

MEMORANDO
20181400083313

GD-F-010 V.10

Bogotá D.C., 31/07/2018

Página 1 de 1

PARA Dra. RUTTY PAOLA ORTIZ JARA
Superintendente

DE JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO Informe final Auditoría Interna de Gestión Proceso Gestión Documental.


Respetada doctora:

La Oficina de Control Interno dando cumplimiento al Programa Anual de Auditorías de Gestión para la vigencia 2018 y, con el fin de valorar en forma pertinente el desempeño de los procesos y la eficacia y efectividad de los controles y del Sistema de Control Interno, ejecutó la auditoría interna de gestión al Proceso de Gestión Documental, obteniendo como resultado el informe final de auditoría, el cual remitimos para su conocimiento.

Como resultado de dicha auditoría se generaron seis (6) observaciones, por tal motivo el líder del proceso deberá contar con la asesoría de la Oficina de Planeación en la formulación de acciones de mejora, de conformidad con los lineamientos establecidos en el procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora - MC-P-001, en un plazo no mayor a 15 días hábiles.

La Oficina de Control Interno cumpliendo el ciclo de la presente auditoría, continuará con su labor de seguimiento y asesoría permanente, propendiendo por el mejoramiento continuo en los procesos, lo que redundará en una gestión institucional exitosa.

Cordialmente,



MYRIAM HERRERA DURÁN
Anexo: Informe final de auditoría de gestión
Copia: María Paula Farías - Dirección Administrativa
Lida Constanza Cubillos - Oficina Asesora de Planeación
Proyectó: Maritza Coca - Oficina de Control Interno

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	31	Mes:	07	Año:	2018
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso:	GESTION DOCUMENTAL Código: GD-PR-001 V.5
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Coordinador Grupo Centro de Gestión Documental y Correspondencia
Objetivo de la Auditoría:	<p>Evaluar de manera transversal e integral, el proceso de Gestión Documental y la gestión realizada por el Grupo de Gestión Documental, en cumplimiento de las funciones establecidas y los requisitos legales relacionados en torno a la misión institucional, con enfoque en la administración de riesgos y controles.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar el cumplimiento del objetivo del proceso y las actividades descritas 2. Verificar la implementación y desarrollo de la política de gestión documental y su integralidad con la dimensión de Información y Comunicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad (MIPG) 3. Verificar el avance y grado de cumplimiento del cronograma del Programa de Gestión Documental (PGD) 4. Verificar aleatoriamente los instrumentos archivísticos del Plan Institucional de Archivo (PINAR) 5. Efectuar seguimiento al plan de acción de la Dirección Administrativa 2017 y 2018, específicamente en las actividades a cargo del Grupo de Gestión Documental. 6. Realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora formuladas y la eficacia de las mismas. 7. Revisión documental en SIGME.
Alcance de la Auditoría:	La revisión comprende el proceso de Gestión Documental, los planes y programas, instructivos y su interrelación con los demás procesos, incluyendo las actividades realizada entre el 1 de junio de 2017 a 31 de mayo de 2018.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
Myriam Herrera Duran	Maritza Coca Espinel

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	06	Mes	06	Año	2018	Desde	06/06/2018 D/M/A	Hasta	31/07/2018 D/M/A	Día	31	Mes	07	Año	2018



TABLA DE CONTENIDO

1. METODOLOGÍA	3
2. DESARROLLO DEL INFORME	3
2.1. Rediseño del proceso.....	3
2.2. Actividades y puntos de control.....	4
2.3. Instrumentos Archivísticos.....	8
2.4. Política de Gestión Documental e Integralidad con el MIPG.....	10
2.5. Plan de Acción.....	11
2.6. Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora- ACPM.....	11
2.7. Revisión documental en SIGME.....	12
2.8. Situaciones que impactan la Gestión del Grupo de Gestión Documental.....	12
3. CONCLUSIONES	13
4. RECOMENDACIONES	13

1. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno para la realización de la auditoría de gestión al proceso de gestión documental V.5 se basa en el procedimiento de auditorías Internas SG-P-002 Versión 13, cumpliendo principalmente con las actividades de:

- Programación general de las auditorías: La auditoría se encuentra en el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2018, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- Planeación de la auditoría: Se generó el programa de auditoría, documentado en el aplicativo SIGME estableciendo entre otros aspectos, el objetivo, alcance y actividades a ejecutar, el cual fue comunicado al líder del proceso mediante memorando 20181400064073 del 30/05/2018 y se informa el inicio de la labor de auditoría.
- Ejecución de la auditoría: Durante el desarrollo del trabajo de auditoría se realizaron las correspondientes solicitudes de información a través del correo oficial; una vez obtenida la información se realizó un análisis de verificación de las evidencias aportadas. Así mismo se realizó visita de campo y entrevistas a los funcionarios del grupo de gestión documental donde se verificaron los planes, programas y puntos de control del proceso, con revisiones a través de los aplicativos: Sistema de Gestión Documental ORFEO, Sistema Integrado de Gestión y Mejora SIGME, SISGESTION y página web de la entidad.
- Comunicación de resultados de la auditoría: Se presenta el resultado de la evaluación realizada al líder del proceso.

