

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

PROCESO Gestión Documental		SUBPROCESO N/A	
TIPO DE PROCESO			
MISIONAL _____ APOYO <u>X</u> ESTRATÉGICO _____ EVALUACIÓN Y CONTROL _____			
ÁREA AUDITADA Grupo de Gestión Documental			
UNIDAD AUDITABLE GD-SAF-P-032 V.1 RECONSTRUCCIÓN DE LOS EXPEDIENTES PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL			
TIPO DE AUDITORÍA: Auditoría Interna <u>X</u> Auditoría de Cumplimiento _____ Auditoría de seguimiento _____ Auditorías específicas: _____ Auditorías de sistemas o de TIC: _____ ¿Cuál? _____			
LUGAR DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA Oficinas Nacionales <u>X</u> Gerencia Seccional _____ Oficina Local _____ PAPF _____ Otro _____ ¿Cuál? _____			
FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Presencial _____ Remota _____ Mixta <u>X</u>			
VIGENCIA: 2026			
FECHA DE INICIO: 22/04/2026		FECHA DE FINALIZACIÓN: 22/05/2026	
TIPO DE INFORME:	Preliminar _____ Definitivo <u>X</u>	Fecha: 18/06/2026	

1. OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del Procedimiento “GD-SAF-P-032 V.1 RECONSTRUCCIÓN DE LOS EXPEDIENTES PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL” y los documentos asociados a éste, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho procedimiento se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo

2. ALCANCE

El alcance de la auditoría es la unidad auditable "GD-SAF-P-032 V.1 Procedimiento Reconstrucción de los Expedientes Pérdida Total o Parcial", del proceso Gestión Documental, gestionado por el Grupo de Gestión Documental, durante la vigencia 2025.

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.

LEY 1952 del 28/01/2019. Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.

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

DECRETO 612 del 04/04/2018. Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.

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.

MIPG - Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Normatividad Interna

Programa de Gestión Documental PGD 2022

Plan Institucional de Archivos PINAR 2024

Plan de Acción Institucional vigencia 2025

GD-SAF-P-032 Reconstrucción de los Expedientes Pérdida Total o Parcial

5. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

5.1 METODOLOGÍA

La auditoría fue desarrollada mediante la aplicación sistemática de procedimientos, atendiendo a las etapas propias de este tipo de ejercicio. Para obtener evidencia suficiente que permitiera emitir observaciones, recomendaciones y conclusiones respecto al procedimiento auditado, se emplearon las siguientes técnicas:

- **Recorrido de actividades:** Se realizó el recorrido del Procedimiento “GD-SAF-P-032 V.1 - Reconstrucción de los Expedientes Pérdida Total o Parcial” documentado en el sistema de información Diamante, con el fin de analizar las principales actividades y elaborar la lista de chequeo correspondiente.
- **Recolección de Información:** Se realizó solicitud de información a través de memorando y/o correo electrónico. La información entregada por las diferentes áreas se realizó a través de carpetas compartidas de OneDrive y SharePoint.
- **Cobertura total de la muestra:** Se tomó el 100% de la muestra, lo que asegura la plena representatividad de los resultados y elimina cualquier sesgo derivado de técnicas de muestreo parcial.
- **Mesas de trabajo:** Se llevaron a cabo sesiones de revisión y análisis sobre el procedimiento, con el propósito de identificar debilidades en su ejecución.
- **Solicitud de información:** Se requirió información adicional para complementar la evidencia recopilada.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

NIVEL CENTRAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- **Revisión documental:** Se analizaron los documentos aportados por el GGD y las seccionales de Arauca, Bolívar y Caldas.

Adicionalmente, se desarrollaron las siguientes actividades complementarias:

- **Verificación en sistema Diamante:** Se contrastó la información registrada en el sistema de información Diamante.
- **Gestión de riesgos:** Se verificó la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos asociados al procedimiento.
- **Papeles de trabajo:** Se elaboraron los papeles de trabajo correspondientes a las falencias halladas, consolidando la evidencia obtenida.

5.2 MUESTRA

Para el desarrollo de la auditoría, se solicitó al Grupo de Gestión Documental (GGD), mediante el oficio registrado en SINAD 20263004722, el listado consolidado de las dependencias que han reportado pérdida total o parcial de expedientes. En respuesta a esta solicitud, dicho grupo informó únicamente tres seccionales: Arauca, Bolívar y Caldas.

Teniendo en cuenta lo reducido del listado, se decidió tomar el 100% de los casos reportados como universo de la auditoría. Esta decisión permitió abarcar la totalidad de la información disponible y asegurar que las observaciones y conclusiones emitidas se fundamentaran en la revisión completa de los casos identificados.

5.3 FORTALEZAS

Se resalta la disposición del coordinador del Grupo de Gestión Documental y de la persona delegada para atender el ejercicio de auditoría programado por la Oficina de Control Interno. Ambos mostraron apertura y colaboración durante el desarrollo de la actividad, atendiendo los requerimientos formulados y facilitando el acceso a la información disponible.

