

 El conocimiento es de todos Minciencias	INFORME DE AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACION	CODIGO: E201PR01F01
		Versión: 00
		Fecha: 2020-02-10
		Página 1 de 7

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA DE GESTION DOCUMENTAL

TIPO DE INFORME

Preliminar

Definitivo

PROCESO GESTION DOCUMENTAL A204

AÑO	AUDITORÍA, SEGUIMIENTO, O EVALUACIÓN No.	PROCESO, PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	ÁREA RESPONSABLE
2022	A-05	Procedimiento Control de Registros de Información y Administración de Archivos A204PR02-V01 Vigencia 2021	DRECCION ADMINISTRATIVA FINANCIERA - GESTION DOCUMENTAL


PERIODO AUDITADO O EVALUADO	FECHA INFORME PRELIMINAR	FECHA INFORME DEFINITIVO
2021	12-04-2022	25-04-2022

Informe elaborado por:
NUBIA STELLA TORRES URREGO
Oficina de Control Interno

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS	3
2. ALCANCE	3
3. METODOLOGÍA	4
4. MUESTRA	4
5. RIESGOS EVALUADOS	4
6. RESULTADOS DE AUDITORIA	5
6.1 FORTALEZAS	5
6.2 HALLAZGO	5
6.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA	6
7. PLAN DE MEORAMIENTO	7

Tabla de contenido automática, únicamente debe darle la opción de "Actualizar toda la Tabla" en el menú/ Referencias/

 El conocimiento es de todos Minciencias	INFORME DE AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN	E201PR01F01
		Versión: 00
		Fecha: 2020-02-10
		Página 3 de 7

INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías Evaluaciones y Seguimientos, realizó Auditoria al Procedimiento Control de Registros de Información y Administración de Archivos A204PR02-V01 de la vigencia 2021, correspondiente al proceso caracterizado en el Sistema de Gestión de la Calidad de la Entidad con el Código A-204. Así mismo se evaluó los riesgos R47 y R48, establecidos en la Matriz de Riesgos de MINCIENCIAS, tomando como base la información de la misma vigencia.

1. OBJETIVOS

Los objetivos propuestos para el desarrollo de la presente Auditoría apuntan a:

- ✓ Evaluar el cumplimiento del Procedimiento Control de Registros de Información y Administración de Archivos A204PR02-V01 del Proceso de Gestión Documental
- ✓ Evaluar Riesgos implícitos en el Proceso de acuerdo con la Matriz de Riesgos Institucionales y establecer los riesgos potenciales que resulte de los hallazgos detectados.
- ✓ Proponer las recomendaciones que de acuerdo con los hallazgos detectados.

2. ALCANCE

El alcance de la presente auditoría cubrió el cumplimiento de actividades del Procedimiento Control de Registros de Información y Administración de Archivos A204PR02-V01 del Proceso de Gestión Documental de la vigencia 2021. Se evaluaron los riesgos implícitos del proceso de Gestión Documental demarcados en la Matriz de Riesgos Institucionales R47 Y R48, así como el establecimiento de los riesgos potenciales que resulten de la auditoría realizada de acuerdo con los hallazgos identificados. La verificación de la información se realizó en forma aleatoria.

Como parte del proceso de auditoría, se remitió a DAF el Informe Preliminar de Auditoria Proceso Gestión Documental-A204- Procedimiento Control de Registros de Información y Administración de Archivos A204PR02-V01 - Vigencia 2021, mediante memorando 20220150127153 del 12-04-2022, para sus aclaraciones. Cumplido el término, se recibió la respuesta a través del radicado Nro. 20224110134223 del 22/04/2020 en la cual aceptan los dos hallazgos, citando lo siguiente:

- **“Hallazgo 6.2.1: Incumplimiento actividad 1.2 Verificar las Tablas de Retención Documental A204PR01 V01”**

“Respuesta al hallazgo. Se acepta el hallazgo. Las acciones en el plan de mejoramiento estarán orientadas a la actualización del procedimiento.”

