UNIDAD ADMIN. CATASTRO DISTRITAL 24-05-2021 12:03:31
Al Contestar Cite Este Nr.:2021IE10070 O 1 Fol:1 Anex:0
ORIGEN: Sd:55 - OFICINA DE CONTROL INTERNO/PERDOMO RAMÍREZ
DESTINO: DIRECCION GENERAL/RODRIGUEZ SOSA HENRY/ DIRECTO
ASUNTO: INFORME DE AUDITORÍA INTEGRAL AL PROCESO GESTIÓN
OBS: PROYECTO / ASTRID SARMIENTO

MEMORANDO

Referencia: Plan Anual de Auditorías UAECD 2021

Fecha: 24 de mayo de 2021

PARA: Henry Rodríguez Sosa
Director

DE: María Nohemí Perdomo Ramírez
Jefe Oficina Control Interno

ASUNTO: Informe de Auditoría Integral al Proceso Gestión Documental

En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías de la UAECD Vigencia 2021, la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos, realizaron Auditoría Integral al Proceso Gestión Documental, cuyos resultados se presentan en el informe en referencia para su conocimiento y fines que estime pertinentes, generando las siguientes conclusiones y recomendaciones:

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA:

Como resultado de la auditoría al proceso de Gestión Documental se evidencia que el proceso está enmarcado dentro de los términos de eficacia, eficiencia y efectividad, está cumpliendo con lo reglamentado por la ley y/o las normas relacionadas, los del cliente y los establecidos por la entidad (CLON), como parte de los principios asociados a la norma ISO 9001:2015 y a la normatividad y lineamientos vigentes, se consideran aspectos de mejora continua a desarrollar por parte del proceso, los cuales están reflejados en las no conformidades y oportunidades definidas.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda actualizar la matriz de riesgos donde se identifique dentro del contexto externo e interno las implicaciones que ha tenido la emergencia sanitaria en el proceso; Así mismo también se recomienda mayor apropiación de los temas contenidos en la matriz de riesgos por parte de los funcionarios del proceso.
- Se recomienda fortalecer los espacios de capacitación y asesoría que efectúa el proceso a otras áreas para que se logren los objetivos, de igual forma se sugiere realizar una medición de la satisfacción de la capacitación y la asesoría.
- Se recomienda mejorar la redacción de los procedimientos, todos cuentan con doble información respecto a los productos y servicios que se generan y en algunos casos esta

información no es consistente, ya que la están duplicando en las condiciones especiales de operación y en el capítulo 4 de necesidades y expectativas.

- Se recomienda actualizar el procedimiento 08-01-PR-01 PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE LA CORRESPONDENCIA EXTERNA incluyendo la información de la disposición final de los documentos físicos que no requieren su entrega material.
- Se recomienda actualizar el procedimiento 08-02-PR-01 PROCEDIMIENTO ACTUALIZACION DE TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL de modo que facilite la gestión para actualizar las TRD de manera ágil y se evite el incumplimiento del numeral 4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe: a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos.
- Se recomienda incluir en la matriz de riesgos, un riesgo relacionado con actualización de las tablas de retención documental y tener la evidencia de la ejecución de los controles asociados a dicho procedimiento.
- Se recomienda evaluar los indicadores del proceso de manera que presenten un resultado útil para la medición y mejora continua del proceso.
- Se recomienda mayor capacitación en los temas que generan debilidad al proceso y solicitar personal de apoyo especializado en estos temas para mejorar la operación del proceso.
- Es importante que el proceso continúe fortaleciendo el compromiso de la Alta Dirección para establecer implementar y mantener la política de la calidad de la entidad, que apoye al proceso en el cumplimiento de los objetivos de calidad y la mejora continua a partir del ciclo PHVA.
- Se sugiere al Proceso Gestión Documental y la Gerencia de Tecnología -Subproceso Gestión de Seguridad de la Información, emitir lineamientos armonizados y articulados frente al manejo de las carpetas digitales fileserver y las TRD, debido a la emergencia sanitaria de covid 19, con el fin que los documentos allí almacenados se conserven en debida forma.
- Revisar y depurar la información almacenada en el fileserver-TRD y de ser necesario solicitar backup a la Gerencia de Tecnología.

