

MEMORANDO

Bogotá, D. C., 28 de Noviembre de
2023



UPRU Unidad de Planificación Rural Agropecuaria

Al contestar cite este número: 2023-3-015774

Fecha: 2023-11-28 11:48 Folios: folios Anexos: NO

Trámite: 89-Comunicación interna

Tipo doc: DOC00147-Comunicaciones oficiales internas

Remitente: 0102-Dir. Gral - Asesoría de Control Interno

Destinatario: 05-SECRETARÍA GENERAL

Clasificación: Público

PARA: Juan Carlos López Gómez , Secretaria General

DE: ASESOR

ASUNTO: Informe N° 26-2023 - Seguimiento al Plan de Mejoramiento producto de auditoría interna efectuada al proceso de Gestión Documental (vigencia 2022).

Doctor Juan Carlos, reciba un cordial saludo.

En desarrollo del Rol de Control Interno de “Evaluación y Seguimiento”, remito para su conocimiento y fines pertinentes el resultado del seguimiento realizado a las acciones derivadas del plan de mejoramiento correspondiente al Informe AI-21-2022 (radicado 2022-3-009441), producto de la auditoría interna efectuada al proceso de Gestión Documental (vigencia 2022).

1. INTRODUCCIÓN

Esta actividad verifica el cumplimiento de actividades y su implementación como elemento de control en la gestión. En caso de presentar acciones inefectivas, estas deberán ser nuevamente analizadas y establecer una acción correctiva que garantice la no repetición de las observaciones objeto del plan de mejoramiento e informadas a esta Asesoría.

2. ANTECEDENTES

La Asesoría de Control Interno realizó una auditoría interna al Proceso de Gestión Documental durante la vigencia 2022.

Como resultado del informe final de la auditoría AI-21-2022 (rad. N° 2022-3-009441), se recibió el Plan de Mejoramiento por parte del proceso, remitido a través de radicado N° 2022-3-010215.

Como parte de la ejecución del Plan anual de auditorías de la vigencia 2023 se realiza el seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento derivado de dicha auditoría, cuyo resultado se presenta a continuación.

3. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados del seguimiento realizado a las acciones:

OBSERVACIÓN N°1	
OBSERVACIÓN	Falencias en el diseño y la ejecución de los controles asociados a los riesgos del proceso de Gestión Documental lo cual puede conllevar a una materialización de los riesgos.
ANTECEDENTE	Existen debilidades en el diseño y ejecución de los controles asociados a los riesgos del proceso de Gestión Documental: "#1: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRU en su ciclo vital, debido a inadecuada aplicación de las TRD en el archivo de gestión; #2: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRU en su ciclo vital, debido a inadecuada implementación de los planes, programas y proyectos contemplados en los instrumentos archivísticos (PINAR, PGD y TRD) en el archivo central; #3: riesgo de seguridad de la información: Posible afectación reputacional y económica, por pérdida de la confidencialidad de la información que se encuentra bajo custodia del proceso, debido a debilidad en los controles de acceso a la información", razón por la cual los riesgos fueron evaluados como inefectivos.
DESCRIPCIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA	1. Revisión y Actualización del mapa de riesgos del proceso de gestión documental, incluidos sus controles de acuerdo con las recomendaciones de control interno, en cuanto a su diseño y ejecución.
EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mapa de riesgos del Proceso, revisado, actualizado y publicado en el sistema de gestión de la UPRU ▪ Mapa de riesgos institucional ▪ Guía Política de Administración de Riesgos PEC-GU-001 (V5 - 21/04/2023)
SEGUIMIENTO CI	<p>Se verifica soporte de la evidencia de la acción correctiva en la ruta: <u>P:\05.SECRETARIA GENERAL\4.GEST. DOCUMENTAL\DOCUMENTOS DE APOYO\1. VIGENCIA 2023\EVIDENCIAS_PLAN_MEJORAMIENTO_GD\OBSERVACIÓN 1</u></p> <p>Se verifica el mapa de riesgos del proceso de Gestión Documental, encontrando que fue actualizado el 04-10-2022; El informe de auditoría fue posterior a dicha actualización. En este sentido No se evidencia una revisión / actualización durante el año 2023, debido a que: <i>"no se han presentado materialización de riesgos del proceso"</i>, tal como lo expresaron en comunicación remitida a la Asesoría de Control Interno (anexo al radicado 2023-3-014843).</p> <p>Se evidencia que no han sido tenidas en cuenta las recomendaciones que se emitieron en el informe final AI-21-2022, respecto al diseño y ejecución de los controles que fueron revisados. (El riesgo relacionado con PQRSD y sus</p>

