

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	<i>Código: FO-ECS-04</i>	<i>Versión: 08</i>	<i>Fecha de aprobación: 20/06/2023</i>	<i>Página: 1 de 22</i>

TÍTULO DE AUDITORÍA

Auditoría al proceso de Gestión Documental - Archivo, PQR y Atención al Ciudadano.

INFORME DETALLADO

Martha Soraya González Vargas - Jefe Oficina de Correspondencia y Archivo.
Grupo de Trabajo del Área de Archivo y Atención al Ciudadano.

LÍDER DE PROCESO Y/O JEFE(S) DE ÁREA(S):

Martha Soraya González Vargas - Jefe Oficina de Correspondencia y Archivo

INFORME EJECUTIVO

Deiver Giovanni Quintero Reyes - Secretario General
Miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

INFORME EJECUTIVO

1. OBJETIVO(S)

1.1 Objetivo General: Verificar la efectividad de los controles establecidos para mitigación de los riesgos del proceso de Gestión Documental, con el propósito de retroalimentar a la Universidad de los Llanos con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos del proceso.

1.2 Objetivos Específicos

- Evaluar la adecuación de las políticas y procedimientos establecidos en el proceso de Gestión Documental de la Universidad de los Llanos, identificando posibles brechas y oportunidades de mejora.
- Verificar la implementación de controles internos en el proceso de Gestión Documental, asegurando su cumplimiento y eficacia para mitigar los riesgos asociados.
- Analizar la gestión de los documentos a lo largo de su ciclo de vida, desde su creación hasta su disposición final, con el fin de identificar posibles deficiencias y proponer mejoras.
- Evaluar la seguridad de la información en el proceso de Gestión Documental, incluyendo aspectos como el acceso, la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de los documentos.
- Evaluar la efectividad de las actividades y mecanismos establecidos para que la ciudadanía y la comunidad universitaria en general puedan presentar sus peticiones de información, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias sobre los servicios prestados por la Universidad, con el fin de identificar oportunidades de mejora que promuevan una mayor participación y una adecuada gestión de estas comunicaciones.

2. ALCANCE

La auditoría abarcará todas las actividades y lineamientos establecidos en el proceso de Gestión Documental de la Universidad de los Llanos, incluyendo la revisión de políticas, procedimientos, controles internos, gestión del ciclo de vida de los documentos y seguridad de la información. El periodo de evaluación comprenderá desde enero de 2022 hasta junio de 2023, abarcando así la totalidad de la vigencia del proceso durante dicho periodo.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 08	Fecha de aprobación: 20/06/2023	Página: 2 de 22

3. CRITERIOS

3.1 Documentación: Caracterización del proceso, Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Guías y Formatos.

3.2 Normatividad: Ley 2080 del 2021, Circular Externa 001 de 2020, Decreto 1287 de 2020, Decreto 491 de 2020, Acuerdo 004 del 2019, Decreto 1499 del 2017, Decreto 1080 del 2015, Ley 1105 del 2006, Acuerdo 27 del 2006, Acuerdo 42 del 2002, Acuerdo 38 del 2002, Ley 027 de 2001, Acuerdo 60 del 2001, Ley 594 del 2000, Ley 1755 del 2015, Ley 1712 de 2014, Resolución 1519 de 2020, Resolución Rectoral 0696 del 2008, Resolución Rectoral 0695 de 2008, Resolución Rectoral 2328 de 2007, Resolución Rectoral 1757 de 2001 y demás normatividad interna y externa aplicable.

3.3 Otros: Protocolo de servicio al ciudadano.

4. METODOLOGÍA

Cada etapa de la auditoría interna será desarrollada así:

- Lectura y revisión de la documentación vigente.
- Entrevistas presenciales y/o virtuales con los funcionarios que intervienen en el proceso de Gestión Documental.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.
- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles.

5. RESULTADOS DEL TRABAJO

Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

- **Conformidad:** Es el cumplimiento de un requisito.
- **No Conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito. El auditor determinará si la no conformidad debe calificarse como mayor o menor. La mayor es un incumplimiento a los requisitos que afecta potencialmente los resultados previstos en el sistema de gestión o que pueda poner en peligro el cumplimiento de un requisito en los productos y servicios ofertados. La menor se emite cuando se encuentra un único fallo en un sistema o proceso y no pone en riesgo los resultados previstos por el sistema de gestión.
- **Oportunidad de mejora:** Son sugerencias sobre cómo mejorar su sistema.

El resultado del presente Informe de Auditoría establece ocho (8) Conformidades, siete (7) No Conformidades Altas, y ocho (8) Oportunidades de Mejora.

Riesgo Identificado	Título	Hallazgo	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
<p>Posibilidad de afectación reputacional por inconsistencias en la gestión de las PQRSD allegadas a la Universidad, debido a debilidades en el control y seguimiento de las mismas.</p>	<p>Trámite y atención al ciudadano PQRSD</p>	<p>Se evidencian (27) solicitudes gestionadas mediante el aplicativo web a las cuales les falta el registro de la respuesta dada por el Área Responsable de dar trámite a la petición y el plazo de respuesta se encuentra vencida, están distribuidas de la siguiente forma: para la vigencia 2022 se evidencian los siguientes solicitudes: 2026222 - Servicios Generales, 2022000273 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000283 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000284 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000285 - Oficina Jurídica-Convenios, 2022000510 - Bienestar Institucional, 2022000634 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000635 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000636 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000637 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000638 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000639 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000640 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000641 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000642 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000948 - Centro de Idiomas, 2022000949 - Centro de Idiomas, 2022001261 - Servicios Generales, 2022001268 - Centro de Idiomas, 2022002583 - Oficina de Comunicaciones, 2022002584 - Oficina de Comunicaciones, 2022002585 - Oficina de Comunicaciones; para un total de 22 en estado abiertas. Y para la vigencia 2023 se evidencian las siguientes solicitudes: 2022002779 - Oficina de Comunicaciones, 2023001187 - Oficina Jurídica, 2023001350 - Oficina Jurídica, 2023001361 - Bienestar Institucional, 2023001471 - División de Servicios Administrativos. Las PQRS recibidas por la Ventanilla Única no se radican ni se registran en el aplicativo web o en la planilla de registro y control de incidencias. Además estas peticiones no se están informando al área de Control Interno de Gestión (a excepción del mes de junio de 2022). El aplicativo web y la planilla de incidencia no tiene en cuenta los días hábiles.</p>	<p>GDO23-01N CA</p>
	<p>Informe trimestral PQRSD</p>	<p>Los informes trimestrales de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de información y denuncias presentados durante la vigencia 2022 y 2023, no han sido enviados ante el Comité del Sistema Integrado de Gestión, para determinar acciones de mejora eficaces frente a las diferentes situaciones evidenciadas en el procedimiento de recibo y gestión de las PQRSD. No se evidenció dentro del informe trimestral de PQRSD la inclusión del número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información y el número de solicitudes que fueron trasladadas a otra entidad.</p>	<p>GDO23-02N CA</p>
	<p>Plan Anticorrupción y Atención al</p>	<p>Verificado el Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC vigencia 2022, no se evidenció total cumplimiento en las siguientes actividades del componente 4: Servicio al Ciudadano:</p>	<p>GDO23-03N CA</p>