Cordialmente,

MARÍA NOHEMÍ PERDOMO RAMIREZ
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Astrid Cecilia Sarmiento Rincón -Profesional Especializado OCI

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. UAECD Catastro Bogotá	**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**

Fecha ejecución auditoria: 29 de abril al 21 de mayo de 2021

NOMBRE DEL INFORME: Informe de Auditoría Integral al Proceso Gestión Documental

Procesos/ actividad/ sistema/ proyecto: Gestión Documental

Responsable área auditada: Víctor Alonso Torres Poveda – Subgerente Administrativo y Financiero

1. OBJETIVO GENERAL

Verificar si el proceso y sus subprocesos que hacen parte del Sistema de Gestión se encuentran conforme con las disposiciones planificadas, los requisitos de la norma ISO 9001:2015, los del cliente y los establecidos por la entidad (CLON), en términos de eficacia, eficiencia y efectividad y si se han implementado y mantenido.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Verificar que las Tablas de Retención Documental -TRD- se encuentran actualizadas de acuerdo con la dinámica de los procesos y/o áreas, a la normatividad legal vigente y lo dispuesto respecto a los archivos electrónicos.
- Verificar el cumplimiento de lo estipulado en el contrato de Outsourcing respecto a la conservación de los documentos del archivo central.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001:2015.
- Verificar los riesgos identificados y controles asociados a los procedimientos del proceso.

2. ALCANCE

Proceso: Gestión Documental
Subprocesos: Gestión de correspondencia
Instrumentos de administración documental
Gestión de registros y archivo

3.EQUIPO AUDITOR:

Auditor Líder: Andrea Nayeth Vela Molina
Auditores Acompañantes: Diana Marcela Cortes Malaver
Myriam Tovar Losada
Astrid Cecilia Sarmiento Rincón

José Manuel Berbeo Rodríguez
Carmen María Sanabria Alarcón
Luis Andrés Álvarez Torrado
Julián Rodríguez Gómez.

4. MARCO NORMATIVO O CRITERIOS DE AUDITORÍA:

- Ley 594 de 2000
- Acuerdo 004 de 2019
- Norma ISO 9001:2015
- Requisitos del SGI - CLON (del cliente, legales, organizacionales y normativos)
- Normograma del proceso
- Generalidad del Proceso Gestión Documental, código 08-GP-01, versión 5.
- Caracterización del Subproceso Instrumentos de Administración Documental, código 08-SP-02 versión 03.
- Procedimiento Actualización de Tabla de Retención Documental, código 08-02-PR-01, versión 04.
- Caracterización del Subproceso Gestión de Registros y Archivo, código 08-SP-03, versión 03, numeral 4: Políticas de operación.
- Procedimiento Organizar Archivos de Gestión, código 08-03-PR-01, versión 04, numeral 3 Condiciones de operación, Instructivo Administrar y transferir archivos de gestión código 08-03-IN-02 versión 03.

5. CARGOS Y PERSONAS ENTREVISTADAS:

Víctor Torres Subgerente Administrativo y Financiero.
Javier Ricardo Rincón Profesional Especializado SAF.
Yenny Milena Hernández- Profesional Universitario SAF.
Carlos Ignacio Mateus Gómez – Técnico Operativo SAF.

6. METODOLOGÍA

Para la ejecución de la auditoría las actividades realizadas consistieron en el análisis y consulta de los documentos que se encuentren en el ISODOC, la presentación de registros que evidencien el cumplimiento de los procedimientos, la observación y consulta de información. Se realizaron entrevistas virtuales mediante la herramienta colaborativa Microsoft Teams a los responsables de Proceso y Subproceso y funcionarios a cargo de la ejecución de los procedimientos. Se aplicaron pruebas sustantivas y de control para la verificación de la integridad, exactitud y validez del proceso, utilizando técnicas de consulta, observación, inspección de documentos y se solicitaron soportes o evidencias de la ejecución de las actividades, los indicadores, las normas, según lo previsto en la lista de chequeo.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Situaciones evidenciadas

Se evidenció que el proceso estableció las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados en el proceso. Se evidenció la documentación del proceso, subproceso y procedimientos.

