



**Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa**

**Fecha:  
15/05/2023**

COMPONENTES VERIFICADOS AUDITORÍA INTEGRAL	Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015	Sistema de Gestión Documental (SGD) ISO 30301	Sistema de Gestión Ambiental (SA)	Sistema de Gestión Salud y Seguridad en el Trabajo (SGSST)	Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI)	PQRSD	Gestión de Riesgos	Gestión Antisoborno ISO 37001
	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**UNIDAD AUDITADA**

La auditoría integral se realizó al: Proceso **GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

Procedimientos: • PT-AD-01 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES • PT-AD-02 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS LOGÍSTICOS • PT-AD-03 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE DOCUMENTOS Y LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS

**FECHA DE EJECUCIÓN**

La auditoría integral fue programada para su realización en el periodo comprendido entre el 16 de febrero - 15 de mayo de 2023

**OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA**

**OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la conformidad del sistema integrado de gestión aplicado al proceso **GESTIÓN ADMINISTRATIVA**, para los procedimientos definidos en la unidad auditable, a través de la verificación del desempeño, cumplimiento legal, la aplicación de controles, gestión del riesgo, resultados y el mejoramiento continuo.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Verificar el estado del Sistema de Control Interno inherente al proceso y procedimiento objeto de auditoría, conforme con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
2. Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015
3. Verificar el cumplimiento de la normatividad aplicable y las políticas relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST); su conformidad con el Decreto 1072 de 2015 (y reglamentarios); Resolución 0312 de 2019 y norma ISO 45001:2018.
4. Verificar el cumplimiento de la normatividad aplicable y las políticas relacionadas con el Sistema de Gestión Ambiental - ISO 14001:2015.
5. Verificar el cumplimiento de la normatividad, políticas y requisitos aplicables relacionados con el Sistema de Gestión Documental - ISO 30301:2019.
6. Verificar los controles definidos en el marco del Sistema de Seguridad de la Información aplicable a los procesos y procedimientos objeto de auditoría, ISO 27001:2013, Resolución 500 de 2021, Anexo 1 de MINTIC, Resolución 746 de 2022.
7. Verificar el cumplimiento de la normatividad, políticas y requisitos aplicables relacionados con el Sistema de Gestión Antisoborno - ISO 37001:2016.
8. Verificar la gestión, seguimiento y controles relacionados con el cumplimiento de la política de servicio al ciudadano y las disposiciones legales relacionadas con Peticiones, Consultas, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias.
9. Verificar el cumplimiento de la normativa, políticas y requisitos de la gestión de riesgo aplicables a los procedimientos objeto de auditoría
10. Verificar la efectividad de las acciones correctivas, preventivas y de mejora relacionada con los procedimientos auditados que haya finalizado su proceso de maduración durante la ejecución de la auditoría.

**ALCANCE**

La auditoría se realizará al desempeño del proceso y procedimientos objeto de auditoría para las vigencias 2022 y 2023, hasta la fecha de ejecución de las pruebas y de acuerdo con la muestra a evaluar.



**Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa**

**Fecha:  
15/05/2023**

De acuerdo con la programación del Plan Anual de Auditoría 2023, se incluirá la verificación de las condiciones transversales en que se desarrollan los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, Gestión Documental y Gestión Antisoborno, en el desarrollo de las pruebas de la muestra de auditoría de los Procedimientos.

**METODOLOGÍA**

La ejecución de la auditoría se realizará con la siguiente metodología:

- Solicitud de información determinada de acuerdo con el alcance y objetivos de la auditoría.
- Análisis de la información y diseño de pruebas a aplicar en desarrollo de la auditoría.
- Revisión de requisitos normativos e institucionales aplicables a la ejecución del proceso y procedimientos objeto de auditoría y su cumplimiento frente a los requisitos de los diferentes sistemas que conforman el SIG.
- Verificación documental del desarrollo del proceso, procedimientos y documentos asociados, así como de las condiciones en que se ejecutan.
- Análisis de las herramientas de seguimiento y medición relativas al proceso, procedimientos y documentos asociados.
- Aplicación de pruebas a través de la realización de entrevistas, encuestas o cuestionarios, entre otras.

Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento Planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Anual de Auditorías (PAA) código PT-ED-03 y el Manual para la Planeación, Ejecución, Seguimiento y Evaluación de las Auditorías Internas, Evaluaciones, Seguimientos, Asesorías y Acompañamientos, código M-ED-01.

**CRITERIOS / MARCO LEGAL**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ley 1712 del 6 de marzo de 2014 “Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional”</li> <li>2. Decreto 1072 del 26 de mayo de 2015 (Sección 4, Capítulo 6) y Resolución 312 de 2019</li> <li>3. Decreto 1893 del 30 de diciembre de 2021 “Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación”.</li> <li>4. Decreto 1894 del 30 de diciembre de 2021 “Por el cual se modifica la planta de personal del Departamento Nacional de Planeación y se dictan otras disposiciones”</li> <li>5. Resolución Interna 0530 de 2022 “Por la cual se definen los grupos internos de trabajo del Departamento Nacional de Planeación”.</li> <li>6. Ley 1437 de 2011, artículo 14 “Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones” y Ley 491 de 2020, artículo 5. “Ampliación términos para atender peticiones”.</li> <li>7. Procedimiento para la administración de bienes muebles e inmuebles PT-AD-01</li> <li>8. Procedimiento para el suministro de servicios de apoyo logístico PT-AD-02</li> <li>9. Procedimiento para la gestión de documentos y administración de archivo PT-AD-03</li> <li>10. Manual para la administración de bienes muebles e inmuebles M-AD-01</li> <li>11. Manual para la administración logística M-AD-02</li> <li>12. Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivo M-AD-03</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. M-AD-04 Manual para la prestación del servicio de biblioteca</li> <li>14. Documentación del Sistema Integrado de Gestión (SIG), reglamentaciones y directrices contenidas en circulares, resoluciones, acuerdos e instructivos expedidos por autoridades competentes aplicables con la materia objeto de auditoría.</li> <li>15. Código de Integridad del DNP</li> <li>16. Manuales Operativos de los Componentes del Sistema Integrado Gestión.</li> <li>17. NTC ISO 27001:2013 Norma Técnica Colombiana del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información</li> <li>18. Resolución 500 de 2021, anexo 1 MINTIC, Resolución 746 de 2022</li> <li>19. NTC ISO 9001:2015 Norma Técnica Colombiana del Sistema de Gestión de la Calidad</li> <li>20. NTC ISO 14001:2015 Norma Técnica Colombiana del Sistema de Gestión Ambiental.</li> <li>21. NTC ISO 45001:2018 Norma Técnica Colombiana del Sistema del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</li> <li>22. NTC ISO 30301:2019 Norma Técnica Colombiana del Sistema de Gestión para los documentos. NTC ISO 37001:2016 Norma Técnica Colombiana del Sistema de Gestión Antisoborno</li> </ol>
--	--



CONTENIDO

RESULTADO DE LA AUDITORÍA .....	4
1a. DIMENSIÓN MIPG: DIMENSION TALENTO HUMANO (TH).....	5
2a. DIMENSIÓN MIPG: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN (P) .....	13
3a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS (GVR) .....	19
4a. DIMENSIÓN MIPG: EVALUACION DE RESULTADOS (VA).....	61
5a. DIMENSIÓN MIPG: INFORMACION Y COMUNICACION (T) .....	67
6a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION (T).....	75
7a. DIMENSIÓN MIPG: CONTROL INTERNO (T).....	76
CONCLUSIONES GENERALES .....	78



RESULTADO DE LA AUDITORÍA

En el marco del Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno de la vigencia 2023, se presentan los resultados de la auditoría al Proceso Apoyo: GESTIÓN ADMINISTRATIVA; y que, de acuerdo con el alcance definido, se evaluó los Procedimientos • PT-AD-01 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES • PT-AD-02 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS LOGÍSTICOS • PT-AD-03 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE DOCUMENTOS Y LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS, y de acuerdo al mapa de procesos del DNP:



FORTALEZAS

El Departamento Nacional de Planeación, ha adquirido el Sistema de planificación de recursos empresariales SEVEN ERP, apoyando el proceso de gestión administrativa, en el control del ciclo de vida de los bienes muebles e inmuebles, desde el ingreso hasta la baja; siendo éste, fuente de información relevante para los estados contables en lo relacionado con la propiedad, planta y equipo, teniendo en cuenta las políticas financieras.