Es importante aclarar que el presente informe se realiza mediante un análisis de muestras de auditoría, por tanto, no contempla la revisión de la totalidad de actividades realizadas por el proceso en el periodo evaluado. Igualmente, los anexos mencionados hacen parte integral de los papeles de trabajo los cuales reposan en la carpeta de la OCI.

2. DESARROLLO DEL INFORME

Como producto del ejercicio auditor, aplicando procedimientos y pruebas de auditoría, con base en la información suministrada por el Grupo de Gestión Documental y la revisada a través de los diferentes aplicativos, en la etapa de la ejecución de la auditoría se presentan los siguientes resultados:

2.1. Rediseño del proceso

La Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, mediante Resolución No 20171000245375 de 12 diciembre de 2017, adoptó el Mapa de Procesos como el esquema que integra los procesos de la entidad y su interacción dentro del Sistema Integrado de Gestión y Mejora, de conformidad con los requisitos de la ISO 9001:2008, NTC-GP1000:2009 y del Modelo Estándar de Control Interno MECI: 1000:2014.

Es así como pasa de ser un subproceso del proceso de Gestión Administrativa a ser un proceso de apoyo como eje transversal, como se evidencia en el mapa de procesos publicado en SIGME, ajustado en el mes de julio de 2018, Código GD-PR-001, Versión 5.

Una vez analizado el objetivo del proceso establecido en el proceso de Gestión Documental enfocado a "Orientar la realización de las actividades necesarias para la administración y conservación de los documentos producidos y recibidos por la entidad, aplicando la normatividad archivística, el sistema de gestión documental automatizado, garantizando la integridad y conservación de la información.", se observa que el propósito se encuentra asociado a la definición de las actividades descritas y desarrolladas en la operación del proceso.

2.2. Actividades y puntos de control

Verificadas las actividades descritas en el proceso de gestión documental, se evidencia que todos los PCC¹ se encuentran documentados, vigentes en el SIGME y cumplen las medidas necesarias para asegurar y mantener el cumplimiento del ciclo PHVA, criterios establecidos en el proceso. No obstante, se presentan algunas desviaciones que requieren ser revisadas y ajustadas, tales como se describen a continuación:

Para la revisión y análisis se toma como muestra selectiva las planillas y registros de control de calidad correspondientes al primer cuatrimestre del 2018 que involucra: **radicación de entrada y digitalización, envío documental, correspondencia devuelta, acuses de recibo y transferencias documentales**; todos puntos de control de los documentos oficiales producidos por la entidad a los destinatarios y clientes de los diferentes procesos de acuerdo con los instructivos Producción y recepción de documentos GD-I-001; Gestión y tramite documental GD-I-002; Transferencias documentales GD-I-004; Preservación a largo plazo GD-I-006; y Envío de comunicaciones oficiales GD-I-007 y su interacción con INFOTIC y 4/72.

RADICACIÓN DE ENTRADA DEL 01 ENERO AL 30 DE ABRIL DE 2018					
Código	Dependencia	Radicación correo electrónico	Radicación ventanilla	No. Documentos Recibidos y Radicados	% por Territorial
529	Nivel Central	15.901	14.779	30.680	26%
810	DT Centro	7.078	7.458	14.536	12%
820	DT Norte	41.659	15.754	57.413	49%
830	DT Occidente	3271	751	4.022	3%
840	DT Oriente	823	5.896	6.719	6%
850	DT Sur Occidente	2230	1269	3.499	3%
TOTAL		70.962	45.907	116.869	100%

De acuerdo con el análisis efectuado se comprueba que la entidad efectuó radicación durante el primer cuatrimestre del año 2018 a un total de **116.869** documentos dirigidos tanto a nivel central como territorial, en donde las dependencias con mayor porcentaje de participación son la D.T. Norte con el 49% y el nivel central con el 26%, seguida de la D.T. Centro con el 12%.