De igual forma, el proceso establece, implementa y mantiene de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, determina los requisitos pertinentes de las partes interesadas para el cumplimiento de su propósito, se observa el cargue de los indicadores en la herramienta SGI, de manera oportuna

La Oficina de Control Interno realizó visitas virtuales, con el fin de verificar la organización y conservación de los documentos identificados en la TRD de cada una de las áreas, según con las reuniones virtuales programadas, observó:
1-No hay coherencia entre TRD y lo almacenado en fileserver, además, las áreas de Subgerencia de Recursos Humanos, Subgerencia Administrativa y Financiera, Gerencia de Información Catastral, Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos, Subgerencia de Información Económica, Subgerencia de Información Física y Jurídica, Oficina Asesora Jurídica, no se encuentran actualizadas según los cambios realizados en los registros de los procedimientos.
2-En la revisión de las series y subseries, se encontró que la información asociada no corresponde a lo organizado en el fileserver.
3-Las Tablas de Retención Documental registra el tiempo de retención y al revisar los documentos en el fileserver, se observó documentos de las vigencias 2015 a 2020, mucha de ellos repetidos en diferentes versiones y una versión final.
4- Se evidenció una carpeta fileserver, estructurada con las series y subseries de acuerdo con la TRD, debido a la emergencia sanitaria covid 19, se manejan solamente carpetas digitales y en la TRD hace referencia a documentos de papel. Se adjunta papel de trabajo con las situaciones evidenciadas.
Se adjuntan papeles de trabajo

Se evidenció el seguimiento a través de la matriz de riesgos del proceso, la cual se revisa y actualiza periódicamente.

8. RELACIÓN DE LOS HALLAZGOS DETECTADOS: (Anexe la lista de Verificación y las evidencias necesarias para sustentar los resultados de la auditoria)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. UAECD Catastro Bogotá	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
1	No se evidencia que se encuentre en el normograma la circular externa 001 de 2020, ni el decreto 1287 de 2020, ni el decreto 491 de 2020., circular 017 de 2020, incumpliendo con el numeral 7.5.1 literal b) de la norma ISO 9001:2015, donde se indica "El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir: b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad"	X		norma ISO 9001:2015 numeral 7.5.1 literal b)	Subgerente Administrativo y Financiero	Registro SGI
2	Se evidencia que las tablas de retención documental de la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos, la Subgerencia de Información Económica, la Subgerencia de Información Física y Jurídica, la Oficina Asesora Jurídica, la Gerencia de Información Catastral, la Subgerencia de Recursos Humanos, la Subgerencia Administrativa y Financiera se encuentran desactualizadas, debido a que se encontraron archivos en la TRD que no concuerdan con lo reportado en el file server, dado que se han modificado procedimientos lo que genera un incumplimiento del numeral 7,5 de la norma ISO 9001:2015, el Procedimiento Actualización TRD código 08-02-PR-01 V.4 , la ley 594 de 2000 y el acuerdo 004 de 2019.	X		norma ISO 9001:2015 numeral 7.5, ley 594 de 2000, acuerdo 004 de 2019, Procedimiento actualización TRD	Subgerente Administrativo y Financiero Subgerencia de Recursos Humanos Gerente de Información Catastral Jefe de Planeación y aseguramiento de Procesos Jefe Oficina Asesora Jurídica	Registro SGI de las TRD. Papel de trabajo-OCI

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
3	No se evidencia que el proceso conserve la información documentada como resultado de la medición de los indicadores definidos, incumpliendo el numeral 9.1.1 La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados, esta ya era una no conformidad de la auditoría externa y dicho hallazgo se mantiene, pues no se evidencia soporte del reporte del resultado de los indicadores del plan de tratamiento de riesgos, incluidos en la matriz del proceso, en los tres casos el reporte correspondió a 30% y no se obtuvo evidencia de ninguna de las variables, de igual forma se evidencia un indicador de proceso Nivel de satisfacción que en el 2020 incumplió la meta y no se observan acciones que permitan su mejora, los indicadores del subproceso de Gestión de correspondencia se generan a partir del mismo dato y no se observa un análisis que permita tomar decisiones.	X		norma ISO 9001:2015 Numeral 9.1.1	Subgerente Administrativo y Financiero	Matriz de riesgos, Registro SGI de los indicadores

