|  |
| --- |
| **“Por un control fiscal efectivo y transparente”** |

**PARA: SANDRA MILENA JIMENEZ CASTAÑO**

Directora Administrativa y Financiera

**DE:** **JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**ASUNTO:** Verificación Plan de Mejoramiento y Evaluación y Seguimiento de Riesgos - Proceso Gestión Documental corte a Diciembre de 2015.

Respetada doctora Sandra, atento saludo:

De conformidad con lo establecido en la Resolución Reglamentaria No. 021 de Junio 11 de 2015 y la programación establecida en el Programa Anual de Evaluaciones Independientes – PAEI 2015, de manera atenta me permito informar el resultado de la verificación al Plan de Mejoramiento - Anexo 1 - Acciones Correctivas y de Mejora y Evaluación y Seguimiento de Riesgos con corte a Diciembre de 2015, correspondiente al Proceso de Gestión Documental.

A la fecha figuran síes (6) hallazgos incluidos en el Plan de Mejoramiento del Proceso Gestión Documental, de los cuales uno (1) corresponde al Informe Final Auditoría Fiscal periodo auditado vigencia 2014, dos (2) a Auditoría Externa al SIG y tres (3) al origen 2 Auditoría de Control Interno.

**PLAN DE MEJORAMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA**

En resumen, los resultados de la verificación efectuada al Plan de Mejoramiento, se puede apreciar en la tabla 1:

**Tabla 1**

**Anexo 1 Plan de Mejoramiento – Acciones Correctivas y de Mejora**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIGEN** | **TIPO DE ACCIÓN**  **(Correctiva y de Mejora)** | **ABIERTOS (A)** | **CERRADOS (C)** | **SE SUGIERE EL CIERRE (A\*)** | **TOTAL CERRADAS + ABIERTAS** |
| 2 Control Interno | Correctiva | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 4 Auditoria Externa de Calidad | De mejora | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 6 Auditoría Fiscal | Correctiva | 0 | 0 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | | 1 | 1 | 3 | 5 |
| **HALLAZGOS INGRESADOS EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL 2015** | | | | | |
| 2 Control Interno | Correctiva | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **TOTAL GENERAL** | | 2 | 1 | 3 | 6 |

Fuente: Reporte Anexo 1 PM Proceso de Gestión Documental.

Como resultado de la verificación, a continuación se detalla el estado de cada uno de los hallazgos incluidos en el Plan de Mejoramiento – Anexo 1 - Acciones correctivas y de mejora del Proceso de Gestión Documental.

1. **ACCIONES CORRECTIVAS**

**ORIGEN 6 – AUDITORIA FISCAL.**

2.2.1.2 Hallazgo Administrativo “Falencias en la información divulgada por la Página Web”

Acción 1: Revisar los procedimientos para el control de documentos del SIG y procedimiento para la elaboración y control de resoluciones; e incluir actividades que permitan la identificación de modificaciones o derogatorias de los documentos del SIG y las resoluciones que los adoptan.

Verificación: Se evidencia que mediante memorando No. 3-2015-25885 de fecha 11/12/2015, se remite a la Oficina de Planeación procedimiento actualizado para revisión técnica y a su vez, esta Dirección remite a la Oficina Asesora Jurídica mediante memorando No 3-2015-972 de fecha 14/12/2015. Al cierre de la verificación se evidencia acto administrativo Resolución Reglamentaria No. 067 de Diciembre 15 de 2015. Se solicita el cierre del hallazgo por cumplimiento de la acción.

Acción 2: Expedir circular impartiendo instrucciones para que se tenga mayor rigurosidad en la elaboración y revisión de los documentos del SIG y las Resoluciones que los adoptan.

Verificación: Se evidencia la expedición por parte de la Dirección Administrativa y Financiera de la Circular Nº 008 de Septiembre 25 de 2015, con directrices sobre el Autocontrol en la elaboración, revisión y adopción de los documentos del SIG. Por cumplimiento de la acción se sugiere el cierre del Hallazgo.

ORIGEN 4 – AUDITORIA EXTERNA DE CALIDAD

Asegurarse de mantener la coherencia entre lo dispuesto en la tabla de retención documental y la ubicación y medio en los cuales se mantienen los planes de acción.

Acción: Emitir circulares a todas las dependencias de la Entidad, en la cual se advierta el contenido de la tabla de retención documental (TRD) estas series, que las pueden tener en los archivos de gestión como lo indica la TRD como un documento de apoyo, toda vez que en casi todas la disposición final indica que se debe eliminar y no enviar al Archivo Central.

**Verificación**: Se remitió circular No. 351 de fecha 26 de agosto de 2015, donde se dan directrices sobre el Archivo y Gestión de los documentos referentes a los Planes de Acción. Por cumplimiento de la acción se solicita el cierre del hallazgo.

* *Tomar medidas para mejorar la facilidad de recuperación de los registros y documentos. (4.2.4)*

**Acción:** Actualizar el procedimiento  para la consulta o préstamo de documentos Código documento: 07006, Código formato: 01002002*.*

**Verificación**: Se evidencia que mediante memorando No. 3-2015-25885 de fecha 11/12/2015, se remite a la Oficina de Planeación procedimiento actualizado para revisión técnica y a su vez, esta Dirección remite a la Oficina Asesora Jurídica mediante memorando No 3-2015-972 de fecha 14/12/2015. Por cumplimiento de la acción se solicita el cierre del hallazgo.

**ORIGEN 2 – CONTROL INTERNO**

* *Procedimientos para el manejo y gestión de documentos electrónicos de archivo: A la fecha la Contraloría de Bogotá no ha establecido ni adoptado procedimientos para el manejo y gestión de documentos electrónicos de archivo, lo que va en contravía de lo establecido en el Decreto 2609 capítulo 4 artículo 22,23,24,25,26,27,28,29,30,31 y 34.*

**Acción:** Actualizar y presentar a la Dirección de Planeación en Procedimiento para el manejo y gestión de documentos electrónicos de archivo para la publicación en la Página Web de la Contraloría de Bogotá D.C.

**Verificación**: Se evidencia mediante Acta de Comité Directivo de fecha 30/11/2015, que se presentó y aprobó la siguiente meta con cumplimiento a largo plazo, así:

Diseñar e implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos (SGDEA), conforme al acta de Comité Interno de Archivo de 28/09/2015, donde fueron aprobados los lineamientos de Gestión Documental. Se debe solicitar la ampliación del plazo establecido para el cumplimiento de la acción.

* *Clasificación de documentos. No se cuenta en la Entidad, con la clasificación de los documentos de carácter reservado y aquellos que son de libre consulta, ni la caracterización de documentos y usuarios, según lo establece el Artículo 27 de la Ley No. 594 de 2000****.***

**Acción:** Implementar una política de caracterización de Usuarios y de información Institucional dentro del Proceso de Gestión Documental, que garantice la seguridad de la Información y el derecho a la misma.

**Verificación**: Se pudo evidenciar que la Entidad a la fecha cuenta con la Tabla de control de acceso, caracterización de usuarios y de información Institucional, sin embargo, la misma debe ser actualizada teniendo en cuenta los ajustes realizados a las Tablas de Retención Documental.

* *El Procesos Gestión Documental no incluyo en su plan de mejoramiento, las acciones de mejora formuladas en los informes de gestión con corte a junio de 2015, contraviniendo lo establecido en la R.R. No. 16 de 2014, Procedimiento para formulación, seguimiento y modificación del plan de acción, anexo 4, Estructura Informe de Gestión, numeral 3, "Con base en los resultados reflejados anteriormente, formule acciones de mejora encaminadas a corregir desviaciones presentada durante el periodo evaluado, se sugiere que en lo posible el número de acciones propuestas por proceso no supere tres (3) acciones, dado que una vez aprobadas deben ser llevadas al Plan de Mejoramiento".*

**Acción:** Solicitar la Dirección Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, realizar las gestiones correspondientes encaminadas a la implementación total del aplicativo SIPOST (trazabilidad de las comunicaciones oficiales enviadas), el cual contribuirá efectuar seguimiento y por ende garantizar la verificación y trazabilidad en tiempo real de la entrega de las comunicaciones oficiales generada al exterior por parte de la Entidad.

**Verificación**: No registra seguimiento, dada la reciente inclusión en el Plan de Mejoramiento.

**EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS**

**Tabla 2**

**Anexo 1 - Plan de Evaluación y Seguimiento de los Riesgos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORIGEN** | **ABIERTOS (A)** | **MITIGADOS (M)** | ***TOTAL*** |
| 1.6 Otros Riesgos | 0 | 1 | 1 |
| 1.2 Corrupción | 0 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | **0** | **2** | **2** |

***Riesgo (1.6):*** *Deficiencias en el manejo documental y de archivo*

**Acción:** Elaborar y presentar al comité técnico de Archivos los instrumentos Archivísticos Cuadro de clasificación documental, Tabla de Retención Documental, Programa de Gestión Documental, Plan Institucional de Archivos de la Entidad e Inventario Documental.

**Verificación:** A la fecha de verificación, se evidencia que cuatro (4) instrumentos archivísticos fueron aprobados Comité interno de Archivo así:

Cuadro de Clasificación Documental y Tabla de Retención Documental (Acta de reunión de fecha agosto 29 de 2014), Programa de Gestión Documental (Acta de fecha Diciembre 1 de 2014), Plan Institucional de Archivo PINAR (Acta de fecha Septiembre 28 de 2015), Ajustes a Tabla de Retención Documental según segundo concepto del Consejo Distrital de Archivos (Acta de fecha Octubre 13 de 2015). Adicionalmente se realizó la actualización y levantamiento del Inventario documental. De acuerdo con lo anterior se considera que para la vigencia 2015, este riesgo se encuentra mitigado.

***Riesgo (1.2):*** *Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración*

**Acción:** Tramitar obtención de recursos tecnológicos para control, manejo y administración documental*.*

**Verificación:** Se evidencia adquisición tecnológica del Sistema de Gestión de Procesos al proveedor Macro proyectos, logrando minimizar el riesgo referente al control y administración documental, restringiendo el acceso de los usuarios evitando la manipulación y adulteración de las bases de datos. Se continuó con el proceso de depuración de las cuentas de los usuarios restringiendo el acceso a los aplicativos.

**RECOMENDACIÓN**

* Actualizar el Plan de Manejo de Riesgos – vigencia 2016, de conformidad con la identificación realizada en cumplimiento del “PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL”.

Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **CARMEN ROSA MENDOZA SUAREZ** |

**Anexos:**

Plan de Mejoramiento Proceso Gestión Documental tres (3) folios.

Plan de Evaluación y Seguimiento de Riesgos – Un (1) folio