	<p>controles no fueron objeto de revisión dentro de la auditoría interna a Gestión Documental 2022, puesto que el objeto de la misma fue Evaluar la implementación y avances del Programa de Gestión Documental de la UPRA, la organización y gestión documental de los archivos de los procesos de acuerdo con las TRD, el cumplimiento de lo dispuesto en la normatividad y legislación establecida por el Archivo General de la Nación y los procedimientos, manuales, guías y lineamientos establecidos por la Entidad, así como los controles internos de la gestión documental en la UPRA. Dicho riesgo y sus controles hacen parte de los informes de seguimiento a las PQRSD).</p>								
	<p>Dentro de este seguimiento al plan de mejoramiento, se procede a revisar nuevamente los controles asociados a estos tres riesgos, encontrando lo siguiente:</p>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="454 682 673 714">Riesgo</th> <th data-bbox="673 682 958 714">Controles</th> <th data-bbox="958 682 1385 714">Seguimiento realizado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="454 714 673 1858" rowspan="2"> <p>Riesgo #1: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRA en su ciclo vital, debido a inadecuada aplicación de las TRD en el archivo de gestión.</p> </td> <td data-bbox="673 714 958 1753"> <p>Control #1 El Funcionario responsable del archivo central de la UPRA, cada vez que se realiza una transferencia primaria, verifica y actualiza el inventario documental, en caso de encontrar inconsistencias en la transferencia se realiza la devolución para su ajuste. Como evidencia del control está el FUID y las actas de formalización de transferencias.</p> </td> <td data-bbox="958 714 1385 1753"> <p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Si bien cuenta con un responsable y una acción, sigue presentando deficiencias en cuanto al complemento, es decir, requiere hacer más específica la forma como se realiza el control. Al respecto, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control". Esto hace referencia a las herramientas con las cuales realiza la verificación y actualización del inventario documental. (ver ejemplo página 46). En cuanto al responsable, también presenta debilidades; al respecto la misma guía indica: "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p> <p>En cuanto a la Ejecución del control: Se evidencian soportes de actividades de actualización de TRD de Asesoría Jurídica y Asesoría de Control Interno, acompañamiento para ejecutar las transferencias primarias, revisión y formalización de transferencias de diferentes dependencias y Oficinas productoras. Se evidencia la utilización de los formatos (soportes) como son: Actas de transferencias, FUID, Rótulo de caja, rótulo de carpeta, TRD y hoja de control y referencia cruzada de documentos, con sus respectivas firmas.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="673 1753 958 1858"> <p>Control #2 El funcionario responsable del archivo central de la UPRA, con el apoyo del</p> </td> <td data-bbox="958 1753 1385 1858"> <p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Cuenta con un responsable, una acción y</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Riesgo	Controles	Seguimiento realizado	<p>Riesgo #1: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRA en su ciclo vital, debido a inadecuada aplicación de las TRD en el archivo de gestión.</p>	<p>Control #1 El Funcionario responsable del archivo central de la UPRA, cada vez que se realiza una transferencia primaria, verifica y actualiza el inventario documental, en caso de encontrar inconsistencias en la transferencia se realiza la devolución para su ajuste. Como evidencia del control está el FUID y las actas de formalización de transferencias.</p>	<p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Si bien cuenta con un responsable y una acción, sigue presentando deficiencias en cuanto al complemento, es decir, requiere hacer más específica la forma como se realiza el control. Al respecto, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control". Esto hace referencia a las herramientas con las cuales realiza la verificación y actualización del inventario documental. (ver ejemplo página 46). En cuanto al responsable, también presenta debilidades; al respecto la misma guía indica: "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p> <p>En cuanto a la Ejecución del control: Se evidencian soportes de actividades de actualización de TRD de Asesoría Jurídica y Asesoría de Control Interno, acompañamiento para ejecutar las transferencias primarias, revisión y formalización de transferencias de diferentes dependencias y Oficinas productoras. Se evidencia la utilización de los formatos (soportes) como son: Actas de transferencias, FUID, Rótulo de caja, rótulo de carpeta, TRD y hoja de control y referencia cruzada de documentos, con sus respectivas firmas.</p>	<p>Control #2 El funcionario responsable del archivo central de la UPRA, con el apoyo del</p>	<p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Cuenta con un responsable, una acción y</p>
Riesgo	Controles	Seguimiento realizado							
<p>Riesgo #1: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRA en su ciclo vital, debido a inadecuada aplicación de las TRD en el archivo de gestión.</p>	<p>Control #1 El Funcionario responsable del archivo central de la UPRA, cada vez que se realiza una transferencia primaria, verifica y actualiza el inventario documental, en caso de encontrar inconsistencias en la transferencia se realiza la devolución para su ajuste. Como evidencia del control está el FUID y las actas de formalización de transferencias.</p>	<p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Si bien cuenta con un responsable y una acción, sigue presentando deficiencias en cuanto al complemento, es decir, requiere hacer más específica la forma como se realiza el control. Al respecto, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control". Esto hace referencia a las herramientas con las cuales realiza la verificación y actualización del inventario documental. (ver ejemplo página 46). En cuanto al responsable, también presenta debilidades; al respecto la misma guía indica: "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p> <p>En cuanto a la Ejecución del control: Se evidencian soportes de actividades de actualización de TRD de Asesoría Jurídica y Asesoría de Control Interno, acompañamiento para ejecutar las transferencias primarias, revisión y formalización de transferencias de diferentes dependencias y Oficinas productoras. Se evidencia la utilización de los formatos (soportes) como son: Actas de transferencias, FUID, Rótulo de caja, rótulo de carpeta, TRD y hoja de control y referencia cruzada de documentos, con sus respectivas firmas.</p>							
	<p>Control #2 El funcionario responsable del archivo central de la UPRA, con el apoyo del</p>	<p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Cuenta con un responsable, una acción y</p>							

