UNIDAD ADMIN. CATASTRO DISTRITAL 17-07-2023 05:28:55
Al Contestar Cite Este Nr.:2023IE16365 O 1 Fol:1 Anex:0
ORIGEN: Sd:78 - OFICINA DE CONTROL INTERNO/SARMIENTO RINCON
DESTINO: DIRECCION GENERAL/RODRIGUEZ SOSA HENRY/ DIRECTO
ASUNTO: AUDITORIA DEFINICIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUME
OBS: PROYECTO / LUIS ORLANDO BARRERA

MEMORANDO

Referencia: Plan Anual de Auditorias de la UAECD vigencia 2023

Fecha: 17 de julio de 2023

PARA: Henry Rodríguez Sosa
Director General

DE: Astrid Cecilia Sarmiento Rincón
Jefe Oficina de Control Interno (e)

ASUNTO: Auditoria definición e implementación de instrumentos archivísticos y planes asociados al sistema integrado de conservación y sistema de gestión de documentos electrónicos.

Respetado Doctor Rodríguez:

En cumplimiento del Plan Anual de Auditorias PAA que actualmente ejecuta la Oficina de Control Interno - OCI, en el marco de sus actividades orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la Unidad, se realizó la Auditoria definición e implementación de instrumentos archivísticos y planes asociados al sistema integrado de conservación y sistema de gestión de documentos electrónicos.

Consecuente con lo anterior, adjunto con el presente le remito para su consideración y demás fines, el Informe Final.

Cordialmente,

ASTRID CECILIA SARMIENTO RINCÓN
Jefe Oficina de Control Interno (e)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. UAECD Catastro Bogotá	**INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO O AUDITORÍA**

Evaluación: Seguimiento: Auditoría de Gestión: **X** Auditoría de Calidad:

En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías de la vigencia **2023,** a continuación, se presentan los resultados del Informe de Auditoría de Gestión Documental – Instrumentos Archivísticos, dirigido al director de la UAECD con copia a las áreas o procesos involucrados.

Proceso: Gestión Documental

NOMBRE DEL INFORME
Auditoria definición e implementación de instrumentos archivísticos y planes asociados al sistema integrado de conservación y sistema de gestión de documentos electrónicos.

1. OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento del Programa de Gestión Documental, del Plan Institucional de Archivos - PINAR y demás planes asociados al Sistema Integrado de Conservación y Sistema de Gestión de Documento Electrónico vigencia 2023.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar los indicadores del Proceso de Gestión Documental establecidos en el aplicativo PANDORA
- Verificar los mapas de riesgo de gestión, corrupción y seguridad de la información asociados al proceso
- Comprobar la formulación y desarrollo del Plan Institucional de Archivo -PINAR de la entidad
- Revisar la existencia, publicación e implementación del Programa de Gestión Documental -PGD
- Determinar la existencia y estado actual de las TRD de la Unidad.

3. ALCANCE:

Caracterización del proceso Gestión Documental, Procedimientos, documento técnico GDO-DT-06 Plan Institucional de Archivos PINAR, Gestor de Documentos, instrumentos, formatos y demás soportes del proceso, con corte a 30 de abril de 2023. Seguimiento al Plan de Mejoramiento sobre el informe Dirección de Archivo de Bogotá.

Revisar la gestión del proceso de Gestión Documental en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2022 a 30 de abril de 2023, así como su caracterización, documentos técnicos, instructivos y procedimientos, matriz de riesgos e indicadores.

4. MARCO NORMATIVO O CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Ley 594 de 2000 *"Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones"*
- Decreto 1080 del 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura"*
- Decreto 807 de 2019 de la Alcaldía Mayor de Bogotá "*Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"*
- Directiva 008 de diciembre 30 de 2021 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. *"Lineamientos para prevenir conductas irregulares relacionadas con el incumplimiento de los manuales de funciones y competencias laborales, de los manuales de procedimientos institucionales, así como la pérdida o deterioro o alteración o uso indebido de bienes, elementos documentos públicos e información contenida en bases de datos y sistemas de información"*
- Leyes y demás Normatividad relacionada con el proceso
- Documentos Técnicos, Procedimientos, Instructivos, Formatos y demás documentos relacionados con el objetivo de la Auditoría.
- Mapa de Riesgos Institucional.

5. METODOLOGÍA

La auditoría se realizó dentro del marco de las normas internacionales de auditoría, que incluye: Planeación, ejecución, generación y comunicación del informe con las conclusiones y recomendaciones, que permitirán contribuir al mejoramiento del Sistema de Control Interno -SCI.

Para el desarrollo de la auditoría se llevaron a cabo reuniones presenciales y sesiones de trabajo virtuales, efectuadas con personal del proceso de Gestión Documental, específicamente con la enlace de auditoría establecida por la Subgerencia, así como el ingeniero de sistemas, revisando tanto procedimientos, instructivos, documentos técnicos, con el ánimo de constatar la adecuada aplicación de los mismos y realizar revisión documental que permita evidenciar su correcta aplicación, así mismo, se revisaron los riesgos de gestión, corrupción y seguridad, así como los indicadores asociados al proceso de Gestión Documental

La auditoría se ejecutó en el periodo comprendido entre el 2 de mayo al 23 de junio de 2023, por los auditores Ricardo Andrés Palomá y Luis Orlando Barrera Cepeda. Como ya se mencionó, el periodo evaluado corresponde al comprendido entre el 1 de junio de 2022 a 30 de abril de 2023. La información requerida para el desarrollo del presente ejercicio fue dispuesta en el One Drive "https://catastrobogotacol-my.sharepoint.com/personal/lobarrera_catastrobogota_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Flobarrera%5Fcatastrobogota%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FAudit%5FGest%5FDocumental%5F2023&view=0".

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En desarrollo del ejercicio auditor, se pidió a la funcionaria designada como enlace, el suministro de la información, en el One Drive dispuesto para tal fin. Información que fue requerida en reuniones presenciales y virtuales y en correos del 8, 23, 26 de mayo de 2023 y subsiguientes. Información suministrada con oportunidad.

- **Conformación del Equipo de Gestión Documental**

Con base en lo establecido en el Documento Técnico Programa de Gestión Documental GDO-DT-03 versión 1, del 1 de agosto de 2022, el grupo de Gestión Documental se encuentra conformado de la siguiente manera:

Tabla 1. Conformación Equipo Gestión Documental

Talento Humano Archivo

Perfil	Cantidad
Subgerente	1
Profesional Especializado	1
Profesional Universitario	1
Técnicos	2
Auxiliares	6

Talento Humano Gestión Correspondencia

Perfil	Cantidad
Coordinador	1
Radicadores	2
Auxiliares	4

Fuente: Documento Técnico Programa de Gestión Documental GDO-DT-03, construcción del auditor

- **Presupuesto**

Se solicitó el presupuesto de la Subgerencia Administrativa y Financiera como lo correspondiente al proceso de Gestión Documental, para las vigencias 2022 y 2023, información que fue atendida en correo del 16 de junio de 2023, en los siguientes términos:

- La Unidad durante la vigencia 2022, presentó una apropiación vigente por valor de $126.067.110.000, de las cuales según el PAA se pueden asociar recursos apropiados para Gestión Documental por valor de

$1.041.635.757, tanto para personal de apoyo, profesional, sistemas de información y arrendamiento de espacios, los cuales se anexan filtrados en el documento "PLANTILLA_PAA_FUNCIONAMIENTO_INVERSION 2022". Ahora bien, se debe aclarar que el presupuesto directo a la Subgerencia Administrativa y Financiera no sé puede determinar fácilmente, dado que la Subgerencia lidera procesos transversales que cuenta con recursos de funcionamiento e inversión, de los cuales en el requerimiento no es específico.

- Para la vigencia 2023, la Unidad cuenta con una Apropiación Disponible de $118.003.546.000, de las cuales se puede especificar qué $1.200.433.277 están asociados a la gestión documental. Se adjunta el PAA proyectado a junio. Este documento puede presentar modificaciones según requerimientos específicos de las dependencias.

Los valores señalados, tanto para la vigencia 2022 y 2023, son cifras filtradas a procesos contractuales asociados a la gestión documental, pero también se debe contemplar que las diferentes dependencias cuentan con recursos que permiten la implementación y gestión documental de las áreas o procesos.

En relación a las variaciones anuales, la Unidad presentó una disminución en la apropiación vigente del 6,4% frente a la apropiación del año 2022, lo que ha generado un mayor control sobre los recursos apropiados, apalancando la gestión documental desde los recursos de inversión.

➢ **Política de Gestión Documental**

Con base en la información reportada por la enlace de auditoría, respecto de la existencia o no de una política de Gestión Documental, fue aportado el “Documento Técnico Política Integral de Gestión Documental” GDO-DT-02, en su versión 1 del 29 de julio de 2022.

El documento entre otros temas, contempla y desasrrolla los siguientes aspectos: Finalidad de la política; Alcance o ámbito de aplicación; Política del Sistema de Gestión Documental; su Articulación con el Sistema Nacional de Archivos; Formulación, discusión, aprobación, recomendación y aplicación de la política; Declaración de política: Principios orientadores y Gestión de Documentos físicos y electrónicos.

En su numeral 2.5 la Política del Sistema de Gestión Documental establece en los siguientes términos: “La Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital, a través del programa de Gestión Documental en cumplimiento de su Misión Institucional *garantizará por la conservación de su patrimonio documental, mediante la permanente actualización de la normas archivísticas emanadas del orden Nacional, el desarrollo e implementación de planes, programas, procedimientos e instrumentos archivísticos que propendan por la buena administración documental, utilizando herramientas tecnológicas y de información y la comunicación - TICS, para ofrecer el acceso oportuno a los documentos a los usuarios internos y externos*, reglamentando así el cumplimiento de las directrices y estándares encaminados a un desarrollo eficiente, efectivo y oportuno de la información física y electrónica.”

El documento establece que para cumplir con esta política se hace necesario la elaboración, publicación, cumplimiento y vigilancia del Programa de Gestión Documental -PGD y demáas instrumentos archivísticos.

6.1 Indicadores

Con el propósito de verificar los indicadores del proceso, se generó a través del aplicativo PANDORA – Módulo de Paneación, el reporte Consolidado por Procesos al corte del mes de mayo de 2023, obteniendo archivo Excel "Consolidado Indicadores de Proceso – Pandora", del cual se extracta la tabla mostrada continucación:

Tabla 2. Indicadores Proceso Gestión Documental

PROCESO	CODIGO INDICADOR	INDICADOR	MEDICIÓN	TIPO DE ANUALIZACIÓN
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-10	Entrega efectiva de correspondencia (sin devolución)	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-11	Efectividad de imágenes cargadas en el gestor de contenidos.	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-15	Oportunidad en la entrega de información solicitada vía correo electrónico y/o físico.	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-12	Transferencias documentales	ANUAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-01	Aplicación de los lineamientos de la Administración Documental en las áreas.	SEMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-09	Nivel de satisfacción de los usuarios internos en gestión documental	ANUAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-13	Asesorías o acompañamientos a la gestión documental	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GSA-14	Nivel de actualización de las TRD.	ANUAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-03	Entrega efectiva de correspondencia (sin devolución)	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-02	Efectividad de imágenes cargadas en el gestor de contenidos.	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-04	Oportunidad en la entrega de información solicitada vía correo electrónico y/o físico.	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-05	Transferencias documentales	ANUAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-01	Aplicación de los lineamientos de la Administración Documental en las áreas.	SEMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-06	Nivel de satisfacción de los usuarios internos en gestión documental	SEMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-07	Asesorías o acompañamientos a la gestión documental	TRIMESTRAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO-08	Nivel de actualización de las TRD.	ANUAL	CONSTANTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	4.1.F	Ejecución de las actividades establecidas en los planes del PINAR en la vigencia	TRIMESTRAL	CRECIENTE

Fuente: Consolidado Indicadores de Proceso – Pandora, **construcción del auditor**

Es de notar que el aplicativo PANDORA en lo correspondiente al módulo de Planeación, entró a sustituir a ISODOC.