Asimismo, se reconoce la disposición de los enlaces de las seccionales Arauca, Bolívar y Caldas, quienes respondieron a las solicitudes realizadas y aportaron documentación en el marco del proceso. Si bien la información entregada no resultó suficiente para cubrir todos los aspectos requeridos, su actitud de colaboración permitió avanzar en la verificación de los procedimientos y mantener un ambiente de trabajo adecuado para el ejercicio de auditoría.

5.4 RESULTADOS

OBSERVACIÓN 1- Incumplimiento del Acuerdo 001 de 2024 y desactualización normativa del procedimiento GD-SAF-P-032.

Se evidenció incumplimiento parcial del Acuerdo No. 001 de 2024 del Archivo General de la Nación en el procedimiento GD-SAF-P-032 V.1 "Reconstrucción de los Expedientes por Pérdida Total o Parcial", así como falta de actualización normativa en coherencia con la Política de Gestión Documental del MIPG, generando riesgo de incumplimiento legal y afectación a la integridad de la información documental.

El Acuerdo No. 001 de 2024 establece, entre otros, la obligación de iniciar de forma inmediata la reconstrucción (art. 9.3.2), elaborar un diagnóstico integral (art. 9.3.4), adelantar un procedimiento

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

NIVEL CENTRAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

formal que incluya denuncia ante la Fiscalía, acto administrativo y seguimiento (art. 9.3.6), practicar pruebas (art. 9.3.8) y garantizar autenticidad, integridad, veracidad y fidelidad (art. 9.3.10). Sin embargo, el procedimiento vigente contempla actividades operativas que no aseguran el cumplimiento integral de estos requisitos, pues incluye denuncia ante la Policía Nacional en lugar de la Fiscalía, no evidencia acto administrativo de apertura ni declaración formal de pérdida, y presenta vacíos en la práctica de pruebas y en los controles de autenticidad e integridad.

Adicionalmente, el capítulo de Normatividad Aplicable mantiene referencias desactualizadas y derogadas, como el Decreto 2609 de 2012, compilado en el Decreto 1080 de 2015 y acuerdos del AGN reemplazados por el Acuerdo 001 de 2024. Se identifican repeticiones innecesarias (Ley 1712, Código Penal, Código de Procedimiento Penal) y ausencia de lineamientos recientes sobre documentos electrónicos y preservación digital. Estas debilidades obedecen a que la versión vigente del procedimiento data de junio de 2022, anterior a la expedición del Acuerdo 001 de 2024, lo que evidencia falta de actualización normativa y técnica.

Como consecuencia, se generan riesgos de incumplimiento legal frente al Archivo General de la Nación, posibles implicaciones disciplinarias por la gestión inadecuada de la pérdida documental, debilitamiento del valor probatorio de los expedientes reconstruidos y afectación a la transparencia, trazabilidad y confiabilidad de la información institucional.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

RECOMENDACIONES:

1. Actualizar el procedimiento GD-SAF-P-032 V.1 para garantizar su alineación con el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación y con la Política de Gestión Documental del MIPG. Ajustando los requisitos jurídicos (denuncia ante Fiscalía, acto administrativo, declaración formal de pérdida, práctica de pruebas), fortaleciendo los controles de autenticidad e integridad, estructurando el diagnóstico documental como instrumento técnico formal, definiendo responsabilidades de seguimiento directivo y estableciendo un mecanismo de revisión periódica que garantice la actualización continua frente a cambios normativos o técnicos.
2. Así mismo, se recomienda depurar y actualizar el capítulo de Normatividad Aplicable, eliminando referencias derogadas o duplicadas, incorporando la normatividad vigente sobre documentos electrónicos y preservación digital, y asegurando coherencia con el Decreto 1080 de 2015 y demás lineamientos del AGN. La actualización normativa y técnica permitirá mitigar riesgos de incumplimiento legal, fortalecer el valor probatorio de los expedientes reconstruidos y garantizar la transparencia, trazabilidad y confiabilidad de la información institucional.

OBSERVACIÓN 2 – Falta de diagnóstico documental y retraso en la activación del procedimiento.

