la aplicación efectiva del control definido para la protección del patrimonio documental institucional.

Producto de la verificación realizada se identificaron las siguientes fortalezas:

1. Mobiliario apropiado: Estanterías, anaqueles y gavetas se encuentran en óptimo estado; fabricados con materiales resistentes y anticorrosivos, sin deformaciones.
2. Estado de pintura y recubrimientos: Paredes, techos, puertas y pintura se mantienen en buen estado, sin humedad ni filtraciones.
3. Iluminación adecuada: El archivo cuenta con ventanas recubiertas que impiden el ingreso directo de la luz solar, manteniendo niveles funcionales de luz natural y artificial.
4. Ventilación controlada: Se verificó ventilación sin corrientes directas ni acumulación de polvo.

Sin embargo, se identificaron las siguientes debilidades:

1. Monitoreo ambiental: Suspensión de medición periódica de temperatura y humedad. Se identificó el registro del formato “Registro de temperatura y humedad relativa del Archivo Central” diligenciado solo en 2024, se identificó la suspensión del control a partir del primer semestre de 2025 por descalibración de equipos.
2. Gestión de recursos: Falta de apropiación presupuestal para calibración y diagnóstico Proyecto “Diagnóstico de infraestructura” incluido en PINAR, sin avances a julio de 2025.
3. No se identificaron reportes de rutinas de limpieza y control de plagas ni en la vigencia 2024 ni en el primer semestre de 2025.
4. Durante la revisión del archivo físico central se observó que en la planoteca hay documentos almacenados fuera de los cajones destinados para su conservación, situación que podría afectar la integridad de los planos y documentos guardados en este espacio.

#### **Recomendaciones:**

1. Restablecer el sistema de monitoreo ambiental del Archivo Central, gestionando la calibración o reposición de los equipos de medición de temperatura y humedad relativa.
2. Asegurar el registro sistemático y verificable de los resultados mediante formatos actualizados y revisiones periódicas para cumplir con los estándares del Archivo General de la Nación.
3. Restablecer las rutinas de limpieza, desinfección y control de plagas, implementando el diligenciamiento de la planilla de seguimiento y garantizando la ejecución periódica

de estas actividades bajo la responsabilidad del Coordinador del Grupo de Gestión Documental.

4. Dar trámite a la situación identificada de la planoteca y continuar con la ejecución del Proyecto 9 establecido en el Plan Institucional de Archivo (PINAR), que contempla la organización y manejo adecuados de los documentos del archivo central para garantizar su protección y conservación.

#### Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

6. Posibilidad de pérdida reputacional por afectación de la transparencia de la gestión pública, debido a dificultades en el acceso a la información pública (Por incluir).

#### ✓ Hallazgo 6.1 Adecuado registro y acceso a la metadata básica para radicaciones por correo institucional o presencial en ORFEO

Control evaluado (por incluir): *El responsable del GGD, cada vez que se requiera, y con el fin de controlar el acceso y consulta de la información que se registra o ingresa, gestiona un modelo de metadatos, el cual posibilita la creación, registro, clasificación, acceso, conservación y disposición de los documentos a lo largo del tiempo, estandarizado con las mejores prácticas.*