Situación Evidenciada:
De la información obtenida, llama la atención, que para el proceso de Gestión Documental muestra los indicadores codificados como GSA-01, GSA-09, GSA-10, GSA-11, GSA-12, GSA-13, GSA-14 y GSA-15, algunos de ellos con resultados o mediciones en el campo "Meta", que se registran como correspondientes al proceso de Gestión Documental, siendo lo correcto los codificados como GDO-01, GDO-02, BGDO-03, GDO-04, GDO-05, GDO-06, GDO-07, GDO-08 y el 4.1.F.

OPORTUNIDAD DE MEJORA.

(OM1) Se evidenció que el reporte Excel "Consolidado Indicadores de Proceso – Pandora" presenta indicadores codificados como GSA-01, GSA-09, GSA-10, GSA-11, GSA-12, GSA-13, GSA-14 y GSA-15 para el proceso de Gestión Documental, cuando los correctos son GDO-01, GDO-02, BGDO-03, GDO-04, GDO-05, GDO-06, GDO-07, GDO-08 y el 4.1.F., lo que podría generar distorsiones y desviaciones en la información presentada. Por lo anterior, se debería revisar, corregir y depurar la información que presenta de manera errónea el aplicativo PANDORA en el reporte correspondiente a la opción "Consolidado por procesos" en Consultas y Reportes del módulo de Indicadores.

Observación del proceso: La cadena de valor ajustada en el año 2022 suprime el proceso de Gestión Documental, integrando los procesos de "Gestión de Servicios Administrativos" y "Gestión Documental", por lo cual, los indicadores de gestión se reportaban integrados. Una vez los dos procesos se separaron nuevamente (Proceso de Gestión Servicios Administrativos y el Proceso de Gestión Documental), se han venido reportando los indicadores de conformidad con la nueva cadena de valor. Al consultar en Pandora el consolidado por procesos, se genera un archivo que contiene el histórico de indicadores, pero en ningún momento los indicadores para la vigencia 2023 para el proceso de Gestión Documental reportan con el código GSA. Los indicadores del proceso Gestión Documental tienen el código GDO y van del 01 al 08 para los de gestión y el 4.1.F para el estratégico. Esto puede verificarse directamente en Pandora. **No se acepta la op0ortunidad de Mejora**

Respuesta O.C.I.: El Instructivo "Acciones y Oportunidades de Mejora DIE-04-IN-01 v.2", establece en su numeral 2.6. "*..las oportunidades de mejora no se consideran un incumplimiento a un requisito, por lo cual pueden ser aprobadas o rechazadas por el responsable del proceso, siempre y cuando las mismas sean rechazadas antes de generar el informe final de auditoría dejando evidencia objetiva de los motivos que conducen al rechazo*". Estos motivos pueden ser dados por *Carencia de recurso físicos, tecnológicos, presupuestales o de recurso humano que impida el establecimiento de un plan de trabajo para generar la mejora*.

De otra parte, se llevó a cabo mesa de trabajo con la participación de la jefe de la Oficina Asesora de Planeación, la jefe de la Oficina de Control Interno (e) y el auditor que desarrolló el ejercicio de auditoría, mesa a la que no se presentó de manera oportuna el proceso, mesa que concluyó que:

- El proceso no establece, argumenta y soporta alguno de los motivos inidicados en el instructivo (párrafo anterior).

- Así mismo, la deficiencia en el listado o reporte existe

Por lo anteriormente citado, la Oportunidad de Mejora se mantiene, y en consecuencia, el proceso con el concurso de la Oficina Asesora de Planeación deberá implementar la actividad de mejoramiento pertinente.

- **Indicador 4.1.F**

El indicador 4.1.F "Ejecución de las actividades establecidas en los planes del PINAR en la vigencia", indicador clasificado como "Gestión – Plan Estratégico" donde el objetivo del indicador se plantea como: Robustecer modelos, metodologías y sistemas de gestión con innovación y calidad. La frecuencia de su medición es trimestral, creciente y con una meta programada del 95%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de la Ejecución de las actividades establecidas en el PINAR sobre el total de las actividades establecidas en el PINAR, que presenta un resultado al corte del 31 de marzo de 2023 de 0%. El anterior resualtado a partir de que se reporta para la variable Actividades ejecutadas de los planes PINAR el valor cero (0) frente a cinco (5) Actividades programadas en los planes PINAR. Sin perjuicio de lo anterior, en los logros del periodo, se informa que "Se realiza mesa de servicio con el objetivo de revisar con GT los requisitos tecnológicos para la preservación y diseño del SGDEA". El indicador plantea tres (3) Actividades Clave, ***i)*** Diseñar el SGDA, ***ii)*** Implementar el programa de preservación y ***iii)*** Implementar el programa de preservación, ninguna de ellas presenta programación para el primer trimestre pero todas registran ejecucuión de 3% para el mismo periodo

- **GDO-01**

El indicador GDO-01 "Aplicación de los lineamientos de la Administración Documental en las áreas", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como: "*Medir las aplicación de los lineamientos de las administración documental (TRD, inventarios documentales, cuadro de caracterización documental) por parte de las áreas*". La frecuencia de su medición es semestral, constante y con una meta programada del 80%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Archivos de gestión que cumplen con los lineamientos planteados*" sobre "*Total de archivos de gestión que se encuentran en proceso de organización*", indicador no presenta medición por cuanto su frecuencia es semestral.

- **GDO-02**

El indicador GDO-02 "Efectividad de imágenes cargadas en el gestor de contenidos", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como: "*Medir la efectividad en el cargue de imágenes de los sistemas de información de la Unidad*", su frecuencia de medición es trimestral, constante y con una meta programada del 90%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Número de imágenes efectivas cargadas enel Sistema Gestor de Contenidos (WCC)*" sobre "T*otal de número de imágenes almacenadas enl Gestor de Contenidos (WCC)*", que presenta un resultado al corte del 31 de marzo de 2023 de 91,22%. El anterior resualtado a partir de que se reporta para la variable Número de docuemtos entregados por el área misional para almacenar en el repositorio institucional" 7.420 frente a 8.134 como "*Total de documentos entregado por el área Técnica para su almacenamiento en el repositorio institucional*". En el reporte cualitativo acumulado del indicador se registra un cumplimiento del 91,2% en el cargue de documentos para la conformación de expedientes de archivos.

- **GDO-03**

El indicador GDO-03 "*Entrega efectiva de correspondencia (sin devolución)*", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como: "*Medir la efectividad en la entrega de correspondencia*", su frecuencia de medición es trimestral, constante y con una meta programada del 90%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Número de documentos generados por la Unidad, con entrega efectiva*" sobre "*Total de comunicaciones oficiales radicados para ciudadanos y/o entidades*", que presenta un resultado al corte del 31 de marzo de 2023 de 97,19%. El anterior resualtado a partir de que se reporta para la variable "*Número de documentos generados por la Unidad*" 29.054 frente a 29.895 como "*Total de comunicaciones oficiales para ciudadadnos y/o entidades*". En el reporte cualitativo acumulado del indicador se registra un cumplimiento efectivo del 97,1% en la entrega de comunicaciones.

- **GDO-04**

El indicador GDO-04 "*Oportunidad en la entrega de información solicitada vía correo electrónico y/o físico*", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como "*Medir la efectividad en la entrega de información solicitada vía correo electrónico y/o físico*", su frecuencia de medición es trimestral, constante y con una meta programada del 95%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Número de documentos generados por la Unidad, con entrega efectiva*" sobre "*Total de comunicaciones oficiales radicados para ciudadanos y/o entidades*", que presenta un resultado al corte del 31 de marzo de 2023 de 97,19%. El anterior resultado a partir de que se reporta para la variable "*Número de documentos generados por la Unidad*" 29.054 frente a 29.895 como "*Total de comunicaciones oficiales para ciudadadnos y/o entidades*". En el reporte cualitativo acumulado del indicador se registra un cumplimiento efectivo del 97,1% en la entrega de comunicaciones.

- **GDO-05**

El indicador GDO-05 "*Transferencias documentales*", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como "*Medir la gestión oportuna de las transferencias documentales*", su frecuencia de medición es anual, constante y con una meta programada del 95%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Entrega de expedientes al centro documental de acuerdo al tiempo de retención*" sobre "*Total entrega de expedientes programadas para entregar al centro documental de acuerdo al tiempo de retención*", indicador que no presenta medición por cuanto su frecuencia de medición es anual.

- **GDO-06**

El indicador GDO-06 "*Nivel de satisfacción de los usuarios internos en gestión documental*", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como "*Medir la satisfacción del cliente interno, frente a los servicios que presta el proceso de Gestión Documental*", su frecuencia de medición es semestral, constante y con una meta programada del 95%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Grado de satisfacci[on de servicios generados por GD de acuerdo a la encuesta diligenciada por los funcionarios*" sobre "*Total de funcionarios encuestados*", indicador que no presenta medición por cuanto su frecuencia de medición es semestral.

- **GDO-07**

El indicador GDO-07 "*Asesorías o acompañamientos a la gestión documental*", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como "*Medir el cumplimiento y oportunidad en el desarrollo de las asesorías o acompañamientos*", su frecuencia de medición es trimestral, constante y con una meta programada del 100%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Asesorías y/o acompañamientos realizados a responsables de los archivos de gestión*" sobre "*Total de solicitudes de asesorías y/o acompañamientos realizados a funcionarios de responsables de archivos de gestión*", presentando un resultado al corte del 31 de marzo de 2023 del 100%. El anterior resultado a partir de que se reporta para la variable "*Asesorías y/o acompañmientos realizados a responsables de los archivos de gestión*" 5 frente a 5 como "*Total de solicitudes de asesorías y/o acompañamientos realizados a funcionarios responsables de archivos de gestión*". En el reporte cualitativo acumulado del indicador registra un cumplimiento efectivo del 100% de senbsibilización y acompañamiento a los funcionarios con el fin de reforzar conceptos básicos realizados al aorganización de archivos, documento electrónico, estructyura del File Server y proceso de actualización de las TRD

- **GDO-08**

El indicador GDO-08 "*Nivel de actualización de las TRD*", indicador clasificado como "Gestión" donde el objetivo del indicador se plantea como "*Medir el nivel de actualización de las TRD, frente a la realidad de los procesos*", su frecuencia de medición es anual, constante y con una meta programada del 100%.

El indicador para su medición se establece como el cociente de "*Número de tablas de retención documental actualizadas atendidas por la Unidad*" sobre "*Número de solicitudes recibidas para actualizar la TRD*", indicador que no presenta medición por cuanto su frecuencia de medición es anual.

Situación Evidenciada:
Efectuada la anterior revisión, se determina que los indicadores registran cumplimiento de la meta establecida para cada uno de ellos. Así mismo, revisadas las mediciones presentadas en el reporte Excel "*Consolidado Indicadores de Proceso – Pandora*" al corte del 31 de mayo de 2023, en los campos "*Ejecutado Meta*", "*Mes Programado*" y "*Mes Ejecutado*" entre otros, se encontró que los indicadores GDO-01, GDO-05, GDO-06, GDO-08 y 4.1.F registran valor cero "0", como se constató en la verificación de la hoja de vida de cada uno de los indicadores, situación que obedece a que la frecuencia de medición es anual como es el caso de los indicadores GDO-05 y GDO-08 y semestral en los indicadores GDO-01 y GDO-06, ya enunciados con anterioridad. Al respecto, es oportuno resaltar que el proposito de los indicadores es medir, controlar y alertar sobre variaciones o desviaciones con el objetivo de implementar actividades o acciones que permitan corregir y alinear al cumplimiento de metas y objetivos, dicho lo anterior, a criterio de esta auditoría, no es recomendable en los indicadores, el establecimiento de frecuencias de medición de tipo Anual, por cuanto más allá de presentar un resultado, no permiten desarrollar un adecuado monitoreo que conlleve al cumplimiento de las metas.