Riesgo Identificado	Título	Hallazgo	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
	Ciudadano - PAAC	<ul style="list-style-type: none"> ● Actividad 1.1. Actualizar y mejorar el aplicativo PQRS. CI: Presentó una ejecución del 50%, faltando unas actualizaciones por parte de la Oficina de Sistemas, entre ellas están: la opción de adjuntar archivos, incluir los tiempos de respuesta en días hábiles, generar reportes en excel, enlazar el formulario web con la matriz de incidencias. ● Actividad 2.1. Incluir y ejecutar dentro del Plan Institucional de Capacitación, temática de sensibilización y fomento de la cultura del servicio al ciudadano, ética, valores, protocolo de servicio al ciudadano, gestión del cambio. CI: Presentó una ejecución del 50%, se cumplió sólo en el primer semestre de la vigencia 2022. ● Actividad 3.4. Socializar al interior de la Universidad, en especial a los estudiantes, los trámites publicados en el SUIT, a través del boletín institucional y la página web. CI: No se evidencia cumplimiento de la actividad propuesta. ● Actividad 4.2. Conformar e Institucionalizar el Equipo de Trabajo para que realice el seguimiento y evaluación de los informes PQRS y de las encuestas de percepción y satisfacción de usuarios. CI: No se evidencia cumplimiento de la actividad en la fecha propuesta. ● Actividad 4.3. Elaborar plan de mejoramiento con base en las denuncias y quejas presentadas y en las encuestas de percepción. CI: No se evidencia cumplimiento de la actividad propuesta, dependía de la actividad 4.2 que no se cumplió dentro de los tiempos establecidos. <p>Verificado el Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC primer cuatrimestre 2023, no se evidenció total cumplimiento en las siguientes actividades del componente 4: Servicio al Ciudadano, de acuerdo a las fechas establecidas en el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Actividad 1.4. Elaborar plan de mejoramiento con base en las denuncias y quejas presentadas y en las encuestas de percepción. CI: La actividad está definida para junio del 2023, y no presenta avance. ● Actividad 3.2. Divulgar en boletín interno los canales oficiales de atención al ciudadano. CI: La actividad está definida de forma semestral y no presenta soportes de avance. ● Actividad 3.4. Divulgar los trámites actualizados y publicados en el SUIT, a través del boletín institucional y la página web. CI: La actividad está definida de forma semestral y no presenta soportes de avance. 	

Riesgo Identificado	Título	Hallazgo	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
Posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la información o documentación, debido a fallas en la aplicación de controles.	Sistema Integrado de Conservación	<p>En los avances soportados por el proceso auditado se observó lo siguiente de los componentes del Sistema Integrado de Conservación - SIC:</p> <p>a) Plan de Conservación Documental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con una estructura para el seguimiento y verificación del cumplimiento a las actividades establecidas. • Se evidencia cumplimiento en la publicación de 1 boletín de 4 programados en la vigencia 2022, y la realización de 1 capacitación de 2 programadas para la vigencia 2022. • No se evidencia el cumplimiento de la actividad de fumigación y desratización. • Se diligencia una planilla de seguimiento de limpieza y desinfección sin formalización dentro del SIG. • No se evidencian soportes de la evaluación del nivel de biocontaminación junto con el informe técnico. • No se ha integrado el programa de prevención de emergencias y atención de desastres para el archivo en el plan de la institución. • El plan no está estructurado de acuerdo a los parámetros establecidos en el procedimiento de control de documentos del SIG. <p>b) Plan de Preservación Digital a Largo Plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con una estructura para el seguimiento y verificación del cumplimiento a las actividades establecidas. • No se ejecutaron las siguientes actividades descritas en el plan: diseño, aprobación y publicación de la política de preservación digital (2022), programación y ejecución de capacitaciones específicas enfocadas a la preservación digital (2022), y la formulación de los procedimientos de preservación digital (2022). • El plan no está estructurado de acuerdo a los parámetros establecidos en el procedimiento de control de documentos del SIG. 	GDO23-04N CA
	Programa de Gestión Documental - PGD	<p>En cuanto a los avances del programa se observan debilidades en el cumplimiento de algunas actividades establecidas, puesto que no incluye todos los elementos mínimos requeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay documento para el programa de archivos descentralizados. • No hay documento para el programa de normalización de formas y formularios electrónicos. • No hay documento para el programa de reprografía. • No hay documento para el programa de gestión de documentos electrónicos • No hay documento para el programa de descripción documental. 	GDO23-05N CA

Riesgo Identificado	Título	Hallazgo	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
		<ul style="list-style-type: none"> • No hay documento para el manual de Conservación de Documentos. • No hay documento para el programa de Saneamiento Ambiental. • No hay documento para el programa de documentos especiales. • No hay documento para el programa de atención y prevención de emergencias para la documentación. • No hay documento para el programa de documentos vitales o esenciales. • No se cuenta con una estructura para el seguimiento y verificación del cumplimiento a las actividades establecidas. • No se está realizando la evaluación, seguimiento y control, mínimo anualmente, con el objeto de alcanzar los estándares de eficiencia administrativa que se requieren. • No hay evidencia de la auditoría y control al programa en la frecuencia descrita. • El nuevo programa no está estructurado de acuerdo a los parámetros establecidos en el procedimiento de control de documentos del SIG. • No se tiene implementado un indicador para medir el nivel de avance en la implementación del Programa de Gestión Documental, este indicador le permitirá al proceso de Gestión Documental realizar seguimiento y revisión de la ejecución de las actividades programadas de forma periódica. 	
	Reglamento de Archivo y Correspondencia	<p>En la revisión del reglamento de archivo y correspondencia se evidencian debilidades frente a algunos elementos requeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La medición de las condiciones de temperatura y humedad relativa inició en octubre del año 2022. • No se ha establecido un plan de prevención de desastres que contemple sistemas de seguridad tanto para la salvaguarda de los bienes documentales, como para la protección del personal que en ellos labora. • Se desconoce el estado actual del total de los archivos de gestión debido a que no se han podido realizar las visitas a las diferentes dependencias. • No se evidencian las transferencias documentales de forma anual de todas las oficinas productoras. • No se estableció cronograma de transferencias para la vigencia 2022. • El cronograma de transferencias se encuentra desactualizado para la vigencia 2023. 	GDO23-06N CA
Posibilidad de afectación reputacional por	Información documentada	Los siguientes documentos no se ajustan completamente a las pautas y criterios establecidos en el procedimiento de control de	GDO23-07N CA

Riesgo Identificado	Título	Hallazgo	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
deficiencias en los criterios y actividades definidos en la información documentada del Sistema Integrado de Gestión.		<p>documentos del SIG, lo que puede comprometer la eficacia y la coherencia del sistema de gestión documental en la Universidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Institucional de Archivos - PINAR. • Programa de Gestión Documental - PGD. • Plan de Conservación Documental. • Plan de Preservación Digital a Largo Plazo. • Protocolo de Servicio al Ciudadano. • Formato para controlar las condiciones ambientales. <p>Los siguientes documentos no se ajustan a la realidad operativa del proceso en relación a su contenido (Actividades y Productos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización del proceso de Gestión Documental: Las actividades del planear no se asocian a las actividades hacer. • Plan Institucional de Archivos - PINAR: Se evidencia publicada la versión obsoleta en el microsítio del SIG. • Protocolo de Servicio al Ciudadano: El canal de atención como el buzón físico no se está utilizando por parte de los ciudadanos. • Programa de Gestión Documental - PGD: Debilidades en el cumplimiento de algunas actividades establecidas. • Procedimiento para Organización de Archivos de Gestión: No muestra la descripción detallada de la organización de archivos de gestión incluyendo los diferentes instructivos. • Procedimiento para Eliminación Documental: El plan o programa de eliminación documental no está documentado, además relaciona un formato consolidado a las solicitudes de eliminación documental, el cual no está vigente. • Procedimiento para transferencias documentales: No se estableció el cronograma de transferencias para la vigencia 2022, además no se ha formalizado el cronograma de transferencias documentales. • Procedimiento de Consulta y Préstamo de Documentos: En los archivos de gestión no se está utilizando el formato de consulta y préstamo de documentos, además de estar eliminado de acuerdo al listado maestro de documentos. • El procedimiento de seguimiento a los archivos de gestión se encuentra vigente de acuerdo al listado maestro de documentos pero no está publicado en el SIG. • Instructivo para la aplicación de las tablas de retención documental: Relaciona un formato testigo de documento afuera, el cual no está vigente. • Instructivo para transferencias documentales: Relaciona un programa de transferencias documentales, el cual no está documentado. 	

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	<i>Código: FO-ECS-04</i>	<i>Versión: 08</i>	<i>Fecha de aprobación: 20/06/2023</i>
			<i>Página: 8 de 22</i>

6. CONCLUSIONES

La auditoría permitió a la Oficina de Control Interno de Gestión abordar un tema de suma importancia, toda vez que permite evaluar la gestión de la Oficina de Archivo y Correspondencia como gestora del proceso de gestión documental, la cual ha venido realizando avances significativos que han permitido ir organizando en la vigencia auditada los temas más urgentes en la gestión documental, se hace entonces necesario que se implementen medidas que involucren una buena planeación en el proceso y una gestión de recursos económicos para dar cumplimiento a la normatividad interna y externa aplicable.

Una vez realizada la auditoría al proceso de Gestión Documental, se evidenció que la Entidad cuenta con avances importantes en cuanto al cumplimiento de los procesos establecidos en materia de gestión documental y archivística, sin embargo, de acuerdo con las evidencias presentadas en este informe, los procedimientos auditados no se están ejecutando las actividades y algunos puntos de control de manera oportuna y eficaz, situaciones que son susceptibles de mejora; las mismas dieron origen a los hallazgos y recomendaciones consignadas en el cuerpo del informe y que se consideran pertinentes en procura de la mejora continua y el fortalecimiento de la gestión institucional.

7. PLAN DE MEJORAMIENTO

El plan de mejoramiento es la herramienta institucional que permite consolidar y evidenciar los diferentes hallazgos como mecanismo de control del proceso de Gestión Documental. Este plan se puede visualizar en el siguiente enlace [PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL](#).

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	<i>Código: FO-ECS-04</i>	<i>Versión: 08</i>	<i>Fecha de aprobación: 20/06/2023</i>	<i>Página: 9 de 22</i>

INFORME DETALLADO (RELACIÓN DE HALLAZGOS)

La auditoría abarca todas las actividades y lineamientos establecidos en el proceso de Gestión Documental, incluyendo la revisión de políticas, procedimientos, controles internos, gestión del ciclo de vida de los documentos y seguridad de la información. El periodo de evaluación comprende desde enero de 2022 hasta junio de 2023.

Es relevante destacar que un hallazgo surge de la comparación entre un criterio y la situación actual examinada en la unidad auditable. A continuación, se describirán los aspectos positivos del proceso auditado (Conformidad). Por otra parte, se presentarán los hechos detectados en el examen de auditoría, relacionados con deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso (No Conformidad). Además, se relacionan los aspectos de mejora los cuales pueden suscribir plan de mejoramiento.