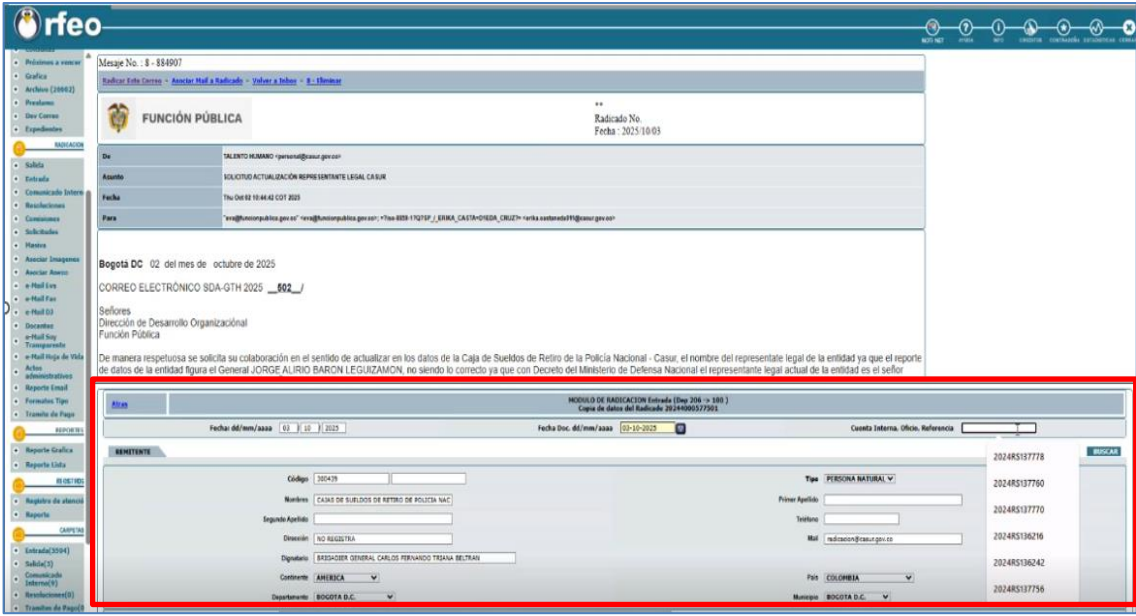
Para el desarrollo de esta verificación, se tuvo como base de gestión el Plan Institucional de Archivos (PINAR), el cual es un instrumento de planificación archivística usado por entidades públicas en Colombia para organizar y gestionar sus archivos de manera estratégica y eficiente, en cumplimiento de las directrices del Archivo General de la Nación. La gestión sobre este plan se está registrando en la Planeación Institucional en el SGI en el proceso asociado de Gestión Documental, y se tiene al interior del proceso un archivo de control en Excel que maneja entre otra la siguiente información:

- Proyectos
- Actividad
- Inicio del plan
- Duración del plan
- Inicio real
- Duración real
- Porcentaje completado
- Estado de cumplimiento por trimestre

Respecto a la gestión de un modelo de metadatos adecuado para efectuar la creación, registro, clasificación, acceso, conservación y disposición de los documentos, se trató con el auditado el siguiente riesgo definido al interior del PINAR:

1. Posibilidad de tener dificultades para el acceso y consulta de la información que se registra o ingresa, por fallas en los registros o captura de metadatos e información, por la falta de planeación y directrices sobre la gestión documental

Al respecto, en ORFEO actualmente se están capturando los datos básicos para radicaciones por correo institucional o presencial, bien si traen oficio o no, registrando así la información necesaria para mantener el metadato del radicado.



*Fuente: Pantallazo de ejemplo captura metadatos de un radicado*

En el caso de PQRS, llega a la bandeja de entrada de ORFEO, pero no se diligencia la información ya que se capturan previamente de algunos campos predeterminados en el formato. No obstante, algunas veces no se diligencia la información completa, por cuanto en gestión documental se abre el oficio anexo, se revisa quien lo está cagando y se reasigna.

La metadata queda almacenada en la base de datos asociada y a perpetuidad, bajo los lineamientos de la política de respaldo y recuperación de la entidad (Respaldo diario incremental y semanal).

#### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

7. Posibilidad de afectación reputacional por quejas y sanciones de entes de control debido a pérdida de disponibilidad de los servicios y sistemas de información administrados por la OTIC, causados por: Incidentes de seguridad fuera de control, afectación de la infraestructura tecnológica como consecuencia de manipulación inadecuada en la infraestructura y fallas en niveles de mantenimiento y soporte, y falencias en la generación o recuperación de copias de seguridad / respaldo del software de aplicación y BD contenido en los equipos servidores que componen la solución (Por incluir).

