



**RECTORÍA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SEGUIMIENTO, PLAN DE ACCIÓN, PLAN DE MEJORAMIENTO Y MAPA DE
RIESGOS DE GESTIÓN
PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL AÑO 2024**

1. Presentación

La Oficina de Control Interno en cumplimiento del Plan de trabajo 2024 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en cumplimiento del rol de seguimiento conferido por la Ley 87 de 1993, en concordancia con el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, con observancia de los lineamientos establecidos en la Circular 05 de 2005 de la Comisión Nacional del Servicio Civil C.N.S.C., en el Artículo 75 del Acuerdo 006 de 2006 y en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, determina *“Con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las Oficinas de Planeación, los Jefes de las Oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorías u otros mecanismos que validen los porcentajes de logro de cada compromiso”*.

Lo anterior, acorde con lo reglamentado en el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.7. *“Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. (...) PARÁGRAFO 1º. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera (...); al igual que el contenido el **artículo 2.2.21.5.3** “De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control (...)”*.

El presente documento registra los resultados de la verificación de las acciones formuladas para contrarrestar las causas de los hallazgos contenidos en el Plan de Acción y Mejoramiento del proceso de Gestión Documental; de igual manera, se hizo la valoración por parte de la Oficina de Control Interno a partir de las evidencias aportadas por la dependencia.

Los planes de acción, planes de mejoramiento y mapas de riesgo de gestión se constituyen como el instrumento de planeación, que permite ejecutar actividades para alcanzar los objetivos estratégicos contenidos en el Plan de Desarrollo Institucional (PDI), en este caso vigencia 2020-2024.



2. Evaluación componente plan de acción.

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Institucional, el proceso de Gestión Documental aporta desde su gestión al cumplimiento de metas situadas en los siguientes ejes:

EJE PDI	N° METAS o PRODUCTOS	% CUMPLIMIENTO
Eje 4. Gestión académica, administrativa y financiera	10	54.3%
Promedio de Cumplimiento	10	54.3%

En atención al seguimiento evaluativo del plan de acción y las metas propuestas para la vigencia 2023 el proceso de Gestión Documental definió 17 acciones, de las cuales 5 se ejecutaron al 100%, por otro lado, se evidencio que, el balance general de cumplimiento tuvo un avance del 54%, pues se pudo observar que, algunas de las acciones no son solo del resorte del proceso si no que involucra a otras dependencias.

3. evaluación componente plan de mejoramiento.

Para el ejercicio de verificación y valoración de las evidencias, el auditor asignado realizó la lectura de las acciones con sus correspondientes “meta-producto” y solicitó los soportes, teniendo en cuenta la contribución a los propósitos institucionales o a la subsanación de hallazgos de auditorías. A continuación, se describe el resultado producto del seguimiento y evaluación, esto de acuerdo con la evidencia suministrada por la dependencia.

HALLAZGO	ESTADO	OBSERVACIÓN
AM01-GDO - 2022	Cerrado	Eliminar este hallazgo del FOR-PES_006
AM02-GDO - 2022	Cerrado	Eliminar este hallazgo del FOR-PES_006
HA02-GDO - 2022	Abierto	Se requiere reformular el hallazgo
HA03-GDO - 2022	Abierto	Se requiere reformular el hallazgo
HA04-GDO - 2022	Cerrado	Hallazgo de tipo Estructural

Resumen de Hallazgos.

CONCEPTO	FORMULADOS	CERRADO	PENDIENTE
Hallazgo	3	1	2
Aspecto por Mejorar	2	2	0
TOTAL	5	3	2



Respecto a los HA02-GDO-2022 y HA03-GDO-2022 se le reitera al proceso la importancia de formular acciones eficientes y eficaces que permitan subsanar los hallazgos que se encuentran abiertos, teniendo en cuenta que estas deben ser realizables y ejecutables por la unidad.

Por otro lado, la Oficina de Control Interno, junto con la Oficina de Desarrollo y Planeación identificó que existen hallazgos que son de origen estructural, ya que dependen de otros procesos para dar cierre, por lo que, durante la evaluación de seguimiento se identificó que, el HA04-GDO-2022 posee las características ya mencionadas puesto que tiene acciones estructurales que no son exclusivas del proceso, así las cosas, este hallazgo se cierra.

Por último, es importante precisar que, aunque el hallazgo se cierre se realizará seguimiento para verificar el estado de avance del mismo con las unidades involucradas, una vez este hallazgo cumpla con las acciones propuestas finalizará el seguimiento.