Se evidenció incumplimiento del procedimiento GD-SAF-P-032, dado que en los casos de Arauca, Bolívar y Caldas no se ha elaborado el diagnóstico documental que debe identificar unidades afectadas, grado de pérdida, series y subseries comprometidas y alcance de la afectación, conforme a lo establecido en el numeral 2 y la Actividad 4 del procedimiento. Aunque las seccionales han remitido información preliminar, Arauca sin inventarios previos ni FUID, Bolívar con verificación limitada por condiciones de riesgo y Caldas sin acceso por colapso del cielorraso, la ausencia de insumos completos no exime al Grupo de Gestión Documental de consolidar la información disponible y emitir un diagnóstico, aun cuando sea preliminar o con limitaciones técnicas. La falta de diagnóstico documental ha impedido, a su vez, la activación formal del

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

NIVEL CENTRAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

procedimiento y la gestión del acto administrativo que declare la pérdida total o parcial, lo que impide determinar el universo afectado, retrasa la reconstrucción y mantiene los casos en un estado indefinido. Esta situación vulnera los principios y obligaciones establecidos en la Ley 594 de 2000, particularmente:

- Art. 21 – Programas de gestión documental, que exige garantizar organización y disponibilidad de la información.
- Art. 22 – Procesos archivísticos, que obliga a aplicar adecuadamente los procesos de organización y descripción.
- Art. 23 – Formación de archivos, que requiere conformar archivos completos y técnicamente estructurados.
- Art. 24 – Obligatoriedad de las TRD, instrumento esencial para identificar series y subseries afectadas.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda que el Grupo de Gestión Documental (GGD) elabore el diagnóstico documental para los casos de Arauca, Bolívar y Caldas, consolidando los insumos disponibles y aplicando los criterios técnicos establecidos en el procedimiento GD-SAF-P-032, aun cuando la información sea preliminar o limitada. El diagnóstico debe identificar unidades afectadas, grado de pérdida, series y subseries comprometidas, estado de conservación y alcance de la afectación, y debe ser remitido a las dependencias responsables como insumo para la toma de decisiones. Con base en dicho diagnóstico, el GGD deberá gestionar ante la autoridad competente la emisión del acto administrativo que declare la pérdida total o parcial en cada seccional afectada y, de esta forma, activar formalmente el procedimiento y permitir la continuidad de las etapas de denuncia y reconstrucción.

OBSERVACIÓN 3 – Incumplimiento en la reconstrucción documental y ausencia de trazabilidad.

Se evidenció incumplimiento del procedimiento GD-SAF-P-032, dado que ninguna seccional ha completado la reconstrucción física o digital de los expedientes afectados ni ha consolidado un expediente único por caso que integre diagnósticos, comunicaciones, inventarios, denuncias, actas y lineamientos del GGD. La información se encuentra dispersa en correos, memorandos y reportes aislados, lo que dificulta verificar la gestión realizada y genera inconsistencias entre lo declarado y lo soportado. Arauca no presenta evidencia verificable de reconstrucción; Bolívar ha iniciado actividades, pero las condiciones locativas inseguras han restringido significativamente el avance; y Caldas permanece en fase inicial sin determinar qué debe reconstruirse. Esta situación vulnera los principios de organización, integridad y trazabilidad establecidos en la Ley 594 de 2000 y afecta la capacidad institucional para garantizar autenticidad y fidelidad de los documentos reconstruidos.

Áreas responsables: Gerencia seccional Arauca, Bolívar y Caldas y el Grupo de Gestión Documental.

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda que cada seccional, con acompañamiento del GGD, avance en la reconstrucción física o digital de los expedientes afectados, siguiendo las actividades y productos definidos en el procedimiento GD-SAF-P-032. Asimismo, se debe consolidar un expediente único por caso, que integre diagnósticos, comunicaciones, inventarios, denuncias, actas, evidencias fotográficas, lineamientos del GGD y soportes de reconstrucción. Este expediente debe mantenerse

actualizado y disponible para auditoría, garantizando trazabilidad, integridad y transparencia en el proceso.

OBSERVACIÓN 4 – Incumplimiento en la socialización y apropiación del procedimiento GD-SAF-P-032.

Se evidenció incumplimiento de la Política de Gestión Documental del MIPG y de los principios de la Ley 594 de 2000, dado que el Grupo de Gestión Documental no ha realizado una socialización específica ni reinducción periódica del procedimiento GD-SAF-P-032. Las capacitaciones realizadas han sido generales y no abordan las etapas, responsabilidades, productos mínimos ni criterios técnicos del proceso de reconstrucción. Esta falta de apropiación institucional explica las inconsistencias en la aplicación del procedimiento, la ausencia de diagnósticos completos y la gestión desigual entre seccionales, generando riesgo de incumplimiento normativo y afectación a la integridad de la información pública.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda que el Grupo de Gestión Documental realice una socialización específica y reinducción periódica del procedimiento GD-SAF-P-032, dirigida a jefes de seccional, responsables de archivo, equipos administrativos y personal operativo. La capacitación debe abordar:

- etapas del procedimiento,
- responsabilidades por rol,
- productos mínimos,
- criterios técnicos para diagnóstico y reconstrucción,
- uso de instrumentos archivísticos,
- y obligaciones normativas asociadas.

Esto permitirá fortalecer la apropiación institucional y mejorar la aplicación homogénea del procedimiento en todas las seccionales.

OBSERVACIÓN 5 – Debilidades en la gestión oportuna para la intervención y recuperación de archivos documentales afectados.

