



## Informe de Auditoría Interna

<b>AUDITORIA No.</b>	Auditoría Interna No. 10	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	Día: 27	Mes: 05	Año: 2015
----------------------	--------------------------	-------------------------------------	---------	---------	-----------

Proceso(s) a Auditar:	Gestión Documental
Dependencia(s):	Grupo de Gestión Documental
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Magda Carolina Cardozo Cerquera
Objetivo de la Auditoría:	Evaluar el estado del sistema de calidad institucional en el proceso de gestión documental, determinar las acciones de mejoramiento y verificar cumplimiento normativo, y mejoramiento implementados
Alcance de la Auditoría:	Auditar el proceso de gestión documental del 15 al 22 de mayo de 2015 con el fin de verificar el estado de madurez del sistema de gestión de calidad al interior del grupo, durante el periodo comprendido del 1 de mayo de 2014 al 30 de abril de 2015.
Criterios de la Auditoría:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisitos de los procedimientos, requisitos de la Norma Técnica de Calidad, requisitos de MECI y requisitos FURAG, requisitos Ley de Transparencia.</li> <li>- Normatividad vigente aplicable a la Entidad y a cada uno de los procesos, Normograma.</li> <li>- Requisitos del usuario, del producto y del servicio.</li> </ul>

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	15	Mes	05	Año	2015	Desde	22/05/15 D/M/A	Hasta	22/05/15 D/M/A	Día	22	Mes	05	Año	2015

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
Andrés Podlesky	Luz Stella Patiño	Maia Valeria Borja Guerrero – Olga Lucia Arango

### PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS/ HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Descripción del hallazgo o situación detectada y/o requisito de la norma	Numeral de norma	Tipo	Recomendación
		C NC OBS	
Se evidencia que el sistema de gestión de calidad dentro del proceso de gestión documental se mantiene y se busca su mejoramiento continuo a través de acciones que si bien es cierto no se encuentran documentadas (modificación del sello de recibido de correspondencia por ejemplo) las mismas contribuyen a la satisfacción del cliente. En este sentido se muestra como una fortaleza el mantenimiento y mejoramiento constante del proceso; no obstante, la no	4.1. / 8.5.	OBS	Continuar con las acciones de mejoramiento para el proceso y empezar su documentación dentro del sistema.



## Informe de Auditoria Interna

documentación de dichas mejoras se muestran como una oportunidad de mejora para empezar a documentarlas debidamente.			
Se evidencia que hay algunas actividades al interior del proceso que son desempeñadas por terceros (Empresa 472), las cuales pueden impactar o afectar la conformidad del producto y/o servicio del proceso de gestión documental (recibir correspondencia y hacer reparto de la misma), sin embargo, no se observa que esta posibilidad se encuentre contemplada dentro del sistema; por esta razón se deberá incluir dentro del sistema esta situación, de manera que se mantenga el control de las actividades que realizan los contratistas.	4.1.	<b>OBS</b>	Incluir dentro del sistema de gestión de calidad las actividades que han sido entregadas a terceros así como los controles que el líder estratégico y operativo ejercerán sobre los mismos.
Se observa el control que mantiene el líder operativo del proceso, sobre la información que corresponde al proceso de gestión documental. Se evidencia el control que ejerce el líder sobre las actividades que desarrolla el proceso. De igual forma se pudo ver que existe un adecuado proceso de delegación en los integrantes del equipo de trabajo.	4.2.	<b>C</b>	Se resalta el conocimiento del líder operativo sobre su proceso y el control que mantiene de todas las actividades del mismo.
Se encuentra como equipo de seguimiento y medición el sistema de correspondencia de ORFEO, frente al seguimiento y medición del mismo, se pudo observar que por parte de la líder operativa del proceso de gestión documental únicamente se tiene el rol de administradora y el área de sistemas se encarga del mantenimiento de la plataforma; razón por la cual se hace necesario verificar con el informe de Auditoría del área de sistemas si se evaluó este punto.	7.6	<b>C</b>	En caso de no haberse evaluado este punto con el área de sistemas, se dejaría como una observación para ser trabajada con el área de sistemas posteriormente.
Se tienen los planes de mejoramiento 456 y 457 que se encuentran pendientes únicamente para cerrar.  Los riesgos se encuentran debidamente diligenciados y controlados, a raíz de la materialización de uno de ellos (pérdida de información) se inició el plan de mejoramiento 597, el cual cuenta con las acciones tomadas debidamente	8.2.3	<b>C</b>	Se resalta el tratamiento oportuno que se dio a la materialización del riesgo de pérdida de información. Se sugiere igualmente y teniendo en cuenta que el riesgo se materializó frente a la prestación del servicio por parte de la Empresa 472, revisar las obligaciones de las partes a futuro para dejar las