De igual forma se aprecia que la mayor radicación de documentos recibidos y radicados se generan a través del correo electrónico, con un total de **70.962** documentos lo que representa el **61%** de documentos recibidos por el correo institucional sspd@superservicios.gov.co (Anexos 1 y 2)

Según el análisis efectuado a las panillas de control de calidad de los radicados de entrada para el nivel central y direcciones territoriales que el outsourcing informático mensualmente efectúa, según muestra a un total de 600 documentos mensuales, se observa el siguiente resultado:

Mes	No. ACCION A CORREGIR	MUESTRA CALIDAD	%
enero	72	600	12%
febrero	92	600	15%
marzo	75	600	13%
abril	30	600	5%
mayo	40	600	7%
TOTAL ERROR :	309	600	52%

¹ Punto Crítico de Control
SG-F-003 V. 7



Observación 1: Con base en los datos arrojados en el cuadro anterior, se aprecia que el **52%** de documentos presentaron algún correctivo, siendo el error de mayor frecuencia: “*se corrige y modifica la dirección del predio o correo electrónico o asunto*” para el mes de febrero, lo que indica fallas encontradas en el diligenciamiento de los campos establecidos en el módulo de radicación y la reasignación de la dependencia correspondiente, presentando debilidades en la captación de información al momento de radicar documentos de entrada, por cuanto las direcciones erradas que se carguen del remitente, generan devoluciones de correspondencia. (Anexo 1)

Transferencias Documentales. -

De acuerdo con el Instructivo organización documental GD-I.-003 La entidad cuenta con el formato GD-F-003. De acuerdo con las actas de transferencia documentales verificadas con corte a mayo de 2018, se observa que el *outsourcing Infotíc S.A.* efectúa mensualmente la entrega para custodia de bodegaje las cajas del nivel central y las direcciones territoriales en cumplimiento de las TRD establecidas en las dependencias y grupos de trabajo, así como las obligaciones establecidas contractualmente.

Se efectuó revisión de los registros de transferencias, evidenciando que para el Primer Trimestre del año en curso se transfirieron y/o evacuaron un total de 2848 cajas X 200.

Es así como dentro del contexto general se evidencia la Centralización de Archivos de Gestión los cuales son administrados por el outsourcing especializado y cuyos volúmenes se describen a continuación (mayo del 2018):

TOTAL DE CAJAS EN CUSTODIA OUTSOURCING AL MES DE MAYO 2018		
UBICACIÓN	CANTIDAD CAJAS	CANTIDAD METROS LINEALES
NIVEL CENTRAL	6590	1647
CENTRO	13600	3400
NORTE	14206	3551
OCCIDENTE	428	107
ORIENTE	1208	302
SUROCCIDENTE	602	150
TOTAL	36.634	9157

Para el caso del Archivo central esta administrado y almacenado a través de un servicio de bodegaje externo cuyas bodegas se encuentran ubicadas en las diferentes ciudades como se señala a continuación:

TOTAL DE CAJAS EN CUSTODIA AL MES DE MAYO 2018		
SEDE	CAJAS X200	CAJAS X300
BOGOTA	35.869	5.276
BUCARAMANGA	7.367	0
CALI	4.627	0
BARRANQUILLA	12.847	0
MEDELLIN	3.400	0
TOTAL	64.110	5.276
TOTAL GENERAL		69.386
ROLLOS DE MICROFILMACIÓN EN CUSTODIA MES DE MAYO		
CANTIDAD	963	

Fuente: Gestión Documental



Observación 2: Los datos anteriormente mencionados y que muestran la capacidad física de los archivos en la sede central y en las Direcciones Territoriales de la entidad con corte a mayo de 2018, no corresponden con lo establecido en el Instructivo Preservación A Largo Plazo Código GD-I-006 Versión 02, vigente desde el 21 de diciembre de 2017 en SIGME, dejando entrever que las reseñas descritas en este documento se encuentran desactualizadas en la parte de infraestructura (ubicación, estantes, cantidades, metros lineales, etc.).

Además, verificado el punto de control existente para las visitas técnicas de inspección y mantenimiento a las bodegas externas *Interarchivos* y *Alpopular* realizadas por el Grupo de Gestión Documental durante los meses de enero a mayo de 2018 que custodian los documentos de la Superintendencia, según registros GD-F-002, se confirma el cumplimiento de las condiciones de capacidad, seguridad y tema ambiental; no obstante, en cuanto a estructura y edificación de las bodegas, resaltan como una observación que estas no cumplen el punto 1.12. *"las bodegas no cuentan con laboratorios de conservación y restauración"*.

Es de anotar que aun cuando el Sistema Integrado de Conservación –SIC- (conformado por el Plan de conservación y plan de preservación) fue aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño Institucional en cumplimiento de la Ley 594/2000 (Artículo 46 al 49), según acta verificada del acta No. del 3 abril de 2018, es importante que el Instructivo Preservación A Largo Plazo Código GD-I-006 Versión 02, guarde relación directa con los aspectos establecidos en el SIC, en especial el *Plan de Preservación Digital a Largo Plazo*, en cada una de las fases del ciclo vital de los documentos para asegurar su integridad física y funcional de los instrumentos.

De igual forma se observa que el formato GD-F-002 V.1 visita técnica a bodegas externas, no se encuentra actualizado y de acuerdo con las necesidades de la entidad, toda vez que no contempla aspectos determinantes del nuevo SIC tales como: aspectos tecnológicos, ampliación del punto 3. Condiciones ambientales apropiadas y técnicas de conservación para el material documental, saneamiento de instalaciones temas preparación y respuesta a emergencias, control integral de plagas, restricción de acceso de personal no autorizado, etc.

Envío documental. -

De acuerdo con las estadísticas de los documentos enviados durante el primer cuatrimestre (Anexo 1) a través de la agencia de correo 4/72 por los diferentes medios y, efectuado un análisis al total de envíos correspondiente al primer cuatrimestre del año 2018, se observa que el medio más utilizado por las dependencias de acuerdo con el volumen es el uso de certimail, implementado recientemente en la entidad, lo que indica la efectividad de esta herramienta tecnológica en la gestión documental, indicador que mejora las devoluciones en la correspondencia y la respuesta oportuna del Grupo de Gestión documental.

ENVÍO DOCUMENTAL 4/72 DEL 01 AL 30 DE ABRIL DE 2018								
Código	DEPENDENCIA	CORREO					CERTIMAIL	TOTAL ENVIOS
		CERTIFICADO	NORMAL	MASIVO ESTARDAR	ENCOMIENDA	CORRA		
529	Nivel Central	1233	0	0	38	32	7609	8.912
810	DT Centro	12458	0	0	27	47	5540	18.072
820	DT Norte	5229	0	7005	0	64	7721	20.019
830	DT Occidente	1829	0	0	12	5	1560	3.406
840	DT Oriente	2046	0	0	38	6	1296	3.386
850	DT Sur Occidente	747	0	0	2	5	308	1.062
TOTAL		23542	0	7005	117	159	24034	54857

Es así que al aplicar el indicador de efectividad: $\frac{\text{No. de correos enviados por certimail}}{\text{Total de envíos}} * 100 =$ el resultado para enero es 33%; febrero 30%; marzo 43% y abril 44%, aspecto que se resalta por la elaboración, implementación, divulgación y uso de correo electrónico certificado.

Correspondencia devuelta. –

El siguiente cuadro permite evidenciar el control de las devoluciones que se presentaron durante el primer periodo cuatrimestral de 2018, por la no posibilidad de entrega. Para dicho fin se utilizaron los controles de correspondencia devuelta ya sea por inconvenientes con las empresas de correo o por errores de los funcionarios de la entidad.

ENVIO DOCUMENTAL 4/72 DEL 01 ENERO AL 30 DE ABRIL 2018					
Código	DEPENDENCIA	CORREO			TOTAL ENVIOS
		CERTIFICADO	NORMAL	MASIVO ESTAN	
529	Nivel Central	5676	0	0	5676
810	DT Centro	44747	0	0	44747
820	DT Norte	10519	0	40569	51088
830	DT Occidente	5272	0	0	5272
840	DT Oriente	5958	598	0	6556
850	DT Sur Occidente	2821	332	0	3153
TOTAL		74993	930	40569	116492

Del análisis efectuado se observa que, de los 116.492 envíos efectuados durante el primer cuatrimestre del año 2018, se presentaron 13.595 devoluciones, esto corresponde al **11.7%** de las devoluciones sobre el total de los envíos.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	
TOTAL DEVOLUCIONES	1.856	4.433	4.500	2.806	13595
TOTAL DE ENVIOS	17.625	39.021	29.299	30.547	116492
PORCENTAJE	10,53%	11,36%	15,36%	9,19%	11,67%

DEVOLUCIONES DE CORRESPONDENCIA 2018					
Motivos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	
Otros: No Existe Numero-Devolta a Remitente	719	1602	1504	941	
Otros: Cerrado 2da Vez- Devuelta a Remitente	390	959	1056	722	
TOTAL DEVOLUCIONES	1.856	4.433	4.500	2.806	
TOTAL DE ENVIOS	17.625	39.021	29.299	30.547	
PORCENTAJE	10,53%	11,36%	15,36%	9,19%	

Observación 3: Una vez analizadas las devoluciones recepcionadas en el cuatrimestre evaluado, se observa en el cuadro anterior, que las variables con más alto índice de devoluciones son los motivos "**No existe número y Cerrado 2da. vez**".

Frente a las devoluciones con motivo **no existe número**, retornan a la entidad, sin embargo, el grupo de gestión documental verifica la información registrada e inclusive llama al usuario para ratificar la dirección; en el caso de encontrar que la dirección registrada tiene deficiencias la corrige y se procede a realizar nuevamente el envío.

En los casos de motivo de devolución **cerrado** es de anotar que cuando no se puede realizar la entrega en la primera oportunidad se realiza un segundo intento de entrega, cuando ya por segunda ocasión no logra contactar al destinatario el documento retorna a la entidad, dichos documentos no requieren ser enviados a control de calidad por políticas de 4/72.



Dentro de los puntos de control, se realiza seguimiento semanal al contrato de 4/72 frente a los envíos realizados y las devoluciones recibidas en el mes (se verifican controles de asistencia) Expediente 2018529020800001E Memorando 20185290004493 anexos 47,48,49,51,54,55,56,59,60,62,63,64,65,74,75,79,85,89. Se observa que a estas reuniones también asiste Infotíc.

Dentro de otras gestiones el Grupo De Gestión Documental, de manera aleatoria, contacta a los usuarios vía telefónica para verificar la dirección de envío correspondencia, se cuenta con el visor postal para verificar que la dirección exista, si se determina que la devolución fue por error de cargue de datos se vuelve a enviar la comunicación, se está haciendo un segundo envío de las devoluciones para mayor efectividad, se solicita a 4/72 el control de calidad de las devoluciones, se realiza control a la facturación para que los envíos estén acordes a lo cobrado, y que se hagan los descuentos por la no entrega de correspondencia cuando sea responsabilidad de 4/72.

Acuses de recibo. -

Los acuses de recibo son por correo certificado, masivo estándar y corra². El correo normal no tiene acuse de recibo.

ACUSES DE RECIBO CARGADOS					
Acuse por mes					
Código	Dependencia	enero	febrero	marzo	abril
529	Nivel Central	383	498	689	1186
810	DT Centro	1329	689	7449	797
820	DT Norte	392	3748	8927	2318
830	DT Occidente	1002	978	855	523
840	DT Oriente	0	0	4136	360
850	DT Sur Occidente	838	45	63	1049
TOTAL		3944	5958	22119	6233

Dentro de los controles existentes con que cuenta el Grupo de Gestión Documental para los correos certificados y como está consignado en SIGME en el instructivo de Envío Comunicaciones Oficiales: Si pasados 5 días hábiles siguientes al envío de la comunicación, no se ubica la prueba de entrega o el certificado de entrega en la página de la empresa de correo, deben solicitarla al Coordinador del Grupo Centro de Gestión Documental y Correspondencia, para que se realice el trámite respectivo ante la empresa de correo; en esta solicitud se debe incluir el No. de Radicado, Fecha de Envío, Nombre del Destinatario, Dirección del Destinatario, Tipo de Servicio y No de Guía. Las entregas de acuse de recibo, se realizan atendiendo la solicitud de las dependencias para que este acuse repose en el expediente respectivo.

2.3. Instrumentos Archivísticos

Según verificación efectuada, la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, cuenta con los instrumentos archivísticos dispuestos en el Decreto 2609 de 2012 compilado hoy en el Decreto 1080 de 2015, como son:

- a) El Cuadro de Clasificación Documental (CCD); b) La Tabla de Retención Documental (TRD); El Programa de Gestión Documental (PGD); d) Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR); e) Los Inventarios Documentales; f) Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos; g) El Banco terminológico y, h) La tabla de control de acceso.

Teniendo en cuenta el soporte normativo para la actualización de las TRD³ y una vez verificada la información relacionada, según muestra selectiva, se evidencia lo siguiente:

² servicio de valija interno



Tablas de Retención Documental –TRD

En la Actualidad el proceso de Actualización de las TRD se está efectuando en la entidad mediante el contrato 110-2018⁴ cuyo objeto es: *“Prestar los servicios profesionales para apoyar al Grupo de Gestión Documental y Correspondencia en las actividades relacionadas con el proceso de gestión documental en la actualización de las tablas de retención documental y realizar el acompañamiento en su implementación”*, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 04 de 2013 del Archivo General de la Nación; así mismo el artículo 1 del acuerdo mencionado establece que las entidades del orden nacional deben presentar al AGN las TRD para su evaluación técnica o convalidación.

Es así que verificado lo anterior se observa que, mediante radicado No. 20185290726571 del 18/05/2018 la Secretaria General solicitó al grupo evaluador del archivo general de la nación la participación para presentar y sustentar la actualización de las TRD de la Superservicios luego de haber efectuado los ajustes acordados en las mesas de trabajo efectuadas en abril de 2018. Para tal efecto el AGN mediante radicado de entrada 20185290619582 del 20/06/2018 cita a la entidad el 27/06/2018 para sustentar las TRD ante el precomité evaluador de documentos.

De acuerdo con la Metodología establecida a continuación se describe el estado de las etapas para la actualización de las TRD de la Superservicios:

ETAPA 1 Compilación de la información institucional (Etapa Cumplida)

ETAPA 2 Análisis e interpretación de la información (Etapa Cumplida)

ETAPA 3 Aprobación Tablas de Retención Documental (Etapa en Desarrollo)

Aprobación de las TRD por parte del Comité Desarrollo Administrativo.

