



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna No.8	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	31	Mes:	05	Año:	2013
---------------	--------------	------------------------------	------	----	------	----	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Gestión Documental
Dependencia(s):	Grupo de Gestión Documental
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Sylvia Cristina Puentes – Magda Carolina Cardozo
Objetivo de la Auditoría:	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el Proceso de Gestión Documental, mediante la verificación del cumplimiento de los requisitos de ley, de norma, del producto, del cliente y de la entidad establecidos, identificando el mejoramiento continuo aplicado en la gestión de los procesos.
Alcance de la Auditoría:	Procesos de la entidad, exceptuando: Medición y Análisis, Difusión y Financiera.
Criterios de la Auditoría:	Producto No conforme: (Proceso, procedimientos, procedimientos asociados, ficha técnica) , Control de Documentos y Registros: (Procesos, Procedimiento, Orfeo, Guía elaboración documental, Comunicación, Políticas de Operación), Mejoramiento Continuo: (Procesos, procedimientos, informes, noticias, plan de acción, oportunidades de mejora), Medición, Evaluación y Seguimiento: (planeación, riesgos, indicadores, procesos, procedimientos, informes, plan de acción, informe de auditorías anteriores, Evaluaciones del servicio, peticiones, quejas y reclamos).

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
<b>Día</b>	23	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013	<b>Desde</b>	23/05/13 D/M/A	<b>Hasta</b>	24/05/13 D/M/A	<b>Día</b>	24	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor (es)
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stela Patiño Jurado	William E. Cortez Gómez Martha Juzga Lugo Acompañante: Luz Mary Riaño C.