		<p>equipo del proceso de gestión documental, cada vez que se haga una solicitud de divulgación de información sobre el PINAR y el PGD, procede a su preparación, organización y ejecución, reforzando los conceptos de la gestión documental para las áreas en sus archivos de gestión.</p>	<p>un complemento. Sin embargo, no hay claridad en la evidencia de lo que pasa con las observaciones, desviaciones o inconsistencias resultantes de ejecutar el control. Adicionalmente, en cuanto al responsable, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p> <p>En cuanto a la Ejecución del control: Se evidencia ejecución de un control, pero las evidencias que tienen definidas en la matriz de riesgos no corresponden exactamente con las evidencias presentadas y las que se encuentran en repositorio. En la matriz de riesgos de gestión indican que las evidencias de ejecución de este control son: Correo electrónico de solicitud y/o invitación, listados de asistencia y presentaciones. Sin embargo, las evidencias que presentan están relacionadas con la actualización del Sistema Integrado de Conservación (SIC), video de presentación de propuesta del manual organización de archivos Híbridos entre los miembros del equipo de Gestión documental, el nuevo manual del sistema integrado de conservación.</p>					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="454 1192 673 1224">Riesgo</th> <th data-bbox="673 1192 958 1224">Controles</th> <th data-bbox="958 1192 1385 1224">Seguimiento realizado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="454 1224 673 1852"> <p>Riesgo #2: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRA en su ciclo vital, debido a inadecuada implementación de los planes, programas y proyectos contemplados en los instrumentos archivísticos (PINAR, PGD y TRD) en el archivo central.</p> </td> <td data-bbox="673 1224 958 1852"> <p>Control #1 El Funcionario responsable del archivo central de la UPRA, cada vez que se realiza una transferencia primaria, verifica y actualiza el inventario documental, en caso de encontrar inconsistencias en la transferencia se realiza la devolución para su ajuste. Como evidencia del control está el FUID y las actas de formalización de transferencias.</p> </td> <td data-bbox="958 1224 1385 1852"> <p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Si bien cuenta con un responsable y una acción, sigue presentando deficiencias en cuanto al complemento, es decir, requiere hacer más específica la forma como se realiza el control. Al respecto, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control". Esto hace referencia a las herramientas con las cuales realiza la verificación y actualización del inventario documental. (ver ejemplo página 46). En cuanto al responsable, la misma guía indica: "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Riesgo	Controles	Seguimiento realizado	<p>Riesgo #2: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRA en su ciclo vital, debido a inadecuada implementación de los planes, programas y proyectos contemplados en los instrumentos archivísticos (PINAR, PGD y TRD) en el archivo central.</p>	<p>Control #1 El Funcionario responsable del archivo central de la UPRA, cada vez que se realiza una transferencia primaria, verifica y actualiza el inventario documental, en caso de encontrar inconsistencias en la transferencia se realiza la devolución para su ajuste. Como evidencia del control está el FUID y las actas de formalización de transferencias.</p>	<p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Si bien cuenta con un responsable y una acción, sigue presentando deficiencias en cuanto al complemento, es decir, requiere hacer más específica la forma como se realiza el control. Al respecto, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control". Esto hace referencia a las herramientas con las cuales realiza la verificación y actualización del inventario documental. (ver ejemplo página 46). En cuanto al responsable, la misma guía indica: "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p>	
Riesgo	Controles	Seguimiento realizado						
<p>Riesgo #2: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información producida o recibida por la UPRA en su ciclo vital, debido a inadecuada implementación de los planes, programas y proyectos contemplados en los instrumentos archivísticos (PINAR, PGD y TRD) en el archivo central.</p>	<p>Control #1 El Funcionario responsable del archivo central de la UPRA, cada vez que se realiza una transferencia primaria, verifica y actualiza el inventario documental, en caso de encontrar inconsistencias en la transferencia se realiza la devolución para su ajuste. Como evidencia del control está el FUID y las actas de formalización de transferencias.</p>	<p>En cuanto al Diseño del control: El control sigue siendo el mismo que se revisó durante la auditoría vigencia 2022. Si bien cuenta con un responsable y una acción, sigue presentando deficiencias en cuanto al complemento, es decir, requiere hacer más específica la forma como se realiza el control. Al respecto, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control". Esto hace referencia a las herramientas con las cuales realiza la verificación y actualización del inventario documental. (ver ejemplo página 46). En cuanto al responsable, la misma guía indica: "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p>						