Se evidenció incumplimiento de los deberes de conservación documental establecidos en la Ley 594 de 2000, dado que la falta de intervención oportuna del Grupo Gestión de Infraestructura Física y Mantenimiento ha impedido a las seccionales avanzar en diagnóstico, determinación de pérdida y reconstrucción. En Bolívar, el informe con número SINAD 16263009089 describe condiciones ambientales y biológicas que imposibilitan el acceso seguro; en Caldas, el colapso del cielorraso bloquea la revisión del archivo; y en Arauca, la destrucción de la sede impidió la recuperación inicial. Esta situación también vulnera la normatividad de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto 1072 de 2015), al exponer al personal a riesgos biológicos y estructurales. La ausencia de un protocolo interáreas genera retrasos prolongados, deterioro progresivo de documentos y riesgo de pérdida de información pública.

Áreas responsables: Grupo Gestión de Infraestructura Física y Mantenimiento; Grupo de Gestión del Talento Humano; Grupo de Gestión Documental

RECOMENDACIÓN:

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

Se recomienda que el Grupo de Infraestructura intervenga de manera prioritaria las áreas de archivo afectadas, garantizando condiciones locativas seguras y adecuadas para permitir el acceso, diagnóstico y reconstrucción documental. Adicionalmente, se sugiere establecer un protocolo interáreas entre Infraestructura, Gestión Documental, SST y las seccionales, que defina tiempos de respuesta, responsabilidades, acciones de mitigación y rutas de atención ante emergencias documentales. Esto permitirá reducir riesgos biológicos y estructurales, evitar deterioro progresivo y asegurar la continuidad del proceso archivístico.

OBSERVACIÓN 6 – Incumplimiento en los controles del GGD y debilidades institucionales para atender emergencias documentales.

Se evidenció incumplimiento de los principios de autenticidad, integridad y veracidad documental, dado que el Grupo de Gestión Documental no cuenta con mecanismos formales para validar inventarios remitidos por las seccionales, verificar series y subseries afectadas ni asegurar la incorporación de FUID y soportes técnicos en los expedientes reconstruidos. Así mismo se evidencia que las gerencias seccionales no tienen al día el inventario documental tal como lo establece la TRD, lo cual repercute en la identificación de los documentos objeto de reconstrucción.

Adicionalmente, la entidad carece de recursos presupuestales suficientes para intervenir áreas de archivo, ejecutar saneamientos, adquirir contenedores, realizar reubicaciones temporales y atender emergencias documentales, lo que afecta directamente la ejecución del procedimiento GD-SAF-P-032. Estas debilidades institucionales incrementan el riesgo de pérdida de información pública, deterioro progresivo y afectación a la continuidad del proceso archivístico.

Áreas responsables: Grupo de Gestión Documental, Gerencias Seccionales Arauca, Bolívar y Caldas; Subgerencia Administrativa y Financiera.

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda que el Grupo de Gestión Documental (GGD) implemente mecanismos formales de control para validar inventarios, verificar series y subseries afectadas, revisar FUID, confirmar la autenticidad de documentos reconstruidos y asegurar la incorporación de todos los soportes técnicos en los expedientes.
2. Así mismo, se recomienda que la Subgerencia Administrativa y Financiera asigne y ejecute los recursos presupuestales necesarios para la intervención de áreas de archivo, saneamientos, reubicaciones temporales, adquisición de contenedores y atención de emergencias documentales, con el fin de garantizar la integridad, veracidad y continuidad del proceso archivístico institucional.

OBSERVACIÓN No. 7: Debilidades en la coherencia entre la denominación y actividades del procedimiento “Reconstrucción de los Expedientes Pérdida Total o Parcial”.

En el marco de la revisión efectuada al procedimiento denominado “Reconstrucción de los Expedientes Pérdida Total o Parcial”, código GD-SAF-P-032, se evidenciaron debilidades en su estructura y formulación documental, toda vez que la denominación y objetivo del procedimiento no guardan correspondencia integral con las actividades descritas en su contenido. Lo anterior, debido a que el procedimiento incorpora actividades relacionadas con el reporte de la novedad, verificación, validación, diagnóstico e identificación de una posible pérdida documental, etapas que pueden concluir en la determinación de inexistencia de pérdida y, por consiguiente, en el cierre del proceso sin requerirse la reconstrucción del expediente.

Así mismo, se observa falta de alineación frente a lo establecido en el Capítulo 3 “Reconstrucción de Expedientes” del Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, el cual dispone que

el proceso de reconstrucción aplica cuando se ha determinado la pérdida total o parcial de los expedientes. Sin embargo, el procedimiento actual permite el inicio de actuaciones asociadas a reconstrucción aun sin existir una condición de pérdida plenamente establecida, generando la posibilidad de adelantar actividades administrativas que posteriormente deban cerrarse al evidenciarse que no existe pérdida documental que amerite reconstrucción, como es el caso reportado de la seccional Caldas.

La situación descrita evidencia falta de claridad conceptual y metodológica en el diseño del procedimiento, lo que puede generar interpretaciones erróneas, reprocesos, desgaste administrativo y riesgos de incumplimiento frente a la normatividad archivística vigente.

Igualmente, en caso de mantenerse dentro de un mismo procedimiento tanto las actividades preliminares de validación como las actividades propias de reconstrucción, se recomienda ajustar su denominación y alcance, de manera que reflejen de forma precisa e integral todas las etapas desarrolladas, evitando inconsistencias entre el nombre del procedimiento, su objetivo y la ejecución operativa del mismo.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

RECOMENDACIÓN:

Revisar y de considerarse necesario ajustar el procedimiento GD-SAF-P-032, definiendo claramente las etapas de verificación de la presunta pérdida documental y de reconstrucción de expedientes, así como su denominación y alcance, con el fin de garantizar coherencia metodológica y alineación con el Acuerdo 001 de 2024 del AGN.

Observación No. 8. Falta de articulación institucional del procedimiento GD-SAF-P-032 con los instrumentos de planeación archivística y de gestión del riesgo documental.

Durante la evaluación al proceso de Gestión Documental se identificó que el procedimiento “Reconstrucción de los Expedientes por Pérdida Total o Parcial” GD-SAF-P-032, define las actividades técnicas y administrativas para la recuperación de expedientes afectados por pérdida, deterioro o alteración de la información. No obstante, se evidencian debilidades en su articulación con los instrumentos institucionales de planeación archivística y gestión del riesgo documental, lo cual limita la coherencia y trazabilidad de las acciones orientadas a la preservación de la información.

En particular, se observó que el procedimiento no se integra de manera operativa con los instrumentos técnicos definidos en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, tales como el Programa de Gestión Documental (PGD) y el Sistema Integrado de Conservación (SIC). Además, se evidenció la falta de apropiación de, las Tablas de Retención Documental (TRD), las Tablas de Valoración Documental (TVD) y el Formato Único de Inventario Documental (FUID). Esta falta de articulación y apropiación afecta la trazabilidad de las acciones de reconstrucción y dificulta la aplicación uniforme de criterios técnicos para la recuperación de expedientes.

De igual manera, se identificó que los elementos del procedimiento relacionados con la gestión del riesgo documental no se encuentran articulados con los instrumentos de planeación institucional, entre ellos el Plan Institucional de Archivos – PINAR y la planeación anual de la entidad. Si bien estos instrumentos no deben incorporar actividades operativas propias del procedimiento, sí constituyen marcos estratégicos que orientan la identificación de riesgos, la definición de acciones preventivas y el fortalecimiento de controles institucionales. La ausencia de esta articulación limita la capacidad institucional para anticipar, mitigar y evaluar eventos asociados a pérdida o deterioro documental.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

NIVEL CENTRAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Adicionalmente, no se evidencian mecanismos de seguimiento, indicadores o actividades de evaluación que permitan medir la efectividad de las acciones de reconstrucción, la recurrencia de eventos de pérdida documental o el desempeño de los controles asociados. Esta situación dificulta valorar el impacto del procedimiento como medida de mitigación frente al riesgo documental.

En conjunto, lo anterior refleja una falta de articulación entre el procedimiento GD-SAF-P-032, los instrumentos archivísticos, la gestión del riesgo documental y la planeación institucional, lo que limita la adopción de acciones preventivas y correctivas orientadas a fortalecer la preservación de la memoria institucional.

Área responsable: Grupo de Gestión Documental

RECOMENDACIONES:

1. Fortalecer la articulación técnica del procedimiento GD-SAF-P-032 con el PGD, el SIC, el PINAR y el Plan de Acción del Instituto, conforme al Acuerdo 001 de 2024.
2. Incorporar actividades de seguimiento e indicadores específicos que permitan medir la efectividad de las acciones de reconstrucción y conservación documental.
3. Determinar mecanismos de apropiación para las TRD, TVD y FUID en el procedimiento, asegurando trazabilidad y control en la gestión del riesgo documental.

OBSERVACIÓN No. 9: Debilidades en el diseño de controles establecidos para los riesgos GDO1 y GDO2 del proceso de Gestión Documental

En desarrollo de la Auditoría Interna Basada en Riesgos al proceso de Gestión Documental, la Oficina de Control Interno evidenció que los controles definidos en el mapa de riesgos institucional para los riesgos GDO1 (pérdida y/o deterioro de la información) y GDO2 (uso indebido y/o alteración de la información para favorecimiento propio o de terceros) se concentran principalmente en actividades generales de organización de archivos, transferencias documentales y socialización de lineamientos archivísticos; no obstante, presentan limitaciones en su diseño frente a la administración integral de eventos críticos asociados a pérdida, destrucción, alteración, uso indebido o reconstrucción documental.

