



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA
PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión	3
Fecha	17/05/2024
Código	MC-F-19

OFICINA DE PLANEACIÓN

INFORME DE AUDITORÍA

DOCUMENTAL

CONFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR: (Registrar el nombre de cada uno de los auditores identificando si es auditor líder o auditor acompañante)	Auditor Líder: Miguel Antonio Gonzalez Auditor Acompañante: Juan Carlos Naizaque Cortes
LUGAR Y FECHA AUDITORIA: (Registrar la dirección de la sede y fecha en que se realizó la auditoría):	Cra 5 # 15-80 18/06/2024 10:50 AM – 12:50 PM
FECHA DEL INFORME: (Registrar la fecha de elaboración del informe)	16 de Julio de 2025



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

3

Fecha

17/05/2024

Código

MC-F-19

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. PROCESO AUDITADO

Documental

1.2. AUDITADOS PARTICIPANTES

Yuri Katherine Moreno Martinez – Jefe de División
Consuelo Adaime Rosales – Secretario Ejecutivo
Angela Viviana Ruiz Abril - Profesional Universitario

1.3 OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:

1.3.1 Confirmar que el proceso “DOCUMENTAL” cumple con los requisitos definidos en la NTC ISO 9001:2015 aplicables y demás requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.

1.3.2 Confirmar que el proceso “DOCUMENTAL” ha implementado eficazmente las disposiciones planificadas

1.4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Proceso Documental. Inicia con la formulación y actualización de los instrumentos archivísticos, continúa con la gestión de solicitudes atendidas según el trámite correspondiente, el ciclo de vida de la documentación, según lo establecido en las TRD o TVD o lineamientos para el nivel central y territorial. Las actividades relacionadas con material bibliográfico y finaliza con el levantamiento de planes de mejora de haberlos.

1.5 CRITERIOS DE AUDITORÍA

NTC ISO 9001:2015 (5.2.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.1, 6.2.2, 7, 7.1.1, 7.1.5.1, 7.5.1, 9.1.1, 10) y la documentación del sistema de gestión de la calidad definida para el proceso “DOCUMENTAL”.

2. CONCLUSIONES DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

El grado de cumplimiento del objetivo de la auditoría es Alto, toda vez que el equipo auditor realizó la auditoría basada en procesos y centrada en los temas aplicables requeridos por la norma, así mismo, los métodos de auditoría usados fueron las entrevistas, la revisión de documentos y la observación de actividades. Se ha observado dentro de lo revisado la conformidad de la documentación del SGC para el proceso Documental. Se verificó que las actividades del proceso cumplen con los requisitos de la



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

3

Fecha

17/05/2024

Código

MC-F-19

norma NTC ISO 9001: 2015. El proceso tiene documentadas las actividades realizadas a través de procedimientos, instructivos y formatos, que se encuentran publicados en el SGC. De igual manera, el proceso realiza el monitoreo de las herramientas de gestión como: mapa de riesgos, indicadores; entre otros, cumpliendo con el reporte en los tiempos establecidos.

3. CONCLUSIONES DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El grado de cumplimiento de los criterios de auditoría es Alto, ya que se verificaron los requisitos de la norma aplicables en su totalidad

4. CONCLUSIONES DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE AUDITORÍA:

El grado de cumplimiento de los criterios de auditoría es Alto, ya que se verificaron los requisitos de la norma aplicables en su totalidad, la auditoría se desarrolló bajo las técnicas de muestreo y rastreo a las cuales se agrega la observación y análisis de la información presentada en las entrevistas, además de comparar dichas evidencias con los criterios de auditoría aplicables para el proceso. Es así como se desarrollaron las siguientes actividades:

- 4.1 Se realizó revisión documental para la planeación de la auditoría.
- 4.2 Se elaboró el Plan de Auditoría interna, así mismo, se realizó la comunicación del Plan de Auditoría y convocatoria a la reunión de apertura, la cual fue remitida mediante correo electrónico el 17/06/2025.
- 4.3 Se realizó reunión de apertura el 18/06/2025, en las instalaciones del proceso (Torre B – Biblioteca).
- 4.4 Se realizó entrevista a las personas asignadas por el área para atender la auditoría.
- 4.5 Se realizaron las entrevistas para aplicar listas de verificación, a las personas asignadas por el área el día 18/06/2025.
- 4.6 Las entrevistadas presentaron evidencias a preguntas donde se requerían.
- 4.7 Se llevó a cabo la revisión, análisis y evaluación de las listas de verificación aplicadas por parte del equipo auditor.
- 4.8 Se evaluaron las evidencias para determinar su validez.

Según lo anterior se puede concluir que;



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

3

Fecha

17/05/2024

Código

MC-F-19

Con la cantidad de personas que cuenta la división de documentación en el nivel central, se denota un compromiso sobresaliente por parte de los servidores para realizar las actividades que se encuentran en la caracterización del proceso. Pero eso no minimiza la necesidad de contar con más personal calificado para mejorar la distribución de la carga laboral y por ende el cumplimiento de las actividades del proceso.

Finalmente se insta al líder del proceso y su equipo de trabajo a realizar las gestiones a que den lugar para fortalecer el proceso no solo a nivel interno sino externo.