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
4	Se evidencia en la única planilla enviada por parte del proceso a través del correo electrónico de Yenny Milena Hernández el día 12 de mayo, formato control y préstamo de documentos, se evidencia que la planilla usada esta identificada con el código 08-03-FR-05 versión 2.1, siendo la que se encuentra vigente en el sistema la versión 2.2, de igual forma se evidencia que el registro no se encuentra con todos los campos diligenciados, incumpliendo con el numeral 4.4.2 de la ISO 9001:2015, que establece que la organización debe conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	X		norma ISO 9001:2015 numeral 4.2	Subgerente Administrativo y financiero	Correo electrónico y formato
5	Se evidencia que dentro de la interacción del proceso no se encuentran identificados como insumo ni como producto los cuadros de caracterización documental, de igual forma se observan incoherencias en los controles identificados en todos los procedimientos evidenciados y no se evidencian en algunos casos registros asociados a los controles, y el procedimiento 08-03-PR-01 PROCEDIMIENTO ORGANIZAR ARCHIVOS DE GESTION, no cuenta con controles documentados, incumpliendo el procedimiento de control de documentos condición de operación 3.10, respecto a la identificación de controles y generando un posible incumplimiento de la norma ISO 9001:2015 en el numeral 4.4.1.		X	norma ISO 9001:2015 Procedimiento de control de documentos	Subgerente Administrativo y financiero	Generalidad del proceso

8. FORTALEZAS:

- De la revisión a los planes de mejoramiento del proceso publicados en el SGI, se evidencia la realización de capacitaciones y socializaciones al personal de la UAECD sobre el manejo documental y CORDIS.
- Las mejoras realizadas al CORDIS y al WCC han permitido disminuir el consumo de recursos de la UNIDAD, así como conservar la trazabilidad del trámite de las comunicaciones internas.
- Se cuenta con personal suficiente y competente para desarrollar todos los procedimientos.
- Se han implementado acciones para la adecuada conservación de los documentos que genera la unidad, así como la utilización de herramientas tecnológicas para lograr la digitalización y conservación electrónica de los documentos.
- El proceso cuenta con una planeación operativa que permite el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de calidad.
- Se destaca el trabajo en equipo y la interacción del proceso con otros procesos, que promueve el trabajo coordinado lo que permite el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- Se contó con la participación del responsable del proceso, subprocesos y procedimientos auditados en las reuniones de verificación de cumplimiento programadas.

9. DEBILIDADES:

- Dentro del proceso de Gestión Documental no se hace evidente la apropiación de la competencia en cuanto a implementar estrategias o mecanismos que permitan mantener actualizadas las tablas de retención documental, de tal forma que se encuentren alineadas de forma permanente con la documentación (procedimientos, registros y formatos) de los diferentes procesos, sino que es vista como una actividad que debe darse desde las áreas, siendo importante implementar estos mecanismos para evitar futuras no conformidades, hallazgos y observaciones en otras auditorías, lo que no ha permitido que se generen diferentes estrategias que permitan que la entidad pueda cumplir con este requisito.
- Se evidenció una baja comprensión de la matriz de riesgos del proceso, principalmente en la construcción y medición de los indicadores asociados a los controles de los riesgos que tienen planes de manejo.

10. CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA:

Como resultado de la auditoría al proceso de Gestión Documental se evidencia que el proceso está enmarcado dentro de los términos de eficacia, eficiencia y efectividad, está cumpliendo con lo reglamentado por la ley y/o las normas relacionadas, los del cliente y los establecidos por la entidad (CLON), como parte de los principios asociados a la norma ISO 9001:2015 y a la normatividad y lineamientos vigentes, se consideran aspectos de mejora continua a desarrollar por parte del proceso, los cuales están reflejados en las no conformidades y oportunidades definidas. Por tal razón teniendo en cuenta el objetivo del Subproceso “Instrumentos de

