

Informe

Preliminar

Final

1. INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Informe	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoría	<input type="checkbox"/> Seguimiento
Procesos auditados /Evaluado	Gestión Documental	
Auditor líder	Alberto Castiblanco	Equipo Auditor Angie Carolina Bonilla Medina-Auditora
Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada /evaluada	Martha Isabel Nuñez- Profesional de Gestión Administrativa (E)	

2. OBJETIVOS

Determinar la conformidad de los lineamientos establecidos por la entidad en materia de Gestión Documental.

3. ALCANCE

Verificar cumplimiento de los procedimientos, instructivos, políticas, riesgos y demás documentación relacionada con el proceso de Gestión Documental correspondientes a la vigencia 2023 hasta la fecha.

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Para el ejercicio de auditoría de las actividades ejecutadas por parte del proceso de Gestión Documental, se revisó el cumplimiento de los siguientes procedimientos y/o documentos de la vigencia 2023 hasta la fecha:

1. Documento Caracterización del proceso

Se revisó el documento de caracterización del proceso, código: GD-cp-01, versión 8 de marzo de 2022; allí se observó que, el documento esta desactualizado con relación a los objetivos estratégicos y de calidad asociados al proceso, ya que, no están relacionados al nuevo plan estratégico 2023-2026. Por otra parte, en la auditoria de la vigencia 2022, se recomendó revisar las actividades del documento de caracterización para asegurarse que en las actividades de "Organización documental /Custodia Documental" y "Custodia Documental en Archivo Central" se identificaran al igual que en las demás actividades, los proveedores y clientes y/o usuarios; lo anterior de acuerdo con el numeral 4.4.1. literal b) "Determinar la secuencia e interacción de estos procesos" de la ISO 9001 de 2015; y al revisar nuevamente se observó que esta anotación es reiterativa en el presente ejercicio auditor. En consecuencia, esta observación queda como una no conformidad frente al numeral 7.1.6

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		09-23
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		4	12	2023

Conocimientos organizativos de la ISO 9001:2015 “La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios”.

2. Programa de gestión documental-PGD

Se observó actualización y publicación en la página web de la entidad, del programa de gestión documental- PGD vigencia 2023- 2026; actividad que estaba incluida en el plan de acción anual del PINAR vigencia 2023, y a la cual se le dio cumplimiento en el primer trimestre de 2023. Con respecto al documento por el cual se aprobó el PGD vigencia 2023-2026, se observó que, se encuentra publicado en la página web de la entidad, en el menú de transparencia numeral 10. “Instrumentos de gestión de información pública” https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/page/field_insert_file/R2023027013_Reso_uci%C3%B3n%20de%20adopci%C3%B3n%20PGD.pdf ; lo anterior de acuerdo con la Resolución 1519 de 2020 “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 materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.”. En consecuencia, esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.

3. Plan Institucional de Archivo- PINAR

Se observó actualizado y publicado el plan institucional de archivo- PINAR vigencia 2023-2026 en la página web de la entidad, con su correspondiente acto administrativo por el cual se adoptó el instrumento archivístico con fecha del 31 de enero de 2023 https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/page/field_insert_file/PINAR%202023-2026_0.pdf; con respecto a la formulación del documento, se observó que, se realizó acorde con los requerimientos establecidos por el Archivo General de la Nación -AGN con respecto a la formulación de los planes institucionales de archivo: introducción, contexto estratégico de la Entidad, visión estratégica del Plan, objetivos, mapa de ruta y herramientas de Seguimiento. Por lo anterior, esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.

4. Procedimiento de comunicaciones oficiales

Se revisó el documento del procedimiento de comunicaciones oficiales, código GD-pr-01, versión 17, vigente desde abril 2022; donde se observó que, hay una figura llamada unidad de correspondencia, cuyo objetivo es servir como unidad central de los servicios de recepción, registro, radicación y distribución de las comunicaciones. Por lo tanto, para la verificación del cumplimiento de sus funciones, se procedió, durante este ejercicio auditor, a realizar una observación visual de la unidad de correspondencia, el día 21 de noviembre de 2023, con los siguientes resultados:

- Se observó que se recibe por medio del correo contactenos@copnia.gov.co las comunicaciones oficiales de entrada, y el técnico administrativo asignado se encarga de radicar, registrar, conservar y distribuir las comunicaciones allegadas por medio del sistema de radicación (gestor documental).
- Con respecto a las comunicaciones de salida se observó, que una vez se realiza el envío de la comunicación utilizando los servicios de mensajerías dispuestos por la entidad (correo electrónico), el técnico administrativo encargado de gestionar el correo de pqrs@copnia.gov.co, realiza el cargue de las notificaciones de entrega en una carpeta compartida en OneDrive, para que los técnicos administrativos (Nacional) y Técnicos Administrativos (Seccionales y/o regionales) lo carguen en su correspondiente expediente.
Ahora bien, con respecto a la descripción de actividades en el numeral 7.3. "Descripción de actividades en el proceso de comunicaciones oficiales de salida", se recomienda en la actividad # 3 "Envío y Notificación", especificar o aclarar que cuando se hace referencia a los "técnicos administrativos del área administrativa", no es responsabilidad exclusiva de los técnicos de dicha área, sino que, de todos los técnicos de la sede nacional y técnicos Administrativos (Seccionales y/o regionales) que tengan las responsabilidad de subir la notificación de entrega y recibido al correspondiente expediente.
- Se observó que el personal a cargo ha venido apropiando el principio del autocontrol, implementando herramientas de control en su trabajo, tales como, hojas de control en formato Excel de los radicados gestionados por el gestor, de las notificaciones de entrega en la carpeta compartida en OneDrive, y de la correspondencia en una carpeta en físico con los formatos de correspondencia interna. Esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.
- Con respecto al servicio de valijas, se observó que se realiza un control externo por medio de las guías de cada valija en el sistema de correspondencia del contratista, y un control interno a través del formato "Planilla envíos valijas (GD-fr-01)". Ahora bien, con respecto a este formato interno, se recomienda llevarlo de acuerdo con lo estipulado en el Anexo 6 del procedimiento de comunicaciones oficiales, ya que, se observó que, en el formato de seguimiento se incluyen columnas diferentes a este (fecha de recibido, usuario responsable) y se omiten otras (Seccional y email envíos).
Nota: La documentación de un sistema de gestión de calidad permite la estandarización de los procesos y procedimientos de una entidad, además de darle trazabilidad a las tareas, por ende, los formatos deben estar vigentes para su utilización y así evitar documentos obsoletos en los procesos que puedan inducir a confusiones.