#### **! Hallazgo 7.1 Desconocimiento y desactualización del plan de recuperación de desastres a nivel operativo**

Control evaluado (Por incluir): *“El líder técnico de la OTIC de cada sistema de información o plataforma tecnológica en coordinación con el líder operativo respectivo, activa cuando sea necesario el plan de continuidad y recuperación con el fin de restablecer la operación y la prestación de los servicios afectados. En caso de presentarse problemas en la ejecución del plan, se deben efectuar los correctivos necesarios, retroalimentar las mejoras en el plan y efectuar las respectivas socializaciones a las dependencias intervinientes.”*

Verificando el escenario de documentación e implementación de los planes de recuperación de desastres, con el fin de restablecer la prestación de los servicios afectados en el sistema, tal como se especifica en el Plan Estratégico de Continuidad del Negocio 2025 de Función Pública y basados en las mejores prácticas soportadas por la norma ISO 22301:2019 para la Gestión de la Continuidad del Negocio, se encontró el siguiente estado para cada uno de los planes:

Plan de recuperación operativo: Se evidencia un documento generado por el GGD denominado “PROCEDIMIENTO PARA CONTINUAR OPERACIONES DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA”, versión febrero 2017, el cual tiene como objetivo “Documentar las actividades desarrolladas por el personal de correspondencia y archivo para atender los servicios de manejo de la información en caso que se presente alguna eventualidad”, en el que se determinan las herramientas de gestión a utilizar y el protocolo de activación del escenario de ausencia del gestor documental Orfeo para las operaciones de archivo y



correspondencia. Al respecto, se pudo observar que dicho procedimiento *no es del conocimiento del grupo actual gestión documental, que se encuentra desactualizado acorde con la operación y herramientas de soporte actuales y que tampoco se ha publicado en el Sistema de Integrado de Planeación y Gestión en el Proceso de Gestión Documental.*

El documento objeto de análisis, se encuentra actualmente en la ruta YAKSA: \\YAKSA.dafp.local\12006GGD\2021\DOCUMENTOS APOYO\PLAN CONTINUIDAD N EGOCIO, bajo el nombre “22-05-2019\_PLAN\_CONTINUIDAD\_GESTION\_DOCUMENTAL.doc”

Plan de recuperación Técnico: se evidencia la debida documentación del procedimiento denominado “Plan de recuperación del servicio Orfeo” (Ruta: \\YAKSA.dafp.local\10033GPETI\2024\DOCUMENTOS\_APOYO\ABEJARANO\ORFEO\HALLAZGO\_576), versión de diciembre de 2024, el cual tiene por objeto “Recuperar el servicio de Orfeo por daño físico, daño en la aplicación o inconvenientes en la infraestructura tecnológica.”, en él se pueden apreciar los siguientes elementos:

- Condiciones Generales: donde se debe tener en cuenta los siguientes contratos:
  - Contrato vigente de soporte y mantenimiento de la plataforma virtualización. *A la fecha de auditoria este contrato no se encuentra vigente.*
  - Contrato vigente de soporte y mantenimiento de la plataforma de la base de datos (Contrato prestación de servicios 015/2025).
- Infraestructura actual
- Actividades a desarrollar (Descripción, responsables, recursos y tiempo)
- Planes de recuperación requeridos:
  - Plan de recuperación de las Bases de Datos: Se tiene el **Disaster Recovery Plan - DRP** para bases de datos ORACLE a julio 2025 como producto del contrato de prestación de servicios 015/2025 con el Ing. Luis Carlos Burbano – ruta \\YAKSA.dafp.local\10030OTIC\2025\DOCUMENTOS APOYO\CONTRATOS\INVERSION\PRESTACION SERVICIOS\CPS 015 2025 LUIS CARLOS BURBANO\PAGOS\PRODUCTOS; se observa que dicho plan aún no ha sido publicado en el SIPG.

- Plan de recuperación de Plataforma de Virtualización – Data center Función Pública. A pesar que no existe dicho documento, se evidencia con el apoyo de la OTIC, que, en cuanto al servidor de Orfeo, se cubre la recuperación mediante la Política de respaldo y recuperación de la información (Versión 6, enero 2025) y el Plan de recuperación ante desastres tecnológicos (Versión 5, dic.2024).
- Cuadro de responsables
- Posibles vulnerabilidades, amenazas, riesgos y controles

Este plan de recuperación a pesar que se encuentra actualizado, *no ha sido publicado en el SIPG en el proceso de gestión de las tecnologías de la información.*