## Informe de Auditoría Interna

<p>diligenciadas y las cuales se tornan como las apropiadas para evitar su ocurrencia nuevamente.</p> <p>De igual forma se evidencia el cumplimiento al cronograma de transferencia documental establecido (1 de mayo de 2014 hasta el 30 de abril de 2015).</p>			<p>estipulaciones que se consideren en el contrato respectivo.</p>
<p>En la entrevista se pudo evidenciar que el indicador que se tiene establecido para el proceso no resulta muy claro para medir lo que se pretende en el tema de transferencia documental. No obstante, se refiere por parte de la líder operativa que se hizo propuesta de modificación ante la oficina de planeación y no se ha obtenido respuesta. (Evidente en los correos electrónicos observados.)</p>	8.3.	<b>OBS</b>	<p>Se presenta como una observación pero para la oficina de planeación con el fin de que adelante las gestiones necesarias para la adopción de los nuevos indicadores, que respondan a las necesidades del proceso.</p>
<p>Frente al informe (requisito legal) de FURAG se determina desconocimiento y de los resultados por parte del proceso, ya que no ha sido socializado. No obstante, se conocía las falencias que el informe señala y manifiesta que se han emprendido medidas para dar cumplimiento a las políticas de documentos electrónicos. Es así como se encuentra OPENKM y se observan evidencias del trabajo presentado en la construcción del tutorial proyecto de inversión.</p> <p>En cuanto al uso de la firma electrónica se manifiesta que la misma no ha sido implementada hasta el momento en razón a temas presupuestales.</p>	7.3	<b>OBS</b>	<p>Dado que el desarrollo de la política de manejo de los documentos electrónicos requiere del apoyo decidido de la oficina de sistemas, ya que la líder operativa del proceso de gestión documental no cuenta con los conocimientos necesarios para la implementación, se requiere la designación de un ingeniero por parte de la oficina de sistemas que ayude en la construcción de los parámetros informáticos.</p>
<p>En cumplimiento de las directrices de la Ley de transparencia y la necesidad de tener información de cara al ciudadano, y como uno de los parámetros tomados de forma aleatoria, se tiene que la implementación del programa de gestión documental PGD se encuentra publicada en la página del Departamento.</p>	7.2.2	<b>C</b>	<p>De acuerdo con la información tomada de forma aleatoria, se evidencia el cumplimiento de los parámetros de la Ley de transparencia.</p>



## Informe de Auditoría Interna

<p>4.2.3. No se encontraba incluido en el sistema de gestión de calidad un registro proveniente de terceros (Archivo General de la Nación).</p>			<p>Esta observación fue subsanada con la inclusión del registro en el aplicativo de Calidad.</p>
<p>4.2.3. No existían las tablas de valoración documental (valor primario “uso” y secundario “archivístico”)</p>	8.5.2	<b>C</b>	<p>Se contrató una persona para ayudar a clasificar las cajas del archivo y se hizo archivo de documentación normativa.</p>
<p>4.2.4. Una hoja de vida estaba incorrectamente referenciada en el registro del inventario documental en cuanto a su ubicación electrónica.</p>			<p>Se hizo corrección inmediata y se explicó que la persona que hizo la búsqueda no consultó el archivo actualizado y que se había remitido a planeación para su publicación en Calidad.</p>
<p>8.5.2, 4.2.1. No se han estandarizado, formulado y establecido lineamientos para la gestión de documentos electrónicos, mediante la aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones.</p>			<p>Frente a esta no conformidad se abrió el plan de mejoramiento 559 de 2014 que ya fue cerrado y se definieron las políticas de operación (openkm).</p>

**C.** Conformidad. 5 **NC.** No Conformidad 0 **OBS.** Observación. 4

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Se resaltan las acciones de mejora que el grupo ha implementado y las acciones de la líder operativa para lograr el sostenimiento del sistema de gestión de calidad al interior del proceso.
Oportunidades de mejora	Lograr que las acciones de mejora que se implementan se reflejen en el sistema de gestión de calidad.
Recomendaciones para auditorías posteriores	N/A

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 28 días del mes de Mayo del año 2015 .

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Olga Lucía Arango	Coordinadora de Calidad	N/A
Maia Valeria Borja Guerrero	Auditora	N/A