Mesas de Trabajo AGN (Acta AGN cumplido)

Pre-Comité del Archivo General de la Nación (Radicado 20185290726571)

Comité evaluador de documentos del AGN (Pendiente)

Convalidación de las TRD por parte del AGN (Pendiente)

ETAPA 4 Publicación y Aplicación de las Tablas de Retención Documental (actividades pendientes depende de la finalización de la ETAPA 3)

Publicación de las TRD actualizadas y convalidadas en la página Web de la Superintendencia.

Registro de las TRD

Implementación TRD

Una vez convalidadas las TRD efectuar las capacitaciones respectivas y su registro en el RUSD⁵. (Pendiente)

De igual forma, se efectuó revisión a los informes de actividades del contrato No. 110 de 2018 correspondiente a los meses de mayo y junio de 2018 y los productos relacionados, observando cumplimiento de las obligaciones contractuales y verificación y control de las actividades administrativas, técnicas y legales por parte del supervisor del contrato.

3 Establecido en los Decretos 2578 de 2012 y 2609 de 2012 hoy compilados en el Decreto 1080 de 2015, y reglamentado mediante Acuerdo 04 de 2013 “Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documentar”

4 Expediente 2018527150100110E radicado 20185270013091 anexo 22

5 Registro Único de Series Documentales

Tablas de Valoración Documental - TVD

La Tabla de Valoración Documental TVD, es la herramienta que permite el control de la información, buscando promover la organización técnica de los archivos central y fondos documentales acumulados para garantizar la conservación de los documentos de valor histórico de la Superservicios y estimular la conservación y consulta de los archivos. Las TVD fueron elaboradas y aprobadas por la entidad y convalidadas por el Archivo General de la Nación en el año 2016 conforme a lo establecido en el Acuerdo 04 de 2013 del Archivo General de la Nación⁶. Las TVD y su respectivo certificado de convalidación se encuentran publicados en la Página Web de la entidad <http://www.superservicios.gov.co/Institucional/Gestion-Documental>

Observación 4: Efectuando una revisión a las TVD código 140 perteneciente a la Oficina de Control Interno, se observa que la serie, subserie documental, asunto 140-022-12 Informe de Visita a Prestadores no es un documento que refleje las actividades realizadas por la dependencia en desarrollo de su función, corresponde a documentos de carácter misional, que da testimonio de las visitas realizadas por la Superintendencias Delegadas a las entidades vigiladas en cumplimiento a su misión de inspección, vigilancia y control.

Igual situación se evidencia con las TVD Código 170 perteneciente a la Oficina de Control Disciplinario Interno 170-032-01 Programas de Auditorías no es un documento que refleje las actividades realizadas por la dependencia en desarrollo de su función, corresponde a documento de carácter administrativo, que da testimonio de las auditorías realizadas, pero de la Oficina de Control Interno, situaciones que ameritan sean revisadas.

Programa de Gestión Documental (PGD)

El Programa de Gestión Documental de la Superservicios es un instrumento que busca fortalecer la Gestión Documental en la entidad, a través de estrategias claras, precisas y medibles, a corto, mediano y largo plazo, que garanticen la seguridad, conservación y preservación de la información, del patrimonio documental de la entidad y su acceso al ciudadano. Actualizado Código GD-PG-001 Versión 08 noviembre/2017. Se verificó el avance y grado de cumplimiento del cronograma del Programa de Gestión Documental (PGD), observando que se encuentra desarrollando conforme al cronograma establecido.

Plan Institucional de Archivo (PINAR)

La Entidad aprobó y publicó el PINAR en su primera versión en el año 2014, pero acorde con el nuevo contexto estratégico y las iniciativas que se vienen desarrollando en esta vigencia, se actualiza este instrumento en su versión 3 Código GD-D-001 junio, 2018, para responder a las necesidades planteadas.

Se verificó el cronograma Plan Institucional de Archivo (PINAR) efectuando seguimiento a algunos planes y proyectos definidos en el PINAR tales como: Sistema Integrado de Conservación SIC y Proyecto de Centralización de Archivos, observando que los objetivos se están cumpliendo, teniendo en cuenta los mecanismos establecidos por la entidad y priorización de aspectos críticos.

2.4. Política de Gestión Documental e Integralidad con el MIPG

A través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se definen los lineamientos (políticas, estrategias actividades y controles necesarios para la administración de la gestión documental, creado mediante Resolución 20171000236395 del 04/12/2017. Se destaca la implementación y sesión de dicho comité según verificación del acta de fecha 03/04/2018. Una de las dimensiones de MIPG es "Información y Comunicación", definida como una

⁶ Expediente TVD 2010529040200001E Radicado de certificación y convalidación 20165290574022.



dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.

Durante el cuatrimestre se implementaron las herramientas de autodiagnóstico diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública para las políticas de gestión: (xiii) Transparencia y Acceso a la Información, Plan Anticorrupción y (xiv) Gestión Documental.

