



**Personería  
de Itagüí**

**Hechos para tus derechos**



821101200600113

101.

Itagüí, 12 de Octubre del 2021

Doctor  
**JHON JAIRO CHICA SALGADO**  
**LINA MARCELA CANO HOYOS**  
Personero Municipal y Secretaria General  
Personería Municipal  
Itagüí.

Asunto: Informe Final Auditoría del proceso Gestión Documental.

De manera respetuosa y de acuerdo a las funciones establecidas mediante la Ley 87 de 1993, los roles definidos en el Decreto 648 de 2017 y al Plan Anual de Auditorías aprobado para la presente anualidad, me permito hacer entrega del informe DEFINITIVO de la Auditoría que se adelantó al proceso de Gestión Documental.

Espero se adelanten las acciones necesarias para mejorar la gestión del proceso y se suscriba el Plan de Mejoramiento para la no conformidad. Igualmente solicito se publique en la Página Web de la Entidad.

Atentamente,


**EMILSEN VARGAS MARIN**  
Jefe de la Oficina de Control Interno.

Centro Administrativo Municipal de Itagüí (CAMI)  
Cra. 51 # 51-55 - Edificio Judicial, piso 5  
Tel: 376 48 84 - [info@personeriaitagui.gov.co](mailto:info@personeriaitagui.gov.co)  
[www.personeriaitagui.gov.co](http://www.personeriaitagui.gov.co)



SC - CER427866



 <b>Personería de Itagüí</b>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	<b>Código: FEM-09</b>
		<b>Versión: 03</b>
		<b>Fecha: 19/03/2020</b>

<b>PROCESO AUDITADO:</b>	<b>GESTION DOCUMENTAL</b>
--------------------------	---------------------------

<b>PROCEDIMIENTOS AUDITADOS</b>	<b>FECHA DE LA AUDITORIA</b>
PGD-01 al PGD-05.	SEPTIEMBRE 28 DE 2021
<b>AUDITOR LIDER</b>	<b>EQUIPO AUDITOR</b>
Emilsen Vargas Marín	Emilsen Vargas Marín
<b>AUDITADO:</b>	
Líderes del Proceso Gestión Documental <b>LINA MARCELA CANO HOYOS</b>	

<b>OBJETIVO DE LA AUDITORIA</b>
Evidenciar la implementación y administración de los riesgos, el control y la gestión de la entidad en el proceso de Gestión Documental.
<b>ALCANCE DE LA AUDITORIA</b>
Aplica a todos los procesos de la Personería Municipal de Itagüí para los sistemas de Gestión de la Calidad y Control Interno. Enero a Septiembre de 2021
<b>DOCUMENTOS DE REFERENCIA (CRITERIOS DE AUDITORIA)</b>
(Leyes, Normas, ISO 9001, GP 1000., MECI, Política y Objetivos de Calidad, Manual de Calidad, caracterización, procedimientos y documentos asociados al proceso, reglamentación vigente, procedimientos, objetivo, alcance y criterios definidos)

<b>RESUMEN DE LA AUDITORIA:</b>
<p>En cumplimiento al Programa de Auditoría elaborado y aprobado para la vigencia 2021, la Oficina de Control Interno presenta el informe final de la Auditoría al proceso de Gestión Documental.</p> <p>Se utilizó la observación descriptiva como primera herramienta para evidenciar y examinar la información generada en la Entidad.</p> <p>La entrevista se utilizó para indagar sobre los procesos desarrollados por las personas encargadas, para el buen manejo proceso y procedimientos llevados a cabo en el área de archivo- Gestión Documental.</p> <p><b>1. Conceptos Básicos de Gestión Documental:</b></p> <p>1.1 Disposición Final: posterior a su valoración se fijan los plazos de transferencia, acceso, conservación final y eliminación de los documentos.</p> <p>1.2 Inventario Documental: El inventario documental, permite controlar la producción documental, existencia física y transferencias en cada fase del archivo (Gestión, Central e Histórico) para que en el evento de presentarse novedades administrativas como traslados, retiros, fusión de dependencias o supresión de la entidad, se cuente con la documentación</p>



debidamente organizada e inventariada facilitando así las entregas oportunas.

1.3 La política archivística comprende dos aspectos: La Gestión Documental y La Administración de Archivos de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación.

- I. Elaboración del Programa de Gestión Documental
- II. Elaboración de las Tablas de Retención Documental
- III. Elaboración de Inventarios Documentales
- IV. Reconocimiento de Procesos Archivísticos y Ciclo Vital de Documentos

## **2. ANÁLISIS DE INDICADORES Y HERRAMIENTAS GERENCIALES DE SEGUIMIENTO:**

A continuación, se plasman las observaciones de la revisión de las principales fuentes de mejoramiento de la Personería.

### **2.1 TABLERO DE INDICADORES:**

De acuerdo a la revisión realizada al tablero de indicadores, en lo referente al proceso de Gestión Documental se realizan las siguientes observaciones.

#### **2.1.1 PRIMER INDICADOR:**

El primer indicador de esta área es "Custodia de información magnética (copias de seguridad)", el cual suscribió el siguiente indicador para realizar su seguimiento "Nro. Documentos a respaldar en backups / Nro. documentos respaldados en backups \*100", sin embargo al realizar una revisión al seguimiento realizado por el responsable del proceso menciona lo siguiente "Para el mes de enero de 2021, toda la información se encuentra protegida día a día con los backups programados para todas las carpetas, PQRS incluso para la carpeta pública", este mismo comentario se repite para cada mes, teniendo en cuenta lo mencionado por el área en el seguimiento se puede evidenciar que existe una debilidad en la interpretación del indicador. Ya que el indicador fue creado para tener evidencia del número de documentos respaldados en Backup, y de la manera como se diligencia no menciona nada concreto, esta falencia se presentó en la pasada auditoría realizada en el 2020, de la misma manera quedó en plan de mejoramiento.

#### **2.1.2 SEGUNDO INDICADOR:**

El segundo indicador es "Direccionamiento de la Correspondencia", este indicador presenta valga la redundancia el siguiente indicador "Nº de Documentos direccionados / Nº de documentos recibidos por los usuarios X 100", con respecto a este indicador, se verifica que se realizó el seguimiento de manera correcta teniendo en cuenta el indicador planteado.





### 2.3 MAPA DE RIESGOS:

Uno de los riesgos descritos de este proceso es "Perdida de información" riesgo No 46, para el cual se tiene diseñado el siguiente indicador para realizar su seguimiento "Nº de documentos recuperados y entregados para consulta /Nº de documentos solicitados\*100, se evidencia que el seguimiento con corte a febrero, abril y junio no se tiene en cuenta el indicador para realizar el seguimiento, a continuación se copia textualmente lo expresado en el seguimiento.

.28/02/2021. No se ha materializado el riesgo, ya que se cuenta con custodia de los documentos y un control efectivo de sus consultas.

30/04/2021. No se ha materializado el riesgo, debido al control existente de los documentos que se tienen en el archivo central y a los términos para dicha consulta.

30/06/2021. No se ha materializado el riesgo ya que se tiene control estricto de los documentos en custodia y de los préstamos de carpetas, que para el bimestre es más bien poco el flujo de consultas.

A continuación se adjunta pantallazo del seguimiento en este riesgo.

TRATAMIENTO DEL RIESGO							
Opcion de Manejo	Acciones	Registros (Evidencias)	Responsable	Indicador	Meta	Cronograma de Seguimiento	Seguimiento
Reducir el Riesgo	Revisión y recuperación de los documentos prestados con el formato del SGC guía de afuera	Formato Guía de afuera (FGD 08), levantar actas en aquellos eventos que requieran documentos de consultas (actos administrativos, consecutivos)	Secretaria General	Nº de documentos recuperados y entregados para consulta /Nº de documentos solicitados*100	100%	Bimestral	28/02/2021. No se ha materializado el riesgo, ya que se cuenta con custodia de los documentos y un control efectivo de sus consultas. 30/04/2021. No se ha materializado el riesgo, debido al control existente de los documentos que se tienen en el archivo central y a los términos para dicha consulta. 30/06/2021. No se ha materializado el riesgo ya que se tiene control estricto de los documentos en custodia y de los préstamos de carpetas, que para el bimestre es más bien poco el flujo de consultas.

### 3.SEGUIMIENTO LEY DE TRANSPARENCIA

Dentro del seguimiento a la Ley de transparencia Ley 1712 de 2014, se verificó la resolución 3564 de 2015, la cual menciona los estándares mínimos de publicación, a continuación copio textualmente de la resolución 3564 ,lo relacionado con gestión documental, como se puede

ver en los numerales 10.5 y 10.6:

#### 1.1.1.1 10. Instrumentos de gestión de información pública

Contiene los instrumentos y mecanismos para la gestión de la información pública, establecidos en la Ley 1712 de 2014 y de manera específica, en el artículo 2.1.1.5.1 del Decreto número 1081 de 2015.

A partir de los parámetros allí establecidos, los sujetos obligados deben publicar en la página principal de su sitio web oficial, en una sección particular identificada con el nombre de "Transparencia y acceso a información pública", la siguiente información:

10.1. La información mínima requerida a publicar de que tratan los artículos 9o, 10 y 11 de la Ley 1712 de 2014. Cuando la información se encuentre publicada en otra sección del sitio web o en un sistema de información, los sujetos obligados deben identificar la información que reposa en estos y habilitar los enlaces para permitir el acceso a la misma.