OPORTUNIDAD DE MEJORA.

(OM2) Se encontró que los indicadores GDO-01, GDO-05, GDO-06, GDO-08 y 4.1.F registran valor cero "0" en el reporte Excel "*Consolidado Indicadores de Proceso – Pandora*" al corte del 31 de mayo de 2023, en

los campos "*Ejecutado Meta*", "*Mes Programado*" y "*Mes Ejecutado*", situación que obedece a que la frecuencia de medición es anual, o que podría llevar a que no se implementen de maera oportuna, actividades o acciones que permitan corregir y alinear lam desviacioes frente al cumplimiento de metas y objetivos. Revisar los indicadores con frecuencia de medición Anual y determinar la pertinencia de la misma o la viabilidad de variar esa frecuencia a periodo má cortos, que permitan tomar o implementar correctivos para corregir desviaciones durante la vigencia, pretendiendo asegurar de esta manera el cumplimiento de la meta al final de la vigencia. Por lo anterior, se debería revisar la frecuencia de medición de estos y determinar a pertinencia de variarlas.

Observación del proceso: *a) Transferencias documentales (Anual):* De conformidad al procedimiento y cronograma establecido para la entrega de archivos por dependencias, el centro documentación establece un promedio de 15 a 20 días calendario para revisión, punteo y aceptación de la recepción de dichos archivos, por lo cual, se establece una periodicidad anual. *b) Actualización de Tablas de Retención Documental (Anual)* De conformidad al procedimiento establecido, el proceso de actualización de la TRD establece un promedio de 1 mes a 3 meses de conformidad a la dependencia, se establece una periodicidad anual. *c) Nivel de satisfacción (semestral) Este indicador se modificó la frecuencia a semestral, ya que en años anteriores era anual. Se realiza por cuanto los funcionarios son reacios a responder encuestas similares en poco tiempo. d) Ejecución actividades PINAR (trimestral).* El proceso de Gestión Documental al iniciar el año 2023, realiza el proceso de contratación del recurso humano requerido para dar cumplimiento a las actividades establecidas, por lo cual, aunque se tiene avances de actividades, se programó avance de actividad 0. **No se acepta la Oportunidad de Mejora**

Respuesta O.C.I.: El Instructivo "Acciones y Oportunidades de Mejora DIE-04-IN-01 v.2", establece en su numeral 2.6. "*..las oportunidades de mejora no se consideran un incumplimiento a un requisito, por lo cual pueden ser aprobadas o rechazadas por el responsable del proceso, siempre y cuando las mismas sean rechazadas antes de generar el informe final de auditoría dejando evidencia objetiva de los motivos que conducen al rechazo*". Estos motivos pueden ser dados por *Carencia de recurso físicos, tecnológicos, presupuestales o de recurso humano que impida el establecimiento de un plan de trabajo para generar la mejora*.

De otra parte, se llevó a cabo mesa de trabajo con la participación de la jefe de la Oficina Asesora de Planeación, la jefe de la Oficina de Control Interno (e) y el auditor que desarrolló el ejercicio de auditoría, mesa a la que no se presentó de manera oportuna el proceso, concluyendo lo siguiente:

- El proceso no establece, argumenta y soporta alguno de los motivos inidicados en el instructivo (párrafo anterior).
- Así mismo, la frecuencia anual de medición de algunos indicadores no permite implementar oportunamente acciones que aseguren o conlleven al cumplimiento de la meta objeto de medición.

Por lo anteriormente citado, la Oportunidad de Mejora se mantiene, y en consecuencia, el proceso con el concurso de la Oficina Asesora de Planeación deberá implementar la actividad de mejoramiento pertinente.

Situación Evidencida:
Finalmente, se observó la inexistencia de un indicador para realizar seguimiento a la ejecución de las actividades establecidas en el Programa de Gestión Documental de la Entidad -PGD

OPORTUNIDAD DE MEJORA.

(OM3) Revisados los indicadores del proceso, no se evidenció la existencia o formulación de un indicador para el seguimiento del Programa de Gestión Documental – PGD, lo que podría ocasionar debilidad en monitoreo y seguimiento del instrumento archivístico, es ppor elo que se debería revisar y determinar la necesidad de incluir un indicador el PGD.

Observación del proceso: Esto, más que una oportunidad de mejora, es una recomendación. De conformidad con el indicador PINAR, se realiza control y seguimiento de todas las actividades establecidas en todos los programas de PGD mediante el tablero de control. En este sentido, como responsable del proceso, no considero necesario generar un indicador adicional al PINAR. **No se acepta la Oportunidad de Mejora**

Respuesta O.C.I.: El Instructivo "Acciones y Oportunidades de Mejora DIE-04-IN-01 v.2", establece en su numeral 2.6. "*..las oportunidades de mejora no se consideran un incumplimiento a un requisito, por lo cual pueden ser aprobadas o rechazadas por el responsable del proceso, siempre y cuando las mismas sean rechazadas antes de generar el informe final de auditoría dejando evidencia objetiva de los motivos que conducen al rechazo*". Estos motivos pueden ser dados por *Carencia de recurso físicos, tecnológicos, presupuestales o de recurso humano que impida el establecimiento de un plan de trabajo para generar la mejora*.

Al igual que en la oportunidad de mejora anterior, se concluyó producto de la mesa de trabajo citada lo siguiente:

- El proceso no establece, argumenta y soporta alguno de los motivos inidicados en el instructivo (párrafo anterior).
- Así mismo, es evidente que el proceso no cuenta con un indicador para el seguimiento a la implementación y ejecución del Programa de Gestión Documental -PGD

Por lo anteriormente citado, la Oportunidad de Mejora se mantiene, y en consecuencia, el proceso con el concurso de la Oficina Asesora de Planeación deberá implementar la actividad de mejoramiento pertinente.

6.2 Riesgos Matriz Institucional

Revisada la página WEB de la Unidad se evidenció que en el link de Transparencia, en el numeral 4.3.1 Plan de Acción (Planes), se encuentran las versiones 1 y 2 de la Matriz_Riesgos_Institucional_UAECD y, de igual manera, el archivo "Monitoreo_MR_Corrup_Gest_Seginfo_I-Trim_15052023", información registrada en el link https://www.catastrobogota.gov.co/planeacion/mapa-de-riesgos-institucional-2023.

6.2.1 Riesgos de Gestión

Revisada la Matriz de Riesgos Institucional en su versión 2, publicada en la página WEB de la Unidad, en lo que respecta al proceso de Gestión Documental, riesgos de gestión, presenta tres (3) riesgos, dos de ellos (RG-GCA-01 y RG-GA-03) después de aplicados los controles determinados en la matriz, registran una calificación de "Moderado" en el Riesgo Residual, por lo que, de acuerdo a la metodología, se les debe establecer un Plan de Tratamiento o Manejo de Riesgos – PMR.

Tabla 3. Riesgos de Gestión – Proceso Gestión Documental

CODIGO	RIESGO	CAUSAS	CONTROLES	% Avance 31 Marzo
RG-GCA-1	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por * Respuesta inoportuna de trámites y *Afectación de la confidencialidad de la información, debido a Alto porcentaje de devolución de documentos que deben ser distribuidos a través del servicio de correspondencia.	*Información insuficiente o errada * Volumen alto de documentación *Competencias insuficientes para realizar las actividades	Para el tratamiento de este riesgo se tienen establecidos tres (3) controles, no obstante, la calificación del riesgo residual registra un valor de "Moderado". Controles establecidos: El Director, Gerentes, Subgerentes, Jefes de Oficina validan el oficio de respuesta y se realiza la radicación del oficio mediante el aplicativo CORDIS ingresando los datos del destinatario. El auxiliar administrativo, funcionario encargado, secretaria, auxiliar de correspondencia revisa y valida la recepción de la comunicación mediante certificado de entrega al correo enunciado y este solo se confirma y se expide por solicitud del funcionario que requiera dicho certificado. Semanalmente el funcionario responsable revisa la bandeja de entrada de los correos enviados, la cual se encuentra configurada para recibir las comunicaciones no exitosas donde la persona encargada consulta las causales de rechazo y direcciona a quien corresponda para que subsane el error y se realice nuevamente el envío de la comunicación. Si la causal es ajena al desarrollo del envío electrónico se procederá a pasarlo para publicación por medio de correo electrónico adjuntando el documento a publicar. El operador nacional contratado, motorizado, hará entrega de la correspondencia a los ciudadanos haciendo entrega de las tirillas de prueba, si la entrega no es efectiva se genera reporte de comunicaciones externas enviadas. Si tiene una prueba de entrega en medio físico, ésta debe ser digitalizada y adjuntada como anexo de la comunicación externa enviada. Cuando una	25%

			comunicación externa enviada sea devuelta por motivos como "cerrado" o "dirección no existe" el área de correspondencia deberá continuar con su gestión y enviar hasta dos veces más, al motorizado para conseguir la entrega. Una vez se cumpla este requisito el flujo será finalizado. Se debe realizar un reporte con las comunicaciones externas enviadas que definitivamente no pudieron ser entregadas satisfactoriamente.	
RG-GCA-3.	Posibilidad de afectación Reputacional por *Afectación sobre la operación de los procesos y *Hallazgos, debido a Imposibilidad de acceso a datos y producción documental electrónica y digital	*Obsolescencia tecnológica, puede ocasionar que no sea posible acceder a la información contenida en archivos cuyos programas de origen ya no existen o han sido reemplazadas por formatos más recientes. *Problemas de acceso a recursos TIC. Ciertos formatos de almacenamiento digital, también pueden resultar inestables, porque pueden estar expuestos a condiciones externas o factores específicos de almacenamiento que ocasionen deterioro e imposibiliten leerlos. *Inexistencia de mantenimiento y actualización de versiones, o por la desaparición del soporte o aplicaciones; y de un procedimiento de vigilancia tecnológica. Indisponibilidad de recursos (financieros, humanos (competencias). Accesibilidad.	Para el tratamiento de este riesgo se tiene establecido 1 control, no obstante, la calificación del riesgo residual registra un valor de “Moderado”. Controles establecidos: Los funcionarios asignados del grupo de gestión documental verifican la aplicación de los procesos técnicos establecidos para la reconstrucción e incorporación al archivo según CCD y TRD de la unidad, solicitan apoyo en la búsqueda de información o soportes en repositorios y/o archivos físicos que forman parte del archivo central de la unidad, da continuidad de reconstrucción.	1%

Fuente: Monitoreo_MR_Corrup_Gest_SegInfo_I-Trim_15052023. Elaboración auditoría OCI.

Situación evidenciada:

La matriz publicada en la página WEB de la UAECD registra para el proceso de Gestión Documental, durante el primer trimestre de 2023, la No materialización de Riesgos.

Para el caso del riesgo RG-GDO-1, el proceso estableció, como actividad *"1. Generar reporte trimestral de devoluciones por dependencias*", al corte del 31 de marzo de 2023 se informa la No materialización del Riesgo, y se registra un cumplimiento un del 25% de ejecución frente a un 25% programado.

Para el caso del riesgo RG-GDO-3, el proceso estableció una (1) actividad en el PMR, "*Desarrollar mesa de trabajo/revisión anual con la Gerencia de Tecnología para articular la gestión para mitigar el riesgo (último trimestre)*", al corte del 31 de marzo de 2023, reporta en su cumplimiento un 1% de ejecución, con base en la programación de mesa de trabajo con la GT para el 13 de abril, con el fin de gestionar acciones de mejora en el Gestor de Contenidos.