En sesiones de trabajo con las áreas correspondientes, se realizaron los Autodiagnósticos de las políticas asociadas a esta dimensión, así: Gestión Documental, Transparencia y Acceso a la Información y Lucha contra la corrupción. Se documentaron las conclusiones y recomendaciones del ejercicio de autodiagnóstico de esta dimensión, obteniendo una calificación de:

- Gestión Documental Puntaje **93,2/100**,
- Transparencia y Acceso a la Información Puntaje final: **71,7/100**.
- Plan anticorrupción Puntaje final: **69,1/100**

Observación 5: Verificada la política de gestión documental descrita en el Código de Ética está concebida de manera general y carece de aspectos específicos que están contemplados en el manual operativo del MIPG que cubre la dimensión de *Información y Comunicación* y los componentes: *estratégico, documental, administración de archivos, tecnológico y cultural*; por lo tanto, es necesario sea revisada y ajustada, con el fin de buscar mayor eficiencia administrativa en la gestión documental. Teniendo en cuenta que esta política está considerada como eje transversal, debe quedar articulada con la dimensión de información y comunicación establecida en el manual operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y la política enlistada en el Decreto 1499 de 2017.

2.5. Plan de Acción

Se verificaron las actividades del plan de acción 2018 propias del Grupo de Gestión Documental y que son responsabilidad de dicha dependencia, revisando las evidencias y registros que soportan el cumplimiento de cada uno de los reportes mensuales a través de la herramienta Siggestión. El cumplimiento al Plan de acción de la vigencia 2017 y primer semestre del 2018 se ha cumplido conforme a las actividades y fechas establecidas. De acuerdo con los informes de ley evaluación por dependencias, la Oficina de Control Interno con corte a diciembre 2017 según radicado No. 20181400019633del 16/02/2018, evaluó la gestión de la Dirección Administrativa donde se encuentran asociadas las actividades que son responsabilidad del Grupo de Gestión Documental, arrojando una calificación de 10/10.

El indicador con corte a junio de 2018 presenta cumplimiento del 100% en Siggestión; 41,09% entre lo programado vs. 41,09% ejecutado.

2.6. Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora- ACPM

Se realizó la verificación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora del Grupo de Gestión Documental, en la actualidad cuenta con cuatro acciones en proceso y en el siguiente estado:

- a. **C-GD-008** producto de la auditoria interna de gestión 2017 en termino y fecha finalización:31/10/2018;
- b. **C-GD-007** producto del resultado del FURAG 2016 en término y fecha finalización:31/08/2018;
- c. **AC-GD-026** reformulada (AC-GD-019) en términos y fecha finalización:19/10/2018, resultado de auditorías y evaluaciones
- d. **AC-GD-028** reformulada (C-GD-003) en términos y fecha finalización:31/08/2018 resultado de auditorías y evaluaciones.



2.7. Revisión documental en SIGME

Observación 6: Si bien se observa que dentro del rediseño de procesos que lidera la Oficina Asesora de Planeación, se han ajustado y actualizado en su gran mayoría las versiones de los diferentes instrumentos y registros asociados al proceso de Gestión Documental, a continuación, se relacionan algunos documentos que ameritan sean revisados y ajustados, así:

Programa de Gestión Documental Código GD-PG-001 Versión 8 de nov./2017, teniendo en cuenta la nueva denominación como proceso y una vez revisada la última versión en SIGME, lo describen todavía como un subproceso del proceso de gestión administrativa.

Plan institucional de archivo (PINAR) Código GD-D-001 versión 3 del 29/06/2018, teniendo en cuenta la nueva denominación como proceso y una vez revisada la última versión en SIGME, lo describen todavía como un subproceso del proceso de gestión administrativa.

2.8. Situaciones que impactan la Gestión del Grupo de Gestión Documental

Dentro de las entrevistas efectuadas a los funcionarios y contratistas del grupo de Gestión Documental se presentan inconformidades sobre situaciones que impactan la gestión documental y que amerita sean conocidas a la administración (Anexo3), para minimizar casos, tales como:

- Solicitudes reiteradas se reemplacen documentos por errores o inconsistencias sin tener presente que ello conlleva a reprocesos por parte del grupo de gestión documental y a generar soportes.
- Igualmente es frecuente la solicitud de redigitalización de documentos que ya han salido de la entidad y muchas cuentan con el acuse de recibo; por lo tanto, No es procedente tal solicitud.
- Las áreas reutilizan plantillas porque generan errores en la gestión; tal es el caso de documentos que dice resolución y son presentados en plantillas de auto, de tal forma que no corresponden, afectando considerablemente la organización documental.
- Las áreas solicitan que se detenga la correspondencia cuando ya ha sido entregada a 4/72, este requerimiento no es válido, primero porque ya ha generado un costo a la entidad y segundo porque no es viable puesto que en Orfeo aparece el registro de envío de la comunicación afectando la autenticidad y trazabilidad del documento.
- Las áreas no tienen claro que gestión documental no es la responsable y/o competente para analizar los documentos que ingresan a la entidad y que son radicados, por cuanto la competencia del grupo está en capturar en Orfeo los datos del remitente con la información básica. Si les llega un documento y no es de su competencia una vez lo analicen deben proceder con el traslado respectivo y no solicitar a gestión documental el análisis de los mismos.
- Las áreas son las responsables de elaborar sus comunicaciones, verificar el destinatario, los anexos y el contenido, y no esperar que gestión documental en el momento del alistamiento de la correspondencia para entregar al correo, detecte esos errores, así mismo deben verificar que cuando radiquen un documento el número que le asigne Orfeo no se troque con otro y, que la paginación corresponda.
- Las áreas por el afán de radicar, ejemplo: legalización viáticos, no tienen en cuenta las directrices, es decir, que los mismos deben estar anexos a un memorando y no pretender que ingresen con una comunicación nueva porque así lo determino Financiera.
- La conformación de los expedientes físicos depende del virtual, y en muchos casos las áreas incluyen documentos en Números de expediente que no corresponden, eso conlleva a que se tenga que hacer un reproceso en el momento de organizar los expedientes físicos.
- Aún se presentan dificultades porque alguna área no tiene en cuenta que existe un horario establecido para la entrega de correspondencia para ser enviada: Lo que se deba enviar el mismo día, debe ser entrega a GGD máximo a las 11:30 a.m. lo que sea después de esa hora, será procesado el día siguiente hábil.



3. CONCLUSIONES

- ✓ El proceso de Gestión Documental cumple con las normas archivísticas y directrices establecidas por el Archivo General de la Nación.
- ✓ Las actividades implementadas y ejecutadas y su interacción con los instrumentos archivísticos, cumplen con el objetivo establecido en el proceso.
- ✓ Los puntos de control se encuentran debidamente documentados y son eficientes para garantizar la administración y conservación de los documentos producidos y recibidos por la entidad.
- ✓ Se ha cumplido con el proceso de rediseño y ajuste de los instructivos requeridos para una adecuada gestión documental.
- ✓ Se requiere tomar acciones de mejora para las observaciones presentadas en el cuerpo del informe y situaciones que impactan la gestión del Grupo de Gestión Documental.

4. RECOMENDACIONES

Como resultado de este informe, la Oficina de Control interno en su rol de enfoque hacia la prevención recomienda:

- Establecer responsabilidades en la ejecución e implementación del SIC conforme a las estrategias y actividades que se deben desarrollar al interior de la Entidad para la ejecución del plan de conservación y el plan de preservación, con el fin de garantizar que los documentos digitales y/o electrónicos mantengan sus características de autenticidad, integridad, confidencialidad, inalterabilidad, fiabilidad, disponibilidad, entre otros, a lo largo de su ciclo vital.
- Sensibilizar a los funcionarios y contratistas de la Entidad adoptar buenas prácticas para el tratamiento de los documentos digitales y/o electrónicos, con el fin de mitigar los riesgos asociados a la preservación de los mismos; así como consultar en SIGME acerca de las pautas y lineamientos establecidos en la conservación, preservación, custodia y administración de la gestión documental, para evitar reprocesos y dificultades en la gestión documental de la entidad.
- Establecer acciones efectivas y eficientes con los funcionarios de Infotíc S.A., para mejorar la captación de información al momento de radicar documentos entrada, para evitar que las direcciones erradas que se carguen del remitente, generen devoluciones de correspondencia; así como con 4/72 en la devolución de correspondencia injustificada, para que la entrega sea oportuna y efectiva. Igualmente, reiterar por diferentes medios de divulgación el uso del correo electrónico certificado.
- Actualizar la Política de Gestión documental de acuerdo con el MIPG; así como verificar que este articulada y alineada con la planeación institucional dada la importancia de la gestión documental para la entidad.
- Revisar y ajustar las TVD y TRD, con el fin de que se analice la utilización o no de ciertos tipos documentales, liderando la estandarización en la utilización de las series, subseries y tipos documentales a nivel institucional, especialmente aquellas que pertenecen a Control Interno y Control Disciplinario Interno.
- Revisar, actualizar y/o ajustar aquellos documentos como son: formatos, instrumentos documentales (planes y programas), política, mapa de riesgos, de acuerdo con el nuevo proceso de Gestión Documental, con el fin que exista armonización entre las diferentes fuentes de información e instrumentos documentales, según las observaciones descritas en el cuerpo del informe.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Cargo	Firma
Myriam Herrera Duran	Jefe Oficina Control Interno	