		<p>En cuanto a la Ejecución del control: Se evidencian soportes de actividades de actualización de TRD de Asesoría Jurídica y Asesoría de Control Interno, acompañamiento para ejecutar las transferencias primarias, revisión y formalización de transferencias de diferentes dependencias y Oficinas productoras. Se evidencia la utilización de los formatos (soportes) como son: Actas de transferencias, FUID, Rótulo de caja, rótulo de carpeta, TRD y hoja de control y referencia cruzada de documentos, con sus respectivas firmas.</p>
<p>Control #2 El Funcionario responsable del archivo central de la UPRA, cada vez que una actividad establecida dentro del PINAR lo indique, aplica los programas específicos contemplados en el Programa de Gestión Documental, asegurando la custodia del archivo central de la UPRA, en caso de desviaciones en la aplicación de las actividades establecidas en el PINAR se actualizan sus cronogramas. Como evidencia del control queda la aplicación del PINAR, de los programas especiales del PGD, el FUID de archivo central, y los Informes de ejecución.</p>	<p>En cuanto al diseño del control: En cuanto al diseño, el control cumple con lo indicado: Responsable, Acción y Complemento. Sin embargo, presenta deficiencias en cuanto a la definición del responsable, para lo cual la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022), indica lo siguiente (pág.45): "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45).</p> <p>Respecto a la ejecución del control #2: Se evidencia aplicación de los programas propios de la gestión documental y cumplimiento de los cronogramas y la utilización de los documentos soporte: Inventarios documentales, informes de ejecución, avance de la implementación de los programas del PGD soportado en el reporte de las metas físicas, FUID.</p>	
<p>Riesgo Seguridad de la información: Posible afectación reputacional y económica, por pérdida de la confidencialidad de la información que se encuentra bajo custodia del proceso, debido a debilidad en los controles de acceso a la información.</p>	<p>Controles Control: (8.1.3 Uso aceptable de los activos. / 8.2.3 Manejo de activos. / 9.1.1 Política de control de acceso. / 9.2.3 Gestión de derechos de acceso privilegiado. / 11.1.3 Seguridad de oficinas, salas e instalaciones.) La persona responsable designada del proceso de gestión documental recibe la solicitud de consulta de información, en el formato debidamente diligenciado, con el fin de ubicar la información y entregarla para la consulta. Siguiendo las actividades definidas en el procedimiento</p>	<p>Seguimiento realizado En cuanto al diseño del control de seguridad de la información: El control cuenta con un responsable, una acción y un complemento. Sin embargo, presenta debilidades en cuanto a la definición del responsable específico de recibir las solicitudes de consulta de información. Esto conforme a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 6 – Nov. 2022): "Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad." (Página 45). Tampoco hay claridad en cuanto a la evidencia de lo que pasa con las observaciones, desviaciones o inconsistencias resultantes de ejecutar el control.</p>

	préstamo de carpetas de expedientes.	Respecto a la ejecución del control de seguridad de la información: Se evidencia la ejecución del control, haciendo uso del formato Registro de préstamo documental. (GDT-FT-009).
	Planilla de trabajo: Planilla_PM_AI_GD-2023-PLANI_1 (Hoja - Obs #1)	
CONCLUSIÓN CI	Si bien se evidencia progreso en cuanto a la ejecución de los controles, éstos siguen presentando deficiencias en cuanto a su diseño. Estado de la acción: Acción incumplida. No se ejecutó la acción propuesta y se reitera las debilidades observadas en auditoría.	

OBSERVACIÓN N°2	
OBSERVACIÓN	Debilidad en la entrega formal de la documentación por parte de servidores desvinculados.
ANTECEDENTE	Se realizó revisión al procedimiento “Desvinculación de Personal GDR-TH-PD-007” (28-04-2021), en el cual, la AT6 - Realizar entrega del cargo, establece como control preventivo la entrega de los siguientes documentos: Acta de entrega del cargo, Formato de entrega de bienes, Registro de empalmes para personal de planta, provisionales y de libre nombramiento y remoción. Se solicitó información para diez (10) de los servidores retirados en los años 2021 y 2022, con el fin de verificar la correcta entrega de la documentación y archivos que tuvieron a su cargo, y así establecer el cumplimiento de la Ley General de Archivo y al Acuerdo 038 de 2002 del Archivo General de la Nación. De los servidores retirados que fueron revisados, se pudo evidenciar que, aunque todos reportaron acta de entrega y relación de las rutas de repositorio de los expedientes y documentos, ninguno entregó la relación de documentos y archivos a su cargo debidamente inventariados en el Formato Único de Inventario - FUID, incumpliendo lo indicado en el artículo 15 de la Ley General de Archivos y en los artículos tercero y quinto del Acuerdo 038 de 2002.
DESCRIPCIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acción #1: Actualización del procedimiento de desvinculación de Personal GDR-TH-PD-007, con el diligenciamiento del FUID. ▪ Acción #2: Diseño de la estrategia para el diligenciamiento del FUID en la vinculación y desvinculación del personal de la UPRA ▪ Acción #3: Acompañamiento, socialización y sensibilización en el diligenciamiento del FUID, al proceso de gestión del talento humano.
EVIDENCIAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento de desvinculación de Personal GDR-TH-PD-007, publicado en el sistema de gestión de la UPRA. 2. Documento de estrategia para el diligenciamiento del FUID. 3. Listados de asistencia, actas de reunión, correos electrónicos, presentaciones y/o piezas graficas comunicacionales, Actas de Comités, FUID diligenciados por los servidores retirados (si aplica).