- **“Hallazgo 6.2.2: Incumplimiento actividad 2.2 Conformar el expediente físico, en el 2021 tuvo solo avance del 28% correspondiente a 549 expedientes físicos.”**

 El conocimiento es de todos Minciencias	INFORME DE AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN	E201PR01F01
		Versión: 00
		Fecha: 2020-02-10
		Página 4 de 7

“Respuesta al hallazgo. Se acepta el hallazgo. Sin embargo se precisa que la conformación de los expedientes físicos estará supeditada a la revisión de los expedientes en el sistema Orfeo, teniendo en cuenta que desde la vigencia 2020 y a raíz de la pandemia por COVID-19, la conformación de expedientes en su gran mayoría corresponden a formato electrónico, los cuales encuentran disponibles en el sistema Orfeo; por lo tanto solo serán objeto de conformación aquellos expedientes que contengan radicados que hayan sido allegados o producidos al interior de la entidad en formato papel.”

De acuerdo con lo anterior, se da por liberado el informe de Auditoría Informe de Auditoría del Procedimiento Control de Registros de Información y Administración de Archivos A204PR02-V01 de la vigencia 2021, para la elaboración, presentación y aprobación del respectivo plan de mejoramiento.

3. METODOLOGÍA

La metodología empleada para desarrollar la presente auditoria se realizó de acuerdo con las Normas de Auditoria Generalmente Aceptadas, entre las cuales se utilizó como instrumento, la realización de autoevaluación aplicado al Procedimiento Control de Registros de Información y Administración de Archivos A204PR02-V01, en el que se solicitó el nivel de cumplimiento sustentado mediante los respectivos soportes. Autoevaluación que fue validada con las evidencias respectivas. Igualmente, se evaluó los riesgos 47 y 48 respectivamente en la misma vigencia.

4. MUESTRA


De acuerdo con lo generado de la pandemia, desde la vigencia 2020 se establecieron lineamientos para conformación de expedientes de archivos electrónicos e híbridos lo que ha disminuido la conformación de expedientes netamente físicos. Se revisó en el sistema ORFEO expedientes, y la mayor parte son electrónicos y otros híbridos. Dentro de la revisión se revisó algunos expedientes físicos de Gestión Documental, pero, sólo se encontraron algunos documentos físicos (memorandos) y los restantes se evidenciaron en el sistema Orfeo.

5. RIESGOS EVALUADOS

En el marco de los objetivos y el alcance establecido para la auditoria, se verificaron —los riesgos establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional en la vigencia 2021. Al respecto, existen dos riesgos R47 y R48 identificados en el Proceso de Gestión Documental, los cuales se encuentran alineados evidenciándose el mejoramiento de instrumentos archivísticos, así como la actualización del procedimiento, lo que está permitiendo controlar, minimizar y contrarrestar los riesgos establecidos, no presentándose la materialización de ningún riesgo. Se extrae comentario del área:

“Durante la vigencia 2021, NO se materializo ningún riesgo del proceso de gestión Documental. Lo anterior debido a:

** El cumplimiento de las actividades establecidas en las estrategias transformando la gestión documental, implementación SGDEA II, plan de acción del PINAR, con las cuales se continúa implementando el programa de gestión documental, elaborando documentos técnicos propios del proceso, cumpliendo con los procedimientos establecidos dentro del proceso.*

 El conocimiento es de todos	Minciencias	INFORME DE AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN	E201PR01F01
			Versión: 00
			Fecha: 2020-02-10
			Página 5 de 7

* El proceso cuenta con personal contratista idóneo y con experiencia, en procesos técnicos archivísticos, con lo cual se pueden ejecutar las actividades operativas de organización de archivos, atención de ventanillas, capacitación y acompañamiento a las dependencias.


6. RESULTADOS DE AUDITORIA

6.1 FORTALEZAS

- La planeación archivística se ejerce dentro del proceso de gestión documental, frente a los diferentes requerimientos de ley y las necesidades evidenciadas en la entidad, lo que ha permitido el mejoramiento continuo del proceso y el desarrollo de actividades que han permitido el cierre de los diferentes planes de desarrollo.
- Se evidencia que la entidad ha trabajado en sus procesos de gestión Documental y cuenta con los procedimientos los cuales están respaldados mediante diferentes instrumentos archivísticos, donde se evidencia que están en permanente mejora, y en pro del cumplimiento de las políticas archivísticas.
- La implementación de los instrumentos archivísticos ha permitido mejorar y optimizar la gestión documental en el desarrollo de los procedimientos propios del proceso y que han permitido contar con los controles necesarios para evitar la materialización de riesgos.
- Con relación al plan de mejoramiento de la auditoria de Gestión documental Vig 2020, se cerró a través del memorando 20210150525423 del 21/12/2021. A través de la presente auditoria se verifico la efectividad en el cumplimiento del 100% de la “ACTIVIDAD 4.1. ESTABLECER TRANSFERENCIAS PRIMARIAS DEL PROCEDIMIENTO A204PR01-V00”.
- Los riesgos Instituciones R47 Y R48, se encuentran alineados con el proceso de Gestión Documental, donde se evidencia el mejoramiento de instrumentos archivísticos, así como la actualización de procedimientos, lo que va permitiendo controlar y minimizar y contrarrestar los riesgos establecidos.
- El proceso de Gestión Documental cuenta con personal contratista idóneo y con experiencia, en procesos técnicos archivísticos, con lo cual se pueden ejecutar las actividades operativas de organización de archivos, atención de ventanillas, capacitación y acompañamiento a las dependencias.

