



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA
PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

2

Fecha

03/03/2022

Código

MC-F-19

OFICINA DE PLANEACIÓN

INFORME DE AUDITORÍA

PROCESO DE DOCUMENTACIÓN

JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN:	Diana Carolina Enciso
AUDITORES:	Líder: Miguel Antonio Gonzalez Acompañantes: Olga Rocio Pachón y Jhon Anderson Cagua Acosta
LUGAR Y FECHA AUDITORIA:	25/07/2023 Dos jornadas: 11:00 am – 12:50 pm 2:00 pm – 4:00 pm
FECHA DEL INFORME:	31/07/2023



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

2

Fecha

03/03/2022

Código

MC-F-19

CONTENIDO

Fecha de diligenciamiento: 31/07/2023

Fecha de ejecución de la auditoría: 25/07/2023

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. PROCESO AUDITADO

Gestión Documental

1.2. AUDITADOS PARTICIPANTES

Rocío Ávila Sánchez - Técnico Criminalística

Ángela Viviana Ruíz Abril - Profesional Universitario

Shirley Yurani Monsalve Rocha – Contratista

Elvia María Soler Olarte – Profesional Universitario

1.3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Inicia con la formulación y actualización de los instrumentos archivísticos, continúa con la gestión y trámite de las solicitudes de información o documentación, 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.

1.4. CRITERIOS DE AUDITORÍA

- NTC ISO 9001 versión 2015
- Documentos vigentes y registros del proceso que están presentes en la consulta documental del SGC.
- Disposiciones legales y reglamentarias aplicables al proceso

1.5. CONFIABILIDAD DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolla 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 mencionados en el numeral anterior.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:

- Verificar la conformidad del proceso de Documental frente al cumplimiento de los criterios de auditoría.
- Determinar la capacidad del proceso de cumplir los requisitos legales y reglamentarios aplicables.
- Determinar la eficacia del proceso frente al cumplimiento de los objetivos.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

- 3.1.** Se realizó revisión documental para la planeación de la auditoría.
- 3.2.** Se elaboró el Plan de Auditoría interna al proceso de Documental de la Procuraduría General de la Nación-PGN, 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 21/07/2023.
- 3.3.** Se realizó entrevista a las personas asignadas por el área para atender la auditoría.
- 3.4.** Las entrevistadas presentaron evidencias a preguntas donde se requerían.
- 3.5.** Se realizó reunión de apertura el 25/07/2022, en las instalaciones del proceso (Torre B – Biblioteca)
- 3.6.** Se realizaron las entrevistas para aplicar listas de verificación, a las personas asignadas por el área el día 25/07/2023.
- 3.7.** Se llevó a cabo la revisión, análisis y evaluación de las listas de verificación aplicadas por parte del equipo auditor
- 3.8.** Se evaluaron las evidencias para determinar su validez.

4. CONCLUSIONES DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El alcance de la auditoría definido se cumplió en su totalidad ya que el equipo auditor verifico la gestión del proceso con el alcance definido previamente desde la formulación y actualización de los instrumentos archivísticos hasta el levantamiento de planes de mejora de haberlos. En cuanto al cumplimiento de los tres (3) objetivos de la auditoría se gestionaron verificando la conformidad del proceso, se determinó la capacidad del proceso de cumplir los requisitos legales y reglamentarios y se determinó la eficacia para cumplir con los objetivos. En general los resultados del cumplimiento del alcance y de estos objetivos se describirán en los puntos 10 y 11 de este informe.



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

2

Fecha

03/03/2022

Código

MC-F-19

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 Y EVIDENCIAS RELACIONADAS

- 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 página Web se encuentran publicados los respectivos instrumentos archivísticos.
- 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.** Los planes de mejoramiento responden 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 Y EVIDENCIAS RELACIONADAS

No se levantan no conformidades para el proceso evaluado, por el contrario, sólo se presentan fortalezas y observaciones.

8. OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS RELACIONADAS

- 8.1. Utilizar el formato estandarizado de LISTADO DE ASISTENCIA - MC-F-24, el cual puede consultar en el microsítio de calidad de la PGN.
- 8.2. Actualizar los instrumentos archivísticos que correspondan y que se encuentran publicados (PINAR- PGD -TRD-CCD, entre otros), frente a este tema las auditadas indican que han realizado las acciones correspondientes, pero se requiere una contratación que aún no se ha llevado a cabo y se ha justificado al comité de archivo.
- 8.3. Revisar y modificar en la Caracterización del Proceso, código DO-C-01, la salida #3 de la actividad: Brindar asistencia técnica (...), dado que las auditadas aclaran que la encuesta de capacitación y satisfacción a la cual hacen mención es la misma y no son dos herramientas diferentes.
- 8.4. Modificar en la Caracterización del Proceso, código DO-C-01, la salida # 1 de la actividad: Verificar el cumplimiento de los planes PINAR, PGD y/o proyectos estratégicos (...), en lo relacionado con oficio préstamos.
- 8.5. Para el Procedimiento Consulta, Préstamo y Devolución de Documentos de Archivo, código DO-P-02, se debe corregir el numeral 5.4: *Duración Préstamo de Documentación*, dado que en vez de consulta es préstamo, así mismo corregir el correo, complementar el paso # 3, aclarando que sucede si no se encuentra la información solicitada; el paso #4, respecto al proceder en el caso de préstamo y consulta (proceda al paso X en cada caso); el paso 8, precisar a cuál jefe de División hace referencia, dado que no se aclara y no se menciona en el nivel territorial el remitente del correo, Finalmente agregar un apartado en lo relacionado con inconsistencias en la documentación reintegrada.
- 8.6. Para los procedimientos y demás documentación, en responsable/dependencia estandarizar la denominación Servidores ya que en algunas actividades hacen referencia a Funcionarios.
- 8.7. Para el Procedimiento Eliminación de Documentos, código DO-P-05, el paso # 4, indicar a qué dependencia se envía el Inventario Documental de Eliminación diligenciado y firmado y en salidas registrar el medio por el cual se hace, se debe separar el paso # 4 convirtiéndolo en dos pasos, así mismo aclarar los responsables de los pasos # 4 y # 5, donde aparece la División de Documentación y según lo conversado con las auditadas esa División no es responsable de la información resultante de esas actividades y para el paso #7 separar el proceder a nivel central y territorial.
- 8.8. Para el Procedimiento Evaluación, Verificación de Inventario y Descarte de Material Bibliográfico, código DO-P-10, se requiere realizar una



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

2

Fecha

03/03/2022

Código

MC-F-19

actualización general, para incluir las salidas correspondientes, además se debe revisar si el tipo documental es procedimiento o se puede manejar mejor un instructivo.

8.9. Incluir en el SGC los formatos utilizados en todas las actividades relacionadas con la Biblioteca Pública Florentino Gonzalez.

8.10. Revisar los controles asociados con el riesgo de corrupción formulado.

8.11. Realizar el proceso completo de identificación, análisis, evaluación y demás de acuerdo con la metodología establecida para la entidad para el riesgo de gestión, dado que no se encuentra identificado, según lo evidenciado en el actual mapa de riesgos.

9. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y EVIDENCIAS RELACIONADAS

9.1. Agregar en el mecanismo de evaluación de las capacitaciones, una pregunta general de satisfacción y la opción de No Aplica/ N.A.

9.2. Realizar las gestiones correspondientes en lo relacionado con la ejecución del presupuesto, dado que se evidencia una baja ejecución presupuestal.

9.3. Modificar la actividad del Plan de Mejoramiento que se encuentra activo en lo relacionado con SIGDEA, para lo cual se sugiere enviar comunicado a la Oficina de Control Interno, para la revisión del hallazgo correspondiente, por cuanto las auditadas indican que el SIGDEA pasaría a ser histórico y de consulta, al adelantar la migración al nuevo sistema DOCUS, no se le realizará más mantenimiento o actualización, por lo cual no será posible subsanar el hallazgo de control interno.

9.4. Realizar la gestión que corresponda para fortalecer el número de personas que hacen parte del proceso, dado que actualmente y según información de las auditadas, solamente se cuentan con 13 servidores en el nivel central, de forma tal que existe una carga operativa muy alta por persona.

9.5. 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.

10. GRADO EN EL QUE SE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE AUDITORIA

La auditoría se desarrolló cumpliendo con todos los criterios definidos a saber: la verificación normativa NTC ISO 9001 versión 2015, los documentos vigentes y registros del proceso que están presentes en la consulta documental del SGC del



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

2

Fecha

03/03/2022

Código

MC-F-19

sitio web de la Entidad y todas las disposiciones legales y reglamentarias aplicables al proceso y que se encontraron en el normograma del proceso.

11. CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR SOBRE EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS

Con la cantidad de servidores asignados a 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 de procesos. 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.

Se sugiere evaluar otros mecanismos para poder actualizar instrumentos tales como el PINAR y el PGD, es decir este tema no debería depender exclusivamente de un proceso de contratación, ya que es un tema transversal de suma importancia para la gestión institucional y lo que se evidencia es que la última actualización es al 2021.

Para el Equipo Auditor, el proceso de Gestión Documental presenta unas debilidades respecto a la información documentada en sus procedimientos, no cuenta con un riesgo de gestión identificado ni controlado, lo que da lugar a posibles materializaciones de eventos no deseados, los instrumentos archivísticos actuales presentan un rezago en su actualización y tal como se mencionó en el punto anterior al depender de una contratación externa se presentan situaciones que impiden el normal funcionamiento de la gestión documental y el proceso archivístico.

Así pues, no se considera que la verificación arroje resultados de conformidad para el proceso y 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, dado que como se indicó en las observaciones, aún cuando la Biblioteca es todo un orgullo de la entidad, se observa falta de compromiso por parte de la Alta Dirección para con esta, por lo que se sugiere manejar en instancias de nivel superior las solicitudes que permitan el fortalecimiento de la Gestión Documental en su conjunto.



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

2

Fecha

03/03/2022

Código

MC-F-19

Firmas Equipo Auditor:

Miguel Antonio Gonzalez	Olga Rocio Pachón	Jhon Anderson Cagua

Firmas Líderes / Responsables del Proceso

Líder / Responsable del Proceso
Paula Andrea Duarte García