Se ha implementado la herramienta del Centro de Servicios (CA Service Management), la cual permite administrar los requerimientos logísticos, a través del módulo “Logística e infraestructura – Servicios generales”, generando trazabilidad de los casos y estableciendo alertas que permiten dar cumplimiento de los servicios en los tiempos establecidos en el Manual para la Administración Logística.

Se ha implementado y adaptado el Sistema de Gestión Documental ORFEO, de acuerdo con las necesidades de la entidad, a través del cual se ejecutan las etapas de gestión documental de los expedientes virtuales, de acuerdo con el ciclo de vida del documento, contribuyendo de esta manera a mejorar los controles establecidos para cumplir con los lineamientos definidos en el Sistema Integrado de Gestión (SIG), para el componente de Gestión Documental.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

1a. DIMENSIÓN MIPG: DIMENSION TALENTO HUMANO (TH)  
ISO 9001:2015: Numerales 5.3 - 7.2 - 7.3

*El propósito de esta dimensión es ofrecerle a la Entidad, las herramientas para gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad, las normas que les rigen en materia de personal, promoviendo siempre la integridad en el ejercicio de las funciones y competencias de los servidores públicos.*

RESULTADOS

Dando alcance a los objetivos de la Dimensión de Talento Humano de MIPG, el cumplimiento de la Política de Gestión Estratégica de Talento Humano (competencia, evaluación de desempeño y concertación de compromisos, capacitación y bienestar), la Política de Integridad y el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo relacionados con los procedimientos objeto de auditoría: • Administración de Bienes Muebles e Inmuebles -PT-AD-01 V15 del 25/03/2022, • Atención de Requerimientos Logísticos PT-AD-02 V9 del 25/03/2022 y • Gestión de Documentos y la Administración de Archivos PT-AD-03 V10 del 29/04/2022, se identificó:

Mediante Decreto 1894 del 30/12/2021, "Por el cual se modifica la planta de personal del Departamento Nacional de Planeación y se dictan otras disposiciones", en el artículo 2 se creó dentro de la planta global, el cargo de Subdirector Administrativo Código 0150 Grado 20, encargado de liderar la Subdirección Administrativa y Relaciónamiento con la Ciudadanía, y que de acuerdo con la Resolución 2992 del 31/12/2021 "Por la cual se establece el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales para los empleos de la Planta de Personal del Departamento Nacional de Planeación" se definió como Propósito Principal del Empleo "Dirigir y guiar la prestación de los servicios de apoyo logístico a las diferentes dependencias del Departamento, brindando las condiciones físicas adecuadas, de calidad y confort a todos los funcionarios y colaboradores para el desarrollo eficiente de sus actividades misionales".

Asimismo, a través de la Resolución 0530 del 15/02/2022 "Por la cual se definen los grupos internos de trabajo en el Departamento Nacional de Planeación", se crearon los siguientes grupos internos de trabajo en la Subdirección Administrativa y Relaciónamiento con la Ciudadanía, para asumir las funciones y responsabilidades de las actividades a desarrollar en los procedimientos:

Grupos Internos de Trabajo		Procedimientos
Resolución 0530 15/02/2022	Artículo 28. Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles PT-AD-01 V15 25/03/2022
	Artículo 26. Grupo de Logística e Infraestructura	Atención de Requerimientos Logísticos PT -AD-02 V9 25/03/2022
	Artículo 27. Grupo de Gestión Documental y Biblioteca	Gestión de Documentos y la Administración de Archivos PT-AD-03 V10 29/04/2022

Fuente. Construcción equipo auditor

De otra parte, mediante Memorando 20236600036423 del 1/03/2023, la SARC informa que el talento humano que realiza actividades de los procedimientos auditados se encuentra conformado por (70) colaboradores, de los cuales 69% (48) son funcionarios y 31% (22) contratistas, distribuidos así:

Subdirectora Administrativa y de Relaciónamiento con la Ciudadanía (1)				
Gestor Integral (1)				
Proceso	Procedimiento	Grupo Interno de Trabajo	Tipo de vinculación	
			Funcionario	Contratista
Gestión Administrativa	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles PT-AD-01 V15 25/03/2022	Inventarios y suministros de oficina	Asesor (1)	N/A
			Libre nombramiento (1)	
			Provisional (2)	
	Atención de Requerimientos Logísticos PT -AD-02 V9 25/03/2022	Logística e infraestructura	Carrera (15)	Contratista PGN (3)
			Libre nombramiento y remoción (6)	
			Provisional (13)	
	Gestión de Documentos y la Administración de Archivos PT-AD-03 V10 29/04/2022	Gestión documental y biblioteca	Carrera (4)	Contratista PGN (15) Outsourcing Servicios Postales Nacionales 4.72 (3)
			Provisional (4)	
			<b>Total, funcionarios (48)</b>	

Fuente: Información remitida por la SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023

De otra parte y conforme al alcance de la 1ª. Dimensión de Talento Humano de MIPG, se verificaron los siguientes aspectos relacionados con el cumplimiento de lineamientos establecidos en las políticas de la Gestión Estratégica del Talento Humano (GETH) e integridad, aplicables al personal que desempeña actividades para los procedimientos auditados.

Los resultados de las pruebas realizadas con respecto a los citados aspectos se presentan a continuación:



POLITICA DE GESTION ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO  
ISO 9001:2015: Numerales 5.3 - 7.2

### 1. Competencia

**Prueba realizada:** Verificar el cumplimiento de los requisitos de competencia en una muestra de (12) contratistas, para las vigencias 2022 y 2023, conforme al certificado de idoneidad y la tabla de honorarios del DNP.

**Resultado:** Al realizar el análisis de los soportes de experiencia y competencia que reposan en los expedientes del Sistema de Gestión Documental ORFEO, se evidenció que el 100% (12) de la muestra de contratistas, cumplen con los requisitos establecidos en los estudios previos, certificados de idoneidad y la tabla de honorarios del DNP; asimismo, se observó que en una muestra de (5) funcionarios el 100% cumplen con la competencia y experiencia exigida en el Manual de Funciones vigente, presentando conformidad de acuerdo con la prueba realizada.

### 2. Evaluación de desempeño y concertación de compromisos

**Prueba realizada:** Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 0838 de marzo 23 de 2017 para la Concertación de Compromisos Laborales de los servidores públicos de libre nombramiento y remoción, así como, la Evaluación Definitiva del Desempeño Laboral, conforme a lo establecido en el Manual de Evaluación de Desempeño y Acuerdos de Gestión V0.