<p>SEGUIMIENTO CI</p>	<p>Acción #1: Se evidencia actualización del procedimiento Desvinculación de Personal GDR-TH-PD-007, y la vinculación del formato Acta de Entrega (GDR-TH-FT-011) y FUID dentro del mismo procedimiento. Se procede a hacer la validación de la utilización de dichos formatos, en una muestra de historias laborales de funcionarios desvinculados en el año 2023 (corte 22 de noviembre).</p> <p>Se revisaron 15 historias laborales a saber: 1. Ana Gisell Álvarez Rodríguez, 2. Cielo Carolina Verdugo Vela, 3. Rubén Darío Peña Sierra, 4. María Gladiz Salcedo Barrera, 5. Daniel Alberto Aguilar Corrales, 6. Andrés Felipe Rodríguez Vásquez, 7. Luz Marina Arévalo Sánchez, 8. Nancy Esperanza Montaña Molina, 9. Gloria Cecilia Chaves Almanza, 10. Johana Cano Chavarría, 11. Rene Horacio Torres López, 12. Wilfredo Augusto Arévalo Mendoza, 13. Nidia Esther Núñez Nuvar, 14. Claudia Patricia Guerra Herreño, 15. Leidy Yamile Ramírez Poveda.</p> <p>De las 15 historias laborales de funcionarios retirados revisadas, solamente cinco (5) contaban con Acta de Entrega dentro de la carpeta de historias laborales. De estas cinco (5) historias laborales, solamente una de ellas tiene el soporte de verificación por Gestión Documental, tal como lo indica el procedimiento Desvinculación de Personal (GDR-TH-PD-007) en la actividad AT9.</p> <p>Por otra parte, las Actas de Entrega tienen un espacio (Numeral 7.) en el cual se indica: “En caso de tener a cargo archivo físico, coloque la captura de pantalla del correo de recibo del formato GDT-FT-003 - FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL enviado a Gestión Documental con su respectivo acuse de recibo”. Se sugiere revisar este ítem teniendo en cuenta que en la actualidad, gran parte de la documentación se encuentra en carpetas electrónicas.</p> <p>Acción #2: Se evidencia el diseño y puesta en marcha de la estrategia para difusión de los contenidos de gestión documental. La estrategia fue diseñada con apoyo del Grupo Uso y Apropiación - UATI de la Oficina TIC. En revisión se validó que la estrategia cuenta con cronograma de implementación, con documento de diseño de la estrategia y de creación del personaje Doc.Kate.</p> <p>Acción #3: Se valida la difusión y socialización que se ha realizado para el correcto diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID- con la utilización del personaje Doc.Kate. Esta difusión se ha realizado a través de correo electrónico remitido el 20/10/2023. Adicionalmente, se evidencia difusión del tema relacionado con respuesta oportuna a PQRSD a través de correo electrónico los días 1/10/2023 y 13/10/2023.</p> <p>Planilla de trabajo: Planilla_PM_AI_GD-2023-PLANI_1 (Hoja - Obs #2) Planilla_PM_AI_GD-2023-PLANI_1 (Hoja - Revisión Retiros 2023)</p>
---------------------------	--

CONCLUSIÓN CI	<p>Estado de las acciones: Acción 1 – Finalizada e Inefectiva Acción 2 - Cumplida: finalizada y es efectiva Acción 3 - Cumplida: finalizada y es efectiva</p> <p>Recomendación Acción #1: Revisar el ítem Numeral 7. de las Actas de Entrega, teniendo en cuenta que en la actualidad, gran parte de la documentación se encuentra en carpetas electrónicas. Lo anterior con el fin de garantizar que se pueda dar total cumplimiento a lo que indica el Acuerdo 038 de 2002 del Archivo General de la Nación en sus artículos segundo, tercero y cuarto.</p>
------------------	--

OBSERVACIÓN N°3	
OBSERVACIÓN	Ausencia de los componentes establecidos para la Política de Gestión Documental.
ANTECEDENTE	<p>La UPRA cuenta con la Política de Gestión Documental, la cual se pudo constatar dentro del Plan Institucional de Archivos – PINAR (2022), pág. 7; sin embargo, en esta política no se evidenciaron todos los componentes a que hace referencia el artículo 2.8.2.5.6. del Decreto 1080 de 2015, que se muestra a continuación: Las entidades públicas deben formular una política de gestión de documentos, constituida por los siguientes componentes.</p> <p>a). Marco conceptual claro para la gestión de la información física y electrónica de las entidades públicas. b). Conjunto de estándares para la gestión de la información en cualquier soporte. c). Metodología general para la creación, uso, mantenimiento, retención, acceso y preservación de la información, independiente de su soporte y medio de creación. d). Programa de gestión de información y documentos que pueda ser aplicado en cada entidad. (La UPRA cuenta con el Programa de Gestión Documental). e). La cooperación, articulación y coordinación permanente entre las áreas de tecnología, la oficina de archivo, las oficinas de planeación y los productores de la información.</p>
DESCRIPCIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA	1. Actualización de la política de gestión documental
EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política de Gestión Documental. ▪ Plan Institucional de Archivos ▪ Manual del Código de buen gobierno