1. CONFORMIDAD

- 1.1 La atención a PQRSD cuenta con un indicador de gestión que mide la eficacia con que la Universidad da respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de las partes interesadas. El indicador se encuentra actualizado y diligenciado de manera trimestral para las vigencias 2022 y 2023.
- 1.2 El Comité de Archivo hace parte integral del Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante Resolución Rectoral 2181 de 2022, donde se han llevado a cabo reuniones necesarias teniendo en cuenta la contingencia, lo cual da espacio para plantear mejoras y condiciones del mismo.
- 1.3 El proceso de Gestión Documental, realizó campañas de sensibilización a los trabajadores de la Universidad de los Llanos, con el fin de dar a conocer la Gestión Documental y su aplicación en cada una de áreas funcionales, fortaleciendo en los siguientes temas: manejo del archivo y correspondencia incluida en el [PIC 2022](#), y capacitación sobre visitas de verificación del inventario documental y el programa de gestión documental incluidas en el primer semestre del [PIC 2023](#).
- 1.4 El proceso viene trabajando en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA, contribuyendo de esta manera a una adecuada aplicabilidad de estos, garantizando la conservación de sus características e imagen corporativa e integrando los módulos de administración de activos de la información del SIG con el SGDEA, para de esta manera, vincular los instrumentos archivísticos y los diferentes sistemas de información.
- 1.5 El aplicativo para la gestión de las PQRSD está en proceso de actualización permanente a partir de las mejoras identificadas en el proceso de Gestión Documental junto con el Área de Sistemas, con el fin de fortalecer los trámites de manera eficaz y oportuna para cada una de las solicitudes.
- 1.6 En la página web de la Universidad existe un link de fácil acceso para que los usuarios ejerzan su derecho a presentar una PQRSD de acuerdo a la Ley 1474 “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”.
- 1.7 El proceso no cuenta con un [plan de mejoramiento](#) pendiente o vencido. Por el contrario, se ha demostrado una gestión proactiva al cumplir de manera oportuna con las acciones de mejora, acciones correctivas y correcciones necesarias en su momento. Esta capacidad de identificar y abordar eficazmente las áreas de mejora contribuye a mantener la integridad, la eficiencia y la calidad del proceso.
- 1.8 Los instrumentos archivísticos de la Gestión Documental, se encuentran vigentes y publicados en el micrositio de archivo, dando cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1080 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura”, artículo 2.8.2.5.8 “Instrumentos Archivísticos para la gestión documental”.

2. NO CONFORMIDAD

Riesgo evaluado asociado al hallazgo: Posibilidad de afectación reputacional por inconsistencias en la gestión de las PQRSD allegadas a la Universidad, debido a debilidades en el control y seguimiento de las mismas.

2.1 Trámite y atención al ciudadano PQRSD

Descripción de las validaciones realizadas: Durante la auditoría, se llevaron a cabo validaciones para examinar exhaustivamente la gestión y trámite de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias recibidas en la Universidad. Para la vigencia 2022 y primer semestre del 2023 se revisaron 4790 PQRSD radicadas a través del aplicativo web, se realizaron cruces de información entre el aplicativo web y las planillas de incidencias para asegurar que cada solicitud se haya registrado correctamente, se haya asignado a las áreas correspondientes y se haya cumplido con los plazos establecidos para su atención. Asimismo, se evaluaron los registros de seguimiento para confirmar que las respuestas y acciones tomadas fueran coherentes con las necesidades y expectativas de los solicitantes.

Las validaciones también incluyeron la revisión de las actividades definidas en el procedimiento para recibo de PQRSD y atención al ciudadano con código PD-GDO-10 en su versión 06 y con fecha de aprobación del 09 de febrero de 2022. Además de la revisión realizada al protocolo de atención al ciudadano en su versión 02 y con fecha de aprobación de marzo de 2021.

Lo anterior, da como resultado a la siguiente no conformidad alta:

Código: GDO23-01NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>X</u> No Conformidad Baja <u> </u>	
Condición:	<p>Se evidencian (27) solicitudes gestionadas mediante el aplicativo web a las cuales les falta el registro de la respuesta dada por el Área Responsable de dar trámite a la petición y el plazo de respuesta se encuentra vencida, están distribuidas de la siguiente forma: para la vigencia 2022 se evidencian los siguientes solicitudes: 2026222 - Servicios Generales, 2022000273 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000283 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000284 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000285 - Oficina Jurídica-Convenios, 2022000510 - Bienestar Institucional, 2022000634 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000635 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000636 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000637 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000638 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000639 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000640 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000641 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000642 - Vicerrectoría de Recursos, 2022000948 - Centro de Idiomas, 2022000949 - Centro de Idiomas, 2022001261 - Servicios Generales, 2022001268 - Centro de Idiomas, 2022002583 - Oficina de Comunicaciones, 2022002584 - Oficina de Comunicaciones, 2022002585 - Oficina de Comunicaciones; para un total de 22 en estado abiertas. Y para la vigencia 2023 se evidencian las siguientes solicitudes: 2022002779 - Oficina de Comunicaciones, 2023001187 - Oficina Jurídica, 2023001350 - Oficina Jurídica, 2023001361 - Bienestar Institucional, 2023001471 - División de Servicios Administrativos.</p> <p>Las PQRS recibidas por la Ventanilla Única no se radican ni se registran en el aplicativo web o en la planilla de registro y control de incidencias. Además estas peticiones no se</p>

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 08	Fecha de aprobación: 20/06/2023	Página: 11 de 22

Código: GDO23-01NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>_X_</u> No Conformidad Baja ____	
	<p>están informando al área de Control Interno de Gestión (a excepción del mes de junio de 2022).</p> <p>El aplicativo web y la planilla de incidencia no tiene en cuenta los días hábiles.</p>
Criterio:	<p><u>Ley 1755 de 2015.</u> “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”,</p> <p>Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción.</p> <p><u>Procedimiento para recibo de PQRSD y atención al ciudadano</u></p> <p>6. Contenido</p> <p>Actividad 2. Radicar y registrar las PQRSD en el aplicativo, además del reporte en el FO-GDO-03 Planilla registro y control de incidencias PQRSD. Se indica al usuario el consecutivo asignado por el sistema a su PQRSD.</p> <p><u>Ley 4 de 1913</u> “Sobre régimen político y municipal”.</p> <p>Artículo 62. En los plazos de días que se señalen en las leyes y actos oficiales, se entienden suprimidos los feriados y de vacantes, a menos de expresarse lo contrario. Los de meses y años se computan según el calendario; pero si el último día fuere feriado o de vacante, se extenderá el plazo hasta el primer día hábil.</p>
Causa:	<p>Falta de procedimientos y registros adecuados en el trámite de respuesta.</p> <p>Falta de capacitación y seguimiento del personal involucrado en el trámite de respuesta.</p> <p>Deficiencias en el sistema de información y comunicación.</p>
Efecto:	<p>Posibles hallazgos por parte de los entes de control y/o certificador.</p> <p>Posibles sanciones disciplinarias.</p> <p>Insatisfacción de los usuarios.</p> <p>Riesgo de incumplimiento normativo.</p> <p>Falta de transparencia y rendición de cuentas.</p>
Recomendación:	<p>Estandarizar el aplicativo web para unificar la radicación y trámite de las PQRSD.</p> <p>Actualizar el aplicativo web para que permita tener un control efectivo de la recepción y gestión de las diferentes solicitudes.</p> <p>Realizar una revisión de las solicitudes gestionadas mediante el aplicativo web a las cuales les falta el registro de la respuesta.</p> <p>Remitir al Comité Institucional de Gestión y Desempeño las solicitudes que no presentaron respuesta por parte del área responsable.</p>

2.2 Informe trimestral PQRSD

Descripción de las validaciones realizadas: Se revisaron minuciosamente los datos y estadísticas proporcionados en los informes para asegurarse de que fueran precisos y reflejaran con exactitud el número y tipo de solicitudes recibidas en cada periodo. Se compararon los datos presentados en los informes con los

	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 08	Fecha de aprobación: 20/06/2023	Página: 12 de 22

registros internos y las bases de datos utilizadas para el registro de las solicitudes, buscando posibles discrepancias.

Se verificó también la inclusión de información relevante, la presentación y formato de los informes para asegurarse de que fueran comprensibles y accesibles para los diferentes destinatarios, como el Comité del Sistema Integrado de Gestión y otros actores involucrados en la toma de decisiones.

Lo anterior, da como resultado a la siguiente no conformidad alta:

Código: GDO23-02NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>X</u> No Conformidad Baja ____	
Condición:	<p>Los informes trimestrales de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de información y denuncias presentados durante la vigencia 2022 y 2023, no han sido enviados ante el Comité del Sistema Integrado de Gestión, para determinar acciones de mejora eficaces frente a las diferentes situaciones evidenciadas en el procedimiento de recibo y gestión de las PQRSD.</p> <p>No se evidenció dentro del informe trimestral de PQRSD la inclusión del número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información y el número de solicitudes que fueron trasladadas a otra entidad.</p>
Criterio:	<p><u>Resolución Rectoral 292 del 2018.</u> “Por la cual se reglamenta la presentación y trámite de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y consultas de información que presenten los ciudadanos ante la Universidad”.</p> <p>Capítulo III Competencia, tiempos de respuesta y responsabilidad de los servidores públicos.</p> <p>Numeral 6.2 La Secretaría General elaborará un informe trimestral sobre el comportamiento de la institución frente a las quejas, reclamos y denuncias recibidas y las principales recomendaciones sugeridas por los usuarios y particulares que tengan por objeto mejorar el servicio de la Universidad. <u>Dicho informe será enviado al Comité Coordinación del Sistema Integrado de Gestión - SIG, instancia que determinará las acciones pertinentes.</u></p> <p><u>Procedimiento para recibo de PQRSD y atención al ciudadano</u></p> <p>6. Contenido.</p> <p>Actividad 8. Consolidar y elaborar informe trimestral, para presentar al Comité de Coordinación del Sistema Integrado de Gestión.</p> <p><u>Resolución 1519 del 2020.</u> “Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos en materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”</p> <p>Anexo 2. Estándares de publicación y divulgación de información.</p> <p>Numeral 4. Planeación, Presupuesto e Informes</p> <p>Ítem 4.10 - Informes trimestrales sobre acceso a información, quejas y reclamos. Publicar el informe, en materia de seguimiento sobre las quejas y reclamos, conforme con lo establecido en el artículo 54 de la Ley 190 de 1995 y al que hace referencia el decreto reglamentario 2641 del 2012. Así mismo, respecto de las solicitudes de acceso a la</p>

Código: GDO23-02NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja ___

	información se debe reportar específicamente lo siguiente: número de solicitudes recibidas, <u>número de solicitudes que fueron trasladadas a otra entidad</u> , tiempo de respuesta a cada solicitud, <u>número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información</u> .
Causa:	Desconocimiento del lineamiento establecido en la normatividad interna. Deficiencias en la elaboración del informe trimestral. Debilidad en el control en el envío del informe. Desconocimiento del procedimiento establecido por el proceso.
Efecto:	Incumplimiento en la normatividad interna. Incumplimiento al procedimiento. Incumplimiento a la gestión del proceso. Pérdida de confianza y credibilidad institucional.
Recomendación:	Incluir en el informe el acceso negado y traslados de solicitudes. Enviar el informe trimestral al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual sustituyó el Comité del Sistema Integrado de Gestión. Actualizar el acto administrativo que reglamenta la presentación y trámite de las PQRSD. Actualizar el procedimiento para recibo de PQRSD y atención al ciudadano.

2.3 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC

Descripción de las validaciones realizadas: Con el propósito de examinar en detalle las actividades programadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano definidas para las vigencias 2022 y 2023. Se examinaron los indicadores y metas asociados a cada actividad, verificando que fueran medibles y cuantificables, lo que permitiría evaluar el grado de cumplimiento y los resultados alcanzados. Asimismo, se revisaron los responsables asignados a cada actividad, asegurando que estuvieran claramente definidos y comprometidos con su ejecución.

Lo anterior, da como resultado a la siguiente no conformidad alta:

Código: GDO23-03NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja ___

Condición:	<p>Verificado el Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC vigencia 2022, no se evidenció total cumplimiento en las siguientes actividades del componente 4: Servicio al Ciudadano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad 1.1. Actualizar y mejorar el aplicativo PQRS. CI: Presentó una ejecución del 50%, faltando unas actualizaciones por parte de la Oficina de Sistemas, entre ellas están: la opción de adjuntar archivos, incluir los tiempos de respuesta en días hábiles, generar reportes en excel, enlazar el formulario web con la matriz de incidencias. • Actividad 2.1. Incluir y ejecutar dentro del Plan Institucional de Capacitación, temática de sensibilización y fomento de la cultura del servicio al ciudadano, ética, valores, protocolo de servicio al ciudadano, gestión del cambio. CI: Presentó una ejecución del 50%, se cumplió sólo en el primer semestre de la vigencia 2022.
------------	--

Código: GDO23-03NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta _X_ No Conformidad Baja ___

- Actividad 3.4. Socializar al interior de la Universidad, en especial a los estudiantes, los trámites publicados en el SUIIT, a través del boletín institucional y la página web.
CI: No se evidencia cumplimiento de la actividad propuesta.
- Actividad 4.2. Conformar e Institucionalizar el Equipo de Trabajo para que realice el seguimiento y evaluación de los informes PQRS y de las encuestas de percepción y satisfacción de usuarios.
CI: No se evidencia cumplimiento de la actividad en la fecha propuesta.
- Actividad 4.3. Elaborar plan de mejoramiento con base en las denuncias y quejas presentadas y en las encuestas de percepción.
CI: No se evidencia cumplimiento de la actividad propuesta, dependía de la actividad 4.2 que no se cumplió dentro de los tiempos establecidos.

