



Función Pública



Informe Ejecutivo 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.
(R)	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 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)
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"> - 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. - Falencias en la generación o recuperación de copias de seguridad / respaldo del 			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: https://www1.funcionpublica.gov.co/informes-y-seguimientos-oficina-de-control-interno					

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 Ejecutivo de Auditoria Basada en Riesgos Proceso Gestión Documental

Oficina de Control Interno
Octubre de 2025