Particularmente, se observó ausencia de controles específicos orientados a la identificación inmediata de documentación afectada, mecanismos extraordinarios de diagnóstico documental, procedimientos de respuesta ante materialización de riesgos, fortalecimiento de controles de acceso, monitoreo sobre alteraciones documentales, trazabilidad reforzada sobre eventos críticos, planes de contingencia documental y controles directos sobre procesos de reconstrucción de expedientes, pese a que dichos escenarios guardan relación directa con las causas, efectos y materialización de los riesgos identificados.

Lo anterior contraviene lo dispuesto en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, la Ley 594 de 2000, el Sistema Integrado de Conservación, los principios de administración de riesgos institucionales y las obligaciones de control suficientes para proteger la autenticidad, integridad, disponibilidad y accesibilidad documental.

La situación obedece a una formulación de controles institucionales con alcance operativo limitado, centrada en actividades ordinarias de gestión documental, sin incorporar controles preventivos, detectivos y correctivos suficientes frente a escenarios de materialización de riesgos estratégicos y de conflicto de interés.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

NIVEL CENTRAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Como consecuencia, la Entidad presenta vulnerabilidad en la mitigación efectiva de los riesgos GDO1 y GDO2, aumentando la probabilidad de pérdida, deterioro, alteración o uso indebido de la información institucional, afectación reputacional, pérdida de memoria institucional, incumplimiento normativo, posibles sanciones de entes de control y exposición a responsabilidades disciplinarias, administrativas y patrimoniales.

Áreas responsables: Grupo de Gestión Documental - Oficina Asesora de Planeación.

RECOMENDACIONES:

1. Actualizar el mapa de riesgos institucional del proceso de Gestión Documental, incorporando controles específicos, preventivos, detectivos y correctivos para los riesgos GDO1 y GDO2, incluyendo pérdida, deterioro, alteración, uso indebido y reconstrucción documental.
2. Integrar los procedimientos archivísticos, el Sistema Integrado de Conservación y la gestión institucional del riesgo, garantizando coherencia entre normatividad, controles, planes de contingencia y planes de mejoramiento.
3. Realizar seguimiento periódico a la efectividad de los controles implementados, mediante auditorías internas, indicadores de gestión documental y reportes al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para asegurar la mitigación real de los riesgos identificados.

OBSERVACION No. 10: Materialización del Riesgo GDO1 por afectación a la integridad, autenticidad y accesibilidad documental.

En desarrollo de la Auditoría Interna Basada en Riesgos al proceso de Gestión Documental, la Oficina de Control Interno evidenció que en la Gerencia Seccional Bolívar existe un archivo en estado de abandono, con deterioro físico y deficiencias en conservación, organización e inventario documental; igualmente, en la Gerencia Seccional Arauca, como consecuencia del atentado terrorista que afectó la infraestructura de la sede, se presentó daño documental sin que durante la auditoría se suministrara identificación precisa de las series, subseries o expedientes destruidos, afectados o susceptibles de reconstrucción, ni diagnóstico integral que permitiera establecer el alcance real de la pérdida documental.

Lo anterior contraviene lo establecido en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, artículos 9.3.2, 9.3.3, 9.3.4 y 9.3.5, así como el procedimiento institucional GD-SAF-P-032 V.1, en cuanto a la obligación de identificar, diagnosticar, inventariar, reconstruir y hacer seguimiento oportuno a los expedientes con pérdida total o parcial.

La situación descrita obedece a debilidades en la aplicación de controles archivísticos, deficiencias en la implementación de instrumentos de control documental, insuficiente seguimiento a los procesos de conservación y reconstrucción, así como falencias en la gestión preventiva del riesgo documental.

Como consecuencia, se materializa el riesgo GDO1, comprometiéndose la integridad, autenticidad y accesibilidad de la información institucional, generando riesgo de pérdida de memoria institucional, afectación reputacional, vulneración del principio de transparencia, posibles sanciones por incumplimiento normativo y exposición a responsabilidades disciplinarias, administrativas y patrimoniales para la Entidad.

Áreas responsables: Seccional Bolívar - Seccional Arauca, Grupo de Gestión Documental - Oficina Asesora de Planeación.

RECOMENDACIONES:

1. Implementar de manera inmediata el procedimiento institucional de reconstrucción de expedientes (GD-SAF-P-032 V.1), garantizando la identificación, reconstrucción, formalización administrativa y seguimiento de la documentación afectada.
2. Capacitar y supervisar permanentemente a los responsables de la gestión documental en normatividad archivística, administración del riesgo documental y cumplimiento de procedimientos institucionales.
3. Establecer planes de contingencia y seguimiento periódico por parte del Grupo de Gestión Documental para garantizar la recuperación, protección y sostenibilidad de la memoria institucional.
4. Evaluar posibles responsabilidades administrativas o disciplinarias derivadas de omisiones en custodia, conservación o reporte de pérdida documental.

6. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

6.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
SGC Posibilidad de afectación reputacional por pérdida y/o deterioro de la información de la entidad	Optimizar los Recursos Administrativos y Financieros	ZONA RIESGO EXTREMA	<ul style="list-style-type: none"> * 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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. (Dependencias de oficinas Nacionales. (trimestrales)). Gerentes seccionales: (Cada vez que se requieran los procesos). 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. (Trimestral)
COR Posibilidad de afectación reputacional por uso indebido y/o alteración de la información de la entidad para favorecimiento	Optimizar los Recursos Administrativos y Financieros	ZONA RIESGO EXTREMA	<ul style="list-style-type: none"> * Intereses particulares; Presiones de terceros * No aplicabilidad de la normatividad archivística * Desconocimiento de los niveles de 	<ol style="list-style-type: none"> 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

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

propio o de un tercero			acceso a la información.	<p>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. (Anual).</p> <p>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. (Trimestral)</p>
------------------------	--	--	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Se evidenció la materialización del riesgo, conforme a lo establecido en la Observación No. 10 del presente informe, al identificarse afectaciones a la integridad, autenticidad y accesibilidad documental derivadas de deficiencias en conservación, control, identificación y reconstrucción de expedientes en las seccionales auditadas.

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

Se identificó que el mapa de riesgos institucional del proceso de Gestión Documental no contempla riesgos específicos asociados a la atención de emergencias documentales, reconstrucción de expedientes, debilidades en la trazabilidad documental y deficiencias en la gestión de contingencias archivísticas. En consecuencia, la Oficina de Control Interno identificó los siguientes riesgos adicionales:

CATEGORÍA	RIESGO IDENTIFICADO	CONTROLES RECOMENDADOS
Estratégico / Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional, jurídica y administrativa por ausencia de protocolos institucionales para la atención de emergencias documentales y reconstrucción de expedientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar un protocolo institucional de atención de emergencias documentales. • Definir rutas de actuación, responsables y tiempos de respuesta. • Implementar planes de contingencia documental y seguimiento periódico.

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

CATEGORÍA	RIESGO IDENTIFICADO	CONTROLES RECOMENDADOS
Operativo / Gestión Documental	Posibilidad de afectación a la autenticidad, integridad y trazabilidad documental por ausencia de controles específicos sobre reconstrucción de expedientes, validación de inventarios y consolidación documental.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar controles preventivos, detectivos y correctivos sobre reconstrucción documental. • Validar periódicamente inventarios, FUID y series documentales. • Consolidar expedientes únicos por cada evento de pérdida documental. • Realizar auditorías y seguimientos periódicos.
Cumplimiento / Normativo	Posibilidad de incumplimiento normativo por desactualización de procedimientos archivísticos frente a los lineamientos vigentes del AGN.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar el procedimiento GD-SAF-P-032 conforme al Acuerdo 001 de 2024. • Implementar revisiones normativas periódicas. • Incorporar lineamientos sobre preservación digital, autenticidad e integridad documental.
Financiero / Operativo	Posibilidad de afectación operativa y pérdida de información por insuficiencia de recursos técnicos, físicos, tecnológicos y presupuestales para atender emergencias documentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar asignación de recursos presupuestales para conservación documental. • Realizar adecuaciones locativas y saneamientos ambientales. • Adquirir elementos de conservación y almacenamiento. • Fortalecer capacidades técnicas y humanas del proceso archivístico.
Talento Humano / Operativo	Posibilidad de aplicación inadecuada de procedimientos archivísticos por falta de capacitación, socialización y apropiación institucional de los lineamientos de reconstrucción documental y gestión del riesgo archivístico.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar capacitaciones y reinducciones periódicas. • Socializar procedimientos y responsabilidades archivísticas. • Implementar mecanismos de evaluación sobre apropiación de lineamientos. • Fortalecer cultura de control y gestión documental.

Lo anterior se sustenta en las observaciones identificadas durante la auditoría, especialmente las relacionadas con deficiencias en controles institucionales, ausencia de diagnósticos documentales, falta de trazabilidad, debilidades en contingencia documental y limitaciones presupuestales y operativas evidenciadas en las seccionales auditadas.

7. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Unidad auditable sin acciones de mejora pendientes.

8. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

CONCLUSIONES



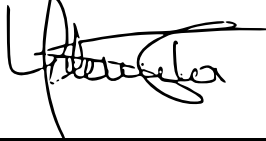
1. La auditoría evidenció debilidades significativas en la implementación y cumplimiento del procedimiento GD-SAF-P-032 “Reconstrucción de los Expedientes por Pérdida Total o Parcial”, especialmente frente a las exigencias establecidas en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación y la Ley 594 de 2000. El procedimiento presenta desactualización normativa, vacíos metodológicos y ausencia de controles suficientes para garantizar la autenticidad, integridad, trazabilidad y valor probatorio de los expedientes reconstruidos.
2. Se identificó que el Grupo de Gestión Documental no ha realizado oportunamente diagnósticos documentales en los casos de Arauca, Bolívar y Caldas, situación que ha impedido formalizar la declaratoria de pérdida documental y activar de manera efectiva el proceso de reconstrucción. Esto mantiene los casos en estado indefinido y aumenta el riesgo de pérdida permanente de información institucional.
3. La auditoría evidenció deficiencias en la organización, consolidación y trazabilidad documental de los expedientes asociados a los eventos de pérdida, debido a que la información se encuentra dispersa y sin un expediente único por caso. Esta situación limita la capacidad institucional para demostrar las actuaciones realizadas y afecta la transparencia y confiabilidad del proceso archivístico.
4. Se observó insuficiente apropiación institucional del procedimiento GD-SAF-P-032, derivada de la ausencia de capacitaciones específicas y reinducciones periódicas sobre reconstrucción documental. Lo anterior ha generado interpretaciones inconsistentes, aplicación desigual del procedimiento entre seccionales y debilidades en el cumplimiento de responsabilidades archivísticas.
5. La auditoría determinó que existen factores locativos, ambientales y estructurales que han impedido avanzar en los procesos de diagnóstico y reconstrucción documental, especialmente en las seccionales Bolívar y Caldas. Asimismo, se evidenció falta de articulación interáreas y ausencia de protocolos institucionales para la atención de emergencias documentales.
6. Se concluyó que los controles definidos en el mapa de riesgos institucional para los riesgos GDO1 y GDO2 son insuficientes frente a escenarios críticos de pérdida, deterioro, alteración y reconstrucción documental, debido a que se concentran en actividades ordinarias de gestión documental y no contemplan controles preventivos, detectivos y correctivos especializados.
7. La Oficina de Control Interno evidenció la materialización del riesgo GDO1, relacionado con la pérdida y deterioro de información institucional, afectándose la integridad, autenticidad y accesibilidad documental en las seccionales auditadas. Esta situación expone a la Entidad a riesgos reputacionales, disciplinarios, administrativos y de incumplimiento normativo frente a los lineamientos archivísticos vigentes.
8. Finalmente, se evidenció que la Entidad presenta debilidades estructurales y presupuestales para la atención de emergencias documentales, conservación de archivos y ejecución de medidas correctivas, lo cual compromete la sostenibilidad del sistema de gestión documental y la preservación de la memoria institucional.

RECOMENDACIONES

1. Actualizar integralmente el procedimiento GD-SAF-P-032, alineándolo con el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, el Decreto 1080 de 2015 y la Política de Gestión Documental del MIPG, incorporando lineamientos claros sobre declaratoria de pérdida, reconstrucción, autenticidad documental, pruebas técnicas y seguimiento institucional.
2. Elaborar de manera inmediata los diagnósticos documentales pendientes en las seccionales Arauca, Bolívar y Caldas, con el fin de determinar el universo documental

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

- afectado, formalizar administrativamente la pérdida y activar las etapas de reconstrucción correspondientes.
3. Implementar mecanismos formales de control y seguimiento documental que permitan validar inventarios, verificar series y subseries afectadas, garantizar el uso adecuado de FUID y consolidar expedientes únicos por cada caso de pérdida documental.
 4. Diseñar e implementar un protocolo institucional para la atención de emergencias documentales, articulando las áreas de Gestión Documental, Infraestructura, Seguridad y Salud en el Trabajo y las gerencias seccionales, definiendo responsabilidades, tiempos de respuesta y medidas de contingencia.
 5. Fortalecer la gestión del riesgo documental mediante la actualización del mapa de riesgos institucional, incorporando controles específicos para pérdida, deterioro, alteración, acceso indebido y reconstrucción documental, así como mecanismos de monitoreo y evaluación periódica de su efectividad.
 6. Desarrollar programas permanentes de capacitación y reinducción sobre gestión documental, conservación, administración del riesgo archivístico y reconstrucción de expedientes, dirigidos a responsables de archivo, funcionarios administrativos y líderes seccionales.
 7. Gestionar la asignación de recursos presupuestales suficientes para la intervención física de áreas de archivo, saneamiento ambiental, reubicación temporal de documentos, adquisición de elementos de conservación y fortalecimiento de capacidades técnicas institucionales.
 8. Realizar seguimiento periódico por parte del Grupo de Gestión Documental y la Oficina Asesora de Planeación a la ejecución de las acciones correctivas y preventivas derivadas de la auditoría, garantizando la implementación efectiva de los planes de mejoramiento y la mitigación de los riesgos identificados.

FIRMA DE APROBACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL(LOS) AUDITOR(ES)	FECHA DE APROBACIÓN
<p>SANDRA PIEDAD RIAÑO BUSTAMANTE</p>  <hr/> <p>Jefe Oficina Control Interno</p>	<p></p> <hr/> <p>ARANZA ROCIO VARGAS SOLANO Profesional OCI</p> <hr/> <p></p> <hr/> <p>YOLANDA ARCINIEGAS PINZÓN Profesional OCI</p>	<p align="center">18/06/2026</p>