**Resultado:** Se evidenció que el Gerente Público que fungió como subdirector Administrativo desde el 9/12/2019 y hasta el 27/09/2022, fue evaluado el 30/09/2022, dando cumplimiento al artículo 16 de la Resolución 838 de 2017, *“Retiro del Servicio del Gerente Público. Antes de retirarse de la entidad el superior jerárquico debe proceder a evaluar los acuerdos de gestión que haya suscrito con sus subalternos”*

Del mismo modo, se observó que el 26/10/2022, se suscribió el acuerdo de gestión de la nueva Subdirectora Administrativa, el cual se encuentra archivado en el expediente ORFEO 202265100309500070E, dando cumplimiento al parágrafo 1 del artículo 7 de Resolución 838 de 2017, *“Los Gerentes Públicos que se posesionen durante el transcurso del año, tendrán un plazo no mayor a cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de posesión para realizar la concertación”*.

En lo que respecta, a la evaluación de desempeño definitiva para los funcionarios de carrera administrativa (20) y de libre nombramiento y remoción (7), se evidenció que fue realizada entre el 20 de enero y el 21 de febrero de 2023, obteniendo como resultado una calificación sobresaliente; razón por cual, se observa conformidad de acuerdo con lo establecido en el numeral 7.3 de la Resolución 0224 de 2018 *“Por la cual se establece el sistema Propio de Evaluación del Desempeño Laboral de los empleados públicos de carrera administrativa, en periodo de prueba y libre nombramiento y remoción diferentes a los de gerencia pública del DNP”*

### 3. Capacitación y Bienestar

**Prueba realizada:** Verificar la participación en las capacitaciones del Plan Institucional de Capacitación – PIC y en el Plan de Bienestar, programadas por la SGTH para la vigencia 2022.

**Resultados:** Teniendo en cuenta los registros de asistencia suministrados por la SGTH, se evidenció que los colaboradores participaron en setenta (74) actividades de capacitación que incluyen inducción, reinducción, charlas, talleres, cursos, seminarios, así como también fueron sensibilizados a través de comunicaciones, relacionados en temas sobre SST, SGA, PQRS, herramientas informáticas, entre otros.

Asimismo, y de acuerdo con el consolidado de las actividades de bienestar suministrado por la SGTH de la vigencia 2022, se identificó que los colaboradores participaron en cuarenta y dos (42) y en algunas de ellas con su familia.

POLITICA DE INTEGRIDAD  
ISO 9001:2015: Numeral 7.3

### Conocimiento y aprehensión

Mediante la aplicación del instrumento de valoración realizado entre el 7 y 9 de marzo de 2023 a (57) colaboradores de los procedimientos objeto de auditoría, se identificó la socialización de la política de integridad y su apropiación, con los siguientes resultados:



**Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa**

**Fecha:  
15/05/2023**

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Socialización del Código de Integridad	50	88%	De un total del 100% (57) colaboradores, al 88% les fue socializado el Código de Integridad.
Valores enmarcados en el Código de Integridad	50	88%	De un total del 100% (57) colaboradores, el 88% (50) tienen aprehensión del conocimiento respecto a los valores del Código de Integridad.

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 88% (50) les fue socializado el Código de Integridad y tienen aprehensión del conocimiento respecto a los valores "Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia, Solidaridad y Lealtad" y el 12% (7) contestaron no haber sido socializados ni tener conocimiento.

**CONCLUSIONES**

- El equipo de trabajo que desarrolla las actividades relacionadas con los procedimientos objeto de auditoría, está conformado por (70) colaboradores, de los cuales 69% (48) son funcionarios y 31% (22) contratistas, lo que proporciona continuidad en la gestión del conocimiento y se encuentran bajo la coordinación y responsabilidad de la SARC y los grupos internos de trabajo de LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA, GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA e INVENTARIOS Y SUMINISTROS DE OFICINA.
- Los contratistas evaluados cumplen con los requisitos de competencia, de acuerdo con los estudios previos, certificados de idoneidad y la tabla de honorarios del DNP y los gerentes públicos que prestaron sus servicios como subdirectores Administrativos de la SARC concertaron los acuerdos de gestión y fueron evaluados conforme a la Resolución 838 de 2017; asimismo, en la muestra de (5) funcionarios, presenta conformidad respecto a la evaluación del desempeño definitiva conforme al numeral 7.3. de la Resolución 0224 de 2018.
- Del 100% (57) colaboradores que aplicaron el instrumento de valoración, el 88% (50) les fue socializado el Código de Integridad y tienen aprehensión del conocimiento respecto a los valores "Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia, Solidaridad y Lealtad" y el 12% (7) contestaron no haber sido socializados ni tener conocimiento; así como también, participaron en las actividades de bienestar y capacitación programadas por la SGTH.

**RECOMENDACIONES**

- Asegurar la transferencia del conocimiento entre los colaboradores de la SARC, toda vez, que del 100% (70) el 31% (22) son contratistas que desarrollan las actividades de los Procedimientos, situación que podría generar riesgos originados a partir de la rotación de los colaboradores y afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, del proceso y procedimientos, en especial, para el Procedimiento de Gestión de Documentos y la Administración de Archivos, por cuanto de (26) colaboradores, (18) son contratistas.
- Seguir fomentando la participación de los colaboradores en las actividades de capacitación lideradas por la SGTH y programadas a través del PIC, ya que permite fortalecer el conocimiento y el desarrollo integral de las capacidades y competencias.

**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
ISO 45001:2018: Numerales 5.2 - 5.3 - 5.4 - 6.2.1 - 7.2 - 7.3 - 7.4 - 8.1.1  
Decreto 1072 de 2015  
Resolución 312 de 2019**

**Conocimiento y aprehensión**

Con el fin de valorar el grado de conocimiento y aprehensión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), se aplicó al 100% (57) colaboradores el instrumento de valoración, presentando los siguientes resultados para cada uno de los aspectos revisados:

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Política del SIG que aplica para el SGSST	50	88	De un total del 100% (57) colaboradores, el 88% (50) tienen apropiación en el conocimiento de la Política



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Propósito del SIG que aplica para el SGSST	49	86	del SGSST.
Participación en los programas de gestión en salud del SGSST	50	88	De un total del 100% (57) colaboradores, el 86% (49), conocen el Propósito del SIG del SGSST.
Mecanismo para presentar una queja relacionada con posible conducta de acoso laboral ante el comité de convivencia laboral CCL	31	54	De un total del 100% (57) colaboradores, el 88% (50), han participado en los programas de gestión de salud del SGSST durante la vigencia 2022 y lo corrido de 2023.
Reporte inicial de un accidente de trabajo	29	51	De un total del 100% (57) colaboradores, el 54% (31), conocen el mecanismo para presentar una queja relacionada con posible conducta de acoso laboral ante el comité de convivencia laboral.
Información que se debe reportar en un accidente de trabajo	53	93	De un total del 100% (57) colaboradores, el 51% (29), conocen el procedimiento para reportar inicialmente un accidente de trabajo.
Identificación del punto de encuentro de acuerdo con su ubicación	53	93	De un total del 100% (57) colaboradores, el 93% (53), conocen la información que se debe reportar en caso de un accidente de trabajo.
Comunicación de riesgos y peligros en SST	54	95	De un total del 100% (57) colaboradores, el 93% (53), identifican el punto de encuentro del Edificio FONADE.
Protocolo de bioseguridad, acciones frente al Covid 19.	54	95	De un total del 100% (57) colaboradores, el 95% (54), les fueron comunicados los riesgos y peligros en el SST.
			De un total del 100% (57) colaboradores, el 95% (54), aplican el protocolo de bioseguridad.

Fuente: Instrumento de valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 82% (46) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y el 18% (11) no tienen conocimiento.

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación realizada a las condiciones en las cuales se ejecutan los procedimientos auditados, conforme a la normativa aplicable en seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019), la Norma NTC ISO 45001 de 2018 y lo establecido en el Manual Operativo del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo, M-PG-05, Versión 7, aprobado con fecha de diciembre 30 de 2021:

## 1. Aportes a la ARL

**Prueba realizada:** Verificar el aporte realizado a la ARL mediante las planillas de Seguridad Social para los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2022 y enero y febrero de 2023, de acuerdo con el Decreto 1990 de 2016 Art. 3.2.2.1.

**Resultado:** Se evidenció en la muestra de (12) contratistas, que cuentan con los soportes de pagos realizados en los tres últimos meses de 2022 y enero y febrero de 2023, conforme a la normatividad aplicable.

## 2. Inducción y Reinducción en SST

**Prueba realizada:** Verificar la participación en la inducción de SST sobre los riesgos prioritarios identificados antes del inicio de labores y con respecto a la reinducción, la participación en las jornadas de reinducción programadas por el SGSST, a los colaboradores con antigüedad mayor a dos años, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 1567 de 1998.

**Resultado:** De acuerdo con el reporte suministrado por la SGTH, durante las vigencias 2022 y 2023 ingresaron dos (2) funcionarios al DNP, quienes participaron en la inducción según "Registro de inducción seguridad y salud en el trabajo – población funcionarios" – SGTH; en cuanto a los contratistas, se evidenció que del 100% (19) que fueron vinculados con recursos del PGN, participaron en las jornadas de inducción.

Como resultado de la verificación del reporte de reinducción remitido por la SGTH, se observó que del 100% (48) funcionarios, el 33% (16) no participaron en las jornadas de reinducción y respecto a los contratistas del 100% (22), el 32% (7) no participaron en las jornadas de reinducción.

Por lo anterior, y una vez consultado el Balance de Acciones con fecha 30/03/2023, se identificó la **APCM 21-082** objeto "FORTALECER LOS MECANISMOS PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS COLABORADORES DEL DNP EN LA REINDUCCIÓN DE SST" con fecha de finalización del Plan de Mejora en el mes de diciembre 2022; razón por la cual, la dependencia deberá analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y aplicar lo señalado en el Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", actividad 3 literal f) "Revisar si ya existen en el Balance, acciones iguales o similares originadas por causas relacionadas a las que se están presentando en la solicitud de APCM. Si es así, se deberá formular la APCM recogiendo las situaciones previamente identificadas. Posterior a su registro, la dependencia solicitará la eliminación del plan de mejora existente con la justificación de creación de la APCM".



### 3. Actividades de Promoción y Prevención en Salud

**Prueba realizada:** Verificar en la base de condiciones de salud vigencia 2022 suministrada por la SGTH, la participación en los programas de SST, relacionados con las recomendaciones médicas o diagnóstico de salud, registradas en los exámenes preocupacionales.

**Resultado:** Se evidenció que el 100% (64) colaboradores (funcionarios y contratistas), participaron en las actividades de capacitación realizadas en los meses de febrero, marzo, junio y julio de 2022, y relacionadas con medicina del trabajo, promoción y prevención, conforme a las recomendaciones registradas en los citados exámenes preocupacionales.

### 4. Realización de los Exámenes Médicos

**Prueba realizada:** Verificar la vigencia de los exámenes médicos.

**Resultados:** Se evidenció que del 100% (48) funcionarios, (3) cuentan con examen médico de ingreso (vinculados en la vigencia 2022) y cuarenta y cinco (45) que tienen antigüedad de más de un año cuentan con los exámenes periódicos; de la muestra de doce (12) contratistas, el 100% (12) tienen examen médico de ingreso años 2022 y 2023.

De otra parte, revisado el reporte suministrado por la SGTH, no se evidenció exámenes periódicos de (11) contratistas, conforme a lo establecido en el Manual Operativo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) CÓDIGO M-PG-05 V7, que señala "*Se realizan exámenes médicos periódicos programados a los colaboradores de la entidad de acuerdo con el profesiograma; para lo cual el GSST convoca a los servidores con una antigüedad mayor a un año y contratistas que hayan prestado sus servicios en el DNP durante el mismo periodo de tiempo, y que la fecha de realización de su examen médico pre ocupacional sea superior a un año*".

Por lo anterior, y una vez consultado el Balance de Acciones con fecha 23/09/2022, se identificó la **APCM 21-089** con el objeto de "*Implementar estrategias para promover la participación de los colaboradores en las actividades de prevención y control de riesgos prioritarios convocadas por el GSST*", con fecha de finalización del Plan de Mejora en el mes de noviembre de 2022; razón por la cual, la dependencia deberá analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y aplicar lo señalado en el Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", actividad 3 literal f) "*Revisar si ya existen en el Balance, acciones iguales o similares originadas por causas relacionadas a las que se están presentando en la solicitud de APCM. Si es así, se deberá formular la APCM recogiendo las situaciones previamente identificadas. Posterior a su registro, la dependencia solicitará la eliminación del plan de mejora existente con la justificación de creación de la APCM*".

### 5. Reporte de Accidentes de trabajo y enfermedades laborales

**Prueba realizada:** Verificar si se han presentado accidentes de trabajo o enfermedades laborales, su registro en el formato único de Accidente de Trabajo y Enfermedades Laborales (ATEL) del GSST y el conocimiento a quien se debe reportar un accidente de trabajo y los requisitos para hacerlo.

**Resultado:** De acuerdo con la información de ATEL suministrada por el GSST, se evidenció que dos (2) colaboradores reportaron accidentes laborales ocurridos durante la vigencia 2022 y un (1) colaborador tiene una enfermedad laboral reportada desde el 2006, los cuales son objeto de seguimiento por parte del grupo de SST. Asimismo, a través del instrumento de valoración se pudo evidenciar que, del 100% (57) colaboradores, 51% (29) conocen el procedimiento para reportar inicialmente un accidente de trabajo y el 49% (28) no tienen conocimiento.

### 6. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros/riesgos

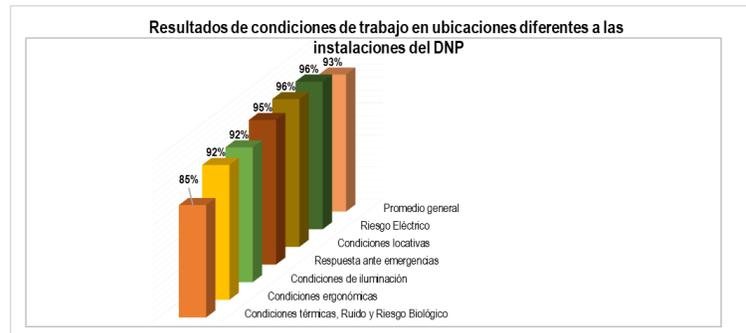
**Prueba realizada:** Verificar a través del instrumento de valoración, la aplicación de las medidas de prevención y control de los peligros /riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales), con el fin de identificar las condiciones relativas a la seguridad y a la exposición al riesgo de trabajo en ubicaciones diferentes a las instalaciones del DNP.

**Resultados:** Se aplicó el instrumento de valoración de las condiciones de trabajo fuera de las instalaciones a 100% (14) colaboradores, de los cuales el 21% (3) son contratistas, y 79% (11) son funcionarios, presentando los siguientes resultados relacionados con la aplicación de las medidas de prevención y control de los peligros/riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, entre otros):



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023



De acuerdo con lo anterior, se concluye respecto a las condiciones de trabajo en ubicaciones diferentes a las instalaciones del DNP, que realizan un 100% (14) colaboradores, lo siguiente:

- El 96% de aspectos evaluados presenta condiciones óptimas respecto a: riesgo eléctrico y condiciones localivas, y un 4% de condiciones no óptimas en estos riesgos.
- El 95% de aspectos evaluados presenta condiciones óptimas respecto a: respuesta ante emergencias, y un 5% de condiciones no óptimas en cuanto al actuar frente a posibles emergencias.
- El 92% de aspectos evaluados presenta condiciones óptimas respecto a condiciones ergonómicas y de iluminación, y un 8% de condiciones no óptimas en estos aspectos evaluados.
- El 85% de aspectos evaluados presenta condiciones óptimas respecto a las condiciones térmicas, ruido y riesgo biológico, y un 15% de condiciones no óptimas en estos ambientes.

**Prueba realizada:** Verificar mediante inspección física las medidas de prevención y control implementadas en los pisos 8, 17, 36 y sótano 3 del Edificio FONADE, el almacén ubicado en el Edificio Gómez - Piso 5 y el archivo de Gestión y Central del DNP ubicado en el Edificio Patria – Piso 7.

**Resultado:** En inspección física realizada el 8/03/2023, se verificó el estado de las luminarias, cielo rasos, cableados, estado de las cajoneras de los escritorios, iluminación de los puestos de trabajo, estado de los tapetes, uso del distintivo de brigadista (Chaqueta), estado de los extintores (ubicación y señalización), punto de encuentro y ruta de evacuación (existencia y señalización), estado del botiquín (ubicación, señalización, estado de los elementos) y existencia y estado de la camilla, identificando óptimas condiciones en los pisos 8, 17 y 36 del edificio FONADE y el Piso 7 del Edificio Patria (Archivo de Gestión y Central), cumpliendo con lo establecido en el artículo 2.2.4.6.24. Medidas de prevención y control del Decreto 1072 de 2015.

No obstante, se recomienda realizar mantenimiento a la humedad identificada en el cielo raso del piso 36, con el fin de evitar una afectación a la salud de los colaboradores o los bienes de la oficina, así mismo, socializar la importancia de mantener en un sitio visible y disponible del piso 24 del Edificio Fonade y del piso 7 del Edificio Patria, la chaqueta distintiva de brigadista que sirva de identificación en caso de emergencia, toda vez que durante la inspección física no se observó dicho elemento; de otra parte, debido a que no se observaron sensores de humo en el piso 7 del Edificio Patria, se recomienda tomar las medidas pertinentes, ya que son indispensables para detectar posibles incendios y prevenir el riesgo a los ocupantes y los documentos.

En el sótano 3 del Edificio FONADE, donde se encuentran almacenados los bienes que fueron retirados con ocasión a la remodelación de las instalaciones del DNP, se encontraron ubicadas unas divisiones de oficina que obstaculizan el paso y pueden ocasionar un accidente, así mismo, se observó que los bienes se encuentran apiñados de manera que dificultan el ingreso para realizar un adecuado aseo, por lo cual hay una alta acumulación de polvo propiciando contaminación ambiental.

En cuanto al Almacén ubicado en el piso 5° del Edificio Gómez, se observó:



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

- Las luminarias del ingreso a las instalaciones se encontraban fuera de servicio, tres (3) tienen humedad y una (1) no es ahorradora y se encuentra en mal estado, lo que puede ocasionar un accidente eléctrico; se encontró una caja desocupada ubicada cerca de una (1) luminaria que en caso de manipulación inadecuada podría generar su daño.
- Los extintores, cumplen con el período de recarga de menos de un (1) año, se encuentran señalizados lo que permite su identificación en caso de incendio; sin embargo, tres (3) están ubicados en sitios con obstáculos, lo que puede impedir actuar rápidamente en caso de posible emergencia.
- Al interior del almacén no se observó señalización de la ruta de evacuación.
- El botiquín se encontraba sucio (con polvo en su exterior), la ubicación no estaba demarcada y la misma no permite actuar rápidamente en caso de emergencia.
- La camilla existente no se encontraba ubicada en un lugar de fácil acceso y tampoco demarcada.
- Los colaboradores que atendieron la inspección no hicieron uso de los elementos de protección tales como tapabocas y zapatos de seguridad, teniendo en cuenta que el ambiente del Almacén es de alto contenido de polvo, lo que de igual manera propicia la contaminación ambiental.

**Ver No Conformidad No.01 de este informe.**

CONCLUSIONES

- Del 100% (57) colaboradores que aplicaron el instrumento de valoración, el 82% (46) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y el 18% (11) no tienen conocimiento.
- De la muestra del 100% (12) contratistas, todos cuentan con los soportes de pago de ARL realizados en los tres últimos meses de 2022 y enero y febrero de 2023, conforme a la normatividad aplicable y los (3) funcionarios que ingresaron en el 2022 y 2023, participaron en la jornada de inducción en SST.
- Del 100% (19) contratistas, que fueron vinculados con recursos del PGN, el 11% (2) no participaron en las jornadas de inducción y del 100% (70) entre funcionarios y contratistas, el 33% (23) no participaron en las jornadas de reinducción, incumpliendo lo señalado en el Capítulo 8.2 INDUCCION DEL COMPONENTE DE SST del Manual Operativo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) CÓDIGO M-PG-05 V7, toda vez, que su alcance es de cumplimiento para funcionarios y contratistas del DNP. **(Asociar a APCM 21-082)**
- Revisado el reporte suministrado por la SGTH, no se evidenció exámenes periódicos de once (11) contratistas, conforme a lo establecido en el Manual Operativo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) CÓDIGO M-PG-05 V7, que señala "Se realizan exámenes médicos periódicos programados a los colaboradores de la entidad de acuerdo con el profesiograma; para lo cual el GSST convoca a los servidores con una antigüedad mayor a un año y contratistas que hayan prestado sus servicios en el DNP durante el mismo período de tiempo, y que la fecha de realización de su examen médico pre ocupacional sea superior a un año". **(Asociar a APCM 21-089)**
- Del 100% (64) colaboradores (funcionarios y contratistas), participaron en las actividades de capacitación realizadas en los meses de febrero, marzo, junio y julio de 2022, y relacionadas con medicina del trabajo, promoción y prevención, conforme a las recomendaciones registradas en los citados exámenes pre ocupacionales.
- La SARC y sus grupos internos de trabajo han reportado tres (3) accidentes laborales, los cuales son objeto de seguimiento por parte del grupo de SST. Asimismo, a través del instrumento de valoración se pudo evidenciar que, del 100% (57) colaboradores, 51% (29) conocen el procedimiento para reportar inicialmente un accidente de trabajo y el 49% (28) no tienen conocimiento.
- Mediante el instrumento de valoración de las condiciones de trabajo fuera de las instalaciones del DNP, los colaboradores reportaron las condiciones óptimas en los siguientes aspectos evaluados: 96% de riesgo eléctrico y condiciones locativas; 95% frente a la respuesta ante emergencias; 92% de condiciones ergonómicas y de iluminación y 85% respecto a condiciones térmicas, ruido y riesgo biológico.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

- A través de la inspección física realizada a las condiciones de trabajo de los colaboradores de los pisos 8, 17 y 36 del Edificio FONADE, y el Piso 7 del Edificio Patria, se identificó conformidad respecto a los aspectos evaluados en SST; en cuanto al sótano 3 del edificio FONADE y al almacén del piso 5 del Edificio Gómez, se presentaron debilidades en: estado de las luminarias, cielo rasos, no uso del distintivo de brigadista (Chaqueta), extintores no se encuentran señalizados y adecuadamente ubicados, no existe señalización del punto de encuentro y ruta de evacuación, estado del botiquín en regular condición, ubicación incorrecta de la camilla, ambiente con contaminación de polvo y falta de uso de elementos de protección. **(NC 01)**

RECOMENDACIONES

- Fortalecer el conocimiento entre los colaboradores, respecto al componente de SST y actividades a realizar fuera de las instalaciones del DNP, teniendo en cuenta los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, toda vez, que el 18% (11) no tienen conocimiento respecto a este sistema, así mismo, en el procedimiento que se debe adelantar para reportar inicialmente un accidente de trabajo, ya que el 49% (28) informó no tener conocimiento.
- Analizar las causas de la recurrencia de las situaciones observadas y dar cumplimiento a lo señalado en la actividad 3 literal f) del Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", en la **APCM 21-082** por la falta de participación en jornadas de reinducción por parte de funcionarios y contratista y en la **APCM 21-089**, en lo que respecta a la realización de los exámenes médicos periódicos por parte de los contratistas.
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a la situación evidenciada en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5) y sótano 3 del Edificio Fonade, toda vez, que se presentaron debilidades en aspectos de SST como iluminación, contaminación ambiental, respuesta ante emergencias, uso de elementos de protección, entre otros, incumpliendo con el OBJETIVO y el ALCANCE del Manual Operativo del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo CÓDIGO: PM-M01 V4. **(NC 01)**

NO CONFORMIDADES

1a. DIMENSIÓN MIPG: DIMENSION TALENTO HUMANO (TH)

No.01

**TITULO HALLAZGO:** Componente de Seguridad y Salud en el trabajo

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) – Subdirección de Gestión del Talento Humano (SGTH)

**TEMATICA:** Debilidades e incumplimientos en los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión (SIG), establecidos para el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Entidad.

En visita realizada el 23/03/2023 al sótano 3 del Edificio FONADE, en el lugar destinado para almacenar los bienes que fueron retirados con ocasión a la remodelación de las instalaciones del DNP, se observaron bienes almacenados unos sobre otros, en desorden, impidiendo el ingreso para el adecuado aseo; el ambiente con alto volumen de polvo y propiciando la contaminación ambiental; ubicación al ingreso del sótano de unas divisiones de oficina en el piso, la cuales obstaculizaban el paso y podrían ocasionar un accidente; de otro lado las personas que atendieron el recorrido no hicieron uso de los elementos de protección como tapabocas, zapatos de seguridad, entre otros.

Del mismo modo, en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), se evidenciaron condiciones que no son óptimas relacionadas con las luminarias (fuera de servicio, con humedad, luminaria no ahorradora y en mal estado, presencia de objeto que puede ocasionar un riesgo eléctrico); los extintores (tres) se encontraron ubicados en sitios con obstáculos, impidiendo actuar rápidamente en posible caso de incendio; no se observó señalización de la ruta de evacuación; el botiquín se encontraba sucio (con polvo en su exterior), sin demarcación de la ubicación y ubicado en un lugar que no permite actuar rápidamente en caso de una emergencia; la camilla no se encontraba ubicada en un lugar de fácil acceso y no estaba demarcada; las condiciones generales del Almacén eran de alto contenido de polvo; los colaboradores que atendieron la inspección, no hicieron uso de los elementos de protección.

Las situaciones anteriormente descritas, incumplen lo señalado en el Manual Operativo del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo, CÓDIGO: PM-M01 V7, cuyo OBJETIVO es "...Definir el componente operacional para la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), con base en los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión (SIG), bajo un enfoque de mejora continua y a través de la ejecución de programas orientados a prevenir, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la Seguridad y Salud de los colaboradores en sus lugares de trabajo..." y su ALCANCE "...aplica para los funcionarios y los contratistas del Departamento Nacional de



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Planeación (DNP) los cuales se encuentran ubicados en los edificios FONADE, Word Service, Gómez y Patria de la ciudad de Bogotá, para los procesos, productos e infraestructura física y tecnológica de la entidad...” Subrayado fuera de texto.

Criterios incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.** • **1ª. Dimensión: Talento Humano. Política de Gestión Estratégica de Talento Humano.** 1.2.1 Gestión estratégica del Talento Humano • **7ª. Dimensión: Gestión Control Interno.** 3. Actividad de Control. Acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.
- **ISO 45001:2018.** 8.1 Planificación y Control Operacional. 8.1.2 Eliminar peligros y reducir riesgos para SST. Literales a) eliminar el peligro; b) sustituir con procesos, operaciones, materiales o equipos menos peligrosos; c) utilizar controles de ingeniería y reorganización del trabajo; d) utilizar controles administrativos, incluyendo la formación; e) utilizar equipos de protección personal adecuados.
- **Manual Operativo del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo Código PM-M01 - V7.** CAPITULO 9. ACTIVIDADES Y PROGRAMAS OPERATIVOS ESPECIFICOS DE SST. 9.2.2 GESTIÓN DE RIESGOS AMENAZAS Y VULNERABILIDAD, 9.2.2.1 INSPECCIONES DE SEGURIDAD, 9.2.2.3 PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS.
- Indicadores que evalúan el proceso del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST. (Decreto 1072 de 2015 – Sector Trabajo).

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSIÓN	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
1ª. Dimensión: Talento Humano	1.2.1 Gestión estratégica del Talento Humano	ISO 45001:2018	8.1 Planificación y control operacional 8.1.2 Eliminar peligros y reducir riesgos para SST a), b), c) d), y e)	Decreto 1072 de 2015 – Sector Trabajo. Indicadores	Manual Operativo del Componente de Seguridad y Salud en el trabajo Código: PM-M01-V7. Capítulos 9, 9.2.2 y 9.2.2.1
7ª. Dimensión: Gestión Control Interno	3. Actividades de Control		Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.		