Revisado el repositorio de soportes indicado por la Oficina Asesora de Planeación -OPAP, en el enlace:
https://catastrobogotacol.sharepoint.com/sites/evidenciasriesgos2023/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?CT=1687131621630&OR=OWA%2DNT&CID=8b548b9a%2D7a65%2D2254%2Dbeea%2D6aaf50e79975&WSL=1&id=%2Fsites%2Fevidenciasriesgos2023%2FShared%20Documents%2FGDO%20Gesti%C3%B3n%20Documental&viewid=32413f62%2D673f%2D4a60%2Dab89%2D44e2d3d5dce1
No se encontraron soportes que evidencien la ejecución reportada respecto de los riesgos de Gestión

NO CONFORMIDAD:

(NC 1) Revisado el SharePoint dispuesto para los soportes de los Riesgos de Gestión que evidencian el cumplimiento de las actividades establecidas por el proceso de Gestión Documental para el primer trimestre de 2023, no se encontró ningún soporte, no obstante, el proceso registra en la matriz, cumplimiento del 25% para el riesgo RG-GDO-1, lo anterior incumpliendo lo establecido en la Actividad 8 del Procedimiento Gestión de Riesgos DIE-PR-05 versión 2 del 1 de julio de 2022, ocasionando incoherencia entre la información reportada en la matriz de riesgos y los soportes dispuestos en el repositorio.

6.2.2 Riesgos de Corrupción

Revisada la Matriz de Riesgos Institucional en su versión 2, publicada en la página WEB de la Unidad, en lo que respecta al proceso de Gestión Documental, riesgos de corrupción, se evidenciaron dos (2) riesgos, que, de acuerdo a la metodología, son sujetos del establecimiento de Plan de Tratamiento o Manejo de Riesgos - PMR.

Tabla No 3. Evaluación Riesgos de Corrupción – Trimestres I 2023.

CODIGO	RIESGO	CAUSAS	CONTROLES	% Avance 31 Marzo
RC-GDO-1	Posibilidad de recibir una dádiva o beneficio propio y/o de un particular para eliminar, deteriorar, perder y/o	1. Falta de integridad del funcionario 2. No identificar, ni declarar un conflicto de interés oportunamente	*Los funcionarios asignados / administradores archivos de gestión verifican la preparación física y electrónica del archivo y su correspondencia con lo registrado en el inventario documental e índice electrónico elaborado por el área productora, en caso de encontrar inconsistencias, devuelve el	25%

	alterar información física o electrónica de la entidad.		inventario junto con la totalidad del archivo entregado para su corrección y ajuste. *Los funcionarios asignados / administradores archivos de gestión verifican la preparación física y electrónica del archivo y su correspondencia con lo registrado en el inventario documental elaborado por el área productora, en caso de encontrar inconsistencias devuelve el inventario junto con la totalidad del archivo para su corrección y ajuste. *El funcionario de gestión documental / funcionario del área respectiva si la información es competencia de la unidad y/o del centro de documentación, verifica la ubicación de la información y su nivel de confidencialidad, si se autoriza seguir con el trámite procede a buscar la información o expediente solicitado, si no, devuelve a realizar la solicitud. *El funcionario de gestión documental / funcionario del área respectiva consulta la información solicitada de conformidad con los accesos y permisos establecidos. Diligencia formato control estadístico de consultas o préstamo de documentos para conformar la información consolidada de estadísticas de consulta y préstamo de documentos.	
RC-GDO-2	Posibilidad de recibir una dádiva o beneficio propio y/o de un particular para entregar información sin autorización.	1. Falta de integridad del funcionario 2. No identificar, ni declarar un conflicto de interés oportunamente	*El funcionario de gestión documental / funcionario del área respectiva si la información es competencia de la unidad y/o del centro de documentación, verifica la ubicación de la información y su nivel de confidencialidad, si se autoriza seguir con el trámite procede a buscar la información o expediente solicitado, si no, devuelve a realizar la solicitud. *El funcionario de gestión documental / funcionario del área respectiva consulta la información solicitada de conformidad con los accesos y permisos establecidos, se debe realizar la devolución de los documentos prestados mediante memorando en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si no han sido devueltos solicita por escrito la devolución, una vez cumplido el tiempo establecido. Diligencia formato control estadístico de consultas o préstamo de documentos para conformar la información consolidada de estadísticas de consulta y préstamo de documentos.	25%

Situación Evidenciada:

Revisada la matriz "*Monitoreo_MR_Corrup_Gest_SegInfo_I-Trim_15052023*" en la hoja Seg_Riesg_Corrup, correspondiente al seguimiento efectuado al corte del primer trimestre de 2023, se informa que No se presentó materialización del riesgo.

El riesgo **RC-GDO-1** muestra en el PMR una (1) actividad, correspondiente a "*Adelantar sensibilizaciones articuladas con la Gerencia de Tecnología sobre la gestión documental.*", con el propósito de reducir el riesgo, al corte del 31 de marzo de 2023, registra una ejecución del 25% con respecto al 25% programado

El riesgo **RC-GDO-2** muestra en el PMR, una (1) actividad "*1. Adelantar seguimientos trimestrales a las solicitudes y consultas de información*", con el propósito de reducir el riesgo, al corte del 31 de marzo de 2023, registra una ejecución del 25% con respecto al 25% programado

Revisado el repositorio de soportes indicado por la Oficina Asesora de Planeación -OPAP, en el enlace: https://catastrobogotacol.sharepoint.com/sites/evidenciasriesgos2023/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?CT=1687131621630&OR=OWA%2DNT&CID=8b548b9a%2D7a65%2D2254%2Dbeea%2D6aaf50e79975&WSL=1&id=%2Fsites%2Fevidenciasriesgos2023%2FShared%20Documents%2FGDO%20Gesti%C3%B3n%20Documental%2FRC%2DGDO%2D1%2FI%20TRIM&viewid=32413f62%2D673f%2D4a60%2Dab89%2D44e2d3d5dce1 se observó que para evidenciar el cumplimiento de las actividades formuladas se dispusieron los mismos soportes para los dos riesgos, no obstante que las actividades establecidas son diferentes. Para el primer riesgo (RC-GDO-1), siendo la actividad "*Adelantar sensibilizaciones articuladas con la Gerencia de Tecnología sobre la gestión documental.*" se soporta con el archivo "*Cronograma_Capacitaciones_Areas_2023*" que evidencia la programación de 22 sensibilizaciones, de las cuales se adelantaron 2 durante el primer trimestre, el indicador de la actividad está establecido como "*((Sensibilizaciones realizadas/Sensibilizaciones programadas)*100)*", luego no es congruente el avance reportado del 25% para la actividad 1 frente a los soportes presentados, siendo lo real el 9,09%.

Para el caso del riesgo **RC-GDO-2**, en el cual se estableció como actividad PMR "*Adelantar seguimientos trimestrales a las solicitudes y consultas de información*", sobre el cual se reporta un avance del 25%, y se coloca como soporte los archivos Excel "*Cronograma_Capacitaciones_Areas_2023*" y *'Cronograma_Manejo_Dispositivos_2023*" que no tienen ninguna relación con la actividad PMR recientemente enunciada y con el indicador establecido como ((seguimientos realizados/seguimientos programados)*100).

NO CONFORMIDAD.

(NC 2) Efectuada la revisión a los dos (2) Riesgos de Corrupción establecidos por el proceso de Gestión Documental, se encontró que las actividades establecidas en el PMR son diferentes, no obstante, en el Share Point (repositorio para Gestión Documental) los soportes que evidencian el cumplimiento de las actividades son los mismos para los dos riegos, el avance reportado para el riesgo RC-GDO-01 no coincide con el soporte aportado, los soportes dispuestos para el riesgo RC-GDO-2 no corresponden a la actividad determinada en el PMR y al indicador formulado, incumpliendo lo establecido en la Actividad 8 del Procedimiento Gestión de Riesgos DIE-PR-05 versión 2 del 1 de julio de 2022. ocasionando incoherencia entre la información reportada en la matriz de riesgos y los soportes dispuestos en el repositorio.

6.2.3 Riesgos de Seguridad de la Información

Revisada la Matriz de Riesgos Institucional publicada en la página WEB de la Unidad, en lo que respecta al proceso de Gestión Documental, esta presenta seis (6) riesgos asociados al proceso, de los cuales, el riesgo RS-

GDO-03, después de la aplicación de los controles obtienen una calificación de riesgo residual correspondiente a "Bajo", que, de acuerdo al apetito de riesgo establecido por la Unidad, se establece que se acepta el riesgo. Para los restantes y a efecto de reducirlos, se deben establecer actividades PMR para su mitigación, como se indica en el cuadro a continuación.

Código	Producto Asociado Activo Información	Tipo de Riesgo	Riesgo	Actividades PMR	Avance Trim. I
RS-GDO-1	1.COMUNICACIONES OFICIALES ENVIADAS 2.INVENTARIOS DOCUMENTALES CENTRO DOCUMENTAL (Información Análoga)	Pérdida de confidencialidad e integridad	Pérdida de confidencialidad e integridad de 1. COMUNICACIONES OFICIALES ENVIADAS 2. INVENTARIOS DOCUMENTALES CENTRO DOCUMENTAL (Información Análoga) por Hurto de documentos. Divulgación no autorizada. Fallas Humanas debido a Trabajo no supervisado del personal externo o de limpieza. Controles de acceso físicos inadecuados. Desconocimiento de Políticas de Seguridad de la Información	Realizar sensibilizaciones al personal de Gestión Documental con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de confidencialidad e integridad en las instalaciones (archivo central y centro de documental)	25%
RS-GDO-2	1.COMUNICACIONES OFICIALES ENVIADAS 2.INVENTARIOS DOCUMENTALES CENTRO DOCUMENTAL (Información Análoga)	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de Disponibilidad de 1. COMUNICACIONES OFICIALES ENVIADAS 2. INVENTARIOS DOCUMENTALES CENTRO DOCUMENTAL. (Información Análoga) por Hurto de Documentos, divulgación no autorizada. Fallas Humanas debido a Controles de acceso físico inadecuados. Desconocimiento de Políticas de Seguridad	Realizar sensibilizaciones al personal de Gestión Documental con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de disponibilidad de esta información	25%
RS-GDO-4	1. Cordis 2. Gestor de Contenidos (WCC) 3. Infodoc (Software)	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de Disponibilidad de 1. Cordis. 2. Gestor de Contenidos (WCC). 3. Infodoc (Software) por 1. Perdida o destrucción de Información con / sin intención por parte de usuario debido a 1. Ausencia de Copias de Respaldo. 2. Ausencia de planes de continuidad. 3. Defectos bien conocidos del software. 4. Parametrización inadecuada del Software. 5. 4. Inexistencia de los	Establecer con la GT cronograma para la generación de respaldos que se realizan a los sistemas de información (WCC; Infodoc, Cordis) Respaldos ejecutados	25%

			procedimientos de preservación digital. 5. Falta de conocimientos de los conceptos básicos de la preservación digital a largo plazo.		
RS=GDO -5	1. Archivo Central 2. Centro Documental (Archivo Intermedio) (Instalaciones)	Pérdida de confidencialidad e integridad	Pérdida de confidencialidad e integridad de 1. Archivo Central. 2. Centro Documental (Archivo Intermedio). (Instalaciones) por 1. Pérdida, destrucción de documentos 2. Fallas Humanas debido a 1. Uso inadecuado o descuidado del control de acceso físico a las edificaciones y los recintos 2. Desconocimiento de Políticas de Seguridad	Realizar sensibilizaciones al personal de los archivos de Gestión con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de confidencialidad e integridad en las instalaciones (archivo central y centro de documental)	25%
RS-GDO-6	1. Archivo Central 2. Centro Documental (Archivo Intermedio) (Instalaciones)	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de Disponibilidad de 1. Archivo Central 2. Centro Documental (Archivo Intermedio) (Instalaciones) por 1. Inundación 2. Pérdida, hurto o destrucción de documentos 3. Pérdida o destrucción de Información con / sin intención por parte de usuario 4. Saturación del sistema de información accidental. 5. Fallas Humanas debido a Ubicación en un área susceptible de inundación Ausencia de protección física de la edificación, puertas y ventanas. Ausencia de Controles de Acceso asociado al instrumento archivístico Tablas de Control de Acceso -TCA- No aplicación de las Tablas de Retención Documental -TRD-	Realizar sensibilizaciones al personal de Gestión Documental y responsables de archivos de gestión con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de disponibilidad de esta información	25%

Revisado la matriz "Monitoreo_MR_Corrup_Gest_SegInfo_I-Trim_15052023" correspondiente al seguimiento efectuado al corte del primer trimestre de 2023, se registró que <u>No se presentó materialización en ninguno</u> de los riesgos establecidos en el Plan de tratamiento o Manejo de Riesgos, en lo que corresponde al proceso de Gestión Documental.