10.2. Registro de Activos de Información.

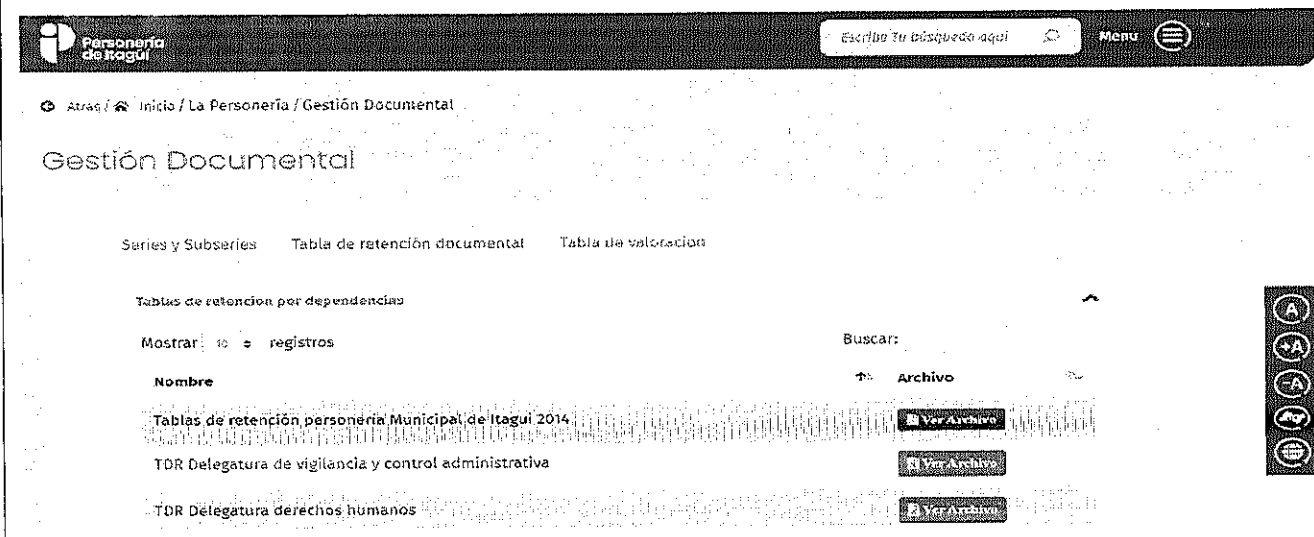
10.3. Índice de Información Clasificada y Reservada.

10.4. Esquema de Publicación de Información.

10.5. Programa de Gestión Documental.

10.6. Tablas de Retención Documental.

Una vez verificada la página web, se evidenció que el programa de Gestión Documental no se encuentra publicado y por otra parte las tablas de retención documental que se encuentran publicadas son del año 2014 como se evidencia pantallazo a continuación.





**Personería  
de Itagüí**

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**

Código: FEM-09

Versión: 03

Fecha: 19/03/2020



República de Colombia  
Departamento de Antioquia  
**PERSONERÍA MUNICIPAL DE ITAGÜÍ**  
TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL  
NOVIEMBRE 2014

República de Colombia	SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	RETENCIÓN EN AÑOS		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTO
		Archivo Gestión	Archivo Central	CT	S	E	M/D	
1000								
1000.04								
1000.04.01	CIRCULARES EXTERNAS	2	0			X		Una vez cumplido el tiempo de retención en el archivo de gestión, eliminar porque no tiene valor para la institución
1000.04.02	CIRCULARES INFORMATIVAS	2	0			X		Una vez cumplido el tiempo de retención en el archivo de gestión, eliminar porque no tiene valor para la institución
1000.04.03		2	20	X				Una vez cumplido el tiempo de retención en el archivo central, transferir al archivo histórico por que posee valores secundarios para la Institución.

Convenciones:

CT = Conservación Total  
E = Eliminación  
M/D = Microfilmación o Digitalización  
S = Selección

Firma Responsable Oficina

Firma Responsable Archivo

Acta Comité de Archivo No. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Personería de Itagüí**  
Hechas para sus derechos.

TABLA DE VALORACIÓN DOCUMENTAL  
PERSONERÍA MUNICIPAL DE ITAGÜÍ  
FONDO 2 DESDE 1999 HASTA 2009

ENTIDAD PRODUCTORA: PERSONERÍA MUNICIPAL DE ITAGÜÍ

UNIDAD ADMINISTRATIVA: CONTROL INTERNO

CÓDIGO	SERIES O ASUNTOS	RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS
		ARCHIVO CENTRAL	CT	E	M/D	S	
1500 01	CORRESPONDENCIA	5		X	X		
1500 02	CORRESPONDENCIA						Digitalizado, conservar en soporte paper posee valores secundario (investigación, científico y cultural)
1500 01 01	COMUNICACIONES ENVIADAS	2		X	X		Digitalizado, eliminar no posee valores primarios ( administrativos, legal, Fiscal, Contable o tecnico)
1500 01 02	COMUNICACIONES RECIBIDAS	2		X	X		Digitalizado, eliminar no posee valores primarios ( administrativos, legal, Fiscal, Contable o tecnico)

CONVENCIONES

CT: CONSERVACIÓN TOTAL  
E: ELIMINACIÓN  
M/D: MICROFILMACIÓN U OTRA TECNOLOGIA ACEPTADA  
S: SELECCIÓN

FIRMA DE APROBACION:

APROBADA EN ACTA Nº \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**3.1 SEGUIMIENTO LINK TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA:**

En seguimiento realizado al link de transparencia en lo que respecta con Gestión Documental, al dar clic en programa de gestión documental lo lleva a un sitio llamado series y subseries, es decir no se cuenta con la publicación del programa de Gestión documental. A continuación se adjunta pantallazo de este link.



Estructura Orgánica y Talento Humano



Información de Interés



Instrumentos de Gestión de Información Pública



Costos de Reproducción de Información

Índice de Información Clasificada y Reservada

Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Solicitudes de Acceso a la Información

Presentar Peticiones, Quejas o Reclamos

Programa de Gestión Documental

Registro de Activos de Información

Registro de Publicaciones

Solicitudes de información pública

Esquema de publicación Web

#### 4. REVISIÓN DOCUMENTO PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO PINAR:

El Plan institucional de archivos es uno de los instrumentos más importantes en el proceso de gestión documental, ya que como su nombre lo indica, es el que permite y facilita la planificación de las estrategias, y la administración de documentos a corto, mediano y largo plazo, con el fin de facilitar y ejecutar la gestión de forma eficiente y regulada.

En sí, el PINAR es una herramienta en la que se registran los procesos de gestión a seguir, teniendo como base los puntos de mejora, las necesidades y las dificultades que presente la empresa. Lo anterior le permite establecer importantes componentes y propiedades que permiten el desarrollo estratégico del macro proceso de gestión de datos e información, por ello:

Debe ser aplicado a todos los departamentos y a los archivos en cualquier tipo de material o formato existente.

Es el componente técnico mediante el cual se priorizan las actividades a ejecutar en los programas de gestión archivística (PGD).

Como todo plan, debe seguir una metodología basada en análisis, visión y propósitos de gestión para su formulación.

Para poder ejecutar adecuadamente el PINAR, se necesita:

Análisis actualizado de la situación financiera, administrativa, técnica y tecnológica de la entidad.

Organización por orden de prioridad de los aspectos críticos que afectan la función documental y de archivos con su correspondiente análisis de riesgos.

Redacción del direccionamiento estratégico del plan (visión, objetivos, alcance, metas, actividades, recursos y selección de responsables del proyecto).

Definición de actividades para el seguimiento, control y mejora del cumplimiento de los





**Personería  
de Itagüí**

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código: FEM-09

Versión: 03

Fecha: 19/03/2020

objetivos y metas del plan.

Ahora bien, la ejecución de un plan institucional para el tratamiento de archivos puede traer beneficios significativos para la entidad, ya que el contar con un marco de referencia para la planificación y el desarrollo de la función archivística permite el monitoreo, la coordinación y la mejora continua. (Tomado definiciones Archivo General de la Nación).

Revisando el Pinar de la entidad, se verifica que dentro del Plan estratégico institucional 2021-2024, se encuentra el programa Promoción y posicionamiento de la imagen institucional y que tiene dentro de este el indicador o producto Plan Institucional de archivo elaborado, aunque el plan tiene vigencia hasta 2024, este es un aspecto prioritario de ajustar. Dentro de la auditoría realizada, se verifica que tiene fecha de elaboración la vigencia 2018, por lo tanto se evidencia que se encuentra desactualizado, en temas como visión, organigrama, mapa de procesos, e.t.c.

De la misma manera llama la atención que en el artículo segundo se menciona que se debe publicar junto con su manual como se adjunta pantallazo de lo mencionado. Esta resolución no ha sido derogada por lo tanto se encuentra vigente.



**ARTÍCULO PRIMERO:** Adoptar el PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR de la Personería Municipal de Itagüí el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Publicar el Plan Institucional de Archivos– PINAR, con su respectivo Manual en la página web de la Entidad, según lineamientos de los Decretos 103 de 2015 y 1499 de 2017.

**ARTÍCULO TERCERO:** Asignar como responsables de la implementación del Plan Institucional de Archivos – PINAR al proceso gestión documental a cargo de la Secretaría General.

**ARTÍCULO CUARTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

  
KENY WILLER GIRALDO SERNA  
Personero Municipal

Para la construcción del PINAR se toma como base el decreto 1080 de 2015, el cual reza.

Artículo 2.8.2.5.8. Instrumentos archivísticos para la gestión documental. 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.

## **5.ASPECTOS GENERALES VERIFICADOS:**

### **5.1TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL.**

En cuanto a las Tablas de Retención Documental se verificó que mediante oficio de radicado No. 2021010174181, el Consejo Departamental de Archivo devolvió nuevamente las tablas de Retención Documental dando un plazo de 30 días calendario para realizar los ajustes necesarios para su convalidación, es de anotar que los 30 días hábiles se cumplen aproximadamente el 21 de octubre de 2021, por lo tanto se hace necesario que la Personería realice de manera efectiva los ajustes pertinentes para lograr su aprobación.