Verificado el Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC primer cuatrimestre 2023, no se evidenció total cumplimiento en las siguientes actividades del componente 4: Servicio al Ciudadano, de acuerdo a las fechas establecidas en el plan:

- Actividad 1.4. Elaborar plan de mejoramiento con base en las denuncias y quejas presentadas y en las encuestas de percepción.
CI: La actividad está definida para junio del 2023, y no presenta avance.
- Actividad 3.2. Divulgar en boletín interno los canales oficiales de atención al ciudadano.
CI: La actividad está definida de forma semestral y no presenta soportes de avance.
- Actividad 3.4. Divulgar los trámites actualizados y publicados en el SUIIT, a través del boletín institucional y la página web.
CI: La actividad está definida de forma semestral y no presenta soportes de avance.

Criterio:

Ley 1474 de 2011. "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".

Artículo 73. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad.

Artículo 81. Sanciones por incumplimiento de políticas institucionales. El incumplimiento de la implementación de las políticas institucionales y pedagógicas contenidas en el presente capítulo, por parte de los servidores públicos encargados se constituirá como falta disciplinaria grave.

Resolución Rectoral 0112 del 2022. "Por medio de la cual se adopta el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos de la Universidad de los Llanos para el año 2022".

Componente 4: Servicio al Ciudadano

	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 08	Fecha de aprobación: 20/06/2023	Página: 15 de 22

Código: GDO23-03NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>X</u> No Conformidad Baja ____	
	<u>Resolución Rectoral 0056 del 2023.</u> “Por medio de la cual se adopta el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos de la Universidad de los Llanos para el año 2023”. Componente 4: Servicio al Ciudadano.
Causa:	Debilidades en el control de las actividades formuladas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano-PAAC. Las actividades dependen de otras áreas involucradas para dar cumplimiento a las actividades descritas en el plan.
Efecto:	Posibles sanciones disciplinarias. Incumplimiento de las metas propuestas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Desviaciones en el cumplimiento del plan sin actividades o planes de acción que subsanen ese comportamiento.
Recomendación:	Realizar reunión y/o comunicación con las oficinas en las que se comparten actividades para el seguimiento frente a las responsabilidades asignadas en el plan vigente. Actualizar las responsabilidades de acuerdo a la meta o producto definidas en el plan vigente. Actualizar las actividades definidas en el plan vigente.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo: Posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la información o documentación, debido a fallas en la aplicación de controles.

2.4 Sistema Integrado de Conservación

Descripción de las validaciones realizadas: En el proceso de auditoría, se llevaron a cabo actividades de revisión y análisis de los avances relacionados con los componentes del Sistema Integrado de Conservación - SIC, que incluyen los siguientes aspectos: Plan de Conservación Documental y Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.

Lo anterior, da como resultado a la siguiente no conformidad alta:

Código: GDO23-04NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>X</u> No Conformidad Baja ____	
Condición:	En los avances soportados por el proceso auditado se observó lo siguiente de los componentes del Sistema Integrado de Conservación - SIC: a) Plan de Conservación Documental. <ul style="list-style-type: none"> ● No se cuenta con una estructura para el seguimiento y verificación del cumplimiento a las actividades establecidas. ● Se evidencia cumplimiento en la publicación de 1 boletín de 4 programados en la vigencia 2022, y la realización de 1 capacitación de 2 programadas para la vigencia 2022. ● No se evidencia el cumplimiento de la actividad de fumigación y desratización. ● Se diligencia una planilla de seguimiento de limpieza y desinfección sin formalización dentro del SIG.

Código: GDO23-04NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta _X_ No Conformidad Baja ___

	<ul style="list-style-type: none"> ● No se evidencian soportes de la evaluación del nivel de biocontaminación junto con el informe técnico. ● No se ha integrado el programa de prevención de emergencias y atención de desastres para el archivo en el plan de la institución. ● El plan no está estructurado de acuerdo a los parámetros establecidos en el procedimiento de control de documentos del SIG. <p>b) Plan de Preservación Digital a Largo Plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No se cuenta con una estructura para el seguimiento y verificación del cumplimiento a las actividades establecidas. ● No se ejecutaron las siguientes actividades descritas en el plan: diseño, aprobación y publicación de la política de preservación digital (2022), programación y ejecución de capacitaciones específicas enfocadas a la preservación digital (2022), y la formulación de los procedimientos de preservación digital (2022). ● El plan no está estructurado de acuerdo a los parámetros establecidos en el procedimiento de control de documentos del SIG.
Criterio:	<p><u>Resolución Rectoral 1573 de 2021.</u> “Por la cual se aprueba y adopta el Sistema Integrado de Conservación - SIC de la Universidad de los Llanos”.</p> <p>Artículo 2. <u>Implementar</u> el Sistema Integrado de Conservación - SIC en la Universidad de los Llanos, como el conjunto de planes, programas, estrategias, procesos y procedimientos de conservación documental y preservación digital.</p> <p><u>Procedimiento de Control de Documentos del SIG PD-GDO-09</u> 5.1.2.3 Capítulo de los documentos. “El contenido de los documentos varía según el tipo...”</p>
Causa:	<p>Falta de estructura y seguimiento de los planes. Incumplimiento en actividades descritas en los planes.</p>
Efecto:	<p>Riesgo de pérdida de información y documentación importante. Vulnerabilidad ante posibles emergencias y desastres. Debilitamiento de la confianza en la eficacia del Sistema Integrado de Conservación.</p>
Recomendación:	<p>Establecer una estructura clara de seguimiento y verificación para cada componente del Sistema Integrado de Conservación (SIC). Garantizar que el Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital estén estructurados de acuerdo con los parámetros establecidos en el control documental del SIG. Capacitar al personal involucrado en el proceso de conservación y preservación. Integrar el programa de prevención de emergencias y atención de desastres con el de la institución. Realizar un informe de seguimiento del Sistema Integrado de Conservación.</p>

2.5 Programa de Gestión Documental - PGD

Descripción de las validaciones realizadas: Durante el proceso de auditoría, se llevaron a cabo minuciosas actividades de revisión que permitieron identificar debilidades en los avances del programa de gestión

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 08	Fecha de aprobación: 20/06/2023	Página: 17 de 22

documental en su versión 2 con fecha de aprobación del 17 de diciembre de 2015, en relación al cumplimiento de actividades establecidas.