Administración Documental": Mantener el 100% de las Tablas de Retención Documental, conforme a los tiempos establecidos, atendiendo las solicitudes y asesorías requeridas por las dependencias y cumpliendo con la normatividad vigente, cuyo responsable es el Subgerente Administrativo y Financiero, y lo enunciado en las actividades 1 y 3 del procedimiento "Actualización de Tablas de Retención Documental, código 08-02-PR-01 V.4

Actividad 1:....*El área responsable debe identificar los registros de los procedimientos, los documentos recibidos por la entidad en cumplimiento de su competencia, función, actividad administrativa y su respectivo trámite, así como los ajustes que se deben efectuar en la tabla de retención documental cada seis (6) meses.....*

Actividad 3 "Solicitar la actualización de la TRD": Se ingresa al aplicativo del Sistema de Gestión Integral (SGI), para realizar la solicitud de actualización de las TRD, mediante el módulo de Gestión Documental.

Actividades a cargo de los Líderes de Calidad de las áreas, Gerentes, Subgerentes, Jefes de Oficina. La No Conformidad será cargada al responsable del Proceso Gestión Documental y a los responsables de las áreas involucradas a saber: Subgerente Administrativo y Financiero, Subgerencia de Recursos Humanos, Gerente de Información Catastral Jefe de Planeación y aseguramiento de Procesos, Jefe Oficina Asesora Jurídica

11. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda actualizar la matriz de riesgos donde se identifique dentro del contexto externo e interno las implicaciones que ha tenido la emergencia sanitaria en el proceso; Así mismo también se recomienda mayor apropiación de los temas contenidos en la matriz de riesgos por parte de los funcionarios del proceso.
- Se recomienda fortalecer los espacios de capacitación y asesoría que efectúa el proceso a otras áreas para que se logren los objetivos, de igual forma se sugiere realizar una medición de la satisfacción de la capacitación y la asesoría.
- Se recomienda mejorar la redacción de los procedimientos, todos cuentan con doble información respecto a los productos y servicios que se generan y en algunos casos esta información no es consistente, ya que la están duplicando en las condiciones especiales de operación y en el capítulo 4 de necesidades y expectativas.
- Se recomienda actualizar el procedimiento 08-01-PR-01 PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE LA CORRESPONDENCIA EXTERNA incluyendo la información de la disposición final de los documentos físicos que no requieren su entrega material.
- Se recomienda actualizar el procedimiento 08-02-PR-01 PROCEDIMIENTO ACTUALIZACION DE TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL de modo que facilite la gestión para actualizar las TRD de manera ágil y se

evite el incumplimiento del numeral 4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe: a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos.

- Se recomienda incluir en la matriz de riesgos, un riesgo relacionado con actualización de las tablas de retención documental y tener la evidencia de la ejecución de los controles asociados a dicho procedimiento.
- Se recomienda evaluar los indicadores del proceso de manera que presenten un resultado útil para la medición y mejora continua del proceso.
- Se recomienda mayor capacitación en los temas que generan debilidad al proceso y solicitar personal de apoyo especializado en estos temas para mejorar la operación del proceso.
- Es importante que el proceso continúe fortaleciendo el compromiso de la Alta Dirección para establecer implementar y mantener la política de la calidad de la entidad, que apoye al proceso en el cumplimiento de los objetivos de calidad y la mejora continua a partir del ciclo PHVA.
- Se sugiere al Proceso Gestión Documental y la Gerencia de Tecnología -Subproceso Gestión de Seguridad de la Información, emitir lineamientos armonizados y articulados frente al manejo de las carpetas digitales fileserver y las TRD, debido a la emergencia sanitaria de covid 19, con el fin que los documentos allí almacenados se conserven en debida forma.
- Revisar y depurar la información almacenada en el fileserver-TRD y de ser necesario solicitar backup a la Gerencia de Tecnología.

Fecha Entrega Informe: 24 de mayo de 2021

María Nohemí Perdomo Ramírez
Jefe Oficina de Control Interno

Andrea Nayeth Vela Molina
Líder del Equipo Auditor

VoBo. Walter H Álvarez Bustos Profesional OCI