5. Procedimiento de control de registro y archivo

Se revisó el documento del procedimiento de control de registro y archivo, código GD-pr-02, versión 12, vigente a partir de septiembre de 2023; para la verificación de su cumplimiento

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		09-23
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		4	12	2023

se revisó la información enviada por correo electrónico el día 18 de octubre por parte del proceso auditado, con los siguientes resultados:

- Se observó que los funcionarios del área de gestión documental llevan un control sobre los préstamos de unidades documentales a los funcionarios del COPNIA en la matriz de registro de consulta y préstamo de documentos, allí se evidenció que, los requerimientos de consultas o préstamos se realizan por diferentes medios (Correo electrónico, Teams, personal, PQR y memorando) y no exclusivamente por medio del correo electrónico institucional como lo indica el procedimiento de control y registro de archivo, en el numeral 12. "Préstamo documental: Las consultas se deben canalizar a través del Área Administrativa, grupo de Gestión Documental o encargados del Archivo Central, a través del correo electrónico institucional". Por ende, se recomienda estandarizar la operación, a través de la recepción de solicitudes por medio de un solo correo electrónico institucional exclusivo para préstamos y consultas, con el propósito de centralizar la información y darles trazabilidad y seguimiento a las solicitudes. Lo anterior permite que la operación sea transparente evitando la pérdida de datos del proceso de consulta y préstamos de documentos.
- Con respecto a la eliminación o destrucción de documentos se observó que, para la vigencia 2023 no se han generado, ya que, esta actividad esta planificada a realizarse en el último trimestre de acuerdo con las actividades del PINAR para la vigencia 2023. Por ende, su cumplimiento será objeto evaluación en la próxima auditoría realizada al proceso.
- Con respecto al control de las resoluciones nacionales y regionales y/o seccionales, se informa que, en la auditoría realizada al proceso de registro profesional en la vigencia 2023, se dejó una no conformidad relacionada con este tema "*Generación de resoluciones seccional/nacional con inconsistencias en la información y/o los datos del usuario (requisitos del proceso)*" (Ver informe de auditoría 01-23 pagina 22-23 https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/report/field_file/Informe%20Final%20Auditoria%2001-23%20Registro%20Profesional%20%281%29.pdf) Por ende, con respecto a esta no conformidad detectada en la auditoría 01-23 Registro profesional, se recomienda que estas salidas no conformes se identifiquen y controlen en todos los procesos en donde se generan resoluciones, para prevenir su uso o entrega no intencional y establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento, lo anterior de acuerdo con el numeral 8.7 "Salidas no conformes" de la ISO 9001:2015.

6. Actas del subcomité Interno de Archivo

Respecto a este criterio se requirió al área de Gestión Documental las actas del Subcomité Interno de Archivo de la vigencia 2023 hasta la fecha; esto con relación al requisito del artículo décimo cuarto de la Resolución No. 498 de abril del 2019, el cual, establece "el subcomité se reunirá de manera ordinaria por lo menos tres veces en el año. Así mismo se reunirá de manera extraordinaria, por solicitud del presidente, cada vez que las necesidades

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		09-23
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		4	12	2023

lo exijan”, en consecuencia, durante el ejercicio auditor se observó que, durante la vigencia 2023 se llevaron a cabo cinco (5) reuniones:

- Acta 2023-01- Temas: Revisión de estrategia para la inspección y vigilancia de personas naturales egresadas de las IES; revisión de propuesta para llevar de forma híbrida los expedientes de Inspección, Control y Vigilancia; Revisión de propuesta para que la responsabilidad de los expedientes de Procesos Disciplinarios Ético Profesionales sea de forma compartida en su etapa de gestión.
- Acta 2023-02 - Temas: Revisión y concepto de herramientas archivísticas: Diagnóstico Integral de Archivos y Plan Institucional de Archivos - PINAR
- Acta 2023- Temas: Generar Resolución Seccional / regional de Desistimiento por contingencia donde no hay casos en el BPM; Solicitud anulación casos BPM; Presentación TRD V-4 al AGN.
- Acta 2023-04 - Temas: Programa de Gestión Documental - PGD
- Acta 2023-05 – Temas: Revisión de estrategia para la inspección y vigilancia de personas naturales egresadas de las IES.

En consecuencia, este criterio de evaluación hace parte de las conformidades del presente informe.

7. Instrumentos Archivísticos:

En atención al Decreto 2609 de 2012 “Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado” compilado en el Decreto 1080 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura”, se consultó en la página web de la Entidad en la sección de Transparencia los documentos asociados a los Instrumentos de Gestión de Información Pública y se contrastó con lo establecido normativamente, mediante lo cual se determinó que:

Tabla 1. Verificación Instrumentos Archivísticos

Instrumentos Archivísticos	Observaciones
Cuadro de Clasificación Documental (CCD):	<p>En el mapa de procesos de la pagina web de la entidad, se observó enlace llamado “Cuadro de clasificación documental”, que direcciona a la versión 4 del documento, con fecha de cambio o de modificación de febrero de 2022.</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-</p>

Auditoría no.		09-23
Fecha del informe		
Día	Mes	Año
4	12	2023

[procesos/archivos/gestion-documental/cuadro_clasificacion_documental.pdf](#)

Por otro parte, en el enlace de "Tablas de retención documental TRD", en la pestaña de la versión 4, se incluye el documento de cuadro de clasificación documental en la misma versión 4 (https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/report/field_file/Anexo%2004_CCD%20General_Cons.pdf), pero esta vez la fecha de esta última modificación es de enero de 2023 y se encuentra firmado con firma digital.

Elaborado por: ANDRES CORRALES RUBIANO	Revisado por: JOHANNA CAÑÓN LONDOÑO	Aprobado por: MARICELA OYOLA MARTÍNEZ
Cargo: Profesional Especializado Área Administrativa	Cargo: Profesional de Gestión Administrativa	Cargo: Subdirectora Administrativa y Financiera
Firma: DAVID ANDRES CORRALES RUBIANO Firmado digitalmente por DAVID ANDRES CORRALES RUBIANO Fecha: 2023.05.11 09:11:01 -05'00'	Firma: JOHANNA TRINIDAD CANON LONDONO Firmado digitalmente por JOHANNA TRINIDAD CANON LONDONO Fecha: 2023.05.12 09:09:04 -05'00'	Firma: MARICELA OYOLA MARTINEZ Firmado digitalmente por MARICELA OYOLA MARTINEZ

En consecuencia, se procedió a consultar con el profesional especializado del área de gestión documental sobre el tema, en entrevista realizada el 10 de noviembre de 2023; en esta el profesional indicó que este último documento es el oficial. En consecuencia, se recomienda realizar su correcta publicación en el enlace "Cuadro de clasificación documental".

Nota: Con respecto a la proyección, revisión y aprobación del documento de la herramienta archivística, se recomienda realizarlo de acuerdo con el procedimiento Control de documentos DE-pr-01, 8va actualización vigente a partir de octubre de 2021; en donde se indica:

Numeral 5.3: La proyección, revisión y aprobación de la estructura documental del COPNIA se realiza de la siguiente manera:

DOCUMENTACIÓN	ELABORA	REVISA	APRUEBA
Instrumentos archivísticos	Líder del proceso de Gestión Documental o funcionario autorizado para su elaboración	Subdirector Administrativo y Financiero	Director General

En consecuencia, esta anotación queda como una conformidad con observaciones para su mejora.