6.2 HALLAZGOS

6.2.1 INCUMPLIMIENTO ACTIVIDAD 1.2. VERIFICAR LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL DEL PROCEDIMIENTO A204PR01-V01

 El conocimiento es de todos Minciencias	INFORME DE AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN	E201PR01F01
		Versión: 00
		Fecha: 2020-02-10
		Página 6 de 7

La actividad 1.2 del procedimiento A204PR01-V01 tuvo un nivel de cumplimiento del 0%. No hubo convalidación y aprobación de las TRD. Porcentaje que fue sustentado, según solicitud de aclaración y cuya respuesta informa; que “no se tiene un porcentaje de cumplimiento, dado que la actividad no se ejecutó, conforme a la sustentación técnica que se manifestó en el memorando 20224110047563”.

En el cual dice: *“ Mediante memorando 20224110047563 la Dirección Administrativa y Financiera informó a la Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional que en tanto no se surta el proceso de convalidación de las Tablas de Retención Documental del Ministerio, esta actividad no se realizará, teniendo en cuenta que en dicho proceso ya se revisaron todos los procedimientos y sus correspondientes registros, los cuales se verán reflejados en la tipología documental establecida en la TRD”.*

“Dado lo anterior, se realizará ajuste al procedimiento aclarando que la verificación se hará a las TRD convalidadas”.

6.2.2. LA ACTIVIDAD 2.2 “CONFORMAR EL EXPEDIENTE FÍSICO”, EN EL 2021 TUVO AVANCE SOLO DEL 28%, CORRESPONDIENTE A 549 EXPEDIENTES FÍSICOS.

Con relación a la Actividad 2.2 Conformar el expediente físico, tuvo un avance del 28%, es decir del total de 7.314 expedientes se revisaron 2053, representando un 28%, y de los cuales se han conformado 549 expedientes. Se cita lo argumentado por el área de Gestión Documental:

“Durante la vigencia 2021 se revisaron 2.053 expedientes de un total de 7.314 correspondientes a los expedientes de las vigencias 2020 y 2021. De los 2.053 expedientes revisados se conformaron en soporte físico 549 expedientes, dado que el volumen de documentación física es considerablemente menor al que se recibía anteriormente”

“Nota 1: no todo expediente existente en el sistema Orfeo de las vigencias 2020, 2021 tiene un expediente físico conformado (depende si se allegó a la entidad soportes físico o se elaboró algún documento físico)”.


“Nota 2: La actividad de conformación de expedientes es una actividad expediente físico”

6.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA

N.A

7. PLAN DE MEJORAMIENTO

Con base en este informe definitivo, se solicita a la Dirección Administrativa y Financiera - DAF, como dependencia responsable, elaborar un plan de mejoramiento que dé solución a los hallazgos identificados y sea remitido a la Oficina de Control Interno para su aprobación, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes al recibo del presente informe.

	INFORME DE AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN	E201PR01F01
		Versión: 00
		Fecha: 2020-02-10
		Página 7 de 7

Se recuerda que las acciones del Plan de Mejoramiento deben ser preventivas y/o correctivas, según el caso y requieren ser formuladas de manera efectiva para subsanar las debilidades encontradas, cuyas actividades no deben ser superiores a un año a partir de la suscripción del Plan en la Oficina de Control Interno.

Igualmente es necesario tener en cuenta que si en la ejecución de las acciones de mejora que se propongan se requiere la participación y responsabilidad de otras dependencias, la dependencia responsable del proceso auditado deberá coordinar con dichas dependencias la elaboración del Plan de Mejoramiento, antes de la presentación del Plan a la Oficina de Control Interno.



NUBIA STELLA TORRES URREGO
AUDITORA OFICINA DE CONTROL INTERNO



GUILLERMO ALBA CARDENAS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO