

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

PROCESO		SUBPROCESO	
Gestión Documental		N/A	
TIPO DE PROCESO			
MISIONAL _____ APOYO ☒ ESTRATÉGICO _____ EVALUACIÓN Y CONTROL _____			
ÁREA AUDITADA			
Grupo de Gestión Documental			
UNIDAD AUDITABLE			
GD-SAF-POL-001 POLITICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL			
TIPO DE AUDITORÍA:			
Auditoría Interna ☒ Auditoría de Cumplimiento _____ Auditoría de seguimiento _____ Auditorías específicas: _____ Auditorías de sistemas o de TIC: _____¿Cuál? _____			
LUGAR DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA			
Oficinas Nacionales ☒ Gerencia Seccional _____ Oficina Local _____ PAPF _____ Otro _____ ¿Cuál? _____			
FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Presencial _____ Remota _____ Mixta ☒			
VIGENCIA: 2024			
FECHA DE INICIO: 09/05/2025		FECHA DE FINALIZACIÓN: 09/06/2025	
TIPO DE INFORME:	Preliminar _____ Definitivo ☒	Fecha: 1/08/2025	

1. OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento de la Política “**GD-SAF-POL-001 POLITICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL**” y los documentos asociados a ella, la cual se encuentra formalizada en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicha política se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo

2. ALCANCE

Teniendo en cuenta la gran cantidad de documentos asociados a la política de gestión documental, la Oficina de Control Interno dará alcance al procedimiento “**TRAMITE DE COMUNICACIONES OFICIALES DEL INSTITUTO (GIT-GD-P-001)**” del proceso Gestión Documental, gestionado por el Grupo de Gestión Documental, durante la vigencia 2024.

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial

3. LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la planeación de la auditoría.

4. CRITERIOS

Para el desarrollo de este trabajo se consideraron los siguientes criterios normativos:

Normatividad Externa

LEY 594 del 14/07/ 2000. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.

LEY 1712 del 06/03/2014. Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 1080 del 26/05/2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura.

Acuerdo No. 001 del 29/02/2024 AGN. “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones.

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.

MIPG - Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Normatividad Interna

Resolución 005066 del 23/11/2012. Por la cual se adopta el Reglamento de Archivo y Correspondencia en el Instituto Colombiano Agropecuario ICA y se ordena su aplicación.

Resolución 002494 del 14/08/2014. Por la cual se adopta el procedimiento de Control de Documentos como la herramienta para la administración de los documentos del Sistema de Gestión, en el Instituto Colombiano Agropecuario-ICA.

GD-SAF-POL-001 Política de Gestión Documental.

GIT-GD-P-001 Procedimiento “Trámite de Comunicaciones Oficiales del Instituto”.

5. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

5.1 METODOLOGÍA

La auditoría fue desarrollada mediante la aplicación sistemática de procedimientos, atendiendo a las etapas propias de auditoría.

Dentro de las técnicas de Auditoría que fueron empleadas para obtener evidencia suficiente sobre las cuales emitir observaciones, recomendaciones y conclusiones respecto a la política y al procedimiento auditado, se incluyen:

- Realizar el recorrido de las actividades de la “Política de Gestión Documental GD-SAF-POL-001” y del Procedimiento “Trámite de Comunicaciones Oficiales del Instituto GIT-GD-P-001”, para posterior elaboración de lista de chequeo.
- Se llevó a cabo un muestreo proporcional, que es una técnica de muestreo aleatorio, donde el tamaño de la muestra de cada medio de recepción es directamente proporcional al tamaño total de los medios de recepción utilizados.
- Mesas de trabajo para la revisión y análisis de la política y procedimiento, con el fin de identificar las debilidades en la ejecución de estos.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Solicitud de información.
- Revisión base de datos con información.
- Revisión de documentos aportados por el GGD.

Adicionalmente, se realizaron las siguientes actividades:

- Verificación de información en el sistema de información Diamante.
- Verificación identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos del procedimiento.
- Elaboración de los papeles de trabajo correspondientes a las falencias halladas.