**2a. DIMENSIÓN MIPG: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN (P)**  
**ISO 9001:2015: Numerales 4.1 - 4.2 - 4.4 - 5.1 - 6.2 - 6.3 - 7.1**

*El propósito de esta Dimensión es permitirle a la Entidad, definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y legitimidad.*

**RESULTADOS**

**Conocimiento y aprehensión**

Con el fin de valorar el grado de conocimiento y aprehensión respecto a la Plataforma Estratégica de la entidad, se aplicó a (57) colaboradores de la muestra de auditoría, el instrumento de “Valoración General”, presentando los siguientes resultados para cada uno de los aspectos revisados:

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Identifique la correlación correcta entre el concepto y su definición, según el SIG (Misión DNP; Visión DNP y Política del SIG)	50	88%	De un total del 100% (57) colaboradores, el 88% (50), identificaron la correlación entre la visión, misión y política del SIG, mientras que el 12% (7) no la identificaron.
Conocimiento y apropiación desde el desarrollo de sus actividades a cuáles objetivos estratégicos del DNP aportan: 1. Coordinar y articular el diseño de planes, políticas y programas que atiendan efectivamente las necesidades sectoriales y territoriales. 2. Diseñar e implementar estrategias que mejoren la calidad de la inversión pública. 3. Fortalecer las capacidades técnicas de los sectores y territorios que promuevan la productividad, la competitividad, la sostenibilidad y la equidad. 4. Mejorar el desempeño institucional que garantice el cumplimiento de los objetivos y metas definidos por la entidad.	55	96%	De un total del 100% (57) colaboradores, el 96% (55) identificaron el objetivo estratégico asociado a su proceso que es 4. Mejorar el desempeño institucional que garantice el cumplimiento de los objetivos y metas definidos por la entidad, mientras que el 4% (2) no lo identificaron.

Fuente: Instrumento de valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que los colaboradores, tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados, sin embargo, se recomienda continuar fortaleciendo el conocimiento sobre la plataforma estratégica de la entidad (Misión, Visión y Política del SIG) para todos sus colaboradores.

En desarrollo de esta dimensión, se verificó la aplicación de los lineamientos de las siguientes políticas de acuerdo con MIPG, así:



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL  
ISO 9001:2015: Numerales 4.1 - 4.2 - 4.4.1 - 5.1 - 6.2 - 6.3

**Prueba realizada:** Verificar la alineación de las funciones de la SARC con los factores identificados en el Contexto de la Entidad.

**Resultado:** Se revisó el Anexo 6 “Contexto” del “MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN”, código MC, versión 12, numeral 1 “CONTEXTO DE LA ENTIDAD”, evidenciando que se señalan los siguientes **factores externos** que presentan alineación con las funciones de la SARC a través de los siguientes componentes asociados al Proceso de Gestión Administrativa como lo son el **Sistema de Gestión Documental** que describe como oportunidades, 1) “Generación, conservación y protección de la información de la entidad como base para la toma de decisiones. Observación de los lineamientos de Gobierno Digital y toda la normatividad derivada”, 2) “Actualización tecnológica, disponibilidad de los sistemas de información que apoyan la operación de la entidad”, 3) “Asignación y distribución presupuestal para los recursos relacionados con la operación y el cumplimiento de objetivos estratégicos, proyectos y plan de acción” y 4) “Actualización tecnológica, disponibilidad de los sistemas de información que apoyan la información de la entidad” y el **Sistema de Gestión Ambiental** que describe como unas oportunidades la exigencia social, compromisos internacionales y nacionales para realiza una adecuada gestión de responsabilidades ambientales de forma sistemática para contribuir a la sostenibilidad ambiental. Se resalta la importancia de las amenazas derivadas de las acciones fallidas frente el cambio climático. Lo que implica una necesidad de tener mayor contundencia en la implementación de los compromisos y el seguimiento de sus resultados”.

Frente al **contexto interno** se observó que la dependencia identificó los siguientes aspectos referente a los cambios que generó la adecuación de espacios y puestos de trabajo de acuerdo con la remodelación de instalaciones en la Entidad:

Identificación	Posibles riesgos y controles		Registro del monitoreo/ Conclusiones
	Riesgos	Controles/ acciones de manejo	
Adecuación de espacios y puestos de trabajo de acuerdo con la remodelación de instalaciones	<p><b>Riesgos operativos:</b> Del manejo de actividades de adecuación.</p> <p><b>Riesgos de Gestión Ambiental</b> (durante la ejecución de la obra: Condiciones normales y anormales de operación durante la obra, reconocimiento y manejo de residuos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Contaminación de agua y suelo (generación de RCD) (12)</li> <li>Aumento en la demanda de recursos (agua) (22)</li> <li>Aumento en la demanda de recursos (energía) (23)</li> <li>Direccionar el desarrollo de actividades en la entidad desconociendo su impacto en el ambiente (194)</li> </ol> <p><b>Riesgos de SST:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lesiones o accidentes por peligro locativo en actividades rutinarias dentro de la entidad (84) (108) (207) (208)</li> <li>Lesiones o accidentes por peligro locativo en actividades de aseo y cafetería (85)</li> <li>Lesiones o accidentes por peligro locativo en actividades de correspondencia (86)</li> <li>Lesiones o accidentes por peligro tecnológico (99) (100) (209)</li> <li>Desarrollar una lesión o enfermedad por postura prolongada (43)</li> <li>Alteraciones de salud y cambios de comportamiento por estrés (67) (68)(69)(70)</li> </ol> <p><b>Riesgos Seguridad de la Información:</b> Durante la obra: T</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Todo el ciclo de adecuación y acceso a la información remota y por VPN y el acceso físico a equipos durante la adecuación; proyección posterior a la finalización de la adecuación).</li> </ol>	<p><b>Gestión Ambiental:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Revisión de informes de interventoría de gestión ambiental.</li> <li>Cierre del registro del piso a intervenir en caso de fugas</li> <li>Uso eficiente de energía en uso de equipos</li> <li>Realizar seguimiento al cumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad por parte del contratista.</li> </ol> <p><b>SST:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Revisión mensual de los informes generados por la interventoría en relación con el cumplimiento de los requisitos de SST.</li> </ol>	<p>Se realiza seguimiento mensual a los parámetros establecidos por seguridad y salud en el trabajo a la interventoría.</p> <p>Se está realizando la actualización de la matriz integral de riesgos de acuerdo con la nueva metodología y se tendrá en cuenta las adecuaciones actuales y futuras de las adecuaciones.</p> <p><b>GA:</b> Seguimiento realizado de la gestión ambiental que se desarrolla frente a la obra del edificio FONADE - DNP</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se presentó todos los certificados de la disposición final de manejo de residuos de construcción (escombros) por parte de la interventoría de la obra.</li> <li>Actualización en curso del Plan de contingencias a 18/11 para asociarlo al Plan de emergencias del DNP y publicarlo finalizando noviembre de 2022.</li> <li>Adecuación de los puntos ecológicos y demás elementos necesarios de Gestión Ambiental (campañas de ahorro y uso eficiente de agua, papel, disposición de residuos adecuada, etc) en los pisos entregados de la obra.</li> <li>La presentación de informes de gestión ambiental para el seguimiento por parte de la interventoría a la obra en el edificio FONADE.</li> </ol>

De acuerdo con lo anterior, se observó que la dependencia realizó los ejercicios frente a la identificación del contexto interno (riesgos, controles y sus conclusiones del componente de SST y Ambiental) referente a los cambios que generó la adecuación de espacios y puestos de trabajo, sin embargo, se recomienda fortalecer los controles definidos de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles y Procedimiento PT-PG-01 Gestión Integral de Riesgos.

**Prueba realizada:** Verificar si el proceso ha sufrido cambios que afecten el Sistema Integrado de Gestión, en el marco de los procedimientos objeto de la auditoría.