#### **Recomendación:**

1. Como lo especifica la Norma ISO 22301, la organización debe documentar y mantener planes y procedimientos para la continuidad de negocio. Los planes para la continuidad de negocio deben brindar orientación e información para ayudar a los equipos a responder en una interrupción y ayudar a la organización en la respuesta y recuperación, por ende, se recomienda al GGD gestionar los siguientes elementos para dar cobertura operativa a interrupciones inesperadas que afecten la disponibilidad del sistema de gestión documental Orfeo:
  - a) Con el apoyo de la OAP y la OTIC, actualizar el procedimiento de recuperación, acorde con la operativa y técnica actual, manteniendo un documento debidamente actualizado en el tiempo, versionado, oficializado y publicado en el SIPG. Dicho procedimiento debe contener como mínimo la siguiente temática:
    - ✓ Propósito, alcance y objetivos;
    - ✓ Funciones y responsabilidades del equipo que implementará el plan;
    - ✓ Acciones para implementar las soluciones;
    - ✓ Información de soporte necesaria para activar (incluyendo los criterios de activación), operar, coordinar y comunicar las acciones de los equipos;
    - ✓ El procedimiento debe ser utilizable y estar disponible en el momento y lugar en el que se requiera.

- b) Aplicar los debidos escenarios de comunicación y socialización del procedimiento a los responsables internos que deben gestionar la estrategia de continuidad.

**! Hallazgo 7.2 Aspectos susceptibles de mejora en la ejecución de pruebas del plan de continuidad de negocio a nivel operativo**

Control evaluado (Por incluir): *El líder operativo del GGD en coordinación con el líder técnico de la OTIC efectúan las pruebas periódicas del plan de recuperación de desastres de ORFEO con el fin comprobar su eficacia. En caso de presentarse problemas en la ejecución las pruebas, se deben efectuar los correctivos necesarios, retroalimentar las mejoras en el plan y efectuar las respectivas socializaciones a las dependencias intervinientes.*

Comprobando el escenario de ejecución de pruebas de los planes de recuperación de desastres, con el fin de que el proceso valide periódicamente la eficacia de sus soluciones y estrategias para la continuidad de negocio, se encontró lo siguiente:

Plan de recuperación operativo: no se han efectuado pruebas desde la vigencia 2024, por razones obvias expuestas en el numeral anterior.

Plan de recuperación Técnico: Se evidencia la última prueba de recorrido efectuada a finales de la vigencia 2024, en la cual se documentó la debida gestión para el simulacro de fallas en el servidor de aplicación del sistema Orfeo por daño en el sistema operativo, en la plataforma de hiperconvergencia, daño eléctrico en el datacenter de función pública, desastre natural o ataque informático.

**Recomendaciones:**

1. Con el apoyo y concurso de la OTIC el GGD debe implementar y mantener un programa de ejercicios y pruebas (Plan de pruebas) para validar periódicamente la eficacia de sus soluciones y estrategias para la continuidad de negocio establecidas en el procedimiento/plan.

Según la ISO 22301, se deben conducir ejercicios y pruebas que:

*“(...) sean consistentes con los objetivos para la continuidad de negocio; estén basados en escenarios adecuados que estén bien planificados con objetivos y propósitos claramente definidos; desarrollen el trabajo en equipo, competencia, confianza y*

*conocimiento para aquellos que tienen que desempeñar funciones en relación con las interrupciones; validen las estrategias y soluciones para la continuidad de negocio a lo largo del tiempo; produzcan reportes formalizados después de los ejercicios que contengan resultados, recomendaciones y acciones para implementar mejoras; se revisen en el contexto de promoción de mejora continua; se desarrollen en intervalos predeterminados y cuando hay cambios significantes dentro de la organización o el contexto en la cual opera.(...)”*

2. Con respecto al DRP técnico de Orfeo, la OTIC debe:

- a) Ajustar el plan con el tipo de plantilla institucional usada en los demás DRPs publicados en el SGI (Recomendación de forma, no de fondo)
- b) Con el apoyo de la OAP, publicar el plan actualizado en la sección de documentos externos y otros, dentro del proceso de “Gestión de las Tecnologías de la Información” en el SGI.
- c) Con el apoyo de la OAP, publicar el DRP para bases de datos Oracle generado a través del contrato de prestación de servicios 015/2025. Como plan de recuperación requerido.
- d) Mantener la gestión de pruebas de recorrido y reales efectuadas periódicamente, conservando la transversalidad con el área operativa y la metodología expuesta de ejercicios de prueba por la ISO22301.
- e) Con el apoyo, presupuesto y autorización previa por parte de la administración procurar la pronta celebración del contrato correspondiente de soporte y mantenimiento de la plataforma virtualización, como condición general del DRP de Orfeo.