SEGUIMIENTO CI	<p>Se realiza seguimiento a las evidencias presentadas, encontrando que se cuenta con el Autodiagnóstico de la Política de Gestión Documental – MIPG diligenciado, un informe de Resultados de Autodiagnóstico para Actualización de la Política de Gestión Documental y un borrador de la Política de Gestión Documental de la UPRA. Se evidencian soportes de reunión para la revisión de la política, del 2 de mayo y 5 de mayo de 2023.</p> <p>La acción correctiva propuesta no se ha desarrollado completamente.</p> <p>La Secretaría General, en comunicación con radicado 2023-3-014843 (14/11/2023), anexo Plan_ Mejoramiento Gestión documental, solicitó ampliación de cumplimiento para marzo 2024 debido a que estos documentos se actualizarán de forma general en la entidad, bajo el marco del nuevo plan de desarrollo y plan estratégico institucional.</p> <p>Por lo anterior se actualiza la fecha final de la acción, de acuerdo con la solicitud realizada.</p> <p>Planilla de trabajo: Planilla_PM_AI_GD-2023-PLANI_1 (Hoja - Obs #3)</p>
CONCLUSIÓN CI	Estado de la acción: Acción en desarrollo

OBSERVACIÓN N°4

OBSERVACIÓN	<p>Deficiencias en la aplicación de las Tablas de Retención Documental y conformación de expedientes, en cuanto al establecimiento de los tipos de soporte documental: físico / electrónico, y el uso del formato “Hoja de control y referencia cruzada de documentos” (GDT-FT-013) garantizando la adecuada transferencia de información.</p>
ANTECEDENTE	<p>En revisión realizada se encontraron algunas subseries documentales que en la TRD se especifican con tipo de soporte electrónico, pero en la realidad se manejan de manera física.</p> <p>Adicionalmente, en revisión realizada, se encontró que de acuerdo con lo señalado en la TRD Gestión Contractual 05_10_05_Contratos de Prestación de Servicios, ítem “5.3 Soporte” columna “5.3.2 Electrónico”, algunos de los documentos que forman parte de esta TRD indican que deben reposar electrónicamente; sin embargo, una vez verificada la columna 3.11 Ubicación del documento del formato “Hoja de Control y Referencia Cruzada de Documentos” de los contratos de la muestra seleccionada, no se evidenció el link de ubicación de los documentos para consulta, a pesar de que en la columna “3.7.2.2 Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP)” del mismo formato, se señala que cada documento reposa en el SECOP II.</p> <p>En el registro “Hoja de Control y Referencia Cruzada de Documentos”, no es posible identificar donde nace el registro documental y su ubicación en el Sistema SEA cuando se generan en este sistema.</p>
DESCRIPCIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA	<p>1. Revisión y Actualización de la producción documental (tipos documentales) dentro la tabla de retención documental de la UPRA.</p>

EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tablas de retención documental actualizadas en sus tipos documentales ▪ Actas de aprobación de comité ▪ Resoluciones aplicación de ajustes a la TRD
SEGUIMIENTO CI	<p>Se realiza seguimiento a las evidencias presentadas, encontrando una actualización del Cuadro de Clasificación Documental-CCD. En este mismo seguimiento, realizado el 22 de noviembre, se evidencia igualmente el desarrollo de un ejercicio de actualización de las Tablas de Retención Documental de algunas oficinas productoras: Asesoría Jurídica, Asesoría de Comunicaciones, Administrativa, Control Interno, Despacho SG, Financiera, Gestión Contractual, Gestión Documental y Gestión del Talento Humano. La aprobación de estas modificaciones está planteada para un próximo comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p>La acción correctiva propuesta no se ha desarrollado completamente, por lo cual no fue posible evidenciar actas de aprobación de Comité ni resoluciones de aplicación de ajustes a la TRD.</p> <p>La Secretaría General, en comunicación con radicado 2023-3-014843 (14/11/2023), anexo Plan_ Mejoramiento Gestión documental, solicitó ampliación de cumplimiento para febrero 2024 debido a los posibles ajustes que pueda solicitar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p>Por lo anterior se actualiza la fecha final de la acción, de acuerdo con la solicitud realizada.</p> <p>Planilla de trabajo: Planilla_PM_AI_GD-2023-PLANI_1 (Hoja – Obs #4)</p>
CONCLUSIÓN CI	<p>Estado de la acción: Acción en desarrollo</p>

OBSERVACIÓN N°5	
OBSERVACIÓN	<p>Ausencia de las Actas de Radicados Anulados y las Actas de cierre anual de consecutivos de radicación, pertenecientes a la serie 05.21 Instrumentos de Control, correspondiente a la TRD Gestión Documental.</p>
ANTECEDENTE	<p>En revisión realizada, no se evidenciaron las Actas de Radicados Anulados y las Actas de cierre anual de consecutivos de radicación, correspondientes a las subseries 05.21.01_Instrumento de Control de Comunicaciones Oficiales Externas Enviadas, 05.21.02_Instrumento de Control de Comunicaciones Oficiales Externas Recibidas y 05.21.03_Instrumento de Control de Comunicaciones Oficiales Internas, incumpliendo lo indicado en la TRD de Gestión Documental. Estas actas no se encontraron ni física ni electrónicamente.</p> <p>En el Sistema para la Eficiencia Administrativa SEA, a través de “Reportes Correspondencia” se pueden generar reportes de Correspondencia Externa Enviada, Correspondencia Externa Recibida, Correspondencia Interna, Documentos Anulados, pero no de las actas mencionadas.</p>