Tabla de Retención Document

Se observó en el enlace de Tabla de Retención Documental (TRD), pestañas con las diferentes versiones de la herramienta archivística. En su última versión, se observó publicado el certificado de convalidación de la TRD por

Auditoría no.		09-23
Fecha del informe		
Día	Mes	Año
4	12	2023

<p>al (TRD):</p>	<p>parte del Archivo General de la Nación y la TRD V4. Lo anterior hace parte de las conformidades del presente informe.</p> <p>Con respecto a su proyección, revisión y aprobación del documento de la herramienta archivística, se recomienda nuevamente realizarlo de acuerdo con el procedimiento Control de documentos DE-pr-01, 8va actualización vigente a partir de octubre de 2021.</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/report/field_file/2_TRD_con_solidada%20PDF-A.pdf</p>
<p>Inventario Documental:</p>	<p>Con respecto a este elemento, se encontró publicado en el menú de transparencia de la pagina web de la entidad, en numeral 10. Instrumentos de gestión de información pública; allí se observó Excel actualizado con fecha de corte de septiembre de 2023, cumpliendo así con el cronograma de trabajo del plan acción anual del PINAR vigencia 2023, en donde trimestralmente se realiza su actualización. Esta anotación hace parte de las conformidades de este informe.</p>
<p>Banco Terminológico:</p>	<p>Se verificó en la página web y se evidenció publicado en el menú de transparencia en el numeral 10. Instrumentos de gestión de información pública y en el mapa de procesos de la entidad; allí se observó Banco terminológico en formato Excel en su versión 4:</p> <p>https://www.copnia.gov.co/transparencia/banco-terminologico</p> <p>Sin embargo, con respecto a su elaboración, revisión y aprobación en el formato se observó que no se realiza de acuerdo con el procedimiento Control de documentos DE-pr-01, 8va actualización vigente a partir de octubre de 2021. A pesar de ello, en entrevista realizada al profesional especializado del área el día 10 de noviembre sobre el tema; se aclaró que, por el formato del documento no contenía las firmas, sin embargo, se mostró el acta del subcomité interno de archivo por el cual fue aprobado el instrumento archivístico. Por ende, se recomienda incluir el acta del Subcomité interno de archivo por el cual fue aprobado el documento como respaldo de su formalización.</p>
<p>Mapas de procesos, flujos documentales y la descripción de las funciones</p>	<p>En la sección transparencia de la página web, se observó mapa de procesos, el cual fue aprobado bajo la Resolución Nacional 2023034369 del 30 de agosto de 2023. Cabe anotar que cada uno de estos procesos cuenta con su respectiva caracterización.</p> <p>https://www.copnia.gov.co/transparencia/mapa-de-procesos</p> <p>Con respecto a la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad, se observó publicado en la página web de la entidad en el</p>

<p>de las unidades administrativas de la entidad:</p>	<p>micrositio de transparencia en el enlace del organigrama la Resolución R2023015884 del 27 abril de 2023 "Por la cual se modifica la estructura orgánica del Consejo Profesional Nacional de Ingeniería - COPNIA y se actualizan las funciones de unas dependencias y áreas".</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/page/field_insert_file/R2023015884_estructura.pdf</p> <p>Por lo tanto, esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.</p>
<p>Tablas de Control de Acceso:</p>	<p>Se observo documento de Tablas de Control de Acceso GE- it 01, vigente a partir de septiembre de 2021, publicado en la página web de la entidad en su 1ra versión, sin embargo, la actualización del documento está incluida como una actividad dentro del Plan de acción anual del PINAR 2023. Por lo tanto, este criterio será objeto de evaluación en la próxima auditoría realizada al proceso.</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/gestion-documental/Tabla_control_acceso.pdf</p> <p>Se recomienda, realizar la estructura de la proyección, revisión y aprobación del documento de la herramienta archivística, de acuerdo con el procedimiento Control de documentos DE-pr-01, 8va actualización vigente a partir de octubre de 2021.</p>
<p>modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos</p>	<p>Se observó publicación en el mapa de procesos de la entidad del documento Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos- MOREQ, vigencia 2019-2022; el cual, de acuerdo con la nueva documentación del sistema de gestión de la entidad no ha sido actualizado (Plan estratégico 2023-2026, PINAR 2023-2026), sin embargo, la actualización del documento está incluida como una actividad dentro del Plan de acción anual del PINAR 2023. Por lo tanto, este criterio será objeto de evaluación en la próxima auditoría realizada al proceso.</p>

8. Política Institucional de Gestión Documental:

Para esta actividad se verificó el cumplimiento de los requerimientos normativos requeridos en el Artículo 6° del Decreto No 2609 de 2012 compilado en el Decreto No 1085 del 2015, de la Política Institucional de Gestión Documental aprobada e implementada mediante la Resolución Nacional No. 2067 de 2019, se observó que la política cumple con los componentes establecidos en la norma.

Esto en cumplimiento al numeral 7.5.2 Creación y Actualización y 7.5.3 Control de la Información documentada de la ISO 9001:2015. Como consecuencia esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.

9. Plan de conservación documental

Se revisó el documento Plan de conservación documental V1, 2023; el cual, pretende entre muchas cosas, mitigar las situaciones de riesgo que pueden sufrir los documentos análogos que conforman el fondo documental de la Entidad; por ende, para su verificación se procedió a comprobar el cumplimiento de las actividades de los diferentes programas que componen dicho plan:

- Programa de capacitación y sensibilización

Con respecto a este programa se observó que, para la vigencia 2023, se tenían programadas tres capacitaciones relacionadas con el tema gestión documental en el cronograma del plan de capacitación institucional 2023, las cuales, de acuerdo con la información reportada por el auditado, se realizaron según lo planificado:

Fecha de realización	Tema
23 de febrero	Capacitación en organización de archivo digital instrumentos archivísticos: interpretación y aplicación de TRD descripción y alcance instrumentos archivísticos
18 de mayo	Gestión Electrónica De Documentos: Manejo General Del SGDA ubicación Física De Expedientes En Forma Híbrida En SGDA búsquedas De Información En SGDA creación De Expedientes En SGDA generación De Comunicados Y Resoluciones En SGDA gestión De Bandejas Del SGDA manejo De Expedientes Híbridos
08 de junio	Jornada de reinducción de procedimientos * Organización Y preservación De Documentos físicos En Gestión Documental PEP - ICV

Por otra parte, con respecto a las campañas publicitarias y boletines informativos, se observó, de acuerdo con la información suministrada por el auditado que, para la vigencia 2023 se socializaron cinco correos electrónicos con información referente a:

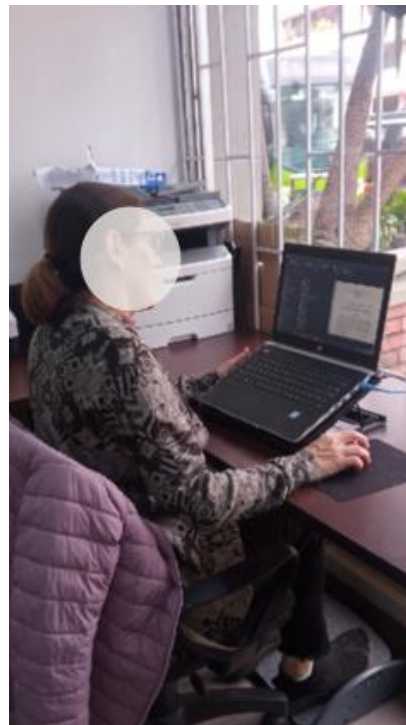
- ✓ Espacio de acompañamiento para solucionar dudas respecto a la actividad de crear expedientes en el gestor documental necesarios para esta vigencia conforme con la TRD adoptada.