5. CUALQUIER OPINIÓN DIVERGENTE NO RESUELTA ENTRE EL EQUIPO DE AUDITORÍA Y EL AUDITADO

No se presentaron opiniones divergentes de los auditores ni el auditado.

6. FORTALEZAS

6.1 Las funcionarias que atendieron la auditoría demuestran un amplio conocimiento y experticia para realizar las actividades de gestión documental y archivística en la PGN, así como el compromiso con la mejora continua del proceso.

6.2 El proceso cuenta con una caracterización que responde a las necesidades de las partes interesadas.

6.3 Se cuenta con documentación (procedimientos, manuales, formatos, entre otros) que permite la gestión documental de la entidad.

6.4 En la pagina Web se encuentran publicados los respectivos instrumentos archivísticos debidamente actualizados.

6.5 Cuentan con indicadores de gestión debidamente formulados y en el formato correspondiente.

6.6 Se realiza medición de satisfacción a los usuarios.

6.7 El plan de mejoramiento responde satisfactoriamente a las observaciones y hallazgos encontrados.

6.8 Las auditadas conocen la política de calidad y el aporte del proceso a los objetivos de esta.

7. NO CONFORMIDADES

No se levantan no conformidades para el proceso auditado.

FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

3

Fecha

17/05/2024

Código

MC-F-19

8. OPORTUNIDADES DE MEJORA

8.1 Actualizar la caracterización del proceso, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Agregar una actividad en la caracterización relacionada con la consulta y préstamo de material documental y bibliográfico.
- Estandarizar el nombre de la salida de la actividad #3, para que tanto el formato como la salida sean equivalentes, así mismo revisar y modificar la salida relacionada con la encuesta de capacitación y satisfacción, eliminando el termino capacitación.
- Revisar la salida (Oficios de Solicitud-prestamos) de la actividad # 5, dado que la misma no tiene relación con la actividad en mención.

8.2 Realizar el levantamiento de un indicador de satisfacción de los ejercicios de capacitación que se llevan a cabo por parte de la División, teniendo en cuenta que aplican una encuesta y tienen datos históricos de la medición, tomando como línea base el promedio de los últimos dos años y la meta un 1% o 2% más de la línea base.

8.3 Eliminar el campo del nombre en la encuesta de satisfacción que se aplica para evaluar la satisfacción de la capacitación.

8.4 Revisar la gestión de riesgos del proceso, conforme a:

- Modificar la redacción del riesgo de corrupción eliminando el término “desplazamiento” y eliminar el control a cargo de la Biblioteca, el cual pasaría a ser parte del riesgo de gestión relacionado con esta.
- Realizar el proceso de gestión del riesgo de gestión para la labor que realiza la biblioteca en relación con la posibilidad de pérdida de material documental y bibliográfico.
- Incluir un control nuevo para el riesgo de seguridad de la información que haga relación al proceso de capacitación que se lleva a cabo en la división.
- Frente al riesgo de seguridad de la información, revisar las causas para mejorar la redacción pasando de desconocimiento a uso inadecuado.

8.5 Para el procedimiento DO-P-11- V2 del 31/07/2022, se debe revisar y modificar el paso # 5 “Generación del activo de información” ya que suele ser confuso y no refleja la verdadera gestión realizada sobre los activos de información.

8.6 Para el procedimiento DO-P-11 - V2 del 31/07/2022, en los pasos # 6 y #7, se debe incluir el tema de datos abiertos y pasar de hablar de uso a publicación, que es una actividad más consistente con la realidad.

8.7 Agregar un instructivo para el correcto diligenciamiento del formato DO-F-05 – V3 del 31/07/2022, ya que cuenta con múltiples campos que requieren de una explicación más detallada para su diligenciamiento.

**FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA****PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO**

Versión

3

Fecha

17/05/2024

Código

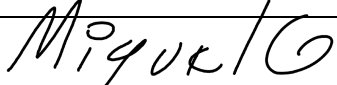
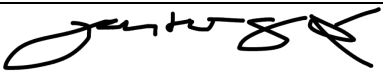
MC-F-19

8.8 Fortalecer la apropiación institucional de la Biblioteca Pública Florentino, dado que se evidencia una reducción del espacio físico y según información de las auditadas un presupuesto para su mantenimiento mínimo. Se sugiere llevar a una instancia superior (Comité o Consejo) propuestas específicas para darle una mayor publicidad y uso a nivel interno y externo.

8.9 Es preciso hacer una revisión de toda la documentación relacionada con DOKUS para poder establecer si la misma responde a las actuales necesidades de la entidad y si se encuentra alineada a la realidad de esta.

8.10 Es preciso hacer un diagnóstico general de la documentación vigente (dado que solo se revisó un procedimiento) para poder identificar si existen fallas o situaciones que puedan traer consigo eventos no deseados en la auditoría externa.

Firmas Equipo Auditor:

		No aplica
Miguel Antonio Gonzalez	Juan Carlos Naizaque	No aplica
Nombre y Firma Auditor Líder	Nombre y Firma Auditor acompañante	Nombre y Firma auditor observador

Firmas Líderes / Responsables del Proceso

Yuri Katherine Moreno Martínez – Jefe de División de Documentación