### **5.2ARCHIVO DE GESTION:**

#### **ARCHIVO DE GESTIÓN DE LA PERSONERIA UBICADO EN EL SEXTO PISO:**

En la oficina ubicada en el sexto piso de las instalaciones del Personería, se encuentra el archivo de Gestión, de acuerdo a lo evidenciado en la visita ocular, el lugar que se encuentra dotado de 3 archivadores metálicos para disponer documentos en unidades de conservación de cajas de los años 2019, 2020 y 2021;se seleccionaron aleatoriamente 2 cajas encontrando lo siguiente:

En las carpetas seleccionadas no se encuentran foliadas, los rótulos de las cajas no menciona que documentos se encuentran dentro de la caja, solo mencionan el número de la caja, Como se observa en la foto.



Personería  
de Itagüí

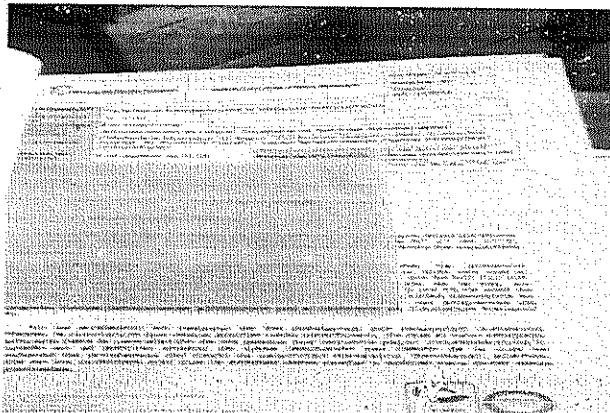
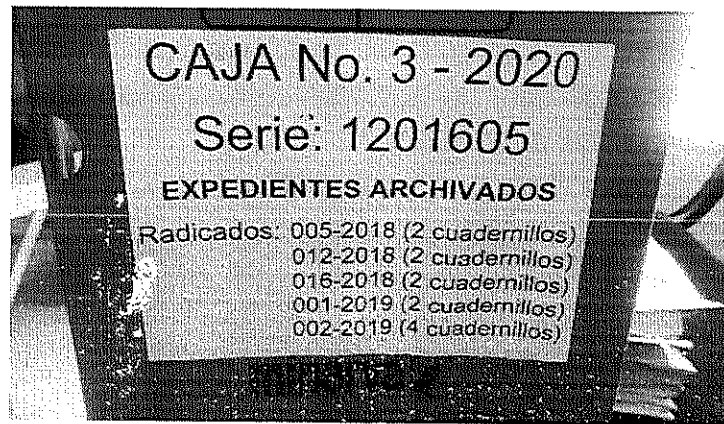
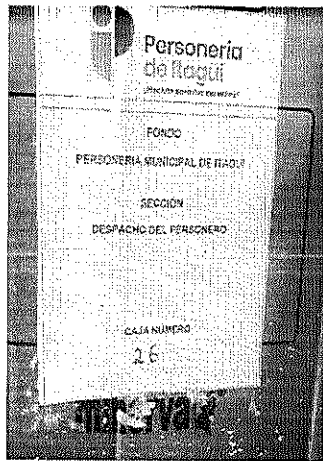
## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código: FEM-09

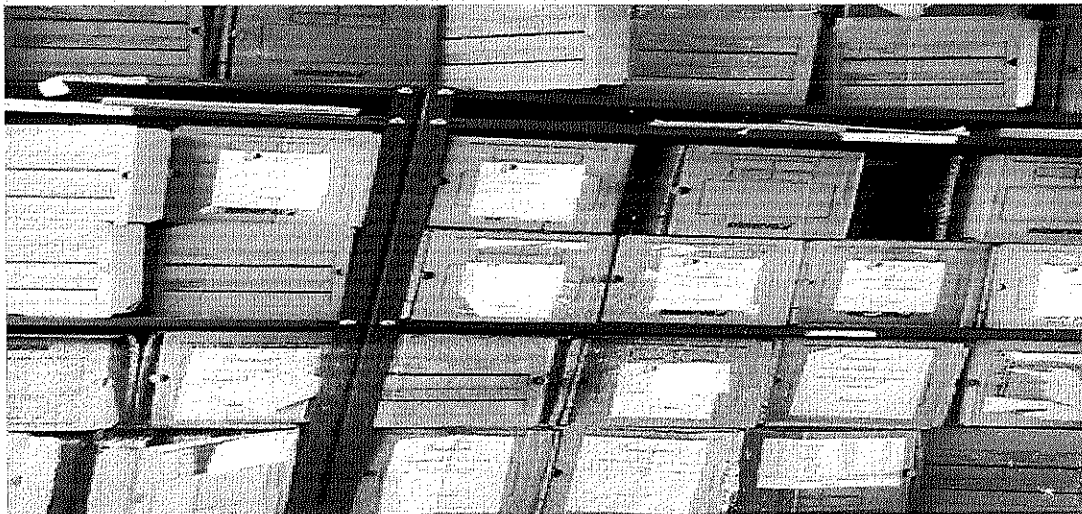
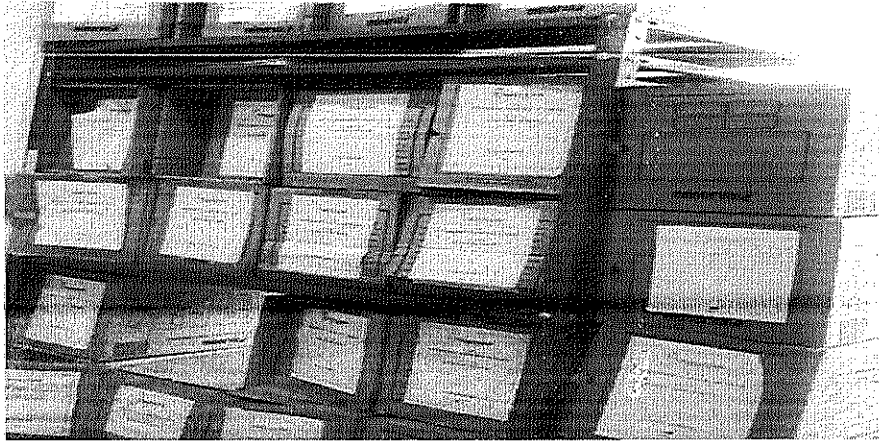
Versión: 03

Fecha: 19/03/2020

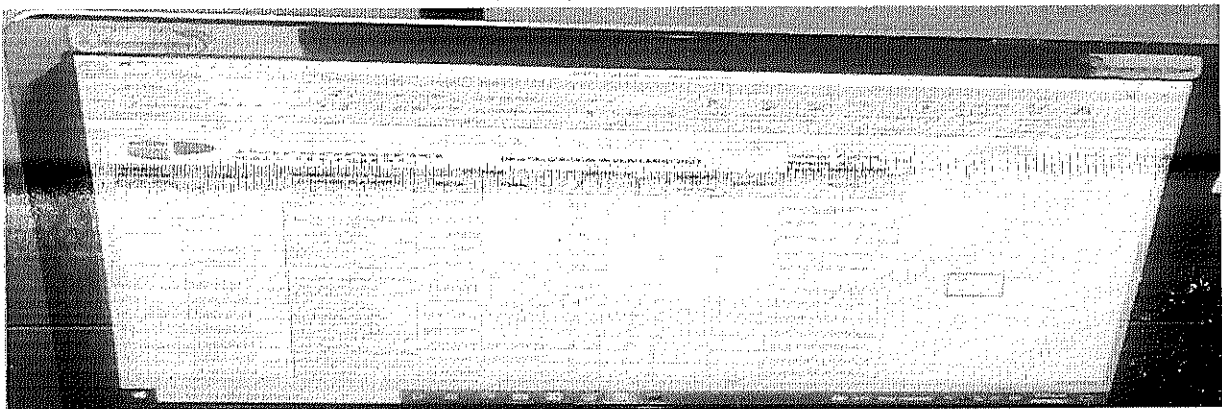
De acuerdo a lo manifestado por la auxiliar de archivo quien atendió la visita, que se viene adelantando la organización del archivo en lo que compete a foliación y organización por años, también manifiesta que está a la espera de la convalidación de las Tablas de Retención Documental para dar continuidad al proceso, se viene digitalizando los documentos lo cual permite optimizar el proceso.

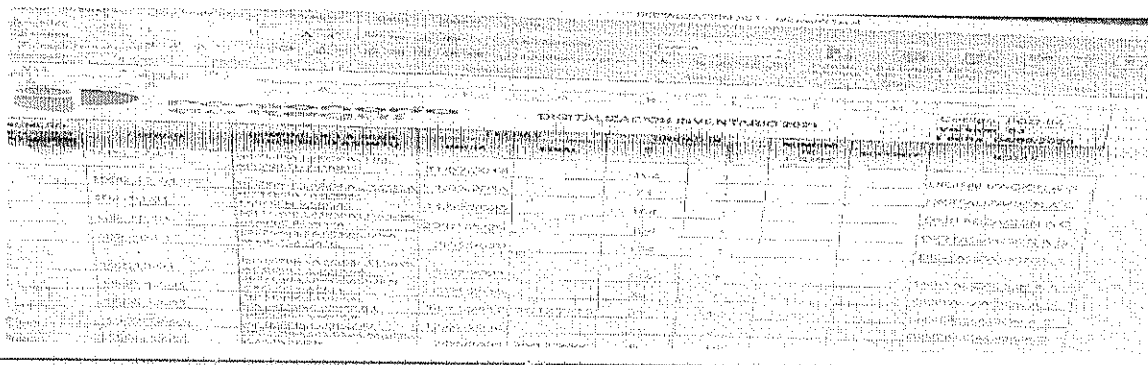


**DOCUMENTACION SIN FOLIAR:** manifiesta la entrevistada que se viene haciendo desde el año pasado ya que es demasiados documentos y se está esperando a la convalidación de las tablas para mirar que documentos se pueden eliminar y cuales conservar.