- ✓ Curiosidades e importancia del ahorro del papel.
- ✓ Recordatorio de creación de expedientes 2022.
- ✓ Espacio con el propósito de para atender y resolver las repetidas dudas que surgen diariamente por algunos funcionarios.
- ✓ Formato solicitud servicios 4-72.

Por lo tanto, la anterior anotación hace parte de las conformidades del presente informe. Ahora bien, con respecto a la evaluación del tema de las capacitaciones, se recomienda recolectar y analizar los resultados con el propósito de determinar si se cumplió con lo esperado e identificar debilidades y oportunidades de mejora para fortalecer los temas en las próximas capacitaciones.

- Programa de saneamiento ambiental: limpieza, desinfección, desratización y desinsectación

En inspección realizada el 10 de noviembre de 2023 a la sede de la calle 64 en donde se encuentra ubicado el archivo central y el histórico de la entidad; con respecto a los elementos de protección y rutinas de bioseguridad, se observó que, el personal a cargo no hace uso total de los elementos de protección obligatorios indicados en el numeral 8.3.3.1. "Elementos de Protección", tales como: Overol o bata manga larga de color blanco, gorros desechables, tapabocas desechables; como tampoco de las rutinas de bioseguridad, definidas en el numeral 8.3.3.4 Rutinas de bioseguridad del plan de conservación documental, como: "Utilizar guantes, tapabocas y gorro (cofia) desechables. Luego de cada jornada de trabajo deberán asperjarlos con alcohol al 70% y guardarlos en una bolsa limpia" y "Al final de la jornada lavar la cara o limpiar con paños húmedos para retirar partículas que hayan quedado impregnados en ella"



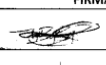

Por otra parte, con respecto a los materiales de limpieza y desinfección que se relacionan en el numeral 8.3.3.2. "Materiales para Limpieza y desinfección" del documento del plan de conservación documental; se observó que, en la sede de la calle 64 se cuenta con los siguientes materiales: Jabón antibacterial líquido, gel antibacterial, toallas desechables, bayetilla blanca, escoba, traperos, baldes, desinfectantes a base de amonios cuaternarios, recogedor y alcohol antiséptico al 70%. A excepción de la mopa, brocha ancha de cerda suave, espátula metálica o de madera y caneca con bolsa de riesgo biológico (roja).

Por lo anterior, esta anotación queda como una No conformidad frente al numeral 7.1 "Recursos" de la ISO 9001:2015 y el numeral 8.3. Programa de saneamiento ambiental: limpieza, desinfección, desratización y desinsectación del plan de conservación documental V1 2023.

✓ Limpieza y desinfección

En el plan de acción anual del PINAR 2023, se observó las siguientes actividades relacionadas con el procedimiento de limpieza y desinfección: Registrar acciones de limpieza de unidades documentales (antes de iniciar procesos de intervención), y Registrar rutinas de limpieza de la estantería y unidades de almacenamiento.

Por ende, frente a la actividad de registrar rutinas de limpieza de la estantería y unidades de almacenamiento, se observó, de acuerdo con la información suministrada por el proceso auditado; formato de rutinas de limpieza de espacio y estanterías diligenciado con fecha, actividad, nombre y firma de quien lo realiza. Sin embargo, con respecto a la frecuencia de realización de estas rutinas de limpieza, se evidencio que, no se realizan semanalmente como lo indica el numeral 8.3.6. "Cronograma - tiempos de ejecución" del documento plan de conservación documental.

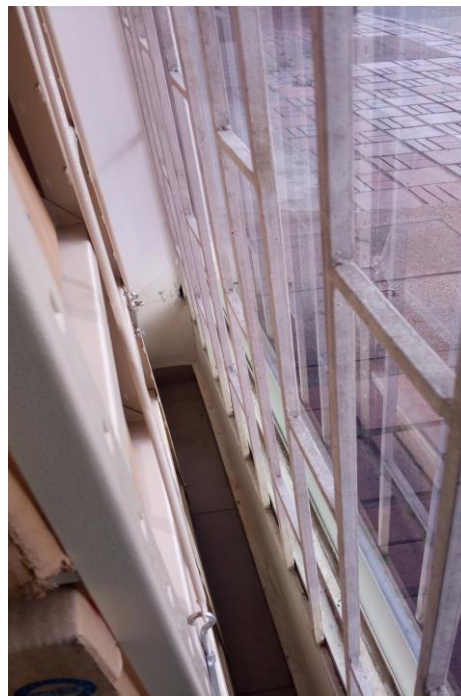
FORMATO RUTINAS DE LIMPIEZA DE ESPACIO Y DE ESTANTERIAS								NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
FECHA	ACT-1	ACT-2	ACT-3	ACT-4	ACT-5	ACT-6	ACT-7		
28/02/2023	X	X	X	X	X	X		José Rojas	
07-03-2023	X	X	X	X	X	X		José V. Rojas	José Rojas
24-03-23	X	X	X	X	X	X	X	José Rojas	José Rojas
30-03-23	X	X	X	X	X	X	X	José Rojas	José Rojas
12-04-23	X	X	X	X	X	X	X	José Rojas	José Rojas
19-04-23	X	X	X	X	X	X	X	José Rojas	José Rojas
02/05/23	X	X	X	X	X			Carlos Sanchez	Carlos Sanchez
24/05/23	X	X	X	X	X	X	X	Teresa Perez Arevalo	Teresa Perez
29/05/23	X	X	X	X	X			Teresa Perez Arevalo	Teresa Perez
2/06/23	X	X	X	X	X	X	X	Edlan David Serna	
15/6/2023	-	-	-	-	-	-	-	Mantenimiento de humidificador y estador de aire.	Juan

En el formato de rutinas de limpieza de espacio y de estanterías, se observó, que hay intervalos de tiempos en los que no se realizó jornadas de limpieza, como es el caso del mes de marzo, en donde, la semana del 13 al 17 no se realizó jornada de limpieza; y el mes de abril donde en la semana del 3 al 5 y del 24 al 28 no se realizó jornada de limpieza.

Auditoría no.		09-23
Fecha del informe		
Día	Mes	Año
4	12	2023

Se recomienda estandarizar los días de la semana en que se realiza la jornada de limpieza de estanterías y unidades de almacenamiento, con el fin de que cada semana cumpla su ciclo.