### **Conclusiones y Recomendaciones Generales**

En cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación (AGN) y en concordancia con la Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos, se presentan las siguientes recomendaciones generales orientadas a fortalecer la organización, control y conservación de los archivos documentales en cada una de las dependencias de la Entidad, las cuales deben garantizar la correcta aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD), la eficiencia en la gestión de la información y la protección de la memoria institucional:

1. Actualizar e implementar las TRD como instrumento obligatorio para la organización, conservación y disposición de los documentos en todas las dependencias, garantizar la clasificación de los documentos que respondan a las series y subseries aprobadas institucionalmente y evitar la creación de agrupaciones documentales fuera de las definidas en las TRD.
2. Mantener inventarios actualizados de los documentos existentes en cada dependencia, registrar los movimientos de ingreso, préstamo y transferencia de documentos y verificar periódicamente la correspondencia entre los inventarios y el archivo físico.
3. Asegurar condiciones ambientales adecuadas para la preservación de los documentos como la temperatura y la humedad, evitando la exposición de los documentos a la luz solar directa, polvo o insectos, entre otros.
4. Realizar las transferencias primarias del archivo de gestión al archivo central de acuerdo con los plazos definidos en las TRD y efectuar las transferencias secundarias o eliminación documental previa aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y publicación del inventario de eliminación en la página web institucional, según lo dispuesto por el AGN.
5. Asegurar la correspondencia entre los documentos físicos y electrónicos en los sistemas de gestión documental, implementar estructuras de metadatos y procedimientos de preservación digital conforme a los lineamientos del AGN y las Normas Técnicas de Interoperabilidad y garantizar la implementación del Sistema de Gestión Documental Electrónico de Archivo (SGDEA) para el control integral del ciclo de vida de los documentos.
6. Fortalecer la capacitación del personal en materia de organización, clasificación, conservación y disposición final de documentos, designar un responsable de archivo o enlace de gestión documental en cada dependencia y promover la cultura archivística y la responsabilidad institucional en la administración de la información pública.
7. Implementar políticas y controles adecuados para la administración (Creación, modificación, inactivación y monitoreo) de usuarios con acceso a la herramienta de gestión Orfeo y al servidor de carpetas compartidas YAKSA, con el fin de mantener

la seguridad (integridad y confidencialidad) de los documentos por estos sistemas gestionados y almacenados.

8. Actualizar, oficializar y probar el procedimiento de recuperación de desastres, a nivel “Operativo”, bajo las mejores prácticas expuestas por la Norma ISO 22301, la cual establece los requisitos para un Sistema de Gestión de la Continuidad del Negocio – SGCN. Esto en pro de ayudar a la Entidad en la respuesta y recuperación ante interrupciones inesperadas que afecten la disponibilidad del sistema de gestión documental.

## **1. Plan de Mejoramiento Institucional**

### **Plan de acción definido por el responsable / Responsable / Fecha de cumplimiento:**

El Plan de Mejoramiento Institucional es la herramienta que permite consolidar y evidenciar los diferentes hallazgos, las oportunidades de mejora, el seguimiento a las desviaciones de la gestión y las acciones de mejoramiento continuo emprendidas en la Entidad, a través del Sistema de Gestión Institucional - SGI. Con el fin de incluir las acciones para subsanar los hallazgos de la presente auditoria, se llevará a cabo el procedimiento establecido en el “Manual del Usuario SGI - Módulo Plan de Mejoramiento”.

Jorge Iván De Castro Barón  
Jefe Oficina Control Interno

*Elaboró: Daniel Ruiz; Mauricio Cornejo; Esneda Gamboa, Lina Gómez.  
Revisó y aprobó: Jorge Iván De Castro Barón*

## Informe de Auditoria Basada en Riesgos Proceso Gestión Documental

Oficina de Control Interno  
Octubre de 2025