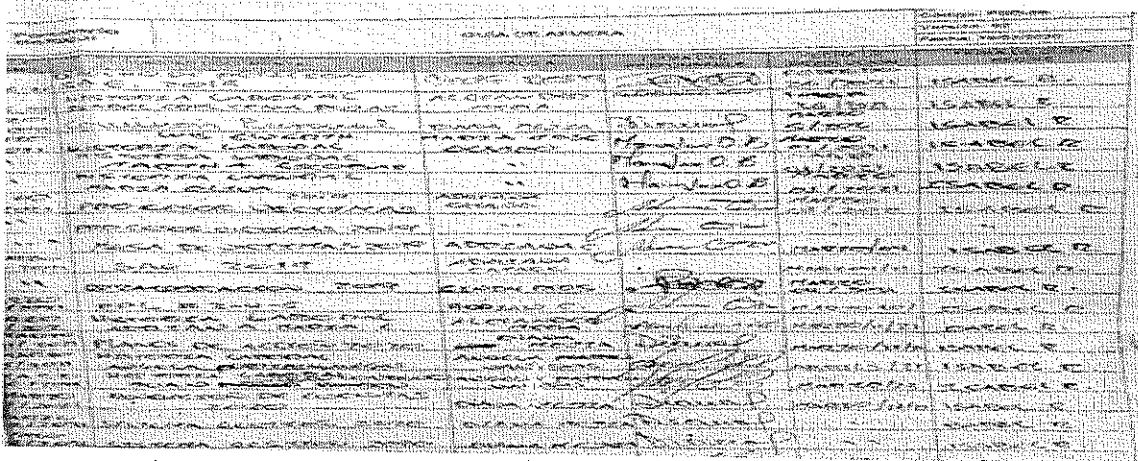
Se están actualizando estos rótulos mientras se convalida las Tablas.



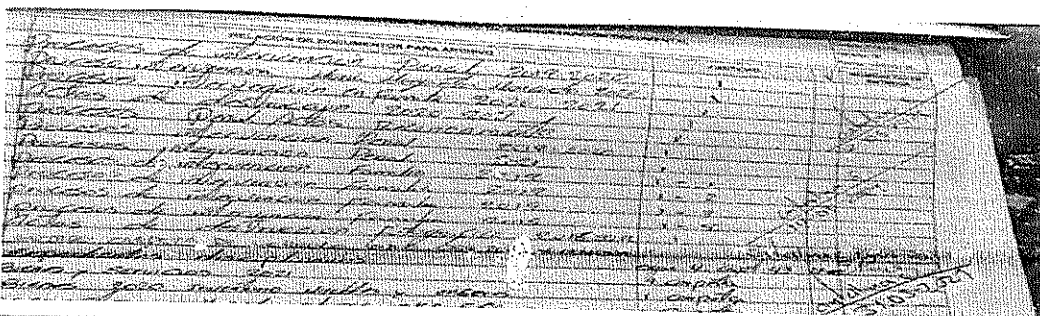


Se revisaron algunas carpetas digitalizadas que no están foliadas.

FORMATO FGD-08, este formato se está diligenciando— guía de afuera, externa, se está llevando de acuerdo al procedimiento.



FORMATO FGD-02 ENTREGA DE DOCUMENTOS – se está llevando de acuerdo al procedimiento.





Si bien no se han convalidado las tablas, pero existen unas adoptadas mediante resolución No. 038 del 27 de abril 2021. Las cuales deben servir de guía para las oficinas de modo que se utilicen sus series documentales y el tiempo de retención establecido en ellas.

### 5.3 ARCHIVO CENTRAL

La Personería posee actualmente un contrato con la firma GRM COLOMBIA S.A.S, cuyo objeto se describe como la prestación de servicios de apoyo a la gestión para apoyar a la Personería Municipal de Itagüí en el almacenamiento, custodia y consulta de archivo en su fase central e histórica.

Este depósito, está destinado como archivo central el cual cumplen con las condiciones mínimas, estipuladas por el Acuerdo 049 del 05 de mayo de 2000, del Archivo General de la Nación y los requerimientos básicos para la conservación de la documentación.

La documentación se encuentra almacenada en cajas de archivo de referencia X300, las cuales están ubicadas en estantería metálica antioxidante, cuenta con un sistema integral de seguridad para el almacenamiento y custodia de sus archivos, con monitoreo permanente, con sensores de movimiento y de de húmo.

El estado de la documentación es bueno, no se evidencian húmedas, la mayoría de documentos se encuentran clasificados y foliados, ordenados para facilitar su localización y consulta cuando la entidad los requiere.

### 5.4 VISITA DE AUDITORÍA AL ARCHIVO GIRARDOTA.

En la visita realizada el día 21 de Septiembre del 2021, en conjunto con las funcionarias encargadas del archivo de la Personería, encontramos buen Monitoreo y control de condiciones para la protección y conservación de los documentos, se definen los lineamientos para la protección y conservación de los documentos de archivo con actividades como, monitoreo de condiciones ambientales, inspección y mantenimiento de instalaciones, almacenamiento y re-almacenamiento, prevención y atención de desastres, limpieza de áreas y de documentos, control de insectos, fumigaciones todos los meses,

El estado de la documentación es bueno, no se evidencia humedad, la mayoría de documentos se encuentran clasificados y ordenados para facilitar su localización y consulta cuando la entidad los requiere, la consulta se realiza virtual mediante la aplicación EACCESS GRM, la cual es utilizada para todas las consultadas del archivo central.





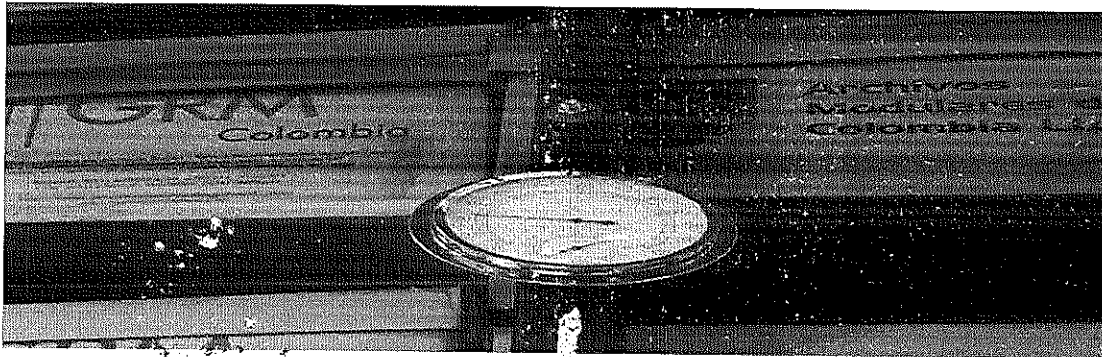
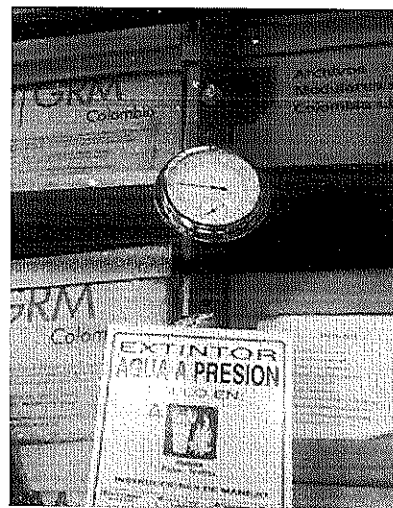
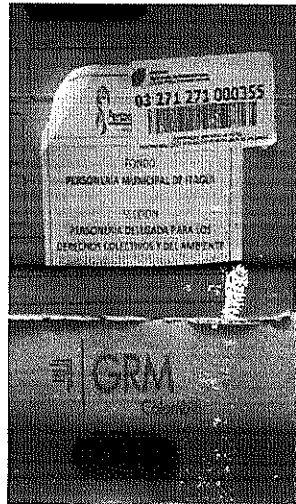
Personería  
de Itagüí

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:FEM-09

Versión: 03

Fecha: 19/03/2020



Procedimiento para la protección de la información: FORMATOPGD-03

Ejecutar plan de respaldo de la información	Ejecuta el Plan de Copias de Seguridad de la Información de acuerdo a lo establecido en el plan	se tienen dispuestas varias ubicaciones para las copias de seguridad:
---	---	---