DESCRIPCIÓN DE ACCION CORRECTIVA	<p>Acción #1: Revisión y Actualización de la producción documental (tipos documentales) dentro la tabla de retención documental del proceso de gestión documental.</p> <p>Acción #2: Revisión y de ser necesario actualización de los procedimientos de gestión documental, sobre la pertinencia de las Actas de Radicados Anulados y las Actas de cierre anual de consecutivos de radicación.</p> <p>Acción #3: Revisión y ajuste del reporte de radicados anulados, incluyendo su justificación y reporte de cierre anual de consecutivos de radicación.</p>
EVIDENCIAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tablas de retención documental actualizadas en sus tipos documentales 2. Procedimientos actualizados y publicados, listados de asistencia, revisiones por correo electrónico 3. Incidencias de ajuste, reportes actualizados del módulo, listados de asistencia.
SEGUIMIENTO CI	<p>Acción #1: Se evidencia la solicitud de actualización de TRD de Gestión Documental a través del formato Ficha Técnica por serie o subserie documental (GDT-FT-015) donde están registrados los tipos documentales que serán eliminados. Se evidencia igualmente un formato de TRD 05_Gestion_Documental con las actualizaciones requeridas. La acción correctiva propuesta no se ha desarrollado completamente. En este caso está pendiente la aprobación y firma por parte del Secretario General para su publicación en página WEB. Por lo anterior se actualiza la fecha final de la acción para marzo 2024.</p> <p>Acción #2: Se evidencia revisión del procedimiento de correspondencia GDT-PD-005. Cuentan con soportes de las reuniones realizadas para la revisión de los procedimientos de Gestión Documental, en febrero 9, febrero 13, febrero 22 de 2023. Se concluye que no se requiere ajustar el procedimiento, pues cumple con lo requerido por Gestión Documental para la ejecución de las actividades.</p> <p>Acción #3: La acción se encuentra en desarrollo. No se encontraron soportes de avance de ejecución de la acción. La Secretaría General, en comunicación con radicado 2023-3-014843 (14/11/2023), anexo Plan_ Mejoramiento Gestión documental, solicitó ampliación de cumplimiento para marzo 2024 debido a que a pesar de haber solicitado el requerimiento a Sistemas de Información, está pendiente el desarrollo o ajuste dentro del sistema por parte de la Oficina TIC. Por lo anterior se actualiza la fecha final de la acción, de acuerdo con la solicitud realizada.</p> <p>Planilla de trabajo: Planilla_PM_AI_GD-2023-PLANI_1 (Hoja - Obs #5)</p>
CONCLUSIÓN CI	<p>Estado de las acciones: Acción #1 - Acción en desarrollo Acción #2 - Cumplida: finalizada y es efectiva Acción #3 - Acción en desarrollo.</p>

	<p>Recomendación Acción #1: Realizar trámite de aprobación y firma por parte del Secretario General para proceder a realizar la publicación en página WEB, formalizando el trámite.</p> <p>Recomendación Acción #3: Realizar los seguimientos y actividades que permitan concluir la ejecución de la acción relacionada con el reporte de radicados anulados, incluyendo su justificación y reporte de cierre anual de consecutivos de radicación.</p>
--	--

OBSERVACIÓN N°6	
OBSERVACIÓN	Uso ineficiente del Sistema para la Eficiencia Administrativa SEA en el manejo de las TRD y las transferencias documentales.
ANTECEDENTE	<p>Al verificar la aplicación de las guías asociadas a Gestión Documental en el Sistema para la Gestión Administrativa SEA (Guía Transferencias Documentales Primarias - GDT-GU-015 y Guía Transferencias Documentales Secundarias - GDT-GU-016), no se evidenció su aplicación tal como lo establecen las guías, ni el uso del módulo de Transferencias Primarias el cual hace parte del mismo sistema SEA. De igual manera se pudo evidenciar que las TRD actualizadas vigentes ya se encuentran cargadas en dicho sistema.</p> <p>Siendo la eficiencia uno de los principios orientadores de la función administrativa, quienes desarrollan actividades en el estado deben actuar con diligencia en el manejo de los recursos públicos, con el fin de maximizar el uso de los mismos, generar ahorro, reducir costos y evitar que se generen sobrecostos. En este sentido, no se evidenció tampoco seguimiento a la gestión desarrollada por el proceso Gestión Documental de acuerdo con lo establecido en el sistema de gestión a través de sus documentos institucionalizados.</p>
DESCRIPCIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA	<p>Acción #1: Revisión de funcionalidad y aplicabilidad de los módulos de gestión documental en el SEA.</p> <p>Acción #2: Revisión de los manuales de operación de los módulos de gestión documental del Sistema de Gestión del SEA.</p> <p>Acción #3: Realizar de manera periódica el seguimiento de las actividades programadas (PGD, PINAR, instrumentos archivísticos) para la vigencia, en el proceso de gestión documental por parte del Profesional Especializado Código 2028 – Grado 17 y de los Técnicos Administrativos Código 3124 – Grado 16.</p>
EVIDENCIAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actas de reunión, Listados de asistencia 2. Manuales revisados de operación de los módulos de gestión documental del Sistema de Gestión del SEA. 3. Actas de reunión, listados de asistencia, informes de seguimiento.
SEGUIMIENTO CI	<p>Acción #1: Se realiza seguimiento al desarrollo de la acción, encontrando la realización de revisiones de funcionalidad y aplicabilidad de los módulos de gestión documental en SEA. Se cuenta con un <i>Informe Final de Resultados de las Pruebas Funcionales y Recomendaciones</i> en el cual se evidencia el seguimiento a los diferentes</p>