5.2 MUESTRA

Durante la vigencia 2024, se registraron 44.433 radicados a través de los diferentes medios de recepción establecidos por el Instituto.

Las validaciones para esta auditoría se adelantaron a cada una de las muestras obtenidas por cada medio de recepción utilizado por el Instituto, durante la vigencia 2024, las cuales corresponden a un universo de 57.

Descripción de la muestra seleccionada

No.	Medio de Recepción	Radicado
1	Buzón	20241132074
2	Circular	20241129660
3	Correo Electrónico	20241100904
4	Correo Electrónico	20241103089
5	Correo Electrónico	20241103899
6	Correo Electrónico	20241104191
7	Correo Electrónico	20241104732
8	Correo Electrónico	20241106448
9	Correo Electrónico	20241107298
10	Correo Electrónico	20241108181
11	Correo Electrónico	20241108571
12	Correo Electrónico	20241109268
13	Correo Electrónico	20241110261
14	Correo Electrónico	20241110820
15	Correo Electrónico	20241110975
16	Correo Electrónico	20241110987
17	Correo Electrónico	20241111785
18	Correo Electrónico	20241112304
19	Correo Electrónico	20241113582

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

No.	Medio de Recepción	Radicado
20	Correo Electrónico	20241116410
21	Correo Electrónico	20241117722
22	Correo Electrónico	20241118313
23	Correo Electrónico	20241119707
24	Correo Electrónico	20241120542
25	Correo Electrónico	20241121436
26	Correo Electrónico	20241121847
27	Correo Electrónico	20241122334
28	Correo Electrónico	20241123023
29	Correo Electrónico	20241123189
30	Correo Electrónico	20241123731
31	Correo Electrónico	20241123949
32	Correo Electrónico	20241124497
33	Correo Electrónico	20241127029
34	Correo Electrónico	20241128204
35	Correo Electrónico	20241128781
36	Correo Electrónico	20241129473
37	Correo Electrónico	20241130380
38	Correo Electrónico	20241133262
39	Correo Electrónico	20241134641
40	Correo Electrónico	20241135992
41	Correo Electrónico	20241137332
42	Correo Electrónico	20241139365
43	Correo Electrónico	20241139797
44	Correo Electrónico	20241140682
45	Correo Electrónico	20241142039
46	Correo Electrónico	20241143458
47	Correo Electrónico	20241143607
48	Correo Electrónico	20241143709
49	Formulario de peticiones	20241120214
50	Formulario de peticiones	20241143349
51	Llamada Telefónica	20241110352
52	Presencial - Verbal	20241143504

No.	Medio de Recepción	Radicado
53	Redes Sociales	20241121263
54	Sobre-Paquete	20241127938
55	Telegrama	20241103608
56	Ventanilla única	20241105727
57	Ventanilla única	20241134252

Tabla 1. Descripción de la selección de la muestra a verificar
Elaboración propia de la oficina de control interno.

5.3 FORTALEZAS

Fortaleza No.1: La disposición del coordinador del Grupo de Gestión Documental y de la persona delegada por éste para atender el ejercicio de auditoria programado por la Oficina de Control Interno.

5.4 RESULTADOS

Observación No. 1. Incumplimiento de los principios de actualización normativa y mejora continua, establecidos tanto por el Archivo General de la Nación como por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que orientan la obligación de mantener alineados los documentos institucionales con el marco legal vigente. Lo anterior teniendo en cuenta que durante la revisión al procedimiento GIT-GD-P-001 V.2 “Trámite de Comunicaciones Oficiales del Instituto” y a la Política de Gestión Documental GD-SAF-POL-001 V.2, se evidenció que estos documentos contienen referencias normativas desactualizadas, entre ellas el Decreto 2609 de 2012, el cual fue derogado y compilado en el Decreto 1080 de 2015, los acuerdos 07 de 1994, 060 de 2001, 004 de 2013 y 002 de 2014 del Archivo General de la Nación, derogados por el Acuerdo 001 de 2024 emitido por dicha entidad. Además, se presentan Resoluciones ICA que, aunque se encuentran en uso no se han actualizado conforme a las actividades y normatividad vigente.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

Recomendaciones:

- Realizar una revisión y actualización inmediata de la Política de Gestión Documental y del Procedimiento de Trámite de Comunicaciones Oficiales del Instituto, incorporando la normatividad vigente que regula la función archivística.
- Establecer una periodicidad fija para la revisión y actualización del marco normativo aplicable en todos los documentos del Sistema Integrado de Gestión Documental del ICA, articulando el trabajo entre el Grupo de Gestión Documental y la Oficina Asesora Jurídica de ser necesario.
- Capacitar a los responsables del proceso en las actualizaciones normativas que impactan la gestión documental, garantizando la correcta aplicación de los lineamientos técnicos en la producción, administración, conservación y disposición final de los documentos.

Observación No. 2. Incumplimiento parcial del Acuerdo No. 001 de 2024, Título 10, Anexo 2, “Lineamientos generales para la formulación de la Política Institucional de Gestión Documental”, sección II. Formulación de la política, expedido por el Archivo General de La Nación. Lo anterior se presenta porque se evidenció que la *Política de Gestión Documental del ICA* (código GD-SAF-POL-001 V.2) no incluye la totalidad de elementos esenciales propuestos para el CONTENIDO, entre ellos la articulación con el sistema integrado de gestión u otros sistemas administrativos (como por ejemplo la articulación con las herramientas o instrumentos adoptados por la entidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG), lo cual permite enmarcar el direccionamiento estratégico de la alta

dirección para fijar las reglas, principios y criterios que guíen la toma de decisiones y las acciones para lograr los resultados esperados y resolver o atender las necesidades o riesgos identificados.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

Con base en la verificación y análisis realizados a la Política de Gestión Documental del ICA (código GD-SAF-POL-001 V.2), se evidenció en el sistema de información DIAMANTE que la versión vigente del documento corresponde al 05 de abril de 2022. Si bien el documento se encuentra formalmente en vigor, su contenido no está alineado con las disposiciones del Acuerdo No. 001 de 2024, “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones”.

Esta desalineación impide que la política responda de manera efectiva a los principios generales de la función archivística, conforme a la normativa vigente, las necesidades institucionales y los estándares nacionales e internacionales que rigen la gestión documental en el sector público colombiano.

Recomendación:

- Adelantar el proceso de revisión, ajuste y actualización de la Política de Gestión Documental del Instituto Colombiano Agropecuario (código GD-SAF-POL-001 V.2), con el fin de alinearla integralmente con los lineamientos establecidos en el Acuerdo No. 001 de 2024, Título 10, Anexo 2, expedido por el Archivo General de la Nación y con las demás normas que regulan la función archivística en el Estado colombiano.
- Incorporar los elementos esenciales requeridos en el Acuerdo 001 de 2024, para la formulación de la Política, específicamente se sugiere incluir en el contenido, la relación con los sistemas administrativos vigentes, en especial los instrumentos y herramientas del Modelo Integrado de Gestión – MIPG.

Observación 3: Incumplimiento de los principios de eficiencia, trazabilidad y oportunidad en la Gestión Documental.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental.

El equipo auditor evidenció que el procedimiento institucional no establece un plazo específico para la asignación del número de radicado a las comunicaciones oficiales recibidas. Este plazo debe ser definido por la entidad en sus procedimientos internos o manuales de gestión documental, conforme al principio de eficiencia y oportunidad administrativa.

En la muestra seleccionada durante la auditoría, se constató que la asignación del número de radicado se realizó en días posteriores a la recepción de los documentos, situación que se encuentra registrada en los siguientes casos:

No. Radicado	Fecha Recibida	Fecha Radicado
20241104191	05/01/2024	12/02/2024
20241100904	11/01/2024	15/01/2024
20241103089	30/01/2024	02/02/2024
20241103608	01/02/2024	07/02/2024
20241103899	05/02/2024	10/02/2024
20241104732	10/02/2024	16/02/2024
20241106448	22/02/2024	27/02/2024
20241107298	27/02/2024	01/03/2024
20241108571	08/03/2024	12/03/2024

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

No. Radicado	Fecha Recibida	Fecha Radicado
20241109268	12/03/2024	17/03/2024
20241110261	20/03/2024	25/03/2024
20241110975	23/03/2024	02/04/2024
20241110820	27/03/2024	01/04/2024
20241112304	11/04/2024	15/04/2024
20241113582	19/04/2024	24/04/2024
20241116410	10/05/2024	17/05/2024
20241117722	23/05/2024	28/05/2024
20241118313	27/05/2024	31/05/2024
20241120542	14/06/2024	18/06/2024
20241123023	08/07/2024	09/07/2024
20241123731	12/07/2024	16/07/2024
20241123949	13/07/2024	17/07/2024
20241124497	18/07/2024	20/07/2024
20241128204	16/08/2024	19/08/2024
20241130380	04/09/2024	05/09/2024
20241132074	12/09/2024	18/09/2024
20241133262	25/09/2024	27/09/2024
20241134641	07/10/2024	09/10/2024
20241137332	29/10/2024	01/11/2024
20241139365	15/11/2024	18/11/2024
20241139797	20/11/2024	21/11/2024
20241142039	08/12/2024	10/12/2024
20241143349	13/12/2024	19/12/2024
20241143458	17/12/2024	20/12/2024
20241143504	18/12/2024	20/12/2024

Tabla 2. Descripción de radicaciones recibidas.
Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Así mismo, se evidenció que el procedimiento no contempla lo relacionado con la asignación consecutiva de los números de radicado. Al respecto, se verificó que la numeración correspondiente a la vigencia 2024 no ha sido asignada en estricto orden consecutivo, ya que se identificó la ausencia de los siguientes números de radicado:

No. de radicados faltantes
20241121023
20241141658

Tabla 3. Descripción de números de radicados faltantes.
Fuente: archivo Excel “Radicados Entrada 2024 medios de recepción”

Recomendaciones:

- Actualizar el procedimiento GIT-GD-P-001 V.2 incluyendo el marco normativo vigente conforme al Acuerdo AGN 001 de 2024 y demás normas vigentes.
- Definir en los procedimientos internos los plazos para la radicación conforme al principio de eficiencia y oportunidad administrativa.
- Implementar controles en el sistema de gestión documental que garanticen la asignación consecutiva y secuencial de los números de radicado, así como realizar verificaciones

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

periódicas para detectar y corregir inconsistencias en la numeración, con el fin de asegurar la trazabilidad y la integridad del registro documental conforme a los principios de eficiencia, transparencia y control institucional.

Observación No. 4. Incumplimiento a las tareas No. 3 y 4 del numeral 2.1.1. Recepción y radicación de las comunicaciones (Física/Electrónica) que ingresa al Instituto (llegadas) del procedimiento TRAMITE DE COMUNICACIONES OFICIALES DEL INSTITUTO, CÓDIGO: GIT-GD-P-001 versión No. 2, de acuerdo con la verificación realizada sobre la muestra seleccionada en el Gestor Documental SISAD, se evidenció que los radicados no cuentan con los documentos debidamente digitalizados. Igualmente, se constató que no se diligenció la Planilla de Control de Correspondencia (forma 4-003) para los radicados recibidos a través del correo electrónico institucional y para algunos radicados en físico utilizaron una planilla que no se identifica con la forma 4-003.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

- Al verificar los expedientes aportados y la información registrada en el Gestor Documental SISAD, se evidenció que las comunicaciones oficiales recibidas a través de los distintos medios establecidos por el Instituto (físicos y electrónicos) son radicadas en el sistema SISAD; sin embargo, los soportes digitalizados no se cargan al sistema. En su lugar, dichos documentos son enviados por correo electrónico, lo que implica una duplicidad de tareas y representa un riesgo para la trazabilidad y el adecuado seguimiento de la información incumpliendo con lo establecido en la tarea No. 3 del procedimiento GIT-GD-P-001.
- Asimismo, se constató que no se diligenció la Planilla de Control de Correspondencia (forma 4-003) para los radicados recibidos a través de los medios electrónicos institucionales, en contravención de la tarea No. 4 del procedimiento mencionado. Según lo manifestado por el Grupo de Gestión Documental, la constancia de envío del correo electrónico reemplaza dicha planilla; sin embargo, esta práctica no se encuentra contemplada en el procedimiento vigente, lo cual genera un desvío respecto a lo establecido formalmente.

No. Radicados sin forma 4-003 diligenciada		No. Radicados Sin soportes digitalizados enviados al área.	Radicados en físico que utilizaron una planilla diferente a la forma 4-003.
20241121847	20241132074	20241122334	20241132074
20241122334	20241129660	20241123189	20241134252
20241123023	20241100904	20241129660	
20241123189	20241103089	20241110975	
20241123731	20241103899		
20241123949	20241104191		
20241124497	20241104732		
20241127029	20241106448		
20241128204	20241107298		
20241128781	20241108181		
20241129473	20241108571		
20241130380	20241109268		
20241133262	20241110261		
20241134641	20241110820		
20241135992	20241110975		
20241137332	20241110987		
20241139365	20241111785		
20241139797	20241112304		
20241140682	20241113582		
20241142039	20241116410		
20241143458	20241117722		

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

No. Radicados sin forma 4-003 diligenciada	No. Radicados Sin soportes digitalizados enviados al área.	Radicados en físico que utilizaron una planilla diferente a la forma 4-003.
20241143607 20241118313		
20241143709 20241119707		
20241143504 20241120542		
20241121263 20241121436		
20241127938 20241120214		
20241103608 20241143349		
20241134252 20241110352		

Tabla 4. Descripción de números de radicados sin soportes digitalizados y sin forma 4-003.
Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

- Recomendaciones:**
- Fortalecer el cumplimiento del procedimiento mediante la implementación de acciones que aseguren la correcta digitalización y carga de los documentos soporte en el Gestor Documental, así como el diligenciamiento oportuno de la Planilla de Control de Correspondencia (forma 4-003) para todas las comunicaciones recibidas, incluidos los medios electrónicos.
 - Revisar y actualizar el procedimiento si se identifican prácticas no formalizadas, con el fin de garantizar la trazabilidad, integridad y legalidad en el trámite de las comunicaciones oficiales del Instituto.

Observación No. 5. Incumplimiento de los lineamientos establecidos en el procedimiento "Trámite de Comunicaciones Oficiales del Instituto", código GIT-GD-P-001, versión 2, en lo relacionado con la anulación de radicados.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

Durante la verificación del reporte de radicados anulados correspondiente a la vigencia 2024, se evidenció que las razones consignadas en varios casos no corresponden a las causales previstas en el procedimiento institucional, como se refleja en la siguiente tabla. Así mismo, no se hallaron evidencias documentales del análisis ni de la autorización formal exigida para efectuar dichas anulaciones.

Causal de Anulación	Total, Radicados
Duplicidad	308
Error de dependencia (mal direccionamiento)	135
error en la emisión a remitentes que no debía	1
Trámite en línea	1
recibido mediante correo electrónico	19
Error	53
falla sistema	4
Nuevo radicado	3
Sin justificación clara	79
Correo malicioso	1
Total	604

Tabla 5. Causales de anulación de radicados.
Fuente: archivo Excel "Reporte de radicados anulados 2024 revisado"

- Recomendaciones:**
- Realizar una revisión integral del procedimiento de anulación de radicados y su aplicación.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Implementar controles que aseguren que toda anulación se realice únicamente bajo las causales establecidas, cuente con la justificación documentada, y se conserve el soporte de la autorización correspondiente.
- Capacitar al personal encargado sobre los lineamientos vigentes para garantizar su correcta aplicación.

6. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

6.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Código	Nombre del Riesgo	Tipología	Objetivos estratégicos	Causas	Zona inherente	Controles
GDO1	SGC Posibilidad de afectación reputacional por pérdida y/o deterioro de la información de la entidad	Gestión y procesos	Optimizar los Recursos Administrativos y Financieros	* Desconocimiento o no aplicación de la normatividad archivística * No implementar un Sistema Integrado de Conservación * Falta de recursos para adecuación de infraestructura física y tecnológica * Falta de personal suficiente con conocimiento técnico * Falta de compromiso de la alta dirección	ZONA RIESGO EXTREMA	1. Las Gerencias Seccionales/ Dependencias de Oficinas Nacionales realizan las transferencias documentales primarias al archivo central de acuerdo a la normatividad archivística y a los tiempos de retención. 2. La Gerencia seccional / Dependencias de Oficinas Nacionales organizan los archivos de Gestión de acuerdo a los lineamientos de la normatividad archivística donde se mide el avance de metros lineales de archivos organizados versus total de metros lineales de la dependencia y/o Gerencia Seccional y Oficinas Locales
GDO2	COR Posibilidad de afectación reputacional por uso indebido y/o alteración de la información de la entidad para favorecimiento propio o de un tercero	Gestión y procesos	Optimizar los Recursos Administrativos y Financieros	* Intereses particulares; Presiones de terceros * No aplicabilidad de la normatividad archivística * Desconocimiento de los niveles de acceso a la información.	ZONA RIESGO EXTREMA	1. El grupo de Gestión Documental realiza la socialización de las herramientas archivísticas de la entidad (Normatividad archivística, organización de archivos, transferencias documentales, eliminación documental, instrumentos archivísticos, Índice de Información Clasificada y Reservada) a través de mesas de trabajo presenciales y virtuales con las diferentes dependencias, campañas de socialización, medios masivos de la entidad. 2. La Gerencia seccional / Dependencias de Oficinas Nacionales organizan los archivos de Gestión de acuerdo a los lineamientos de la normatividad archivística donde se mide el avance de metros lineales de archivos organizados versus total de metros lineales de la dependencia y/o Gerencia Seccional y Oficinas Locales

Tabla 6. Riesgos proceso de Gestión Documental.

6.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación No. 6. Debilidad en la aplicación de los controles definidos para mitigar los riesgos GD01 (Corrupción) y GD02 (Gestión y procesos), conforme a lo estipulado en la matriz institucional de riesgos.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

Durante la auditoría al proceso de Gestión Documental, se evidenció que los controles definidos para mitigar los riesgos de corrupción y de afectación a la gestión y procesos documentales no fueron aplicados de manera efectiva o no resultaron suficientes para prevenir la materialización de dichos riesgos, conforme a lo previsto en la matriz institucional.

1. Riesgo de corrupción:
Aunque se declara como control la socialización de herramientas archivísticas y la organización documental bajo lineamientos normativos, se evidenció en la Observación No. 4 la anulación de radicados sin causal válida, sin documentación de soporte ni autorización formal. Esta situación indica una debilidad en la aplicación efectiva de los controles orientados a proteger la integridad y legalidad de la información institucional, abriendo la posibilidad de alteraciones indebidas no detectadas a tiempo.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

2. Riesgo en gestión y procesos:
Los controles declarados, como las transferencias documentales y la organización por metros lineales, no fueron suficientes para evitar las fallas detectadas en la gestión documental diaria, como se describe en las Observaciones 2 y 3, entre ellas:

- Asignación tardía y no consecutiva de números de radicado.
- Omisión en la digitalización y carga de documentos al gestor documental (SISAD).
- Inadecuado uso o ausencia de la Planilla de Control de Correspondencia (forma 4-003).
- Sustitución informal de controles sin respaldo en el procedimiento institucional vigente.

Estas evidencias demuestran que, si bien existen controles documentados en el diseño del proceso, no se están aplicando plenamente o no tienen capacidad real para mitigar los riesgos operativos y de legalidad en la gestión documental institucional.

Recomendaciones:

- Reforzar la implementación real y verificable de los controles declarados.
- Incluir mecanismos de seguimiento y evaluación periódica de los controles aplicados.
- Ajustar los controles existentes o incorporar nuevos, que atiendan específicamente las situaciones observadas (anulación irregular, falta de trazabilidad, asignaciones tardías, uso inadecuado de formatos).
- Establecer acciones correctivas con responsables y plazos.

6.3. RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

Los riesgos incluidos en el mapa de riesgos no son suficientes para cubrir adecuadamente el proceso de **Gestión Documental** del Instituto, especialmente bajo el marco normativo del **Acuerdo AGN 001 de 2024** y las observaciones reales identificadas.

A continuación, se relacionan los riesgos **adicionales que se recomiendan incluir** en la matriz para hacerla más completa:

CATEGORÍA	RIESGO IDENTIFICADO	CONTROLES RECOMENDADOS
Normativo	Desactualización de la política y procedimientos frente a la normatividad vigente	1. Revisión y ajuste de la Política Institucional de Gestión Documental. 2. Actualización del procedimiento GIT-GD-P-001 V.2 incorporando normativa vigente.
Trazabilidad documental	Pérdida de control sobre la trazabilidad de los documentos radicados al no digitalizar ni cargar los soportes.	1. Cargar obligatoriamente los documentos al Gestor Documental. 2. Fortalecimiento del cumplimiento de la tarea 3 del procedimiento vigente. 3. Supervisión periódica del cumplimiento.
Numeración y radicación	Asignación tardía o no consecutiva de números de radicado.	1. Definición clara de plazos para la radicación. 2. Ajuste del sistema para garantizar consecutividad. 3. Verificaciones periódicas de la numeración de radicados.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Estandarización operativa	Sustitución de formatos establecidos (como la planilla 4-003) sin respaldo documental ni actualización normativa.	1. Ajuste del procedimiento para incorporar prácticas reales (como constancias por correo electrónico). 2. Reforzamiento del diligenciamiento de la planilla 4-003. 3. Capacitación al personal sobre el uso de formatos oficiales.
Control interno / Legal	Anulación de radicados sin justificación válida, sin evidencia de autorización o fuera de causal prevista.	1. Ajuste del procedimiento para exigir causales válidas. 2. Registro obligatorio de justificación y soporte de autorización. 3. Control y auditoría periódica de radicados anulados. 4. Capacitación al personal sobre causales y lineamientos.

Tabla 7. Riesgos identificados que no se encuentran en el mapa actual.

7. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

En el plan de mejoramiento de la Oficina de Control Interno no se evidencias acciones vencidas relacionadas con la unidad auditable.

8. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

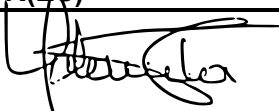
CONCLUSIONES

- ✓ La Política Institucional de Gestión Documental no está alineada con la normativa vigente, en particular con el Acuerdo AGN 001 de 2024. Esta situación limita su utilidad como instrumento de direccionamiento estratégico, técnico y jurídico para la función archivística institucional.
- ✓ El procedimiento para el trámite de comunicaciones oficiales (GIT-GD-P-001 V.2) presenta desactualización normativa y operativa. No contempla lineamientos clave del nuevo marco legal, ni establece plazos claros para la asignación de radicados, lo cual afecta la eficiencia y la trazabilidad documental.
- ✓ Se evidenció la materialización de riesgos operativos, normativos y de control interno, especialmente en lo relacionado con: Asignación tardía y no consecutiva de números de radicado; Omisión en la digitalización y cargue de soportes en el Gestor Documental; sustitución informal de controles establecidos, como el uso de la planilla forma 4-003; anulación de radicados sin causal válida ni autorización documentada.
- ✓ Los controles definidos en la matriz institucional de riesgos (GD01 y GD02) no fueron aplicados de manera efectiva, lo que evidencia una brecha entre el diseño del control y su implementación real en el proceso.
- ✓ Existen riesgos relevantes no incluidos en el mapa de riesgos institucional actual, que afectan directamente la legalidad, trazabilidad y eficiencia de la gestión documental. Entre ellos se destacan: riesgo normativo, riesgo de pérdida de trazabilidad, riesgo por sustitución informal de controles y riesgo por anulación irregular de registros oficiales.
- ✓ El sistema de gestión documental requiere fortalecimiento técnico y funcional. La falta de automatización, validaciones de cargue documental, trazabilidad completa y alertas de control impide una operación eficiente, segura y transparente.
- ✓ No se evidenciaron acciones vencidas en el plan de mejoramiento institucional relacionado con este proceso. Sin embargo, es necesario que las observaciones de esta auditoría se integren a dicho plan con acciones correctivas y seguimiento efectivo.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
NIVEL CENTRAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

RECOMENDACIONES :

- ✓ Actualizar la Política Institucional de Gestión Documental: Alinear el contenido de la política (código GD-SAF-POL-001 V.2) con los lineamientos del Acuerdo AGN 001 de 2024 y demás normatividad vigente, incluyendo todos los elementos requeridos para garantizar el direccionamiento estratégico, técnico y normativo de la función archivística.
- ✓ Revisar y ajustar el procedimiento GIT-GD-P-001 V.2: Incorporar el marco normativo vigente, definir plazos específicos para la radicación de comunicaciones oficiales, y asegurar que se reflejen de manera clara las tareas y responsabilidades en todos los canales (físicos y electrónicos).
- ✓ Implementar controles automatizados en el sistema de gestión documental: Establecer mecanismos que aseguren: La asignación consecutiva de números de radicado, el cargue obligatorio de los documentos soporte, alertas ante fallas de digitalización o inconsistencias en la trazabilidad.
- ✓ Reintegrar el uso obligatorio de la Planilla de Control de Correspondencia (forma 4-003), o en su defecto, ajustar formalmente el procedimiento para que contemple el uso de constancias electrónicas, con respaldo normativo.
- ✓ Capacitar al personal en la correcta aplicación de los formatos, herramientas y lineamientos establecidos.
- ✓ Fortalecer el control sobre la anulación de radicados: establecer controles rigurosos que: Limiten la anulación únicamente a causales definidas, exigir justificación documentada y autorización formal, dejar trazabilidad verificable en el sistema.
- ✓ Reforzar la implementación de los controles declarados en la matriz de riesgos institucional
- ✓ Garantizar que los controles definidos para mitigar los riesgos GD01 (Corrupción) y GD02 (Gestión y procesos) se apliquen efectivamente. Incluir mecanismos de seguimiento, validación y mejora continua de dichos controles.
- ✓ Ampliar la matriz de riesgos del proceso: Incluir los riesgos adicionales detectados durante la auditoría (normativo, trazabilidad documental, numeración, estandarización operativa y legal), con sus respectivos controles preventivos y correctivos, con el fin de lograr una cobertura completa del proceso bajo el nuevo marco normativo.
- ✓ Fortalecer el seguimiento institucional: Establecer acciones correctivas con responsables y plazos, monitorear su cumplimiento y verificar la eficacia de las medidas adoptadas como parte del Plan de Mejoramiento Institucional.
- ✓ Actualizar el Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA), con la nueva normativa, como un referente para brindar una visión integral acerca del panorama archivístico que se debe abordar en el marco de la gestión institucional, con un enfoque articulador que facilita el desarrollo de la función archivística, estructurado en cinco componentes: estratégico, administración de archivos, documental, tecnológico y cultural

FIRMA DE APROBACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL(LOS) AUDITOR(ES)	FECHA DE APROBACIÓN
SANDRA PIEDAD RIAÑO BUSTAMANTE  Jefe Oficina Control Interno	 YOLANDA ARCINIEGAS PINZÓN Profesional OCI  ARANZA ROCIO VARGAS SOLANO Profesional OCI	1/08/2025