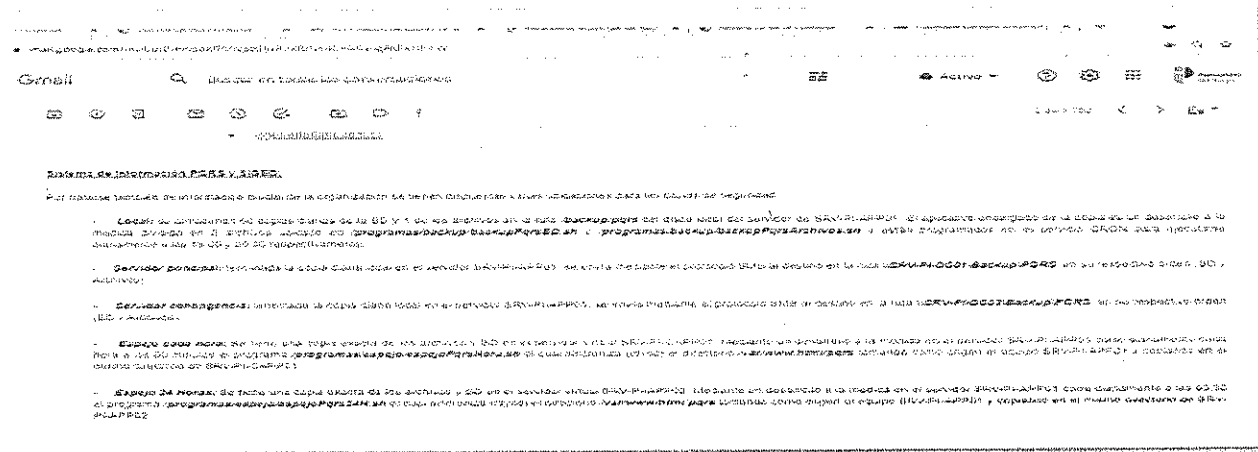
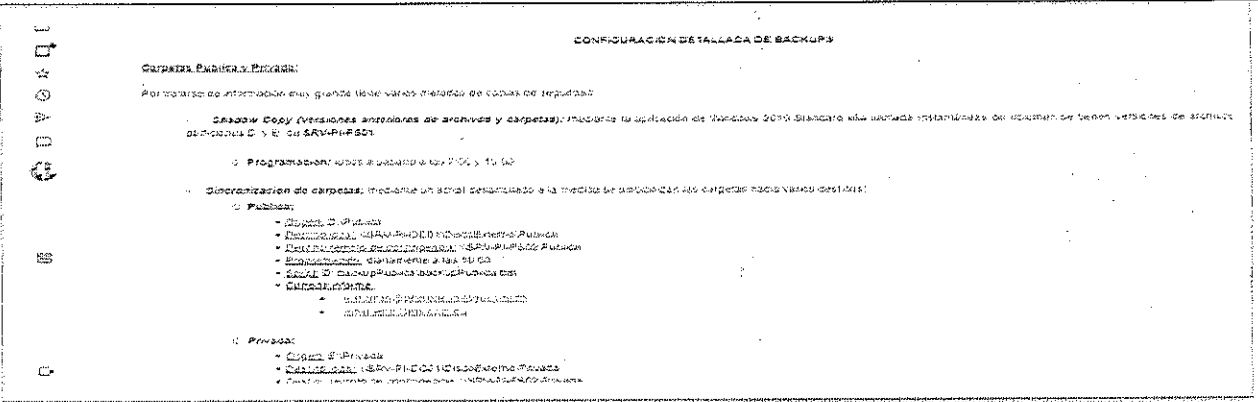


Tabla con las evidencias de las copias de seguridad de todo el año. 2021

Table with columns: CODIGO, TIPO, Fecha, Hora, Descripción, Nombre Archivo. Contains 20 rows of backup records for the year 2021.

Copia de seguridad (Backup): Copia de los datos originales que se realiza con el fin de disponer de un medio de recuperarlos en caso de su pérdida. Además permitiendo el traslado a ubicaciones distintas de la de los datos originales





4	Confirmar la información respaldada	Restauran la información respaldada en otro sitio, con el fin de garantizar que el proceso de copia de la información está operando de acuerdo a lo establecido, este paso se ejecuta de forma esporádica pues su propósito es confirmar que los respaldos están quedando bien.
5	Restaurar información respaldada	Atiende las solicitudes de recuperación de la información respaldada en caso de presentarse pérdida total o parcial de la misma, en los equipos y/o sistemas dispuestos en la Entidad.
6	Disponer y Conservar la Información Respaldada	Custodian y conservan la información respaldada, en el sitio dispuesto para ello, el cual deberá ser en un lugar externo a la Sede de la Entidad

Si bien no se han actualizado las tablas existen unas adoptadas mediante resolución No. 038 del 27 de abril 2021. Las cuales deben servir de guía para las oficinas de modo que se utilicen sus series documentales y el tiempo de retención establecido en ellas. A continuación se hace mención a los procedimientos y formatos con los que cuenta el área a la fecha.

**Procedimientos establecidos en la Entidad**

- PGD- 01 Elaboración y control de documentos Internos
- PGD -02 Procedimiento gestión Documental
- PGD – 03 Protección de información magnética
- PGD -04 Control de Registros
- PGD -05 Control de documentos externos

**FORMATOS**

- FGD-01 ENTREGA COMUNICACIONES TAQUILLA ÚNICA
- FGD-02 ENTREGA DE DOCUMENTOS AL CENTRO DE ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL
- FGD-03 REGISTRO DE COMUNICACIONES ENVIADAS EXTERNAS
- FGD-04 REGISTRO DE COMUNICACIONES RECIBIDAS EXTERNAS
- FGD-05 DEVOLUCIÓN CORRESPONDENCIA ENVIADA
- FGD-06 CONTROL DE MENSAJERÍA EXTERNA
- FGD-07 INVENTARIO ÚNICO DOCUMENTAL

- FGD-08 GUÍA DE AFUERA
- FGD-09 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS
- FGD 10 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS
- FGD-11 LISTADO MAESTRO DE REGISTROS
- FGD- 12 CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD
- FGD-13 CONTROL DE ENTREGA DE CERTIFICADOS
- FGD-14 CONTROL DE FOLIACIÓN
- FGD-15 FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL
- FGD-16 RESUMEN HISTORIAS LABORALES
- FGD – 17 TARJETA DE AFUERA HISTORIAS LABORALES
- FGD -18 PLANILLA PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS O PUBLICACIONES (MENSAJERÍA INTERNA)
- FGD-19 REGISTRO DE COMUNICACIONES ENVIADAS INTERNAS – MEMORANDOS
- FGD-20HOJA CONTROL INGRESO DOCUMENTOS
- FGD 21- INFORMACIÓN CRUZADA.

**6.SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION:**

Con respecto al plan de acción se verificaron los soportes que evidencian su cumplimiento directamente en el área. A continuación se trae un pantallazo de las acciones que conforman el plan de acción del área.

GESTIÓN Y MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL	Desarrollar una gestión institucional eficiente buscando que la Personería de Itagüí sea una entidad moderna según los requerimientos del estado, los cuales aportan coherencia con los usuarios y partes interesadas.	PROMOCIÓN Y POSICIONAMIENTO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DOCUMENTAL	Recepción, radiación, escaneo y envío de documentos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Número de documentos tramitados	Secretaría general	2021	100			
				Organizar las Historias Laborales de acuerdo a los requerimiento normativo del AGR.																Historias laborales organizadas	Secretaría general	2021	100	
				Gestionar la aprobación de las TRD y TVD por parte del concejo departamental de Archivo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	TRD y TVD actualizadas	Secretaría general	2021	100
				Difundir la importancia de la Gestión Documental													X	X	X	X	Publicaciones por parte del equipo de comunicaciones	Secretaría general	2021	100

**CONTRADICCIONES DEL AREA:**

**HALLAZGO No 1:**

**NO REALIZAN SEGUIMIENTOS A TABLERO DE INDICADORES Y MAPA DE RIESGOS TENIENDO EN CUENTA LOS INDICADORES:**

No se realiza el seguimiento de manera correcta tanto al tablero de indicadores y al mapa de riesgos ya que al verificar los seguimientos realizados por el área, en lo plasmado en la



columna de seguimiento no se tiene en cuenta el indicador, esto se describe en los numerales 2.1.1 y 2.3, este hallazgo se repite ya que en la vigencia 2020 se había dejado el mismo hallazgo.

#### **CONTRADICCIÓN RESPUESTA No 1:**

El presente Hallazgo se acepta pero en virtud del desarrollo de una auditoría de calidad se denomina No Conformidad porque se evidencia el incumplimiento de la Norma, ya que la naturaleza de la auditoría es de gestión mas no de calidad, es decir estaríamos ante un incumplimiento de la gestión más no de la norma de calidad.

En este orden de ideas es obligación del auditor referenciar la norma a la cual no se le da cumplimiento.

#### **ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN DE LA RESPUESTA DEL ÁREA:**

Ante la respuesta dada por el área es necesario precisar lo mencionado en la guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas , versión 4, de Julio de 2020, la cual a continuación copio textualmente algunos numerales:

#### **GUÍA DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS PARA ENTIDADES PÚBLICAS 1.6. EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y SU RELACIÓN CON OTRAS POLÍTICAS O SISTEMAS DE GESTIÓN APLICABLES AL SECTOR PÚBLICO**

Teniendo en cuenta que las entidades deben dar cumplimiento a la implementación de políticas públicas, requerimientos, metodologías y otros sistemas de gestión bajo la estructura de normas técnicas específicas basadas en estándares internacionales, como son la Norma ISO9001:2015 y aquellos que estén relacionados con los sistemas de acreditación en educación y salud. Al respecto se debe señalar que este escenario exige de un trabajo interdisciplinario y articulado por parte de los líderes de estos tales sistemas para facilitar su incorporación en aquellos aspectos comunes con la estructura definida en el modelo integrado de planeación y gestión MIPG y con los atributos de calidad definidos en cada una de las dimensiones de dicho modelo. De este modo, la articulación en materia de control interno significa la presencia y funcionamiento de los componentes del sistema de control interno en todas las demás dimensiones de MIPG, así como en la implementación de los requerimientos de otros sistemas como los indicados anteriormente.

Cabe señalar que, atendiendo el esquema de líneas de defensa, el monitoreo o supervisión continua se puede ejecutar en el día a día de la gestión institucional a través de los controles de gerencia operativa (primera línea de defensa), labores de autoevaluación (segunda línea de defensa) y/o con evaluaciones periódicas independientes (auditorías). El propósito es valorar lo siguiente:  La efectividad del control interno de la entidad pública.  La eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.  El nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos.  Los resultados de la gestión. Lo anterior, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública. Acorde con lo anterior, la segunda línea de defensa tiene como objetivo principal asegurar que la primera línea esté diseñada y que opere de



manera efectiva, es decir, que las funciones de la segunda línea de defensa informan a la Alta Dirección y/o son parte de esta y generan información clave para la toma de decisiones, en este caso se tratará de seguimientos evaluaciones en fechas o con periodicidades distintas respecto de los seguimientos y evaluaciones de la tercera línea de defensa.

En consecuencia, es posible afirmar que las evaluaciones a sistemas de gestión bajo normas o estándares internacionales hacen parte de la segunda línea de defensa, por lo que deberán existir responsables o líderes internos, quienes deben definir su estructura, formas de evaluación y mecanismos que permitan contar con información confiable que facilite la toma de decisiones tanto a la primera línea de defensa como a la línea estratégica. A continuación se presentan dos alcances de las competencias de la Oficina de Control Interno frente a la segunda línea de defensa, en tanto es la encargada de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles (artículo 9º de la Ley 87 de 1993):

1. Atendiendo a las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna, la Oficina de Control Interno debe coordinar la programación general de las auditorías, a fin de contar con un panorama completo de los procesos auditores que se llevarán a cabo durante la vigencia, lo que implica una coordinación de las fechas y tiempos en los que estos se ejecutarán; de tal forma que no se presenten auditorías simultáneas a un mismo proceso o dependencia por parte tanto de los líderes de los sistemas de gestión bajo normas internacionales como de la Oficina de Control Interno.

Por tratarse de un ejercicio relacionado con la 2ª línea de defensa, la ejecución de las auditorías a sistemas de gestión bajo normas o estándares internacionales le corresponderá llevarlas a cabo autónomamente a los líderes en los diferentes ámbitos (calidad, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, entre otros) con los auditores formados en dichos temas, para ello, deben verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas técnicas aplicables a los atributos de calidad establecidos en el MIPG, además de los otros aspectos que se consideren necesarios para una evaluación adecuada. Como complemento, será relevante que para los cierres de informe definitivo se reúnan y analicen los hallazgos comunes encontrados en las auditorías a normas o estándares internacionales versus los hallazgos de auditorías de la Oficina de Control Interno en el marco del MIPG, esto le permitirá racionalizar los planes de mejoramiento requeridos y evitará una carga excesiva para los procesos o áreas auditadas. Finalmente, debe establecer conclusiones integrales de los temas auditados y suministrar al representante legal y sus líderes un panorama claro en temas e información clave para la toma de decisiones.

Por lo tanto, la coordinación que ejerce el jefe de control interno, o quien haga sus veces en cada entidad, se dará con el apoyo de los líderes de cada uno de los sistemas de gestión que se tengan implementados y las demás instancias de la segunda línea de defensa que identifiquen.

2. La Oficina de Control Interno es control de controles (tercera línea de defensa), por lo tanto, deberá evaluar el ejercicio efectuado por la segunda línea de defensa, dichas evaluaciones podrán variar en alcance y frecuencia, dependiendo de la importancia del riesgo, de su respuesta y de los resultados de las continuas evaluaciones o autoevaluaciones en las materias que correspondan (calidad, seguridad y salud en el trabajo, seguridad de la información, ambiental).



En la caja de herramientas de la presente guía se incluye un cuadro que desarrolla la articulación entre el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015, denominada matriz articulación MIPG ISO 9001, esta matriz permitirá a aquellas entidades que cuentan con sistemas de gestión bajo dicho estándar adelantar un adecuado análisis desde las dimensiones y políticas del MIPG y la forma como se cumple con los requisitos de dicha norma en el marco del MIPG

En el mismo documento se menciona:

### 2.3.5 Desarrollo de observaciones

En qué consiste? También denominados hallazgos, son el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio establecido y la situación actual encontrada durante el examen a una actividad, procedimiento o proceso.

La Oficina de Control interno observa con gran preocupación que el área no acepta que en dos auditorías internas realizadas al proceso de gestión documental 2020 y 2021, no se realice de manera correcta la interpretación de un indicador, es decir durante prácticamente un año no se ha logrado realizar los seguimientos tanto al tablero de control, como al Mapa de Riesgos de manera correcta. Esto hace referencia al indicador plasmado en el documento, el cual tiene un fraccionario, es decir un numerador y un denominador.

Tanto el tablero de Indicadores como el Mapa de Riesgos son dos herramientas valiosas para que cualquier entidad alcance los objetivos de una manera correcta, ya que el tablero de indicadores se elaboró para que de acuerdo a los resultados obtenidos al realizar el seguimiento de acuerdo a los indicadores suscritos para cada proceso la entidad tome decisiones y evalúe la gestión, de la misma manera se ha visto uno de los componentes más importantes del MIPG, es que las entidades enfoquen su gestión en el control y reducción de los riesgos, teniendo controles efectivos. Por lo tanto, se reitera que los seguimientos a estas herramientas son de vital importancia realizarlos de manera correcta.

En cuanto a lo manifestado por el área de que si es una auditoría de gestión o si es una auditoría de calidad, que si es de gestión no se acepta la falencia y que si es de calidad si o viceversa, le manifiesto que una de las principales razones de la Implementación del MIPG en todo el territorio colombiano fue el de unir al sistema de gestión con planeación y control interno y los sistemas existentes dependiendo de la entidad, por lo tanto las entidades deben tener presente dentro del MIPG, se debe verificar todo en conjunto, por ejemplo en este presente caso, tanto el Tablero de indicadores y el Mapa de Riesgos fueron creados con el aval de la oficina de calidad, cuentan con un código dentro del control de documentos, es inevitable verificarlos sin tener en cuenta que son relevantes para la implementación del MIPG. Esto se puede ver en lo plasmado al principio del análisis de la respuesta de la contradicción en lo mencionado en la guía de auditoría interna basada en riesgos.



A continuación nuevamente con el fin de que el área verifique y se cerciore que al no realizar un seguimiento de manera correcta de los documentos en mención está realizando una labor con falencias.

### PROCESO PPI-04 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE RIESGOS

A continuación se pega pantallazo de lo mencionado en el proceso PPI-04

9	Realizar seguimiento a los riesgos	Hacen seguimiento a la gestión de riesgo de acuerdo a la periodicidad establecida y a las solicitudes realizadas por la alta dirección, y/o por el jefe de control interno, Se debe evaluar el cumplimiento en la ejecución de las acciones y la efectividad de las mismas. <b>Nota:</b> Se recomienda que este tema sea parte integral de los puntos de revisión periódica del equipo SIG en sus reuniones. Anualmente la coordinación del Sistema Integrado de Gestión con los líderes de procesos revisa y actualiza, si se requiere, la identificación de los riesgos desde el contexto estratégico y los mapas de riesgos por procesos y el institucional.	Líderes de Procesos, grupo de apoyo	FPI-04 Mapa de riesgos
---	------------------------------------	---	-------------------------------------	------------------------

### FPI-03 TABLERO DE INDICADORES:

De la misma manera se presenta pantallazo del tablero de indicadores, al cual se le deben realizar seguimientos de manera correcta.



Personería  
de Itagüí

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código: FEM-09

Versión: 03

Fecha: 19/03/2020



Personería  
de Itagüí

### TABLERO DE INDICADORES

Código: FPI-03

Versión: 02

Fecha: 19/03/2020

PROCESO	INDICADOR	OBJETIVO	TIPO	FÓRMULA	FUENTE	TENDENCIA	ESCALA DE MEDICIÓN	META	PERIODO DE MEDICIÓN
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL									
ATENCIÓN AL CIUDADANO									
PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS COLECTIVOS Y DEL AMBIENTE									
VIGILANCIA ADMINISTRATIVA Y DE LA CONDUCTA OFICIAL									
INTERVENCIÓN EN PROCESOS PENALES Y DE FAMILIA									
CONVIVENCIA CIUDADANA									
GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN									
GESTIÓN DOCUMENTAL									
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS									

**DEFINICIONES:** A continuación traigo algunas definiciones de relevancia.

**DEFINICION NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito

En el caso de una auditoria a un sistema de gestión, se trata de un incumplimiento de un requisito de la norma de sistema de gestión.

### Requisito

tal Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad cuando una organización: a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones, sin importar su tipo o tamaño, o los productos y servicios suministrados. **NOTA 1** En esta Norma Internacional, los términos "producto" o "servicio" se aplican únicamente a productos y servicios destinados a un cliente o solicitados por él. **NOTA 2** El concepto que en la versión en inglés se expresa como "statutory and regulatory requirements" en esta versión en español se ha traducido como requisitos legales y reglamentarios. La adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible. Los beneficios potenciales para una organización de implementar un sistema de gestión de la calidad basado en esta Norma Internacional son: a) la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; b) facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente; c) abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos; d) la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados. Esta Norma Internacional puede ser utilizada por partes internas y externas.



No es la intención de esta Norma Internacional presuponer la necesidad de: - uniformidad en la estructura de los distintos sistemas de gestión de la calidad; - alineación de la documentación a la estructura de los capítulos de esta Norma Internacional; - utilización de la terminología específica de esta Norma Internacional dentro de la organización. Los requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados en esta Norma Internacional son complementarios a los requisitos para los productos y servicios. Esta Norma Internacional emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar- Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos. El enfoque a procesos permite a una organización planificar sus procesos y sus interacciones. El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.

Definiciones tomadas de los siguientes documentos en los enlaces dados a continuación.

<https://tienda.icontec.org/gp-sistemas-de-gestion-de-la-calidad-requisitos-ntc-iso9001-2015.html>

[https://www.icontec.org/wp-content/uploads/2019/08/DOC-Plan\\_accion\\_no\\_conformidad.pdf](https://www.icontec.org/wp-content/uploads/2019/08/DOC-Plan_accion_no_conformidad.pdf)

Las anteriores definiciones nos muestran que los sistemas de control interno y sistema de gestión de la calidad propenden con el mejoramiento de las entidades.

Por lo descrito anteriormente se confirma el hallazgo de tipo administrativo.

## HALLAZGO No 2

### FALENCIAS EN EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO:

Revisando el plan de mejoramiento se evidencia que el área de Gestión Documental presenta 6 acciones abiertas, una acción desde la vigencia 2018, permanece abierta, de la misma manera se evidencia que la acción No 5 no presenta seguimiento alguno desde su suscripción de octubre 12 de 2020, es decir 11 meses después, ya que se encuentra en blanco la columna indicada para este fin. Lo anterior se describe en el punto 2.2 de la presente auditoría.

### CONTRADICCIÓN RESPUESTA No 2:

Se acepta en disposición de observación mas no de No conformidad porque no hay incumplimiento de norma.

### ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN DE LA RESPUESTA DEL ÁREA:

En cuanto a lo manifestado por el área mencionando que no hay incumplimiento de norma, es decir, que el haber dejado 11 meses una acción del plan de mejoramiento sin realizar un





**Personería  
de Itagüí**

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

**Código: FEM-09**

**Versión: 03**


**Fecha: 19/03/2020**


solo seguimiento no está violando absolutamente ningún procedimiento o norma, la oficina de control interno en este punto trae a colación el procedimiento PEM-02 PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y DE MEJORA, en el cual se pegan pantallazos de donde menciona que se debe hacer seguimientos por los responsables del área. De todas maneras, la oficina de control interno ha realizado la sugerencia que en el formato de plan de mejoramiento se le incluya la columna de avance de la misma manera colocar los tiempos de seguimiento.

Sin embargo, el hecho de que durante 11 meses no se haya realizado un solo seguimiento a una acción da a entender que no existe preocupación del área de coadyuvar con el mejoramiento continuo de la entidad, ya que el Plan de mejoramiento es una herramienta valiosa para que las entidades mejoren sus procesos y sus resultados.

**PEM-02 PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y DE MEJORA:**

A continuación se pega pantallazo de lo mencionado en el proceso PEM-02

 <b>Personería de Itagüí</b>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	<b>Código: FEM-09</b>
		<b>Versión: 03</b>
		<b>Fecha: 19/03/2020</b>

 <b>Personería de Itagüí</b>	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Código: PEM-02</b>
		<b>Versión: 05</b>
		<b>Fecha: 06/10/2020</b>

#	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	INFORMACIÓN DOCUMENTADA
1	Identificar y analizar Oportunidades de Mejoramiento	<p>Cualquier funcionario de la Personería que detecte una oportunidad de mejoramiento la comunica al Líder del proceso para su conocimiento y análisis.</p> <p>Las oportunidades de mejoramiento surgen de una no conformidad real (Incumplimiento Legal, reglamentario o de los requisitos del Usuario) de una no Conformidad Potencial o riesgo y pueden ser identificadas a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los servicios no conformes</li> <li>• Evaluación de la satisfacción de los Usuarios</li> <li>• Análisis de las peticiones, quejas, reclamos, Denuncias y sugerencias de los Usuarios.</li> <li>• Resultados del seguimiento y medición del desempeño de los procesos, (Seguimiento a Indicadores, Riesgos,)</li> <li>• Planificación y Ejecución de los programas o proyectos</li> <li>• Resultados de las auditorías de evaluación independiente. (del Sistema</li> </ul>	Funcionarios de la Personería	FEM-04 Plan de Mejoramiento



8	Realizar seguimiento a la realización de las acciones y a la eficacia de las mismas	<p>Evalúa el cumplimiento de los compromisos asumidos, verificando que las acciones tomadas sí se han ejecutado, si se realizó en la fecha que se debía realizar y si efectivamente eliminó la la(s) causa(s) de la conformidad potencial o real, si se debe tomar otra acción porque la anterior no fue suficiente.</p> <p>Los resultados de la verificación se documentan en el campo "Seguimiento" del formato "Plan de Mejoramiento", al igual que la fecha en la cual se realizó el seguimiento y se autoriza el cierre de la misma.</p> <p>En caso de no haber sido eficaz(es) o de no haberse(n) tomado la(s) acción(es) propuesta(s), el responsable del seguimiento le debe comunicar al Líder del Proceso y se regresa a la actividad de "Identificación de causas" o de "acciones a aplicar si fuesen necesario."</p> <p><b>Nota:</b> Los responsables del seguimiento a las acciones tomadas deben ser diferentes a quienes tomaron la acción con el fin de asegurar la objetividad.</p>	Responsable del Seguimiento Líder de Proceso	FEM-04 Plan de Mejoramiento	
---	---	--	--	-----------------------------	--

En cuanto a planes de mejoramiento se extraen algunas definiciones dadas por la función pública en el concepto 465311 de 2020, que aunque no es el caso en mención, si trae conceptos básicos de planes de mejoramiento, los cuales se describen a continuación:

Ahora bien, dado el objeto de su consulta, es pertinente considerar desde el punto de vista conceptual y metodológico los Planes de mejoramiento, los cuales, de forma general atienden un concepto global de mejora, como aspecto integral que permite avanzar hacia la consecución de los objetivos institucionales, la misión y visión de las entidades, mediante el concurso de diferentes actores entre los que se encuentran las Oficinas de Control Interno de las entidades, los entes de control fiscal, y paralelamente se encuentran los servidores en todos los niveles, quienes con su participación aportan para resolver y dar cumplimiento a sus observaciones y hallazgos.

Acorde con lo anterior, se debe señalar que los Planes de Mejoramiento son el conjunto de elementos de control que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, auditoría interna y de los Órganos de Control, así mismo se incluyen otras evaluaciones externas, como pueden ser las de organismos de certificación, en caso que cuenten con

certificaciones bajo normas internacionales.

Frente a la estructuración de los planes de mejoramiento por procesos, bien sea como producto de auditorías internas de la Oficina de Control Interno o bien las llevadas a cabo por parte del órgano de control, se deben desarrollar análisis de causas, acciones para resolver el hallazgo y definir fechas de seguimiento a las mismas, aspectos que le corresponden de forma directa al líder del proceso o área auditada.

En cuanto a la consolidación para el seguimiento y efectividad de los mismos, es importante señalar que el Decreto 1499 de 2017 Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, establece lo siguiente:

*«ARTÍCULO 2.2.22.1.1 SISTEMA DE GESTIÓN. El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en el marco de la legalidad y la integridad. (Subrayado fuera del texto)*

*ARTÍCULO 2.2.23.1 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.*

*El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI.» (Subrayado fuera del texto)*

A partir de la anterior reglamentación, se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

En este sentido, la nueva estructura del MECI, la cual se ha alineado a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO1, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber: (i) ambiente de control, (ii) Evaluación del riesgo, (iii) actividades de control, (iv) información y comunicación y (v) actividades de monitoreo.

Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno.

En consecuencia, es posible afirmar que, para el diseño y posterior seguimiento a la estructura de control de la entidad, atendiendo lo definido en las líneas de defensa encontramos lo siguiente:

a. Línea Estratégica: Corresponderá a la Alta Dirección establecer desde el Direccionamiento Estratégico los lineamientos necesarios para que los controles definidos para la entidad tengan un enfoque basado en riesgos y evaluarlos de forma sistemática en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.



b. 1ª Línea de Defensa: Corresponde a los servidores en sus diferentes niveles la aplicación de los controles tal como han sido diseñados, como parte del día a día y autocontrol de las actividades de la gestión a su cargo.

c. 2ª Línea de Defensa: Corresponde a la Media y Alta Gerencia, donde se incluyen las Oficinas Asesoras de Planeación o quienes hagan sus veces, los Líderes de Proceso, Coordinadores, supervisores o interventores de contratos o proyectos entre otros, a quienes corresponde establecer mecanismos que les permitan ejecutar un seguimiento o autoevaluación permanente de la gestión, orientando y generando alertas a la 1ª línea de defensa.

d. 3ª Línea de Defensa: Corresponde a la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces hacer el seguimiento objetivo e independiente de la gestión, utilizando los mecanismos y herramientas de auditoría interna, o bien estableciendo cursos de acción que le permitan generar alertas y recomendaciones a la administración, a fin de evitar posibles incumplimientos o materializaciones de riesgos en los diferentes ámbitos de la entidad.

Atendiendo los anteriores lineamientos frente a los planes de mejoramiento en 1ª línea de defensa se encuentra el líder responsable del proceso, programa o proyecto (según corresponda), quien debe establecer su análisis de causas y determinar las acciones concretas y fechas de cumplimiento, a fin de resolver el hallazgo correspondiente. En ejercicio de esta línea deberá ejecutar las acciones determinadas en el plan de mejoramiento, dando cumplimiento a las fechas definidas, ya que esta es la base para el posterior seguimiento.

Frente al seguimiento de 2ª línea de defensa, la Oficina de Planeación o quien haga sus veces, como instancia asesora y transversal en la entidad, es responsable de consolidar todos los planes de mejoramiento producto de las diferentes auditorías, tanto internas como externa y debe ejercer una supervisión general del tema, a fin de analizar el estado de las acciones que se han definido y su avance en términos de la mejora para la entidad.

Para adelantar estas acciones será necesario que la Oficina de Control Interno suministre los seguimientos de sus auditores a los planes suscritos con las diferentes áreas o procesos, lo que indica que la consolidación y análisis que llevará a cabo la Oficina de Planeación dependerá de los insumos entregados por los auditores, tanto de la OCI como de otras instancias internas, como podrían ser los auditores internos formados en normas internacionales, si aplican.

De otro lado, frente a los planes de mejoramiento suscritos con el organismo de control, acorde con el rol de relación con entes externos de control explicado en apartes anteriores, su seguimiento es responsabilidad de la Oficina de Control Interno, por lo que, de igual forma, deberá entregar la información correspondiente para la consolidación a la que nos hemos referido, adelantada por la Oficina Asesora de Planeación.

Finalmente, como 3ª línea de defensa se encuentra la Oficina de Control Interno o quien hace sus veces, quienes, en el marco de sus procesos auditores, debe hacer el seguimiento a los planes suscritos con cada área o proceso, ya que se constituye en la última fase de dicho proceso, esta tarea la coordina internamente con sus auditores y se dará en la fecha que se establecieron en cada plan acorde con los hallazgos identificados.

De otro lado, en cumplimiento de su rol de relación con entes externos de control deberá hacer el seguimiento a los planes suscritos con el organismo de control, atendiendo la

regulación correspondiente, atendiendo las resoluciones y circulares que expide la Contraloría de Bogotá.