Situación Evidenciada:

Revisado el Share Point en el enlace: https://catastrobogotacol.sharepoint.com/sites/GerenciaTecnologa-GOBIERNODIGITAL/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FGerenciaTecnologa%2DGOBIERNODIGITAL%2FShared%20Documents%2FGOBIERNO%20DIGITAL%2FGobierno%20Digital%2F3%2E%20SegInf%2F3%2E3%20Doc%5FOper%2FRiesgosSD%2F2023&p=true&ct=1687187849725&or=OWA%2DNT&cid=709b4546%2Daeb4%2D9dbf%2D0632%2D335a6db600e2&ga=1&WSL=1

Se observó que la carpeta 15-GDO en el enlace anteriormente citado, que está destinada a los soportes y evidencias del Proceso de Gestión Documental, se evidenció que:

- Para el riesgo **RS-GDO-1**, donde la actividad establecida es "*Realizar sensibilizaciones al personal de Gestión Documental con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de confidencialidad e integridad en las instalaciones (archivo central y centro de documental*", donde la meta es el 100% de los funcionarios/contratistas de GD sensibilizados, archivos PDF "*ActaReunionNormailizacion*" con fecha 28-04-2022, y los archivos Excel "*Asistencia29072022NormalizacionRepositorios*", "*AsistenciaNormalizacionRepositoriosAgosto*", "*AsistenciaNormalizacionRepositoriosAgosto*" y "*AsistenciaNormalizacionRepositoriosJulio*" generados en el año 2022 y presentados como soportes para el primer trimestre de 2023, no cumplen para el periodo en que debieron desarrollarse las actividades. No obstante, el proceso reporta un cumplimiento del 25%.
- Para el riesgo **RS-GDO-2**, donde la actividad establecida es "*Realizar sensibilizaciones al personal de Gestión Documental con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de disponibilidad de esta información*", donde la meta es el 100% de los funcionarios/contratistas de GD sensibilizados, los archivos PDF "*Acta_ExpedienteHibrido*", "*ActaReunionNormailizacion*", "*Reunion_SIE_30082022", "Reuniones 2 y 4 de nov SIFJ*" y los archivos Excel "Asistencia29072022NormalizacionRepositorios", "AsistenciaNormalizacionRepositoriosAgosto", "AsistenciaNormalizacionRepositoriosAgosto" generados en el año 2022 y presentados como soportes para el primer trimestre de 2023, no cumplen para el periodo en que debieron desarrollarse las actividades, ni la temática tratada. No obstante, el proceso reporta un cumplimiento del 25%.
- Para el riesgo **RS-GDO-3**, que, <u>por presentar la calificación de Bajo en el Riesgo Residual, no fue objeto del establecimiento de actividad o actividades para Reducir el riesgo</u>, sin embargo, presenta los mismos soportes o evidencias dispuestos en los riesgos RS-GDO-1 y RS-GDO-2. Así mismo, reporta un cumplimiento del 25%.
- Para el riesgo **RS-GDO-4**, donde la actividad determinada es "*Establecer con la GT cronograma para la generación de respaldos que se realizan a los sistemas de información (WCC; Infodoc, Cordis). Respaldo ejecutados*", los soportes archivo Excel "Cronograma_Manejo_Dispositivos_2023" y archivo PDF "mesa_servicio_2023" no corresponden al desarrollo de la actividad y al cumplimiento del indicador establecido, que para el caso es "*Reporte de respaldos realizados/Reportes programados*". No obstante, el proceso informa un cumplimiento del 25%.
- Para el riesgo **RS-GDO-5**, donde la actividad establecida es "*Realizar sensibilizaciones al personal de los archivos de Gestión con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de confidencialidad e integridad en las instalaciones (archivo central y centro de documental)*", los soportes en archivos PDF "Acta_ExpedienteHibrido" de fecha 24-08-2022, "Reunion_SIE_30082022: de fecha 30-08-2022, "Reuniones

2 y 4 de nov SIFJ" de fecha 2 y 4 de noviembre de 2022, "Reuniones de capacitaciones y otras" del 29 de marzo de 2022, no cumplen como soportes para el desarrollo de la actividad durante el periodo Primer Trimestre 2023. Sin embargo, el proceso reporta un avance o cumplimiento del 25%.

- Para el riesgo **RS-GDO-6**, donde la actividad establecida es "*Realizar sensibilizaciones al personal de los archivos de Gestión con el fin que se conozcan los controles relacionados con el manejo de información análoga para evitar la pérdida de confidencialidad e integridad en las instalaciones (archivo central y centro de documental)*", los soportes en archivos PDF "Acta_ExpedienteHibrido" de fecha 24-08-2022, "Reunion_SIE_30082022: de fecha 30-08-2022, "Reuniones 2 y 4 de nov SIFJ" de fecha 2 y 4 de noviembre de 2022, "Reuniones de capacitaciones y otras" del 29 de marzo de 2022, por obvias razones no cumplen como soportes para el desarrollo de la actividad durante el periodo Primer Trimestre 2023. No obstante, el proceso registra un avance o cumplimiento del 25%.

Resumen de lo anteriormente consignado de la revisión efectuada sobre los riesgos de Seguridad de la Información para el proceso de Gestión Documental, se concluye que los soportes dispuestos por el proceso en el Sharepoint, no corresponden o sustentan la información reportada en la matriz "*Monitoreo_MR_Corrup_Gest_SegInfo_I-Trim_15052023*" y de manera especial, lo consignado en la columna BC "*DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES DESARROLLADAS*" de la mencionada matriz.

NO CONFORMIDAD.

(NC 3) De la revisión efectuada sobre los Riesgos de Seguridad de la Información establecidos por el Proceso de Gestión Documental, se evidenció que los soportes colocados en el Share Point dispuesto por el Equipo de Seguridad de la Información, no corresponden o sustentan la información reportada en la matriz "*Monitoreo_MR_Corrup_Gest_SegInfo_I-Trim_15052023*" y, de manera especial, lo consignado en la columna BC "*DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES DESARROLLADAS*" de la mencionada matriz, incumpliendo lo establecido en la Actividad 8 del Procedimiento Gestión de Riesgos DIE-PR-05 versión 2 del 1 de julio de 2022, ocasionando incoherencia entre la información reportada en la matriz de riesgos y los soportes dispuestos en el repositorio.

Revisados los informes de Seguimiento Riesgos de Seguridad Digital IV Trimestre 2022 y I Trimestre 2023, así como la información consignada por el proceso de Gestión Documental, NO se evidencia materialización de riesgos en ninguno de los dos periodos citados. Sin perjuicio de lo anterior, es necesario precisar que desde el pasado 24 de abril del año en curso la entidad de manera generalizada, se ha visto afectada por la falta de disponibilidad de la información en el File Server, situación que posteriormente se presentó también en Cordis, el Gestor de Contenidos (WCC) e INFODOC, entre otros, dando paso a la materialización del riesgo RS-GDO-4.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

(OM 4) A partir del informe de Auditoría definición e implementación de instrumentos archivísticos y planes asociados al sistema integrado de conservación y sistema de gestión de documentos electrónicos con corte a 30 de abril de 2023, se evidenció la materialización del riesgo RS-GDO-4, dicha situación no ha sido reportada dada la periodicidad del seguimiento y reporte de los riesgos de seguridad de la información, situación que de acuerdo con la metodología de administración del riesgo institucional, debe conllevar a que se efectué la revisión del riesgo, de los controles establecidos en la matriz, de su adecuada ejecución, del desarrollo, implementación y resultado de las actividades establecidas en el plan de manejo de riesgo -PMR.

6.3 Procedimiento e Instructivos

Revisado el ISODOC en lo que refiere al proceso Gestión Documental, se encontraron los siguientes documentos:

Código	Nombre	Fecha
GDO-CP_v1	Caracterización del Proceso Gestión Documental	2022-06-03
GDO-DT-01_v1	Documento Técnico File Server	2022-06-03
GDO-DT-02_v1	Documento Técnico Política Integral de Gestión Documental	2022-07-29
GDO-DT-03_v1	Documento Técnico Programa de Gestión Documental	2022-08-01
GDO-DT-04_v1	Procedimiento Administración de Correspondencia	2022-06-03
GDO-01-IN-01_v1	Instructivo Comunicaciones Oficiales Internas	2022-06-03
GDO-01-IN-02_v1	Instructivo Digitalización y cargue de documentos en el Gestor de Contenidos	2022-07-28
GDO-02-IN-01_v1	Instructivo para la reconstrucción de expedientes	2022-06-03
GDO-02-IN-02_v1	Instructivo Administración y transferencia de archivos	2022-07-28
GDO-04 -IN-01_v1	Instructivo Monitoreo de factores ambientales en archivo	2022-07-28
GDO-PR-01_v1	Procedimiento Administración de correspondencia	2022-06-03
GDO-PR-02_v1	Procedimiento Organización Documental	2022-06-03
GDO-PR-03_v1	Procedimiento Actualización Tabla de Retención Documental	2022-06-03
GDO-PR-04_v1	Procedimiento Conservación Preventiva en Espacios de Archivo	2022-08-01

Los cuales fueron solicitados al proceso y aportados por este, para su posterior revisión, como respuesta a la solcitud de información 1.

6.3.1 Procedimiento Administración de Correspondencia Externa Recibida GDO-PR-01, version 1 del 3 de junio de 2022.

Objetivo: "*Establecer la metodología para identificar, clasificar, recibir y distribuir las comunicaciones oficiales externas e internas dirigidas a las diferentes dependencias de la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital, así como a personas, funcionarios de unidad y/o entidades externas, garantizando que la recepción y entrega se realice de manera oportuna",* su Alcance corresponde a "*Inicia con la recepción y radicación de las comunicaciones oficiales de la unidad y termina con la entrega del oficio al destinatario".*

Situación evidenciada:

El procedimiento cuenta con once (11) puntos de control en su diagrama de flujo, establecidos en las actividades 1, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 16 y 17, y desarrollados por diferentes cargos o niveles, lo que redunda en la seguridad del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, el diagrama de flujo presenta inconsistencias en los rombos de decisión de las actividades 5, 6 y 7 para los cuales registra conectores de salida 1, 5 y 2 inexistentes. De otra parte, el diagrama de flujo es inconsistente frente a la Descripción de Actividades en el numeral 6 del procedimiento. Se recomienda la revisión y depuración del procedimiento.