Lo anterior, da como resultado a la siguiente no conformidad alta:

Código: GDO23-05NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>_X_</u> No Conformidad Baja <u>_X_</u>	
Condición:	<p>En cuanto a los avances del programa se observan debilidades en el cumplimiento de algunas actividades establecidas, puesto que no incluye todos los elementos mínimos requeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No hay documento para el programa de archivos descentralizados. ● No hay documento para el programa de normalización de formas y formularios electrónicos. ● No hay documento para el programa de reprografía. ● No hay documento para el programa de gestión de documentos electrónicos ● No hay documento para el programa de descripción documental. ● No hay documento para el manual de Conservación de Documentos. ● No hay documento para el programa de Saneamiento Ambiental. ● No hay documento para el programa de documentos especiales. ● No hay documento para el programa de atención y prevención de emergencias para la documentación. ● No hay documento para el programa de documentos vitales o esenciales. ● No se cuenta con una estructura para el seguimiento y verificación del cumplimiento a las actividades establecidas. ● No se está realizando la evaluación, seguimiento y control, mínimo anualmente, con el objeto de alcanzar los estándares de eficiencia administrativa que se requieren. ● No hay evidencia de la auditoría y control al programa en la frecuencia descrita. ● El nuevo programa no está estructurado de acuerdo a los parámetros establecidos en el procedimiento de control de documentos del SIG. ● No se tiene implementado un indicador para medir el nivel de avance en la implementación del Programa de Gestión Documental, este indicador le permitirá al proceso de Gestión Documental realizar seguimiento y revisión de la ejecución de las actividades programadas de forma periódica.
Criterio:	<p><u>Programa de Gestión Documental PGD PG-GDO-01</u> 8. Fases de implementación del PGD</p> <p><u>Decreto 1499 de 2017.</u> "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015".</p> <p>Artículo 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. Según lo dispuesto en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4 de marzo de 2021 - Séptima Dimensión: Control Interno. Implementación de las líneas de defensa.</p> <p>Primera línea de defensa (Quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad):</p>

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 08	Fecha de aprobación: 20/06/2023 Página: 18 de 22

Código: GDO23-05NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>_X_</u> No Conformidad Baja <u>_X_</u>	
	<p><u>Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.</u></p> <p><u>Procedimiento de Control de Documentos del SIG PD-GDO-09</u> 5.1.2.3 Capítulo de los documentos. “El contenido de los documentos varía según el tipo...”</p>
Causa:	<p>Ausencia de documentos para programas requeridos. Falta de seguimiento y control periódico. Carencia de indicador para medir avance en implementación.</p>
Efecto:	<p>Ineficiencia en la gestión y organización de documentos. Riesgo de pérdida o deterioro de la información importante. Posible incumplimiento de normativas y estándares de gestión documental.</p>
Recomendación:	<p>Implementar un sistema de seguimiento y control periódico para evaluar el cumplimiento de las actividades de cada programa, al menos de forma anual, con el fin de mejorar la eficiencia administrativa. Diseñar e implementar un indicador que permita medir el nivel de avance en la implementación del Programa de Gestión Documental, para realizar seguimientos periódicos y tomar acciones correctivas cuando sea necesario. Realizar un informe de seguimiento del programa.</p>

2.6 Reglamento de Archivo y Correspondencia

Descripción de las validaciones realizadas: Durante el proceso de auditoría, se llevaron a cabo actividades de revisión en relación al reglamento de archivo y correspondencia aprobado mediante Resolución Rectoral 1757 del 2001 “Por la cual se adopta el reglamento de Archivo y Correspondencia de la Universidad de los Llanos y se dictan otras disposiciones”. Como resultado, se identificaron debilidades importantes en varios aspectos descritos en la resolución.

Lo anterior, da como resultado a la siguiente no conformidad alta:

Código: GDO23-06NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>_X_</u> No Conformidad Baja <u>___</u>	
Condición:	<p>En la revisión del reglamento de archivo y correspondencia se evidencian debilidades frente a algunos elementos requeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La medición de las condiciones de temperatura y humedad relativa inició en octubre del año 2022. ● No se ha establecido un plan de prevención de desastres que contemple sistemas de seguridad tanto para la salvaguarda de los bienes documentales, como para la protección del personal que en ellos labora. ● Se desconoce el estado actual del total de los archivos de gestión debido a que no se han podido realizar las visitas a las diferentes dependencias. ● No se evidencian las transferencias documentales de forma anual de todas las oficinas productoras. ● No se estableció cronograma de transferencias para la vigencia 2022.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 08	Fecha de aprobación: 20/06/2023	Página: 19 de 22

Código: GDO23-06NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>_X_</u> No Conformidad Baja ____	
	<ul style="list-style-type: none"> El cronograma de transferencias se encuentra desactualizado para la vigencia 2023.
Criterio:	<p><u>Resolución Rectoral 1757 del 2001.</u> “Por la cual se adopta el reglamento de Archivo y Correspondencia de la Universidad de los Llanos y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>Artículo 30. La Sección de Archivo y Correspondencia adelantará <u>controles sistemáticos y periódicos de las condiciones ambientales, instalaciones, manejo, mantenimiento y estado físico</u> tanto de los archivos de gestión como de sus fondos. Parágrafo: El Comité de Archivos de la Universidad establecerá planes de prevención de desastres que contemple sistemas de seguridad tanto para la salvaguarda de los bienes documentales, como para la protección del personal que en ellos labora.</p> <p>Artículo 35. En todos <u>los archivos de gestión se deben levantar inventarios</u> que permitan llevar el control sobre la producción documental generada por las oficinas y que conforman las series.</p> <p>Artículo 36. Todos los archivos de gestión <u>deberán transferir anualmente al Archivo Central de la Universidad los archivos de vigencias anteriores</u>, acorde con la Tabla de Retención Documental y según la programación establecida por la Sección de archivo y Correspondencia de la Universidad.</p>
Causa:	<p>Demoras en implementar medición de condiciones ambientales.</p> <p>Ausencia de plan de prevención de desastres.</p>
Efecto:	<p>Potencial deterioro y pérdida de documentos por condiciones ambientales desconocidas.</p> <p>Mayor vulnerabilidad ante desastres y riesgo de daños irreparables.</p> <p>Dificultades en la localización y acceso a documentos relevantes.</p> <p>Incumplimiento en las transferencias documentales.</p>
Recomendación:	<p>Elaborar y poner en marcha un plan integral de prevención de desastres que proteja tanto los bienes documentales como la seguridad del personal.</p> <p>Establecer un cronograma claro y actualizado para las transferencias documentales, asegurando su cumplimiento anual y una adecuada organización de los archivos de gestión.</p> <p>Estandarizar el formato de medición de condiciones ambientales.</p>

Riesgo evaluado asociado al hallazgo: Posibilidad de afectación reputacional por deficiencias en los criterios y actividades definidos en la información documentada del Sistema Integrado de Gestión.