Es claro en este caso, que los primeros responsables son los jefes de área o líderes de proceso quienes deben establecer el análisis de causas y las acciones para resolver los hallazgos del organismo de control, pero la OCI debe establecer mecanismos que le permitan conocer el estado de las acciones en la fechas que se hayan determinado y generar los reportes correspondientes tanto al organismo de control, como internamente a la oficina de planeación, quien consolida la totalidad de planes, tal como se ha explicado.

Conceptualmente para ambas oficinas, se debe tener en cuenta que los Planes de Mejoramiento, de forma general atienden una estructura global de mejora, como aspecto integral que permite avanzar hacia la consecución de los objetivos institucionales, la misión y visión de las entidades, mediante el concurso de diferentes actores entre los que se encuentran las Oficinas de Control Interno de las entidades, los entes de control fiscal, y paralelamente se encuentran los servidores en todos los niveles, quienes son responsables de resolver y dar cumplimiento a sus observaciones y hallazgos.

Acorde con lo anterior, se debe señalar que los Planes de Mejoramiento son el conjunto de elementos de control que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, auditoría interna y de los Órganos de Control, así mismo se incluyen otras evaluaciones externas, como pueden ser las de organismos de certificación, en caso que aplique.

Por lo descrito anteriormente se confirma el hallazgo de tipo administrativo.

### **HALLAZGO No 3**

**FALENCIAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 1712 DE 2014 Y LA RESOLUCION 3564 de 2015.**

Se evidencio que en la página web de la Personería no se encuentran publicados los documentos relacionados con gestión documental y tratados en la resolución 3564 de 2015, como son: se traen con su numeral textualmente :

10.5. Programa de Gestión Documental.

10.6. Tablas de Retención Documental.

Lo anterior se encuentra descrito en los numerales 3 y 3.1 del presente informe.

Además en el PINAR vigente el cual tiene una fecha de 2018, en su artículo 2, manifiesta que este debe ser publicado, al revisar en página web, no se encontró que estuviera publicado en la sección de Gestión Documental, esto se menciona en el punto 4 del presente informe.

### **CONTRADICCION RESPUESTA No 3:**

No se acepta este hallazgo teniendo en cuenta que el programa de gestión documental y el pinar tiene como insumo para su construcción la convalidación de las tablas de valoración y de retención documental (TRV Y TRD) las cuales se encuentran en convalidación por parte



Personería  
de Itagüí

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:FEM-09

Versión: 03

Fecha: 19/03/2020

de la Secretaria técnica del consejo departamental de archivo de Antioquia , como es de su conocimiento la secretaria general de la personería ha realizado grandes labores en busca de obtener la convalidación de las tablas, siempre que se ha presentado la devolución por parte de la Secretaria técnica de archivos se le ha informado a la oficina de control interno para ponerla en contexto de la situación presentada con el único propósito que usted pueda evidenciar que gestiones se han realizado, de otro lado se ha buscado apoyo en la oficina de gestión documental del municipio de Itagüí en busca de nuevas estrategias que permitan que dicho proceso se fortalezca , sin dejar de lado que desde el programa capacitación se ha hecho hincapié que el contratista y la persona de planta que apoyan este proceso asistan a cursos sobre temas de archivística por lo anterior no se acepta este hallazgo. (Se acepta actas de asistencia)

### ANALISIS Y CONCLUSION DE LA RESPUESTA DEL AREA:

De acuerdo a lo manifestado por el área, la oficina de control interno deja claro que no acepta la controversia ya que es evidente que por este aspecto se pueda incurrir en un hallazgo de tipo disciplinario ya sea por parte de la Contraloría de Itagüí o por parte de la procuraduría general de la nación en el seguimiento que realiza a través del ITA, sin embargo se desvirtúa el hallazgo dejando claro que existe el riesgo inminente de que sea tipificado un hallazgo de tipo disciplinario.

#### HALLAZGO No 4

##### DESACTUALIZACIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO PINAR:

Revisando el Pinar de la entidad, se verifica que dentro del Plan estratégico institucional 2021-2024, se encuentra el programa Promoción y posicionamiento de la imagen institucional y que tiene dentro de este el indicador o producto Plan Institucional de archivo elaborado, aunque el plan tiene vigencia hasta 2024, este es un aspecto prioritario de ajustar.

El PINAR. es una herramienta que debe ser evaluada por la alta dirección de la Entidad con un enfoque de carácter estratégico, buscando alinear los planes, programas y/o proyectos determinados en este documento, con el Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual en concordancia con el Modelo Integral de Planeación y Gestión -MIPG.

El documento PINAR actual se encuentra muy desactualizado, en temas relevantes, misión, visión, organigrama, etc.

#### CONTRADICCIÓN RESPUESTA No 4.

No se acepta puesto como es de su conocimiento el PEI, tiene vigencia hasta el 2024, es decir es un programa cuya ejecución está determinada para ser cumplida en ese año (2024)

Aun que no se deja de lado la observación de para realizar ajustes para su construcción

De otro lado es menester recordarle que los insumos para la elaboración del PINAR, son los



siguientes instrumentos archivísticos tales como tablas de retención documental , cuadros de clasificación documental y de clasificación de documentos de apoyo y un plan de transferencia documental, todos los anteriores se encuentra en convalidación por el consejo territorial de la gobernación de Antioquia en este sentido seria de muy alto riesgo comenzar la construcción de PINAR sin contar la convalidación de estos documentos.

Se anexa documentos soportes planilla de asistencia a los comité de gestión y desempeño donde se ha tratado lo relacionado con la convalidación de la TRD y TVD.


Se anexas actas de asistencia a comité de gestión y desempeño donde se puede evidenciar la participación de la jefe de control interno y las dificultades que ha tenido el proceso de convalidación de las tablas.

**ANALISIS Y CONCLUSION DE LA RESPUESTA DEL AREA:**

De acuerdo a lo manifestado por el área, la oficina de control interno deja claro que no acepta la controversia, sin embargo desvirtúa el hallazgo de tipo administrativo, sin embargo se deja claro que existe un riesgo inminente de que la contraloría o la procuraduría tipifique un hallazgo de tipo disciplinario por la falta de este documento.

<b>HALLAZGOS</b>		
<b>N°.</b>	<b>1.FORTALEZAS</b>	
<b>1</b>	<p>La buena disposición por parte del equipo de trabajo de la Secretaría General frente a la auditoría.</p> <p>Una de las principales fortalezas del área es el funcionamiento y cuidado del archivo final de documentos ubicado en Girardota, ya que cumple con parámetros relevantes para su cuidado.</p>	
<b>N°</b>	<b>2. NO CONFORMIDADES</b>	<b>REQUISITO</b>
<b>1</b>	<p>NO REALIZAN SEGUIMIENTOS A TABLERO DE INDICADORES Y MAPA DE RIESGOS TENIENDO EN CUENTA LOS INDICADORES:</p> <p>No se realiza el seguimiento de manera correcta tanto al tablero de indicadores y al mapa de riesgos ya que al verificar los seguimientos realizados por el área, en lo plasmado en la columna de seguimiento no se tiene en cuenta el indicador, esto se describe en los numerales 2.1.1 y 2.3, este hallazgo se</p>	<p>TABLERO DE INDICADORES Y MAPA DE RIESGOS</p>



 <b>Personería de Itagüí</b>	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	<b>Código: FEM-09</b>
		<b>Versión: 03</b>
		<b>Fecha: 19/03/2020</b>

	<p>repite ya que en la vigencia 2020 se había dejado el mismo hallazgo.</p>	
<b>2</b>	<p><b>FALENCIAS EN EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO:</b>  Revisando el plan de mejoramiento se evidencia que el área de Gestión Documental presenta 6 acciones abiertas, una acción desde la vigencia 2018, permanece abierta, de la misma manera se evidencia que la acción No 5 no presenta seguimiento alguno desde su suscripción de octubre 12 de 2020, es decir 11 meses después, ya que se encuentra en blanco la columna indicada para este fin. Lo anterior se describe en el punto 2.2 de la presente auditoria.</p>	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>

**N°**

**CONCLUSIONES /RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA**

- Dar celeridad al cierre de la acción del plan de mejoramiento suscrita desde el 2018.
- Realizar los seguimientos de las herramientas como tablero de indicadores, plan de mejoramiento, Mapa de riesgos de acuerdo a lo estipulado en cada instrumento, teniendo en cuenta los indicadores y los tiempos de seguimiento.
- Avanzar en la foliación de archivos de gestión de todas las áreas.
- Dar cumplimiento a la normatividad teniendo en cuenta la Ley General de archivos y sus decretos reglamentarios.
- Actualizar el PINAR.
- Realizar los ajustes necesarios para responder el oficio de la convalidación de las tablas de retención documental.

**FIRMA DEL AUDITOR LÍDER: EMILSEN VARGAS MARIN.**



**FIRMA AUDITADO: LINA MARCELA CANO HOYOS.**

**FECHA DE ENTREGA DEL INFORME FINAL: 10/11/2021.**



**Personería  
de Itagüí**

**Evaluación de Auditores Internos**

Código: FEM-03

Versión: 03

Fecha: 19/03/2020

Nombre del Auditor interno:

*Emilsem Vargas*

Periodo de auditoría:

*10-9-2021*

Fecha de Auditorías:

Proceso Auditado:

*Gestión documental.*

Evaluador:

*Lina Pamela Cacho H.*

1	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN (1 Deficiente, 5 excelente)
A	Actitud frente a la ejecución de las auditorías	<i>4</i>
B	Cumplimiento del cronograma de auditorías	<i>5</i>
C	Calidad de los reportes	<i>4</i>
D	Cumplimiento en la entrega de los reportes	<i>5</i>
E	Reproceso a los informes de auditoría entregados	<i>5</i>
F	Identificación de los numerales de la Norma y su correspondencia con los hechos auditados	<i>5</i>
	Promedio Parcial	
2	Observaciones	

Puntaje total de la evaluación:

*4.5*

Firma del Evaluador:

*[Handwritten Signature]*

Fecha de evaluación:



SC - CEIA27866