4. Verificación Mapa de Riesgos de Gestión.

RIESGOS	CONTROLES
GDO-1	3
GDO-2	5

Se procedió a realizar el seguimiento del Mapa de Riesgos de Gestión que tiene el Proceso, encontrando que, los riesgos creados tienen la misma descripción:

GDO-1: *“Posibilidad de pérdida reputacional por deficiencias en la producción, registro, distribución de comunicaciones oficiales (documentos sin los lineamientos establecidos de acuerdo con la normatividad vigente) debido a Desconocimiento u omisión de los lineamientos y procedimientos establecidos para gestionar comunicaciones y documentos oficiales, por parte de los funcionarios, Improvisando actividades, por urgencia de trámites, Resistencia o mal uso del gestor documental”.*

GDO – 2: *“Posibilidad de pérdida Reputacional por Incorrecta gestión y aplicación del proceso técnico archivístico debido a Personal competente reducido o no idóneo para aplicar Tabla de Retención Documental -TRD en los archivos de oficina y gestión inadecuada de documentos físicos y/o electrónicos - debido a la frecuencia baja en las actividades de eliminación y/o transferencia documental, en las dependencias”.*



Analizados los riesgos de gestión del proceso se puede indicar que, es preciso evaluar la efectividad de los controles, además es importante indicar que, dentro del seguimiento realizado por parte de la Oficina de Control Interno no fue posible identificar la actualización de los procedimientos PRO-GDO-001 Producción de documentos físicos y electrónicos, PRO-GDO-002 Procedimiento distribución y envío de registros y PRO-GDO-005 Recepción y trámite documental físicos y electrónicos, los cuales pueden ser vistos en el siguiente enlace:

<https://upedagogicanacional.isolucion.co/Documentacion/frmListadoMaestroDocumentos.aspx>

Apoyo Administrativo-Gestión Documental	PRO-GDO-001	Producción de Documentos Físicos y Electrónicos	Procedimiento	3	27/jul/2020	SANDRA DOLLY PALACIOS GARCIA	YANETH ROMERO COCA	27/jul/2020	Equipo de trabajo Gestión Documental	Equipo de trabajo Gestión Documental
Apoyo Administrativo-Gestión Documental	PRO-GDO-002	Distribución y Envío de Registros	Procedimiento	3	04/nov/2020	SANDRA DOLLY PALACIOS GARCIA	YANETH ROMERO COCA	04/nov/2020	Equipo de trabajo Gestión Documental	Equipo de trabajo Gestión Documental
Apoyo Administrativo-Gestión Documental	PRO-GDO-003	Control de Registros	Procedimiento	6	17/sept/2019	SANDRA DOLLY PALACIOS GARCIA	YANETH ROMERO COCA	17/sept/2019	Equipo de trabajo Gestión Documental	Equipo de trabajo Gestión Documental
Apoyo Administrativo-Gestión Documental	PRO-GDO-005	Recepción y trámite documental físicos y electrónicos	Procedimiento	2	27/jul/2020	SANDRA DOLLY PALACIOS GARCIA	YANETH ROMERO COCA	27/jul/2020	Equipo de trabajo Gestión Documental	Equipo de trabajo Gestión Documental

Procedimientos que también se revisaron en el aplicativo de Isolución/ Documentos/ Solicitud de documentos en el siguiente enlace: <https://upedagogicanacional.isolucion.co/Documentacion/frmSolicitudDocumentalNew.aspx> y en el cual no se observó la solicitud de modificaciones que se especifica de acuerdo con las evidencias aportadas.

Finalmente, se indica al proceso revisar cuáles son las evidencias pertinentes para cada riesgo, que efectividad tienen los controles, y la eficacia que tiene la periodicidad de los seguimientos para cada uno. La Oficina de Control Interno concluye que de acuerdo con la información aportada no es posible determinar si se materializaron los riesgos para la vigencia evaluada.

Conclusiones y Recomendaciones:

Los resultados del plan de acción, plan de mejoramiento y mapa de riesgos de gestión fueron corroborados mediante las evidencias aportadas por el proceso. Asimismo, se valora altamente la disposición y colaboración demostrada para atender este seguimiento, un aspecto relevante para la Oficina de Control Interno.

El cumplimiento global de las acciones del plan de mejoramiento alcanzó el 50%. Asimismo, el plan de acción presenta un avance del 54%. Aunque estos resultados reflejan un esfuerzo significativo, es crucial evaluar las causas que impidieron alcanzar el cumplimiento en las acciones. Identificar estos factores permitirá implementar estrategias más efectivas en el futuro y garantizar una mayor eficacia.



Por una
Convivencia
induyente y en paz.



Por otro lado, se invita al proceso evaluar la posibilidad de anular o reformular el riesgo número 2, es importante verificar que tan pertinente es tener dos riesgos con las mismas características, adicional, se sugiere al proceso revisar la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas en su última versión con apoyo de la Oficina de Desarrollo y Planeación.

Se sugiere a todo el equipo de trabajo del proceso gestionar las acciones y actividades necesarias para garantizar el cumplimiento de la meta-producto en los tiempos establecidos en el plan de acción y mejoramiento.

Finalmente, se recomienda priorizar los esfuerzos en beneficio de favorecer el seguimiento y la medición a la hora de evaluar el avance de cumplimiento, para de este modo generar acciones que conlleven a alcanzar los objetivos esperados.

Cordialmente,

YESID HERNANDO MARÍN CORBA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: Yanneth Milena Guaca Arias
Fecha: 09/08/2024

Aprobó: Yesid Hernando Marín Corba
Fecha:
OCI/240