### 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	
Revisado el Manual de Calidad, en el marco	4.2.1	C		



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

de la Auditoria al Proceso de Gestión Documental, se encuentra que la política y los objetivos de calidad, están documentados, así como descritos los procedimientos del proceso de Gestión Documental cumpliendo con lo establecido en la norma de calidad.			
De la revisión efectuada al procedimiento control de documentos, se encontró que no se siguen las actividades descritas en él, lo que impide la estandarización y control dado que se evidencia que por ejemplo en las actividades 1, 3, 12 y 13 no tiene participación directa; esto diluye la responsabilidad frente a la aprobación, revisión y actualización del documentos del SGC, lo que llevaría a incumplir lo establecido en la Norma NTC GP 1000-2009.	4.2.3 lit. b	OBS	Efectuar revisión al Proceso de Gestión Documental y la responsabilidad del Coordinador frente a las actividades descritas.
Se evidencio que el aplicativo Orfeo, que es el instrumento a través del cual se maneja la documentación que ingresa y sale del departamento, no permite realizar un efectivo control a la oportuna respuesta de las peticiones, lo cual puede generar incumplimiento en los términos establecidos en la Resolución interna No. 638-2012	4.1.c	OBS	Realizar control por parte de los líderes de proceso, para dar respuesta oportuna a las peticiones, hasta tanto se adecue el aplicativo y se valide su funcionalidad.
De la revisión a los documentos que se llevan en forma electrónica en el Departamento, se encuentra que no se han establecido políticas de controles de manejo de los mismos, lo que impide su control y afecta la calidad del producto final entregado a los usuarios en relación con la confiabilidad de la información.  Esto se pudo constatar durante la entrevista al proceso de Gestión Documental, cuando se responde en las áreas sobre la información publicada en el servidor "Yaksa"	4.2.3.	OBS	Solicitar a la alta Dirección la formulación de una política en la materia, con los respectivos controles para su aplicación por parte de los líderes de proceso.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>De la revisión efectuada al procedimiento control de registros, se encontró que no se siguen las actividades descritas en él y no se ha transferido la información correspondiente al Archivo Histórico, lo que impide el cumplimiento de lo estipulado a la Normatividad del Archivo General de la Nación, en especial al Decreto 998 de 1997</p>	4.2.4	OBS	<p>Efectuar revisión al Procedimiento y aplicar los controles para que este se siga en el desarrollo permanente de las actividades de los procesos;</p> <p>Organizar la documentación de acuerdo con los requisitos de normatividad vigente, verificarlos y disponerlos en las condiciones adecuadas para la correspondiente transferencia, asignando personal capacitado para este propósito.</p>
<p>De la revisión efectuada al procedimiento, de control de registros se encontró que no se aplican las Tablas de Retención Documental, lo que impide el cumplimiento de lo estipulado en la Ley 594 y el acuerdo 042 de 2002 y las actividades del proceso; además se observó que el inventario documental solo está a partir del año 2011 y hacia a tras, no existe inventario alguno</p>	4.2.4	NC	<p>Revisar la actualización de las Tablas de Retención Documental y una política de operación donde haga visible la responsabilidad cumplimiento por parte de los líderes del proceso.</p>
<p>Se evidencia que no se están llevando a cabo los controles establecidos en el Procedimiento de control de documentos, necesarios para el almacenamiento, la protección y la recuperación de los registros, lo que impide el cumplimiento de lo estipulado en el procedimiento de control de registros del DAFP y las normas de Archivo vigentes.</p>	4.2.4	NC	<p>Solicitar a la Dirección un espacio físico que tenga las características necesarias para el mantenimiento de registros y un funcionario operativo con el perfil establecido por la líder del proceso según las normas que lo rigen</p>
<p>Se pudo evidenciar que a pesar de que hay solicitudes por parte de la líder operativa de los recursos económicos, humanos y de infraestructura para apoyar la gestión en el archivo y dar cumplimiento a los requisitos legales del AGN y de norma, éstos no han sido suministrados a la fecha.</p>	5.1 e	NC	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Se evidencia el aporte para el mejoramiento del proceso en las acciones de mejora presentadas por el Grupo de Gestión Documental, tales como: revisión de la codificación de las áreas, entrega copia de recibido al usuario digitalizada, el diseño de nuevas funcionalidades en el aplicativo Orfeo, las cuales están próximas a implementarse	8.5	C	Implementar las acciones y continuar la revisión de la codificación de las áreas de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación, así mismo, se debe programar dentro del presupuesto una partida presupuestal para digitalizar los documentos de años anteriores.
Se pudo evidenciar la comunicación que realiza el Proceso de Gestión Documental cuando realiza cambios al proceso, como los efectuados cuando se ajustaron los formatos de comunicados internos, externos, actas en el año 2012. Los cambios se comunicaron por correo electrónico a toda la entidad.  Sin embargo, se requiere hacer un seguimiento para el cumplimiento de los cambios por parte del líder del proceso.	5.5.3	OBS	
Revisados los indicadores del proceso de Gestión Documental formulado para las TRD y para correspondencia, registrado en el aplicativo de Calidad DAFP como medición del proceso, se pudo establecer que no suministran la información que permita a la alta dirección la toma de decisiones.	8.2.3	OBS	Se requiere revisar y reformular los indicadores, para que sirvan en el mejoramiento del proceso.
De la indagación realizada frente a los reportes de mejoramiento levantados como resultado de las auditorias anteriores, se evidencia que se ha dado cumplimiento a las acciones allí propuestas pero no se documentaron mostrando el cumplimiento de las metas.	8.2.3	OBS	

C. Conformidad: 2 NC. No Conformidad: 3 OBS. Observación: 8



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	La líder del proceso, mostró conocimiento y aplicación de la Normatividad que lo regula. La disposición de la coordinadora del grupo y su equipo de trabajo para atender la auditoria. La gestión adelantada por la coordinadora del grupo desde su llegada al Departamento, por el conocimiento y el deseo de organizar la gestión documental de acuerdo con las normas archivísticas. Se destaca el iniciar el registro del inventario documental por área el cual facilita la consulta de los archivos transferidos al archivo central. El acompañamiento brindado a todas las áreas para la organización de sus archivos.
Oportunidades de mejora	Suministrar los recursos requeridos tanto de personal como físicos, para poder organizar adecuadamente los archivos en el archivo central,  El archivo del Grupo de Gestión Meritocrática requiere una intervención inmediata para poder brindarle el adecuado tratamiento a los registros que poseen desde la creación del Grupo
Recomendaciones para auditorias posteriores	Revisar el cumplimiento de las acciones generadas en este informe.

Enviado electrónicamente el día 31 de mayo de 2013

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Maria Teresa Russell	Cliente Auditoria - Directora ( e )	
Celmira Frasser Acevedo	Líder de Auditoria	
Sylvia Cristina Puente	Líder del Proceso	
Magda Carolina Cardozo	Líder del proceso	
William Cortez	Auditor	