OPORTUNIDAD DE MEJORA.

(OM 5) Revisado el procedimiento **GDO-PR-01,** se determinó que en su diagrama de flujo, presenta inconsistencias en los rombos de decisión de las actividades 5, 6 y 7 para los cuales registra conectores de salida 1, 5 y 2 inexistentes. De otra parte, el diagrama de flujo es inconsistente frente a la Descripción de Actividades en el numeral 6 del procedimiento, situaciones anteriores que podrían generar inconsistencias en su aplicación, por lo que se debería revisar y ajustar el procedimiento en o pertinente.

6.3.2 Procedimiento Organización Documental GDO-PR-02, version 1 del 3 de junio de 2022, su objetivo es "*Organizar y actualizar los documentos (electrónicos y físicos) del archivo de gestión que se maneja en cada una de las áreas, permitiendo el acceso, la disponibilidad y la consulta eficiente a las personas – usuarias que los requieran, asimismo la transferencia de los documentos al archivo central, de acuerdo con lo estipulado en las series y subseries de las TRD",* su Alcance corresponde a "*Inicia con la organización, clasificación, descripción y el almacenamiento de los documentos, con base en las series y subseries de las TRD y finaliza con el inventario documental actualizado como herramienta archivística de consulta, control y como insumo para la transferencia documental primaria".*

Procedimiento corto, conformado por cinco (5) actividades que cuenta con 4 puntos de control, desarrollados por diferentes cargos o niveles, contempla tanto el archivo con documentos físicos o diigitales.

6.3.3 Procedimiento Actualización Tabla de Retención Documental GDO-PR-03, version 1 del 3 de junio de 2022, su objetivo es "*Establecer las actividades para mantener actualizadas las Tablas de Retención Documental en la Unidad",* su Alcance corresponde a "*Inicia con la elaboración o actualización del cuadro de caracterización documental y la*

solicitud de actualización de la TRD (cambio de formatos, registros, modificación de la producción documental, funciones o estructural de la unidad) y finaliza con la publicación de la TRD actualizada en el Sistema Integral de Gestión – SGI".

Procedimiento conformado por ocho (8) actividades que cuenta con cinco (5) puntos de control, desarrollados por cuatro (4) diferentes cargos o niveles, indicando un adecuado nivel de desagregación. contempla tanto el archivo con documentos físicos o diigitales.

Establece que las TRD se deberán modificar en los siguientes casos: *a) Cuando existan cambios en la estructura orgánica de la entidad. b) Cuando se asignen o supriman funciones a la entidad. c) Cuando se redistribuyan funciones entre Gerencias. d) Cuando se transformen tipos documentales físicos en electrónicos. e) Cuando se generen nuevas series y subseries documentales. f) Cuando se generen nuevos tipos documentales.*

6.3.4 Procedimiento Conservación Preventiva en Espacios de Archivo GDO-PR-04, version 1 del 1 de agosto de 2022, su objetivo es "*Establecer las actividades que se deben realizar de manera continua para garantizar la implementación del componente Plan de Conservación Documental del Sistema Integrado de Conservación – SIC, en procura de que los espacios de archivo y Planoteca de la UAECD sean adecuados para la perdurabilidad de los soportes documentales",* su Alcance corresponde a "I*nicia con el plan de trabajo anual (El cual se construye basado en documentos SIC) y su ejecución y finaliza con el seguimiento de cada una de las actividades descritas en el plan de trabajo, entrega de informes conforme a los cortes mensuales, trimestrales, semestrales y compendios anuales".*

Procedimiento conformado por diez (10) actividades que cuenta con siete (7) puntos de control, desarrollados por tres (3) diferentes cargos o niveles, indicando un adecuado nivel de desagregación, contempla tanto el archivo con documentos físicos o diigitales.

Este procedimiento presenta en el diagrama de flujo de manera errada el título "*Administración de Correspondencia Externa Recibida*". Se recomienda corregir el título en el Diagrama por cuanto corresponde al procedimiento "*Conservación Preventiva en Espacios de Archivo.*"

6.4 Programa de Gestión Documental -PGD

El Programa de Gestión Documental "es el instrumento archivístico a través del cual se formula y documenta, a corto, mediano y largo plazo, el desarrollo sistemático de los procesos archivísticos de una entidad encaminados a la planificación, procesamiento, manejo y organización de la documentación (de orden administrativo, histórico, y patrimonial si es el caso) producida y recibida por una entidad, desde su origen hasta su destino final,

con el objeto de facilitar su conservación y de definir los flujos y modos de acceso a esta, tanto a nivel interno como para el público en general. Este debe ser aprobado, publicado, implementado y controlado"[1]

Con relación a la implementación de la Ley 1712 de 2014 tiene tres funciones:

- Facilitar la identificación, gestión, clasificación, organización, conservación y disposición de la información pública, desde su creación hasta su disposición final, con fines de conservación permanente o eliminación.
- Para reglamentar los temas relacionados con la gestión de la información pública en cuanto a: su adecuada publicación y divulgación, la recepción y respuesta a solicitudes de acceso a esta. (Ver guía para responder solicitudes de información).
- Ser la base conceptual y estructural para el desarrollo de los otros instrumentos de gestión de información exigidos por la Ley. Según el Artículo 2.1.1.5.4.2. del Decreto 1081 de 2015 la información incluida en el Registro de Activos de Información, en el índice de Información Clasificada y Reservada, y en el Esquema de Publicación de Información, debe ser identificada, gestionada, clasificada, organizada y conservada de acuerdo con los procedimientos, lineamientos, valoración y tiempos definidos en el Programa de Gestión Documental del sujeto obligado. (Ver guía de instrumentos de gestión de información pública).

Establece el Decreto 1080 de 2015 en su artículo **2.8.2.5.10.** ***Obligatoriedad del programa de gestión documental.*** Todas las entidades del Estado deben formular un Programa de Gestión Documental (PGD), a corto, mediano y largo plazo, como parte del Plan Estratégico Institucional y del Plan de Acción Anual.

Situación Evidenciada:

Revisado el documento GDO-DT-03 versión1 del 1 de agosto de 2022, se evidencia el numeral "2.26 Armonización con planes y sistemas de gestión de la entidad, que establece que "En el marco de la política de Eficiencia administrativa, la gestión documental está dirigida a identificar, racionalizar, simplificar y automatizar tramites, así como optimizar el uso de recursos; se articula con el Modelo Integrado de Planeación y de gestión, El plan Estratégico Institucional, el manual Integrado de Gestión Integral (SGI), El subsistema de Gestión Documental y Archivo (SIGA) Plan Institucional de Gestión Ambiental –PIGA; El Plan Institucional de Archivos PINAR, El Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIC), el Plan Anticorrupción y de Atención Al Ciudadano-PAAC-2022 de la UAECD". Sin perjuicio de lo anterior, la tabla en la que se registra la armonización con los diferentes planes de la entidad, está referenciada a la vigencia 2022.

Revisados los indicadores generados por el aplicativo PANDORA para el proceso de Gestión Documental, únicamente se encontro el indicador "*4.1.F Ejecución de las actividades establecidas en los planes del PINAR en la vigencia*", más no se encontró ninguno asociado al PGD, al respecto, en el numeral 6.1 se estableció la oportunidad de mejora OM3.

[1] Manual Implementación de un Programa de Gestión Documental – PGD, Archivo General de la Nación, 2014, p. 10

Verificado el Plan Estratégico de la entidad para la vigencia 2023, se evidenciaron las siguientes actividades clave

4.1.F.1. Diseñar el SGDA
4.1.F.2 Implementar el programa de preservación
4.1.F.3 Implementar el programa de conservación

Cada una de ellas registra un avance o ejecutado del 3% frente a un programado de 5% en el Plan de Acción 2023 y del 0% en la Hoja de Vida del indicador 4.1.F

Esatablece el Decreto 1080 de 2015 en su artículo **2.8.2.5.11.** ***Aprobación del programa de gestión documental.*** El Programa de Gestión Documental (PGD) debe ser aprobado por el Comité de Desarrollo Administrativo conformado en cada una de las entidades del orden nacional o el Comité Interno de Archivo en las entidades del orden territorial. La implementación y seguimiento del PGD es responsabilidad del área de archivo de la Entidad en coordinación con la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

Dicho lo anterior, solicitado el Programa de Gestión Documental -PGD, fue remitido el documento GDO-DT-03 versión1 del 1 de agosto de 2022, solicitado el documento o acto administrativo de aprobación del PGD, fue suministrada copia del Acta 11 de 2022 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, llevada a cabo el 29 de diciembre de 2022. Revisada el acta, se evidencia que en el numeral 7.4 fue presentado el Plan PINAR 2023, documento que quedó sujeto a modificaciones para ser presentado nuevamente en el mes de enero de 2023, mas no se evidenció la presentación del Plan de Gestión Documental -PGD y en consecuencia no fue aprobado en esta sesión.

NO CONFORMIDAD.

(NC 4) No se evidenció la aprobación del Programa de Gestión Documental GDO-DT-03, versión 1, del 1 de agosto de 2022 por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en los documentos aportados en desarrollo del presente ejercicio auditor, generando incumplimiento de lo establecido en Decreto 1080 de 2015 en su artículo 2.8.2.5.11, situación causada porque el PGD no ha sido presentado ante el Comité de Gestión y Desempeño ocasionando que la Unidad no cuente con un PGD actualizado y debidamente aprobado y publicado.

El Decreto 1080 de 2015 en su artículo **2.8.2.5.12.** ***"Publicación del programa de gestión documental****.* El Programa de Gestión Documental (PGD) debe ser publicado en la página web de la respectiva entidad, dentro de los siguientes treinta (30) días posteriores a su aprobación por parte del Comité de Desarrollo Administrativo de la Entidad en las entidades del orden nacional o el Comité Interno de Archivos en las entidades del orden territorial, siguiendo los lineamientos del Manual de Gobierno en Línea.

Situación Evidenciada:

Revisada la página WEB de la Unidad con el ánimo de constatar la publicación del PGD se encontró que en el enlace de Transparencia de la UAECD en el numeral 1.10.2 Informe de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información, se presenta un campo de selección para filtrar la información, y seleccionado el valor "Programa de Gestión Documental" muestra la información a continuación

NO CONFORMIDAD

(NC 5) Revisada la página WEB de la Unidad no se evidenció la publicación correspondiente al DOCUMENTO TÉCNICO PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL GDO -DT-03, versión 1 del 1 de agosto de 2022, siendo los últimos publicados los correspondientes a las vigencias 2015, 2017 y 2018, incumpliendo lo establecido en Decreto 1080 de 2015 en su artículo 2.8.2.5.12, lo que ocasiona incumplimientos en materia del ITB e ITA.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

(OM 6) Verificado el DOCUMENTO TÉCNICO PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL GDO -DT-03, versión 1 del 1 de agosto de 2022, se determinó que en el acápite de Programas específicos no se incluyen o detallan planes de trabajo o cronogramas que permitan discriminar la ejecución de las actividades y sus periodos de desarrollo, para los Programa Específicos (Programa de Documentos Vitales o Esenciales,

Programa de Documentos Electrónicos, Programa de Reprografía) en el PGD, lo que podría generar debilidad en el monitoreo y seguimiento al PGD.

6.5 Programa Institucional de Archivo -PINAR

El Decreto 1080 de 2015 en su artículo **2.8.2.5.8.** ***Instrumentos archivísticos para la gestión documental*** establece "*La gestión documental en las entidades públicas se desarrollará a partir de los siguientes instrumentos archivísticos.*
a) El Cuadro de Clasificación Documental (CCD).
b) La Tabla de Retención Documental (TRD).
c) El Programa de Gestión Documental (PGD).
d) Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR).
e) El Inventario Documental.
f) Un modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos.
g) Los bancos terminológicos de tipos, series y sub-series documentales.
h) Los mapas de procesos, flujos documentales y la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad.
i) Tablas de Control de Acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos".