2.7 Información documentada

Descripción de las validaciones realizadas: En el proceso de auditoría se revisaron todos los documentos relacionados con el proceso de Gestión Documental frente a los criterios establecidos en el control de los documentos del Sistema Integrado de Gestión - SIG. Además, se realizó un análisis en relación con su alineación con la operativa real y la congruencia de su contenido en términos de Actividades y Productos.

Lo anterior, da como resultado a la siguiente no conformidad alta:

Código: GDO23-07NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja ____

Condición:

Los siguientes documentos no se ajustan completamente a las pautas y criterios establecidos en el procedimiento de control de documentos del SIG, lo que puede comprometer la eficacia y la coherencia del sistema de gestión documental en la Universidad:

- Plan Institucional de Archivos - PINAR.
- Programa de Gestión Documental - PGD.
- Plan de Conservación Documental.
- Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.
- Protocolo de Servicio al Ciudadano.
- Formato para controlar las condiciones ambientales.

Los siguientes documentos no se ajustan a la realidad operativa del proceso en relación a su contenido (Actividades y Productos):

- Caracterización del proceso de Gestión Documental: Las actividades del planear no se asocian a las actividades hacer.
- Plan Institucional de Archivos - PINAR: Se evidencia publicada la versión obsoleta en el micrositio del SIG.
- Protocolo de Servicio al Ciudadano: El canal de atención como el buzón físico no se está utilizando por parte de los ciudadanos.
- Programa de Gestión Documental - PGD: Debilidades en el cumplimiento de algunas actividades establecidas.
- Procedimiento para Organización de Archivos de Gestión: No muestra la descripción detallada de la organización de archivos de gestión incluyendo los diferentes instructivos.
- Procedimiento para Eliminación Documental: El plan o programa de eliminación documental no está documentado, además relaciona un formato consolidado a las solicitudes de eliminación documental, el cual no está vigente.
- Procedimiento para transferencias documentales: No se estableció el cronograma de transferencias para la vigencia 2022, además no se ha formalizado el cronograma de transferencias documentales.
- Procedimiento de Consulta y Préstamo de Documentos: En los archivos de gestión no se está utilizando el formato de consulta y préstamo de documentos, además de estar eliminado de acuerdo al listado maestro de documentos.
- El procedimiento de seguimiento a los archivos de gestión se encuentra vigente de acuerdo al listado maestro de documentos pero no está publicado en el SIG.
- Instructivo para la aplicación de las tablas de retención documental: Relaciona un formato testigo de documento afuera, el cual no está vigente.
- Instructivo para transferencias documentales: Relaciona un programa de transferencias documentales, el cual no está documentado.

Código: GDO23-07NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta _X_ No Conformidad Baja ___

<p>Criterio:</p>	<p><u>Procedimiento de Control de Documentos del SIG PD-GDO-09</u> 5.1.2.3 Capítulo de los documentos. “El contenido de los documentos varía según el tipo...”</p> <p><u>Decreto 1499 de 2017</u> “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.</p> <p>Artículo 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. Según lo dispuesto en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4 de marzo de 2021 - Séptima Dimensión: Control Interno. Implementación de las líneas de defensa. Primera línea de defensa (Quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad): <u>Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.</u></p>
<p>Causa:</p>	<p>Falta de estructura adecuada en los documentos del SIG. El proceso no ha sido programado por el SIG para su reestructuración y reingeniería de la información documentada. Desactualización de las referencias normativas dentro de los procedimientos. Desajuste entre documentos y la realidad operativa. Documentos y formatos obsoletos o eliminados.</p>
<p>Efecto:</p>	<p>Desorganización y dificultades en el control de documentos. Baja eficacia en la gestión y operación del proceso. Menor cumplimiento de requerimientos normativos y legales. Riesgo de pérdida o extravío de información importante. Posible deterioro de la confianza institucional y reputación.</p>
<p>Recomendación:</p>	<p>Actualizar la caracterización del proceso, el protocolo de atención al ciudadano, el programa de gestión documental, el procedimiento para organización de archivos de gestión, procedimiento para eliminación documental, el procedimiento para transferencias documentales, el procedimiento de consulta y préstamo de documentos, y el procedimiento de seguimiento a los archivos de gestión y los instructivos relacionados. Capacitar al personal involucrado en el proceso de gestión documental sobre el uso adecuado de los documentos y formatos. Implementar un sistema de seguimiento y control periódico para evaluar el cumplimiento de las actividades de cada programa y procedimiento del SIG, asegurando una gestión eficiente y efectiva.</p>

3. OPORTUNIDADES DE MEJORA

3.1 Actualizar la caracterización del proceso de gestión documental, asegurando que refleje de manera precisa las actividades, roles y responsabilidades actuales, así como los flujos de trabajo y procedimientos vigentes.

- 3.2 Realizar el autodiagnóstico de la política de gestión documental teniendo en cuenta lo descrito en el Decreto 1499 de 2017 en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
- 3.3 Formalizar la política de Gestión Documental mediante acto administrativo teniendo en cuenta el Acuerdo Superior 003 de 2021.
- 3.4 Desarrollar un programa de control metrológico que incluya la calibración periódica y el mantenimiento programado del termohigrómetro para mantener las condiciones ambientales adecuadas de temperatura y humedad relativa en el archivo.
- 3.5 Documentar los siguientes documentos: formato para la identificación de instalaciones, formato para el almacenamiento e instalaciones físicas, formato para inspecciones planeadas en áreas de archivo, hoja de control de documentos para archivo y base de datos inventario general.
- 3.6 Publicar los boletines de información en el microsítio de archivo.
- 3.7 Fortalecer el proceso de la gestión documental dado que se pudo evidenciar falta de personal para la labor de custodia, organización y mantenimiento del archivo de la Universidad de los Llanos.
- 3.8 Actualizar el indicador 1 "Nivel de implementación de las tablas de retención documental (TRD)", que permita evidenciar los criterios para el cumplimiento del archivo de gestión.

4. ANEXOS

El presente informe de auditoría no incluye anexos.



Elaborado por:

SERGIO ALEJANDRO MARTÍNEZ
DÍAZ

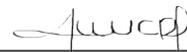
Auditor Responsable de Auditoría



Revisado por:

MARTHA SORAYA GONZÁLEZ
VARGAS

Auditado



Aprobado por:

ELIANA ANDREA VACA
ROJAS

Asesor de Control Interno