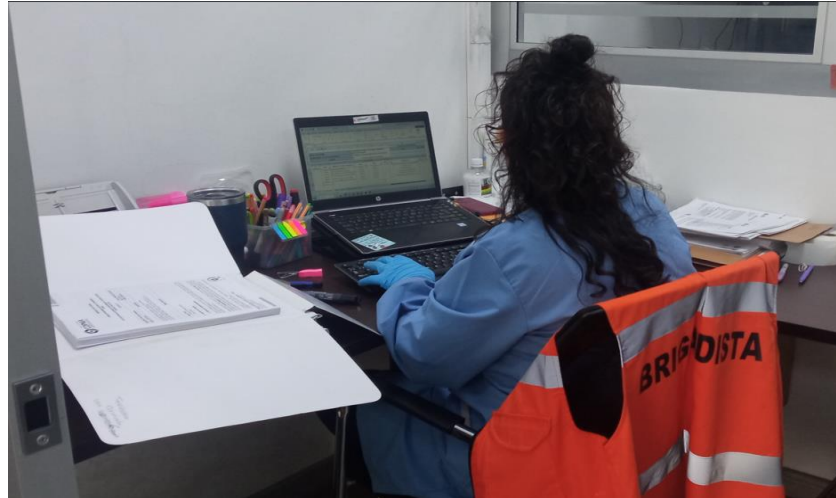
Por otra parte, frente al procedimiento de limpieza y desinfección de áreas de depósito - numeral 8.3.3.5. Limpieza y Desinfección, se observó, en visita de inspección realizada el 10 de noviembre que, los marcos de las ventanas de la sede de la calle 64, contenían residuos de polvo y suciedad, como se evidencia en las imágenes:



Por ende, esta anotación queda como una conformidad con observaciones para su mejora, frente a lo indicado en el numeral 8.3.3.5. Limpieza y Desinfección: “Las rejillas y ductos de aire, marcos de las ventanas y puertas, deben ser limpiados con la aspiradora y bayetilla humedecida con agua, pasarla en varias ocasiones, hasta que esta última, no tenga residuos, por último, aplicar desinfectante sin retirarlo”.

Con respecto a la actividad de generar y registrar acciones de limpieza de unidades documentales (antes de iniciar procesos de intervención), se observó, en visita realizada el 10 de noviembre al archivo en la calle 64 que, se estaba haciendo un proceso de intervención, sin embargo, el personal a cargo no contaba con los elementos de proyección y materiales de limpiezas necesarios para realizar dicho procedimiento, como: bata blanca, pelo recogido y gorro desechable, brocha ancha de cerda suave y espátula metálica o de madera.

Auditoría no.		09-23
Fecha del informe		
Día	Mes	Año
4	12	2023



Esta anotación reafirma la evidencia de la no conformidad relacionada con los elementos de protección y rutinas de bioseguridad frente al numeral al numeral 7.1 "Recursos" de la ISO 9001:2015 y el numeral 8.3. Programa de saneamiento ambiental: limpieza, desinfección, desratización y desinsectación del plan de conservación documental V1 2023.

✓ Desinsectación y desratización

Con respecto a estas actividades, se observó que, para esta vigencia se realizó la cotización de estos dos servicios para ser incluidos dentro del plan de mantenimiento del próximo año y así mismo en la proyección del presupuesto del 2024. Esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.

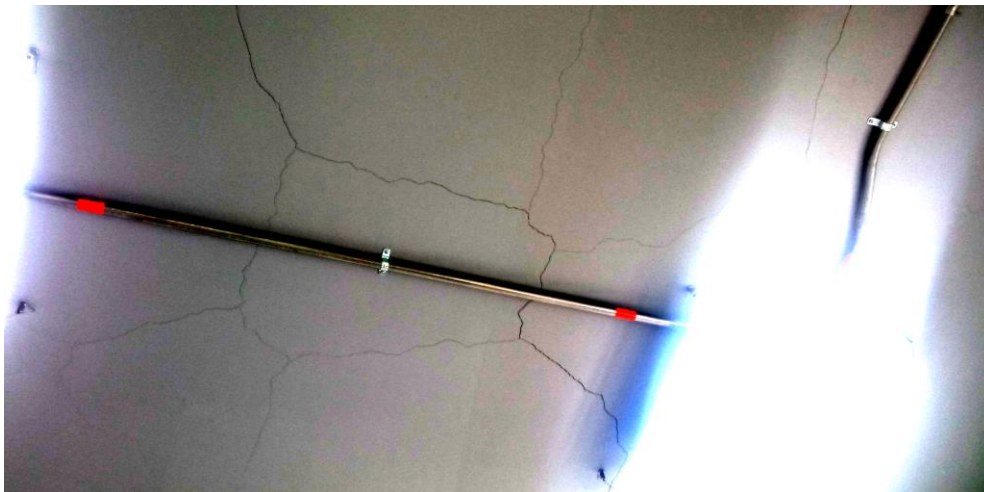
- Programa monitoreo y control de condiciones ambientales

Con relación a las actividades de este programa, se observó que, para esta vigencia se adquirieron cuatro (4) equipos para el monitoreo y control de condiciones ambientales en depósitos (archivo central, archivo histórico zona 1, 2 y 3), y que, se realiza monitoreo y registro de las mediciones sobre condiciones ambientales de los archivos diariamente (Temperatura, luz, humedad) desde el mes de agosto del año en curso; estos registros se documentan en el informe de datos que genera el sistema UbiBot. Por lo anterior, esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.



- Programa prevención de emergencias y atención de desastres

Con respecto a este programa, se observó que, se tiene identificado como actividad la necesidad de actualizar los mapas de riesgos (sede nacional y secretarías seccionales), ya que en el de Bogotá solo se tiene contemplada la sede nacional y no el archivo central; sin embargo, en visita realizada el 10 de noviembre al archivo central en la calle 64, se observó que aún persisten grietas en el techo del primer nivel de la sede de la calle 64, como se evidencia a continuación:



Auditoría no.		09-23
Fecha del informe		
Día	Mes	Año
4	12	2023

Por ende, se procedió a revisar el mapa de riesgo del proceso V13, y se observó que, aun no se ha realizado la identificación del riesgo asociado a las condiciones físicas del edificio de la calle 64 para darle su respectivo tratamiento. Como consecuencia, esta anotación queda como una no conformidad frente al numeral 6.1 “Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades” de la ISO 9001:2015 con el propósito de que, se contempla dentro del mapa de riesgo del proceso auditado, las acciones necesarias para abordar los riesgos asociados a las condiciones físicas del edificio de la calle 64, con el fin de prevenir o reducir efectos no deseados. Respecto al plan de prevención de desastres, medidas de emergencia y situaciones de riesgo de los documentos de archivo; se consultó con el profesional especializado del área si se tenía, e informó que actualmente no se tiene un documento oficial pero que, se tiene proyectado trabajarlo en colaboración con el proceso de Gestión Humana y del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), y que, actualmente se está trabajando en el borrador del plan de evacuación para los archivos en caso de desastres naturales u ocasionados por la intervención de humanos.

10.Herramientas de control y seguimiento

Se observó con relación al requisito 9.1.3 Análisis y evaluación, y 9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección de la ISO 9001:2015, que el área auditada realiza seguimiento y control al indicador “Cumplimiento del plan de gestión documental”, como se evidencia a continuación:

- Se reportó un cumplimiento del 49,9% acumulado con corte al segundo trimestre de 2023 de las actividades contempladas en el plan de acción anual PINAR 2023. Cabe aclarar que este plan de acción es el cuadro de mando de integral, en el que anualmente se especifican y unifican las actividades de los diferentes planes y programas del proceso de gestión documental.
- Plan de acción, se observó que, para la vigencia 2023 se tienen programadas dos acciones:
 1. Ejecutar el plan institucional de archivo, conforme a lo programado para la vigencia. Con respecto a esta acción se observó que, se realiza seguimiento por medio del indicador de cumplimiento del plan de gestión documental.
 2. Realizar acompañamiento funcional en la implementación del Sistema de Gestión Documental SGDEA. Con respecto a esta acción se observó que, se realiza seguimiento por medio del cumplimiento de las actividades del plan de acompañamiento de la actualización del SGDEA.