El Archivo General de la Nación en 2014, emitió el Manual Formulación del Plan Institucional de Archivos -PINAR como una metodología para la elaboración del PINAR al interior de las entidades, siendo este un instrumento para la planeación de la función archivística, que se articula con los demás planes y proyectos estratégicos de la entidad.

Situación Evidenciada:

Revisado el documento publicado en la página WEB de la Unidad en el enlace Transparencia numeral "4. Planeación, Presupuesto e informes", subnumeral 4.3.1. Plan de Acción, se encuentra publicado el documento "PINAR 2023", documento que revisado en su contenido frente al Manual de Formulación PINAR cumple con los contenidos en él estipulados.

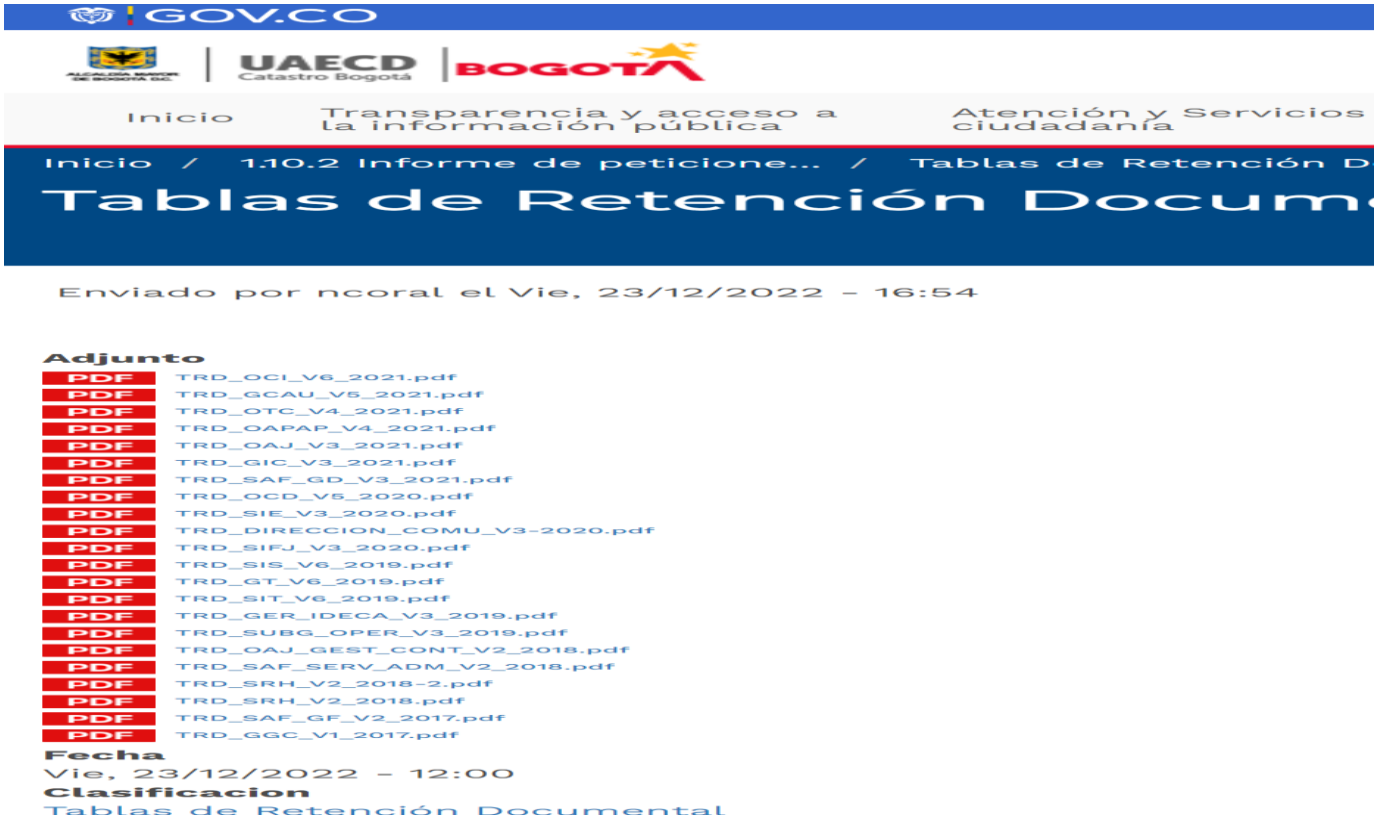
Como se documento en el item del PGD, en Acta 11 de 2022 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, llevada a cabo el 29 de diciembre de 2022, se evidencia que en el numeral 7.4 fue presentado el Plan PINAR 2023, documento que quedó sujeto a modificaciones para ser presentado nuevamente en el mes de enero de 2023. En ninguno de estos dos documentos está registra de manera expresa la aprobación del PINAR.

6.- NO CONFORMIDAD.

(NC 6) Los documentos aportados en desarrollo del presente ejercicio auditor, no evidencian la aprobación del PINAR, por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, generando incumplimiento de lo establecido en el Manual Formulación del Plan Institucional de Archivos -PINAR, emitido por el archivo General de la Nación, que en su numeral 1.2 establece que el PINAR debe ser aprobado, publicado, implementado y controlado. Causado porque en la sesión 11 del Comité de Gestión y Desempeño el documento presentado quedó sujeto a modificaciones para ser presentado en la sesión de enero de 2023 y en esta última no fue sometido a aprobación, lo que ocasiona incumplimiento que podría afectar la califiación ITB o ITA.

6.6. Tablas de Retención Documental

Con respecto a las Tablas de Retención Documental, que corresponden a otro instrumento archivístico, de acuerdo con lo dispuestos en el Decreto 1080 de 2015, en reunión virtual del pasado 9 de junio de 2023, fue revisada la información en la página WEB encontrando la información mostrada a continuación



Situación Evidenciada:
Se registran tablas vigencia 2021, 2020, 2019, 2018 y 2017; no obstante, en desarrollo de la reunión fue informado *"…en página web institucional aparece publicado hasta vigencia 2022 y en momento se encuentra la actualización 2023 para remitirlo al Consejo Distrital de Archivo para la aprobación. Son en total 23 oficinas productoras de las cuales faltan 4 TRD por finalizar la actualización (OAPAP, Jurídica, SAF y Tecnología)"*

NO ONFORMIDAD.
(NC 7) Producto de la revisión a la página WEB de la entidad en lo que refiere a la publicación de las Tablas de Retención Documental – TRD, se evidenció que se encuentran desactualizadas, mostrando tablas desde la vigencia 2017 a 2021, generando incumplimiento al procedimiento **GDO-PR-03,** en el que se establece "… que las TRD se deberán modificar en los siguientes casos: *a) Cuando existan cambios en la estructura orgánica de la entidad. b) Cuando se asignen o supriman funciones a la entidad. c) Cuando se redistribuyan funciones entre Gerencias. d) Cuando se transformen tipos documentales físicos en electrónicos. e) Cuando se generen nuevas series y subseries documentales. f) Cuando se generen nuevos tipos documentales."*

Observación del proceso: El Acuerdo 04 de noviembre 20 de 2021 establece un rediseño de la estructura de la UAECD. En el año 2022 inicia con el levantamiento de los Cuadros de caracterización documental, instrumento base para actualización de las tablas de Retención documental; seguido a esta actividad se realiza las mesas de trabajo con las diferentes oficinas para la revisión de series y tipologías documentales. De conformidad con los tiempos establecidos en el procedimiento se ha cumplido con el cronograma propuesto para dicha actualización. Se han revisado 23 tablas de las cuales solo falta formalización de ellas mediante firma de cuatro áreas. **No se acepta la No Conformidad.**

Respuesta O.C.I.: El procedimiento "Actualización Tabla de Retención Documental GDO-PR-03 v.1", establece en su numeral 7. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES "*..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.*"

De otra parte, establece la Circular Externa No. 003 del Archivo General de la Nación, en su literal c) Tables de Retención Documental - TRD "*Constar que se cuenta con TRD aprobadas, convalidadas e implementadas, conforme a la estructura orgánica vigente…"*

Por lo anteriormente citado y teniendo en cuenta la necesidad perentoria de establecer acciones que conlleven al cumplimiento de lo citado en los dos párrafos anteriores, la No Conformidad se mantiene, y en consecuencia, el proceso con el concurso de los diferentes procesos y dependencias de la Unidad, deberá desarrollar las actividades necesarias tendientes a subsanar la situación evidenciada.

RESUMEN HALLAZGOS.

