

<b>Procedimiento</b>	AUDITORIA INTERNA					
<b>Código</b>	EV.130.P12.F10	<b>Fecha</b>	16/05/2018	<b>Versión</b>	4.0	Página 1 de 3
						
<b>INFORME AUDITORIA INTERNA – OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>						
<b>Proceso</b>	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA					
<b>Procedimiento</b>	AUDITORIA INTERNA					
<b>Código</b>	EV.130.P12.F10	<b>Fecha</b>	16/05/2018	<b>Versión</b>	4.0	Página 1 de 3

<b>Tipo de Auditoria</b>	<b>Presencial ( )</b>	<b>Remota ( X )</b>
<b>Fecha informe</b>	04/06/2021	
<b>Auditoría Interna</b>	<b>Programada ( X )</b>	<b>Especial ( )</b>
<b>Proceso auditado / Tema</b>	Gestión documental	
<b>Líder del proceso auditado</b>	Daniel Eduardo Ramírez Echeverri -Secretario General.	

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

<b>Fecha reunión de apertura:</b>	30/04/2021	<b>Vigencia auditada:</b>	2020 y 2021 (Primer Trimestre)
<b>Líder del Equipo Auditor:</b>	Gloria Alicia Ibarra Insuasti		
<b>Equipo Auditor</b> (Nombres, cargos y dependencias)	Gloria Alicia Ibarra Insuasti Giovana Andrea González (Auditora Junior)		
<b>Titulares dependencias visitadas o consultadas</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dependencia</b>	
	Sandra Patricia Silva Mejía	Dirección de Recursos Físicos	

## 2. OBJETIVO, ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA Y CRITERIOS:

- 2.1 Objetivo: Objetivo: Verificar el cumplimiento del objetivo del proceso, el desarrollo del ciclo PHVA y la actualización normativa para el logro de los objetivos institucionales.
- 2.2 Alcance: La auditoría involucra el análisis de las evidencias de la actualización del Sistema de Gestión de la Calidad de la Auditoría General de la República –AGR- según los cambios de la NTC- ISO 9001:2015, a través de la verificación del ciclo PHVA en el Proceso de Gestión Documental, de la vigencia 2020 al 31 de marzo de 2021.
- 2.3 Criterios: **Cliente:** Norma Técnica ISO-9001-2015: 4. Contexto de la Organización. 4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos. 6. Planificación. 6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades. 7. Apoyo. 7.5 Información documentada. 6.2 Objetivos de la Calidad y planificación para lograrlos. 7.1.6 Conocimientos de la Organización. 7.5 Información Documentada. 8.1 Planificación y Control Operacional. 9.1 Seguimiento Medición, Análisis y Evaluación. 9.1.3 Análisis y evaluación. 10. Mejora. **Legales:** Artículo 270 de la C.N., Decreto 272 de 2000, Ley 87 de 1993, Ley 1753 de 2015, Decreto 943 de 2014 y Ley 594 de 2000. **Definidos por la AGR:** Política de Calidad de la AGR, Política de Administración de Riesgos de la AGR, Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles y Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas (DAFP), Plan Operativo Anual AGR, Tablero de Control de la AGR, Procedimiento EV.130.P10.P Plan de Mejoramiento.

<b>Procedimiento</b>	AUDITORIA INTERNA					
<b>Código</b>	EV.130.P12.F10	<b>Fecha</b>	16/05/2018	<b>Versión</b>	4.0	Página 2 de 3

### 3. ASPECTOS EVALUADOS EN LA AUDITORIA INTERNA

Aspecto	SI	PARCIAL	NO
3.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento (Unificado con todas las fuentes de información, según el procedimiento de EV.130.P10.P).	X		
3.2. Gestión frente al mapa de riesgos del proceso (incluidos los riesgos de corrupción).	X		
3.3. Gestión frente a la medición de indicadores	X		
3.4. Gestión frente al POA del proceso	X		

### 4. RESULTADOS DETALLADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

<p><b>4.1 Fortalezas:</b></p> <p>Como hallazgos positivos se pueden mencionar los siguientes:</p> <p>4.1.1. Las distintas capacitaciones del Grupo de Gestión Documental realizadas en la vigencia auditada, sobre diferentes temas de importancia para los funcionarios de la entidad.</p> <p>4.1.2. La actualización permanente de la Página Web de la entidad.</p> <p>4.1.3. La creación y reglamentación de la Unidad de Correspondencia de la Auditoria General de la República – AGR.</p> <p>4.1.4. La visibilidad que ha tenido la dependencia de Gestión Documental y la respuesta favorable de las demás dependencias de la AGR por las capacitaciones mencionadas.</p>
--