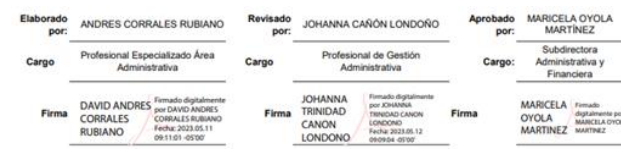
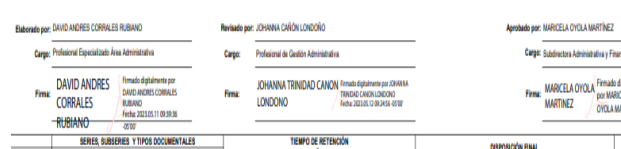
Ahora bien, con respecto al análisis detallado del comportamiento de los indicadores, se observó que, a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño el líder del proceso expone los respectivos análisis de datos frente a las metas, y como soporte de este análisis

se observó el Acta 16-2023 del comité de gestión y desempeño. Esta anotación hace parte de las conformidades del presente informe.

5. HALLAZGOS

El resultado de este ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento de 87,5%. Dos (02) conformidades con observaciones y tres (03) No Conformidades. Cómo se detalla a continuación:

5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO – CONFORMIDADES CON OBSERVACION

Criterio				Evidencia								
<p>Procedimiento Control de documentos DE-pr-01, 8va actualización vigente a partir de octubre de 2021</p> <p>5.3 La proyección, revisión y aprobación de la estructura documental del COPNIA se realiza de la siguiente manera:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DOCUMENTACIÓN</th> <th>ELABORA</th> <th>REVISA</th> <th>APRUEBA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Instrumentos archivísticos</td> <td>Líder del proceso de Gestión Documental o funcionario autorizado para su elaboración</td> <td>Subdirector Administrativo y Financiero</td> <td>Director General</td> </tr> </tbody> </table>				DOCUMENTACIÓN	ELABORA	REVISA	APRUEBA	Instrumentos archivísticos	Líder del proceso de Gestión Documental o funcionario autorizado para su elaboración	Subdirector Administrativo y Financiero	Director General	<p>Con respecto a la proyección, revisión y aprobación de la estructura documental del instrumento archivístico: Cuadro de clasificación documental, y TRD V4; se observó que, la no se realizó de acuerdo con lo estipulado en el procedimiento de control de documentos DE-pr-01:</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/report/field_file/Anexo%204_CCD%20General_Cons.pdf</p>  <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/report/field_file/2_TRD_consolidada%20PDF-A.pdf</p> 
DOCUMENTACIÓN	ELABORA	REVISA	APRUEBA									
Instrumentos archivísticos	Líder del proceso de Gestión Documental o funcionario autorizado para su elaboración	Subdirector Administrativo y Financiero	Director General									
Plan de conservación documental V1-2023				Se observó, en visita de inspección realizada el 10 de noviembre que, los marcos de las								

8.3.3.5. Limpieza y Desinfección

Proceso: Limpieza y desinfección de áreas de depósito

Procedimiento: "(...) Las rejillas y ductos de aire, marcos de las ventanas y puertas, deben ser limpiados con la aspiradora y bayetilla humedecida con agua, pasarla en varias ocasiones, hasta que esta última, no tenga residuos, por último, aplicar desinfectante sin retirarlo".

ventanas de la sede de la calle 64, contenían residuos de polvo y suciedad, como se evidencia en las imágenes:



5.2 REQUISITO DE NO CUMPLIMIENTO – NO CONFORMIDADES

Código NC	Descripción de la No Conformidad	
	Criterio	No Conformidad
01-0923	ISO 9001:2015 7.1.6 Conocimientos de la organización.	Incumplimiento del numeral 7.1.6 de la norma de calidad ISO 9001:2015 por desactualización del documento de caracterización del proceso.
	Descripción de Criterio ISO 9001:2015 7.1.6 Conocimientos de la organización La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Estos conocimientos deben mantenerse y ponerse a disposición en la medida en que sea necesario. Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus	Evidencia Se revisó el documento de caracterización del proceso, código: GD-cp-01, versión 8 de marzo de 2022; allí se observó que, el documento esta desactualizado con relación a los objetivos estratégicos y de calidad asociados al proceso, ya que, no están relacionados al nuevo plan estratégico 2023-2026. Por otra parte, en la auditoria de la vigencia 2022, se recomendó revisar las actividades del documento de caracterización para asegurarse que en las actividades de "Organización documental /Custodia Documental" y "Custodia Documental en

	conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.	Archivo Central" se identificaran al igual que en las demás actividades, los proveedores y clientes y/o usuarios; lo anterior de acuerdo con el numeral 4.4.1. literal b) "Determinar la secuencia e interacción de estos procesos" de la ISO 9001 de 2015; y al revisar nuevamente se observó que esta anotación es reiterativa en el presente ejercicio auditor.
	Criterio	No Conformidad
	<p>Plan de conservación documental V1-2023</p> <p>8.3.3.1. Elementos de Protección</p> <p>8.3.3.2. Materiales para Limpieza y desinfección.</p> <p>8.3.3.4. Rutinas de bioseguridad</p> <p>8.3.3.5. Limpieza y Desinfección</p> <p>ISO 9001:2015</p> <p>7.1 Recursos</p>	Incumplimiento normativo del plan de conservación documental y del numeral 7.1 de la norma técnica de calidad, dado que no se proporcionan los elementos protección y materiales necesarios para la limpieza y desinfección, al personal a cargo de las actividades de conservación documental.
	Descripción de Criterio	Evidencia
02-0923	<p>Plan de conservación documental V1-2023</p> <p>8.3.3.1. Elementos de Protección</p> <p>Con respecto a este aspecto la entidad debe hacer aplicación al procedimiento GH-pr-12 "Selección, uso y mantenimiento de EPP" y de forma armonizada solicitar la adquisición o suministro de los siguientes elementos conforme con los requerimientos de la actividad a realizar y de conformidad con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ver documento</p> <p>8.3.3.2. Materiales para Limpieza y</p>	En visita de inspección realizada el 10 de noviembre de 2023 a la sede de la calle 64; con respecto a los elementos de protección y rutinas de bioseguridad, se observó que, el personal a cargo no hace uso total de los elementos de protección obligatorios indicados en el numeral 8.3.3.1. "Elementos de Protección", tales como: Overol o bata manga larga de color blanco, gorros desechables, tapabocas desechables; como tampoco de las rutinas de bioseguridad, definidas en el numeral 8.3.3.4 Rutinas de bioseguridad del plan de conservación documental, como: "Utilizar guantes, tapabocas y gorro (cofia) desechables. Luego de cada jornada de trabajo deberán asperjarlos con alcohol al 70% y guardarlos en una

	<p>desinfección.</p> <p>8.3.3.4. Rutinas de bioseguridad</p> <p>8.3.3.5. Limpieza y Desinfección</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/node/page/field_insert_file/PLAN%20DE%20CONSERVACION%20C3%93N%20V1.pdf</p> <p>ISO9001:2015</p> <p>7.1 Recursos</p> <p>La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>La organización debe considerar:</p> <p>A) Las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;</p> <p>B) Que se necesita obtener de los proveedores externos.</p>	<p>bolsa limpia” y “Al final de la jornada lavar la cara o limpiar con paños húmedos para retirar partículas que hayan quedado impregnados en ella”.</p> <p>Por otra parte, con respecto a los materiales de limpieza y desinfección que se relacionan en el numeral 8.3.3.2. “Materiales para Limpieza y desinfección” del documento del plan de conservación documental; se observó que, en la sede de la calle 64 se cuenta con no se cuenta con los siguientes elementos: mopa, brocha ancha de cerda suave, espátula metálica o de madera y caneca con bolsa de riesgo biológico (roja).</p>
<p>03-0923</p>	<p>Criterio</p>	<p>No Conformidad</p>
	<p>ISO 9001:2015</p> <p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades</p> <p>Acuerdo No. 050 de 2000 del Archivo general de la nación</p> <p>Artículo 2.</p>	<p>Incumplimiento normativo del Archivo General de la Nación y del numeral 6.1 de la norma técnica de calidad, dado que el proceso auditado no contempla dentro de su mapa de riesgo, acciones para abordar riesgos asociados a la infraestructura física de la oficina de la calle 64, como tampoco con un Plan de prevención de desastres, medidas de emergencia y situaciones de riesgo de los documentos de archivo.</p>
	<p>Descripción de Criterio</p>	<p>Evidencia</p>
	<p>6.1.1 Al hacer una planificación del</p>	<p>En visita realizada el 10 de noviembre al</p>

Auditoría no.		09-23
Fecha del informe		
Día	Mes	Año
4	12	2023

<p>Sistema de Gestión de la Calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1, los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es ineludible abordar con el objetivo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad pueda alcanzar sus resultados previstos. b) Aumentar los efectos deseables. c) Prevenir o reducir efectos no deseados. d) Alcanzar la mejora. <p>Acuerdo No. 050 de 2000 del Archivo general de la nación</p> <p>Artículo 2. Planificación de prevención</p> <p>La prevención de desastres y situaciones de riesgo es una estrategia importante en la planificación general de la preservación. Un plan programado acertadamente permite una respuesta rápida y eficiente ante una emergencia, minimizando el peligro tanto para el personal, como para los acervos documentales y la edificación, evitando y disminuyendo los costos que a todo nivel implicaría un siniestro. Dicho plan se debe basar en el establecimiento de medidas de prevención y protección de los acervos documentales y el conocimiento de las estrategias de recuperación después del siniestro en la planificación de la respuesta y la recuperación. Deberá incluir una capacitación y entrenamiento</p>	<p>archivo central en la calle 64, se observó reiteradamente que, en el primer nivel de la sede de la calle 64 el techo presenta grietas. Por ende, se procedió a revisar el mapa de riesgo del proceso V13, y se observó que, aun no se ha realizado la identificación del riesgo asociado a las condiciones físicas del edificio de la calle 64 para darle su respectivo tratamiento. Respecto al plan de prevención de desastres, medidas de emergencia y situaciones de riesgo de los documentos de archivo; se consultó con el profesional especializado del área si se tenía, e informó que actualmente no se tiene un documento oficial pero que, se tiene proyectado trabajarlo en colaboración con el proceso de Gestión Humana y del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (en adelante SGSST), y que actualmente se está trabajando en el borrador del plan de evacuación para los archivos en caso de desastres naturales u ocasionados por la intervención de humanos.</p>
---	---

periódico del personal al que se debe indicar entre otros, la ubicación y operación de válvulas de cierre de tuberías de agua o conducciones eléctricas, el manejo de los extintores, sistemas de alarma y de evacuación.

6. EVALUACIÓN DEL RIESGO

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo
<p>Posibilidad de afectación reputacional por imposibilidad de acceso a la información requerida por extravío o daño en el respectivo medio de soporte.</p>	<p>En el marco de la presente auditoria se evidencia que no se materializó el riesgo. Al respecto de los controles establecidos para mitigar y/o prevenir el riesgo, se observó:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza acompañamiento, apoyo y retroalimentación a los funcionarios del COPNIA, mediante capacitaciones e inducciones en el manejo de la gestión documental, así como sesiones de seguimiento y monitoreo de la correcta gestión documental. 2. Para la vigencia 2023 no se realizaron transferencias documentales, en consecuencia, no se reportó indicador de cumplimiento de las transferencias documentales. 3. Se valido por medio de observación visual que, los funcionarios encargados de la ventanilla de radicación llevan sus respectivos controles de envío de expedientes entre seccionales a través de planilla envíos valijas. 	<p>Profesional de Gestión Administrativa</p>

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo						
<p>Posibilidad de afectación reputacional por alteración y uso indebido de la información o archivos del COPNIA.</p>	<p>En el marco de la presente auditoria se evidencia que no se materializó el riesgo. Al respecto de los controles establecidos para mitigar y/o prevenir el riesgo, se observó:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En el gestor documental se ha implementado los controles de acceso de acuerdo con la tabla, sin embargo, este documenta está pendiente por actualización. 2. Se realiza actualización del inventario documental trimestralmente y se lleva un registro de consulta y prestamos documentales. 	<p>Profesional de Gestión Administrativa</p>						
<p>Posibilidad de afectación reputacional por generación o divulgación de comunicaciones institucionales oficiales sin el lleno de requisitos legales para avalar los atributos de originalidad y legalidad de actos administrativos</p>	<p>En el marco de la auditoría realizada al proceso de registro profesional vigencia 2023, se observó una posible materialización del riesgo. Puesto que, se materializó una de las causas raíz que originan el evento: Fallas en la emisión de consecutivo de comunicaciones oficiales y de emisión de actos administrativos.</p> <table border="1" data-bbox="561 1226 1187 1709"> <thead> <tr> <th data-bbox="561 1226 724 1260">Caso</th> <th data-bbox="724 1226 1187 1260">Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="561 1260 724 1472">3888761</td> <td data-bbox="724 1260 1187 1472">La resolución nacional R2022034624 no tiene el membrete de firma digital, lo que puede materializarse en un posible riesgo de validez del Acto administrativo.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="561 1472 724 1709">3592200</td> <td data-bbox="724 1472 1187 1709">La resolución nacional R2022034659, no se generó con los respectivos membretes de la entidad y de acuerdo con los formatos del procedimiento de trámites de matrículas y certificados.</td> </tr> </tbody> </table>	Caso	Observación	3888761	La resolución nacional R2022034624 no tiene el membrete de firma digital, lo que puede materializarse en un posible riesgo de validez del Acto administrativo.	3592200	La resolución nacional R2022034659, no se generó con los respectivos membretes de la entidad y de acuerdo con los formatos del procedimiento de trámites de matrículas y certificados.	<p>Profesional de Gestión Administrativa</p>
Caso	Observación							
3888761	La resolución nacional R2022034624 no tiene el membrete de firma digital, lo que puede materializarse en un posible riesgo de validez del Acto administrativo.							
3592200	La resolución nacional R2022034659, no se generó con los respectivos membretes de la entidad y de acuerdo con los formatos del procedimiento de trámites de matrículas y certificados.							

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo
	<p>3856846 La resolución seccional de denegación no tiene número de consecutivo y no cumple con el formato de la vigencia 2022.</p> <p>3952095 Una vez revisado el expediente se observó que, la resolución de denegación R2022022841 se notificó con un error en la plantilla (parte inferior) y no se corrigió.</p> <p>3841078 Se observó que la resolución de denegación R2022025177 salió con un error en la plantilla y no se corrigió.</p> <p>2610249 Se observó que la resolución seccional se notificó con un error en la plantilla y no se corrigió.</p>	
	<p>Por ende, se recomienda revisar los controles existentes y evaluar la responsabilidad en el mapa de riesgos del proceso. Es decir, evaluar la posibilidad de incluir controles bajo responsabilidad directa de proceso gestión documental, así como, plantear acciones de tratamiento bajo responsabilidad del proceso.</p>	

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El resultado del ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento del 87,5%, frente a los criterios de auditoría evaluados. En este sentido, se realizan las siguientes conclusiones y recomendaciones:

En primer lugar, hay que destacar la gestión positiva del proceso de gestión documental con relación a las mejoras implementadas a partir de los ejercicios de auditoria anteriores, respecto a los siguientes aspectos evaluados:

1. Programa de gestión documental: Se realizó actualización y publicación en la página web de la entidad, del programa de gestión documental- PGD vigencia 2023- 2026, con su respectivo acto administrativo de adopción y dentro de los términos establecidos para su publicación.
2. Plan Institucional de Archivo- PINAR: Se realizó actualización y publicación del plan institucional de archivo- PINAR vigencia 2023-2026 en la página web de la entidad, con su correspondiente acto administrativo por el cual se adoptó el instrumento archivístico con fecha del 31 de enero de 2023; con respecto a la formulación del documento, se observó que, se realizó acorde con los requerimientos establecidos por el Archivo General de la Nación -AGN con respecto a la formulación de los planes institucionales de archivo: introducción, contexto estratégico de la Entidad, visión estratégica del Plan, objetivos, mapa de ruta y herramientas de Seguimiento.
3. Procedimiento de comunicaciones oficiales: Se observó que el personal a cargo ha venido apropiando el principio del autocontrol, implementando herramientas de control en su trabajo, tales como, hojas de control en formato Excel de los radicados gestionados por el gestor, de las notificaciones de entrega en la carpeta compartida en OneDrive, y de la correspondencia en una carpeta en físico con los formatos de correspondencia interna.
4. Procedimiento de control de registro y archivo: Con respecto a la consulta y préstamo de documentos se observó que, se da respuesta oportuna a las consultas y que se lleva un control del registro de estas en una matriz como herramienta de autocontrol.
5. Actas del Subcomité Interno de Archivo: Se observó que para la vigencia 2023, el subcomité interno de archivo se ha reunido más de tres veces al año, para tratar diferentes temas como la aprobación de instrumentos archivísticos y la revisión de estrategia para la inspección y vigilancia de personas naturales egresadas de las IES.
6. Instrumentos Archivísticos: Se observó que se ha venido realizando la actualización de los diferentes instrumentos archivísticos de acuerdo con el nuevo plan estratégico 2023-2026 de la entidad; y los que aun no se han actualizado, están incluidos como actividad pendiente para su actualización al finalizar el año.
7. Programa de capacitación: Con respecto a este programa se observó que, para la vigencia 2023, se han desarrollado diferentes campañas publicitarias y boletines informativos con el acompañamiento del área, para resolver dudas o inquietudes respecto a la creación de expedientes en el gestor documental y la correcta aplicación de la TRD V4.
8. Programa monitoreo y control de condiciones ambientales: Con relación a las actividades de este programa, se observó que, para esta vigencia se adquirieron cuatro

(4) equipos para el monitoreo y control de condiciones ambientales en depósitos (archivo central, archivo histórico zona 1, 2 y 3), y que, se realiza monitoreo y registro de las mediciones sobre condiciones ambientales de los archivos diariamente (Temperatura, luz, humedad) desde el mes de agosto del año en curso.

9. Herramientas de control y seguimiento: Con respecto al análisis detallado del comportamiento de los indicadores, se observó que, a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño el líder del proceso expone los respectivos análisis de datos frente a las metas, y como soporte de este análisis quedan las actas del respectivo comité.

Como oportunidades de mejora/recomendaciones, se relacionan las siguientes:

1. Se recomienda incluir en el procedimiento de comunicaciones oficiales, el correo electrónico sireci@copnia.gov.co como correo institucional oficial, ya que este no se encuentra relacionado.
2. Con respecto a la descripción de actividades en el numeral 7.3. "Descripción de actividades en el proceso de comunicaciones oficiales de salida" del procedimiento de comunicaciones oficiales, se recomienda en la actividad # 3 "Envío y Notificación", especificar o aclarar que cuando se hace referencia a los "técnicos administrativos del área administrativa", no es responsabilidad exclusiva de los técnicos de dicha área, sino que, de todos los técnicos de la sede nacional y técnicos Administrativos (Seccionales y/o regionales) que tengan las responsabilidad de subir la notificación de entrega y recibido al correspondiente expediente.
3. Con respecto al formato "Planilla envíos valijas (GD-fr-01)", se recomienda usarlo de acuerdo con lo estipulado en el Anexo 6 del procedimiento de comunicaciones oficiales, ya que, se observó que, en el formato de seguimiento se incluyen columnas diferentes a este (fecha de recibido, usuario responsable) y se omiten otras (Seccional y email envíos).
4. Se recomienda estandarizar la operación, a través de la recepción de solicitudes por medio de un solo correo electrónico institucional exclusivo para préstamos y consultas, con el propósito de centralizar la información y darles trazabilidad y seguimiento a las solicitudes. Lo anterior permite que la operación sea transparente evitando la pérdida de datos del proceso de consulta y prestamos de documentos.
5. Respecto a la no conformidad detectada en la auditoria 01-23 Registro profesional, se recomienda que estas salidas no conformes se identifiquen y controlen en todos los procesos en donde se generan resoluciones, para prevenir su uso o entrega no

intencional y establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento, lo anterior de acuerdo con el numeral 8.7 "Salidas no conformes" de la ISO 9001:2015.

6. Con respecto a la proyección, revisión y aprobación del documento de la herramienta archivística, se recomienda nuevamente realizarlo de acuerdo con el procedimiento Control de documentos DE-pr-01, 8va actualización vigente a partir de octubre de 2021.
7. Con respecto a la evaluación del tema de las capacitaciones, se recomienda recolectar y analizar los resultados con el propósito de determinar si se cumplió con lo esperado e identificar debilidades y oportunidades de mejora para fortalecer los temas en las próximas capacitaciones.
8. Con relación al programa de limpieza y desinfección se recomienda estandarizar los días de la semana en que se realiza la jornada de limpieza de estanterías y unidades de almacenamiento, con el fin de que cada semana cumpla su ciclo.

8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

A la fecha de ejecución de la presente auditoria, el proceso no presenta acciones pendientes por cerrar, puesto que, en la última auditoría realizada al proceso de gestión documental, no se detectaron no conformidades.

9. ANEXOS

1. Análisis de criterios auditoria 09-23 Gestión Documental

Elaborado por: Angie Carolina Bonilla Medina- Profesional universitario de la Oficina de control interno

Revisado por: Alberto Castiblanco Bedoya – Jefe de la oficina de control interno