	<p>módulos: Módulo Radicación, Modulo Ingresar Documentos Físicos, Modulo Gestionar Creación de Unidades Documentales, Gestionar Expedientes Administrativos, Reclasificar en TRD, Transferencias Documentales Primarias y Transferencias Primarias - Archivo Centralizado; para cada uno de ellos se presentan observaciones y recomendaciones. Para cada revisión hecha se cuenta con una carpeta donde se evidenciaron diferentes documentos soportes entre ellos las fichas de reporte de ejecución Casos de Pruebas. Esto se encuentra en la ruta: P:\05.SECRETARIA_GENERAL\4.GEST_DOCUMENTAL\DOCUMENTOS_DE_APOYO\1.VIGENCIA 2023\EVIDENCIAS_PLAN_MEJORAMIENTO_GD\OBSERVACIÓN_6\SGDEA_SEA\PruebasSGDEA</p> <p>Acción #2: Con relación a la revisión de los manuales de operación de los módulos de gestión documental del Sistema de Gestión del SEA, se evidenció la revisión a las Guías de usuario. Dentro del <i>Informe Final de Resultados de las Pruebas Funcionales y Recomendaciones</i>, en el ítem 5.1., se pudo evidenciar la recomendación 1. "Revisar y ajustar con base en las observaciones tanto de las fichas como de los archivos de las guías utilizadas, las guías publicadas en el SEA con el fin de brindar a los usuarios instrumentos más completos, con los conceptos archivísticos reales y que manejen un lenguaje claro para facilitar su comprensión", actividad que servirá de insumo para nuevas acciones de mejora del proceso Gestión Documental.</p> <p>Acción #3: Se evidencia la existencia del cronograma de actividades Vigencia 2023 – Grupo de Gestión Documental, el cual incluye actividades hasta la última semana de diciembre 2023. Se evidencia igualmente la realización de reuniones de seguimiento al cronograma de actividades del proceso de gestión documental, algunas de ellas: marzo 6, abril 10, mayo 8, junio 9, septiembre 6 de 2023. Esta acción se encuentra aún en desarrollo hasta finalizar la ejecución completa de las actividades definidas en el cronograma de la vigencia 2023.</p> <p>Planilla de trabajo: Planilla_PM_AI_GD-2023-PLANI_1 (Hoja - Obs #6)</p>
CONCLUSIÓN CI	<p>Estado de las acciones: Acción #1 – Cumplida: finalizada y es efectiva Acción #2 – Cumplida: finalizada y es efectiva Acción #3 - Acción en desarrollo.</p>

4. CONCLUSIONES GENERALES

Después de realizar seguimiento al plan de mejoramiento propuesto, el estado de las acciones propuestas es el siguiente:

Observación	Acciones	Estado de las acciones
Observación #1	Única Acción	Acción Incumplida
Observación #2	Acción #1	Finalizada e Inefectiva
	Acción #2	Cumplida: Finalizada y es efectiva
	Acción #3	Cumplida: Finalizada y es efectiva

Observación #3	Única Acción	Acción en desarrollo
Observación #4	Única Acción	Acción en desarrollo
Observación #5	Acción #1	Acción en desarrollo
	Acción #2	Cumplida: finalizada y es efectiva
	Acción #3	Acción en desarrollo
Observación #6	Acción #1	Cumplida: finalizada y es efectiva
	Acción #2	Cumplida: finalizada y es efectiva
	Acción #3	Acción en desarrollo

Para aquellas acciones que se encuentran como Incumplidas y finalizadas e Inefectivas, se requiere realizar nuevo plan de mejoramiento y remitirlo a la Asesoría de Control Interno antes del 7 de diciembre con su respectivo análisis de causas y acciones correctivas que eliminen las situaciones encontradas.

Por favor dar respuesta sobre el proceso SEA # **98420** para mantener la adecuada trazabilidad.

NOTA: Para próximas solicitudes de ajustes de fechas a planes de mejoramiento, estas deberán realizarse al menos cuatro (4) meses antes a la realización del seguimiento por parte de Control Interno.

Atentamente,



SANDRA MILENA RUANO REYES

Copia a:
Anexo:

Elaboró: Diana Marcela Dávila Rincón, V1 2023-11-26
Revisó: SANDRA MILENA RUANO REYES, V1 2023-11-24;
SANDRA MILENA RUANO REYES, V1 2023-11-28;
Aprobó: SANDRA MILENA RUANO REYES, V2 2023-11-28