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
OM1	Se evidenció que el reporte Excel "Consolidado Indicadores de Proceso – Pandora" presenta indicadores codificados como GSA-01, GSA-09, GSA-10, GSA-11, GSA-12, GSA-13, GSA-14 y GSA-15 para el proceso de Gestión Documental, cuando los correctos son GDO-01, GDO-02, BGDO-03, GDO-04, GDO-05, GDO-06, GDO-07, GDO-08 y el 4.1.F., lo que podría generar distorsiones y desviaciones en la información presentada. Por lo anterior, se debería revisar, corregir y depurar la información que presenta de manera errónea el aplicativo PANDORA en el reporte correspondiente a la opción "Consolidado por procesos" en Consultas y Reportes del módulo de Indicadores.		X		Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos	Informe_Audit_Gest_Dctal
OM2	Se encontró que los indicadores GDO-01, GDO-05, GDO-06, GDO-08 y 4.1.F registran valor cero "0" en el reporte Excel "*Consolidado Indicadores de Proceso – Pandora*" al corte del 31 de mayo de 2023, en los campos "*Ejecutado Meta*", "*Mes Programado*" y "*Mes Ejecutado*", situación que obedece a que la frecuencia de medición es anual, o que podría llevar a que no se implementen de maera oportuna, actividades o acciones que permitan corregir y alinear lam desviacioes frente al cumplimiento de metas y objetivos. Revisar los indicadores con frecuencia de medición Anual y determinar la pertinencia de la misma o la viabilidad de variar esa frecuencia a periodo má cortos, que permitan tomar o implementar correctivos para corregir desviaciones durante la vigencia, pretendiendo asegurar de esta manera el cumplimiento de la meta al final de la vigencia. Por lo anterior, se debería revisar la frecuencia de medición de estos y determinar a pertinencia de variarlas.		X		Proceso de Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
OM3	Revisados los indicadores del proceso, no se evidenció la existencia o formulación de un indicador para el seguimiento del Programa de Gestión Documental – PGD, lo que podría ocasionar debilidad en monitoreo y seguimiento del instrumento archivístico, es ppor elo que se debería revisar y determinar la necesidad de incluir un indicador el PGD.		**X**		Proceso de Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal
NC1	Revisado el SharePoint dispuesto para los soportes de los Riesgos de Gestión que evidencien el cumplimiento de las actividades establecidas por el proceso de Gestión Documental para el primer trimestre de 2023, no se encontró ningún soporte, no obstante, el proceso registra en la matriz, cumplimiento del 25% para el riesgo RG-GDO-1, incumpliendo lo establecido en la Actividad 8 del Procedimiento Gestión de Riesgos DIE-PR-05 versión 2 del 1 de julio de 2022, ocasionando incoherencia entre la información reportada en la matriz de riesgos y los soportes dispuestos en el repositorio.	**X**		Actividad 8 del procedimiento DIE-PR-05	Proceso de Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal
NC2	Efectuada la revisión a los dos (2) Riesgos de Corrupción establecidos por el proceso de Gestión Documental, se encontró que las actividades establecidas en el PMR son diferentes, no obstante, en el Share Point (repositorio para Gestión Documental) los soportes que evidencian el cumplimiento de las actividades son los mismos para los dos riegos, el avance reportado para el riesgo RC-GDO-01 no es real frente al soporte aportado, los soportes dispuestos para el riesgo RC-GDO-2 no corresponden a la actividad determinada en el PMR y al indicador formulado, incumpliendo lo establecido en la Actividad 8 del Procedimiento Gestión de Riesgos DIE-PR-05 versión 2 del 1 de julio de 2022, ocasionando incoherencia entre la información reportada en la matriz de riesgos y los soportes dispuestos en el repositorio.	X		Actividad 8 del procedimiento DIE-PR-05	Proceso de Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
NC3	De la revisión efectuada sobre los Riesgos de Seguridad de la Información establecidos por el Proceso de Gestión Documental, se evidenció que los soportes colocados en el Share Point dispuesto por el Equipo de Seguridad de la Información, no corresponden o sustentan la información reportada en la matriz "*Monitoreo_MR_Corrup_Gest_SegInfo_I-Trim_15052023*" y, de manera especial, lo consignado en la columna BC "*DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES DESARROLLADAS*" de la mencionada matriz, incumpliendo lo establecido en la Actividad 8 del Procedimiento Gestión de Riesgos DIE-PR-05 versión 2 del 1 de julio de 2022, ocasionando incoherencia entre la información reportada en la matriz de riesgos y los soportes dispuestos en el repositorio.	**X**		Actividad 8 del procedimiento DIE-PR-05	Proceso de Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal
OM4	A partir del informe de Auditoría definición e implementación de instrumentos archivísticos y planes asociados al sistema integrado de conservación y sistema de gestión de documentos electrónicos con corte a 30 de abril de 2023, se evidenció la materialización del riesgo RS-GDO-4, dicha situación no ha sido reportada dada la periodicidad del seguimiento y reporte de los riesgos de seguridad de la información, situación que de acuerdo con la metodología de administración del riesgo institucional, debe conllevar a que se efectué la revisión del riesgo, de los controles establecidos en la matriz, de su adecuada ejecución, del desarrollo, implementación y resultado de las actividades establecidas en el plan de manejo de riesgo -PMR.		**X**		Proceso Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
OM5	Revisado el procedimiento **GDO-PR-01,** se determinó que en su diagrama de flujo, presenta inconsistencias en los rombos de decisión de las actividades 5, 6 y 7 para los cuales registra conectores de salida 1, 5 y 2 inexistentes. De otra parte, el diagrama de flujo es inconsistente frente a la Descripción de Actividades en el numeral 6 del procedimiento, situaciones anteriores que podrían generar inconsistencias en su aplicación, por lo que se debería revisar y ajustar el procedimiento en o pertinente		**X**		Proceso Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal
NC4	No se evidenció la aprobación del Programa de Gestión Documental GDO-DT-03, versión 1, del 1 de agosto de 2022 por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en los documentos aportados en desarrollo del presente ejercicio auditor, generando incumplimiento de lo establecido en Decreto 1080 de 2015 en su artículo 2.8.2.5.11, situación causada porque el PGD no ha sido presentado ante el Comité de Gestión y Desempeño ocasionando que la Unidad no cuente con un PGD actualizado y debidamente aprobado y publicado	**X**		Decreto 1080 de 2015 en su artículo 2.8.2.5.12	Proceso Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal
NC 5	Revisada la página WEB de la Unidad no se evidenció la publicación correspondiente al DOCUMENTO TÉCNICO PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL GDO -DT-03, versión 1 del 1 de agosto de 2022, siendo los últimos publicados los correspondientes a las vigencias 2015, 2017 y 2018, incumpliendo lo establecido en Decreto 1080 de 2015 en su artículo 2.8.2.5.12, lo que ocasiona incumplimientos en materia del ITB e ITA.	**X**		Decreto 1080 de 2015 en su artículo 2.8.2.5.12	Proceso Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
OM6	Verificado el DOCUMENTO TÉCNICO PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL GDO -DT-03, versión 1 del 1 de agosto de 2022, se determinó que en el acápite de Programas específicos no se incluyen o detallan planes de trabajo o cronogramas que permitan discriminar la ejecución de las actividades y sus periodos de desarrollo, para los Programa Específicos (Programa de Documentos Vitales o Esenciales, Programa de Documentos Electrónicos, Programa de Reprografía) en el PGD, lo que podría generar debilidad en el monitoreo y seguimiento al PGD				Proceso Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal
NC6	Los documentos aportados en desarrollo del presente ejercicio auditor, no evidencian la aprobación del PINAR, por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, generando incumplimiento de lo establecido en el Manual Formulación del Plan Institucional de Archivos -PINAR, emitido por el archivo General de la Nación, que en su numeral 1.2 establece que el PINAR debe ser aprobado, publicado, implementado y controlado. Causado porque en la sesión 11 del Comité de Gestión y Desempeño el documento presentado quedo sujeto a modificaciones para ser presentado en la sesión de enero de 2023 y en esta última no fue sometido a aprobación, lo que ocasiona incumplimiento que podría afectar la califiación ITB o ITA.	**X**		Manual Formulación del PINAR	Proceso Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
NC7	Producto de la revisión a la página WEB de la entidad en lo que refiere a la publicación de las Tablas de Retención Documental – TRD, se evidenció que se encuentran desactualizadas, mostrando tablas desde la vigencia 2017 a 2021, generando incumplimiento al procedimiento **GDO-PR-03,** en el que se establece "… que las TRD se deberán modificar en los siguientes casos: *a) Cuando existan cambios en la estructura orgánica de la entidad. b) Cuando se asignen o supriman funciones a la entidad. c) Cuando se redistribuyan funciones entre Gerencias. d) Cuando se transformen tipos documentales físicos en electrónicos. e) Cuando se generen nuevas series y subseries documentales. f) Cuando se generen nuevos tipos documentales.*		X	GDO-PR-03	Proceso Gestión Documental	Informe_Audit_Gest_Dctal

7. FORTALEZAS

El proceso de Gestión Documental se apoya sobre un buen desarrollo de procedimientos, instructivos, documentos técnicos y formatos, que orientan y sustentan el actuar de todos los demás procesos y sus dependencias en materia de Archivística y correspondencia.

El personal auditado cuenta con los conocimientos de las actividades que desarrollan y presentan buen manejo de los compromisos.

8. DEBILIDADES:

Los soportes dispuestos en los repositorios para evidenciar el cumplimiento de los controles y actividades establecidas en los planes de manejo de riesgo en sus diferentes categorías, no son apropiados, bien sea porque no se disponen allí, o no aplican para los periodos reportados o no corresponden a los indicadores formulados.

La falta de aprobación del PGD y del PINAR, así como la debida y oportuna publicación del primero de ellos, podría conducir a la entidad a incumplimiento en materia de las mediciones ITA e ITB, como a posibles hallazgos y sanciones por parte de organismos externos de control.
La presentación de evidencias respecto a asesorías y sensibilizaciones impartidas por parte del equipo de Gestión Documental a las demás áreas deben evidenciar objetivos, resultados obtenidos y compromisos que permitan evaluar dicha actividad.

Necesidad de revisión y actualización de algunos de los instrumentos archivísticos establecidos en el Decreto 1080 de 2015, entre otros, las Tablas de Retención Documental

9. CONCLUSIONES

El proceso se controla a través de los nueve (9) indicadores establecidos en el aplicativo PANDORA, algunos de ellos con frecuencia de medición anual o semestral, que no aportarían para un monitoreo y control oportuno y eficiente.

El proceso cumple con el reporte periódico de las matrices de riesgo de gestión, corrupción y seguridad de la información, reportando para el primer trimestre de 2023 la NO materialización de ellos, no obstante, los soportes y evidencias del desarrollo o cumplimiento de las actividades formuladas como plan de manejo de riesgo, o no son colocadas en los repositorios, o los dispuestos no cumplen con el periodo evaluado o no dan cuenta de la medición de los indicadores establecidos.

La Unidad dispone de un Programa de Gestión Documental -PGD, en su versión 1 de la vigencia 2022, documento del cual no se logró establecer su aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño con los documentos aportados, adicionalmente, no se encuentra publicado en la página de la entidad conforme se establece en el Decreto 1080 de 2015, siendo el último publicado el correspondiente al año 2018.

La entidad cuenta con el Plan Institucional de Archivos PINAR, que cumple con los lineamientos en el Manual Formulación del Plan Institucional de Archivos -PINAR emitido por el Archivo General de la Nación. El PINAR está publicado en la página WEB de la Unidad, no obstante, no se logró evidenciar la aprobación del mismo por parte del Comité de Gestión y Desempeño.

La Unidad cuenta con Tablas de Retención Documental, no obstante, las que están publicadas en la página de la Unidad presentan desactualización y actualmente se tiene en un alto porcentaje de la actualización a 2023, para ser remitidas al Consejo Distrital de Archivos.

El procedimiento GDO-PR-04 presenta en el diagrama de flujo de manera errada, el título "*Administración de Correspondencia Externa Recibida*", siendo lo correcto "*Conservación Preventiva en Espacios de Archivo"*, sSe recomienda corregir el título en el Diagrama.

Finalmente, las evidencias obtenidas de acuerdo con los criterios establecidos y los resultados de este informe se refieren a los soportes y evidencias aportadas en desarrollo de la auditoría y que fueron suministrados por el proceso de Gestión Documental como responsable Programa de Gestión Documental - PGD, del Plan Institucional de Archivos - PINAR y demás planes asociados al Sistema Integrado de Conservación y Sistema de Gestión de Documento Electrónico vigencia 2023, por tanto, no se hacen extensibles a otros soportes.

10. RECOMENDACIONES

Formular las acciones de mejoramiento o fortalecimiento a los hallazgos registrados en el presente informe, dentro de los plazos establecidos procedimentalmente, con el ánimo de contribuir al fortalecimiento del sistema de control interno.

Priorizar los proyectos correspondientes al SIC y al SGDEA mediante el apoyo y coordinación con la Gerencia de Tecnología y la misma Subgerencia Administrativa y Financiera, con el objeto de asegurar la definición y continuidad de estos proyectos que forma parte del PINAR, importante la definición de recursos ($) y humanos, que permitan y aseguren su desarrollo e implementación

Concluir los procesos de actualización de las Tablas de Retención Documental -TRD a la vigencia 2023 y remitirlas al Consejo Distrital de Archivos de Bogotá para su aprobación

Surtir de manera correcta los procesos de aprobación del PGD y del PINAR, previa revisión y actualización de estos instrumentos en caso de ser pertinente. Así mismo, proceder a su publicación en la página dentro del plazo establecido por norma.

Realizar de manera adecuada el seguimiento a los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información, adjuntando en los repositorios los documentos o soportes que dan evidencia del cumplimiento o desarrollo de las actividades establecidas en los PMR.

Revisar la periodicidad o frecuencia de medición de los indicadores y de manera especial en aquellos de frecuencia anual, en caso de ser pertinente, reformularlos a efecto de obtener un seguimiento mas oportuno y

eficiente. Así mismo, determinar la pertinencia de instaurar el indicador o indicadores necesarios para el adecuado monitoreo al PGD de la entidad.

Detallar cronogramas de PGD y Pinar.

Cordialmente,

ASTRID CECILIA SARMIENTO RINCÓN
Jefe Oficina de Control Interno (e)

Elaboró: Ricardo Andrés Palomá -Técnico Operativo
Luis Orlando Barrera Cepeda, Contratista Ing. Sistemas OCI.
Revisó: Walter H Álvarez Bustos. Contratista Ing. Catastral OCI.

Copia: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
Dr. Víctor Alonso Torres, Subgerente Administrativo y Financiero
Dr. Javier Ricardo Rincón Rueda, Profesional Especializado