#### 4.2 No Conformidades

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
4.2.1	8.1 Planificación y Control Operacional. 7.5. Información Documentada. Ley 594 de 2000 y Política de Calidad de la AGR.	Se evidencia una No Conformidad por incumplimiento de la Norma NTC-9001-2015, los Principios Generales de la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos) y la Política de Calidad de la AGR, en la actualización del contenido de la Resolución Orgánica 006 de 2019, en relación con la Resolución Reglamentaria No. 13 de 2017 y la Resolución Reglamentaria No. 11 de 2018.
4.2.2	8.1 Planificación y Control Operacional. 7.5. Información Documentada. (7.5.2 Creación y actualización) y Procedimiento GD.120.P10.P.	Se evidencia Una No Conformidad por incumplimiento de la NTC9001-2015 y del Procedimiento “Elaboración, Actualización y Modificación de Documentos y Registros del SGC”. Los procedimientos: GD. 233. P06. P. “Entrega de documentos por retiro o traslado de funcionarios”. (Versión 4.3) del 16/11/2017); GD.233.P11.P “Identificación de instrumentos de gestión de la información pública – IGIP” (Versión 1.1) del 16/11/2017 y GD.120.P10.P “Elaboración, Actualización y Modificación de Documentos y Registros del SGC”. (Versión 4.5) del 14/11/2018), se encuentran desactualizados.
4.2.3	10. Mejora NTC 9001-2015 y Procedimiento EV.130.P10.P Plan de Mejoramiento (Administración de Acciones Correctivas y de Mejora)	Se identifica una No Conformidad por incumplimiento de la NTC-9001-2015 y del procedimiento EV.130.P10.P Plan de Mejoramiento (Administración de Acciones Correctivas y de Mejora). No se evidencia el diligenciamiento del Plan de Mejoramiento para los hallazgos identificados en anterior auditoria interna, con los Números 21 y 22, en el aplicativo POAS MANAGER.

<b>Procedimiento</b>	AUDITORIA INTERNA					
<b>Código</b>	EV.130.P12.F10	<b>Fecha</b>	16/05/2018	<b>Versión</b>	4.0	Página 3 de 3

### 4.3 Observaciones

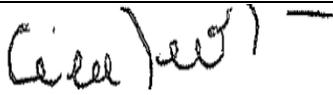
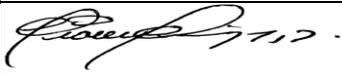
No.	Requisitos relacionados	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
4.3.1	6. Planificación 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles y Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas (DAFP).	<b>Identificación del Riesgo:</b> Se observó que la descripción del riesgo no cuenta con la estructura adecuada, lo que constituye una oportunidad de mejora y por lo tanto demanda la adopción de las acciones respectivas. Política de Administración de Riesgos de la AGR, Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles y Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas (DAFP).
4.3.2	6. Planificación 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles y Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas (DAFP).	<b>Valoración del Riesgo:</b> Se identificó una oportunidad de mejora para el diseño de los controles existentes en el componente mencionado. Se recomienda tener en cuenta los parámetros apropiados para mitigar el riesgo: Responsable, Periodicidad, Propósito, Actividad de Control y Forma de Ejecución. NTC-9001-2015, (Política de Administración de Riesgos de la AGR, Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas (DAFP).
4.3.3	6. Planificación 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles y Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas (DAFP).	<b>Mapa de Riesgos:</b> Se identificó una oportunidad de mejora en la redacción de las acciones de seguimiento del riesgo ya que las mismas no expresan propiamente una acción (Ejemplo: Plan Institucional de Archivos) Igualmente, los indicadores del riesgo, no se encuentran adecuadamente formulados. NTC-9001-2015, (Política de Administración de Riesgos de la AGR, Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles y Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas (DAFP).
4.3.4	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación. Plan Operativo Anual AGR.	<b>POA:</b> Se detectó que el indicador formulado no permite medir apropiadamente, el avance de la actividad, en un período de tiempo determinado para el cumplimiento de los objetivos institucionales, lo que amerita una oportunidad de mejora. Se sugiere el uso de una Fórmula de Cálculo o la Métrica (Porcentaje, Número), según el caso. NTC-9001-2015 y Plan Operativo Anual AGR.
4.3.5	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación. Plan Operativo Anual AGR.	<b>POA:</b> Se observó que las evidencias aportadas para soportar el cumplimiento de las tareas, generalmente no son las más adecuadas o pertinentes, en cuanto a las condiciones específicas que deben contener. (Por ejemplo: fecha, identificación, o número). Igualmente, se estableció que, en ocasiones, no guardan la apropiada relación. (Tarea vs. Evidencia), lo que constituye una oportunidad de mejora. NTC-9001-2015 y Plan Operativo Anual AGR.
4.3.6	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación. Tablero de Control de la AGR y Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles DAFP.	<b>Tablero de Control:</b> Se identificó una oportunidad de mejora en la forma de redactar "la descripción del seguimiento". El reporte debe mencionar el comportamiento del indicador, con el fin de determinar su efectividad en el tiempo. NTC-9001-2015, Tablero de Control de la AGR y Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles DAFP.

### 5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

En general el proceso de Gestión Documental en la vigencia auditada demostró una mejora continua, situación que destaca frente a la crisis de la pandemia, como se expresó en el acápite correspondiente a las fortalezas.

Los hallazgos negativos y oportunidades de mejora identificados, en este informe, demuestran también que el proceso debe seguir mejorando en los temas relacionados con actualización de documentos del SGC, riesgos, indicadores e incorporación de evidencias adecuadas, en cumplimiento del objetivo del proceso, el desarrollo del ciclo PHVA y la actualización normativa para el logro de los objetivos institucionales.

<b>Procedimiento</b>	AUDITORIA INTERNA					
<b>Código</b>	EV.130.P12.F10	<b>Fecha</b>	16/05/2018	<b>Versión</b>	4.0	Página 4 de 3

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 <hr/> <b>GLORIA ALICIA IBARRA INSUASTI</b>	 <hr/> <b>GIOVANNA ANDREA GONZALEZ</b>	 <hr/> <b>DIANA MARCELA JARAMILLO</b>