**Resultado:** La dependencia identificó el cambio “Adecuación de espacios y puestos de trabajo de acuerdo con la remodelación de instalaciones” en el instrumento definido por la Oficina Asesora de Planeación “Gestión de Cambios” revisando la fuente, dependencia responsable, propósito, resultado esperado, riesgos y controles, posible afectación, elementos a verificar, actividades, seguimiento y monitoreo, sin embargo, frente al manejo de los activos (sillas, escritorios, mesas, cajoneras etc ...) que fueron reemplazados en la remodelación y que se encuentran alojados en el sótano 3 del edificio FONADE, se observó que éstos se encuentran sin protección, sin métodos de distribución, sin limpieza, organización y sin optimización de los espacios.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Dado lo anterior, se puede determinar que la dependencia identificó el cambio, frente a la adecuación de espacios y puestos de trabajo de acuerdo con la remodelación de las instalaciones, sin embargo, su operación afectó la Administración de bienes debido a que no se pudo realizar el control del inventario físico, no se observó métodos para optimizar la entrada y salida de mercancía, no se observó protección de los activos, limpieza y organización generando posible materialización de riesgos frente a la pérdida de los activos (NC 02), panorama de SST (NC 01) y ambiental (NC 09).

**Prueba realizada:** Verificar la alineación con la plataforma estratégica del DNP, Misión, Objetivos Estratégicos, funciones, proceso y el procedimiento auditado.

**Resultado:** Conformidad frente a la alineación de la plataforma estratégica, partiendo de la Misión de la Entidad y los objetivos estratégicos, los cuales son desarrollados a través del proceso y los procedimientos objeto de auditoría, así:

Interacción del Proceso						
Misión del DNP	Objetivo Estratégico	Proceso	Objetivo del proceso	Línea de acción	Procedimiento	Objetivo del procedimiento
El DNP es el centro de pensamiento del Gobierno Nacional que coordina, articula y apoya la planificación de corto, mediano y largo plazo del país, y orienta el ciclo de las políticas públicas y la priorización de los recursos de inversión.	<b>Prospectiva estratégica</b> - Mejorar el desempeño institucional que garantice el cumplimiento de los objetivos y metas definidos por la entidad	Gestión Administrativa	Proveer y administrar los bienes muebles e inmuebles, los servicios de apoyo logístico y el mantenimiento y adecuación de la infraestructura física, así como la gestión de documentos y administración de archivo de la entidad, para soportar la operación encaminada al cumplimiento de metas institucionales.	Administración de bienes muebles e inmuebles	PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	Describir las actividades para la administración de los bienes muebles e inmuebles que requiere el DNP para el normal funcionamiento de sus actividades, dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente.
				Suministro de servicios de Apoyo Logístico.	PT-AD-02 Administración de Requerimientos Logísticos	Establecer las actividades para la prestación de los servicios de apoyo logístico y administrativo que requiere el DNP para su normal funcionamiento, de acuerdo con las necesidades de las dependencias.
				Gestión de documentos y administración de archivos	PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivo	Establecer las actividades para la gestión de los documentos recibidos y producidos por el DNP, para la conservación del acervo documental a través de la planificación, manejo, organización y disposición final de los documentos.

Fuente: Caracterización del proceso, Manual del SIG

**Prueba realizada:** Revisar la caracterización del proceso de Gestión Administrativa, en relación con la alineación de los proveedores y clientes que intervienen en los procedimientos.

**Resultado:** Se encontró que los grupos de valor están alineados con los proveedores y clientes que intervienen en los procedimientos • PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles, • PT-AD-02 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles y • PT-AD-03 Gestión de Documentos y Administración de Archivo, así:

Proceso	Procedimiento	Dependencia	Grupos de valor		
			Proveedores	Cientes	
Gestión Administrativa	PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	SARC – SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	Proveedores	Internos	- Subdirección de contratación - funcionarios - Contratistas - Comité institucional de gestión y desempeño - Grupo de adquisiciones y suministros - Oficina de Tecnología y Sistemas de Información - Dependencias Técnicas del DNP
				Externos	- Compañía aseguradora - Compañía intermediaria de seguros - Compañía de Vigilancia - Promotores de Martillo - Comisionistas de bolsas de bienes y productos - Contaduría General de la Nación
			Clientes	Internos	- Supervisores de contratos - funcionarios - Contratistas - Oficina de Tecnología y Sistemas de Información - Grupo de adquisiciones y suministros - Grupo de logística e infraestructura - Comité institucional de gestión y desempeño
				Externos	- Entidades del estado - Compañía aseguradora - Compañía intermediaria de seguros - Empresa de remate o disposición final de bienes
	Proveedores		Internos	- funcionarios – Contratistas - subdirección de contratación - Subdirección de Talento Humano - Grupo de logística e infraestructura.	
			Externos	- Talleres autorizados - Estaciones de servicio autorizados - Outsourcing Contrato de Servicios	
	Clientes		Internos	- Requerimientos logísticos administrados y ejecutados (funcionarios y Contratistas)	
			Externos	N/A	
	Proveedores		Internos	- Atención al ciudadano - funcionarios - Contratistas	
			Externos	Sin identificar	
	Clientes		Internos	- funcionarios - Contratistas	
			Externos	Partes Interesadas	

Fuente: Caracterización del Proceso – Manual del SIG V13

Dado lo anterior, se concluye alineación de las partes interesadas y los grupos de valor a los que corresponde cada uno de los procedimientos auditados, identificando los proveedores y los clientes del proceso de acuerdo con lo establecido en el M-PG-03 Manual para la elaboración y control de documentos del SIG numeral 5.1.1 parámetros para la documentación de procesos, no obstante, se recomienda actualizar el documento en la identificación de proveedores externos del PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivo ya que este cuenta con proveedores como para organización, radicación y custodia de archivos, el Archivo General de la Nación, entre otros.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

**Prueba realizada:** Verificar la identificación de los riesgos del proceso y procedimientos objeto de auditoría.

**Resultado:** Al revisar la matriz de riesgo institucional del DNP de marzo 2023, se identificaron los siguientes riesgos asociados al proceso de Gestión Administrativa:

Proceso	Procedimiento	Riesgo	Tipo	Controles	Responsable del Control
Gestión Administrativa	PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e inmuebles	2 - Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo.	Operativo	- Verificar el inventario disponible de bienes muebles y elementos de consumo, en el sistema de control de activos	Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina
		166 - Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiarse bienes de la entidad	Corrupción	- Autorizar acceso físico al almacén - Aplicar los puntos de control del procedimiento de Administración de bienes e inmuebles - Realizar seguimiento a la consistencia de los inventarios físicos vs lo reportado en el aplicativo.	Coordinador (a) Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina
	PT-AD-02 Administración de Requerimientos Logísticos	3 - Inatención de las solicitudes de apoyo logístico	Operativo	- Realizar la redistribución de las solicitudes con los operarios del outsourcing o personal de planta. - Evaluar las solicitudes para su posible ejecución - Enviar comunicaciones internas relacionadas con los tiempos de respuesta a las solicitudes de apoyo logístico. - Aplicar las directrices para la prestación del servicio de transporte de acuerdo con disponibilidad. - Monitoreo de velocidad por sistema satelital	Grupo de Logística e Infraestructura
		4 - Insuficiente mantenimiento o adecuación de la infraestructura física	Operativo	- Realizar mantenimientos preventivos. - Realizar la redistribución de las solicitudes con los operarios del outsourcing o personal de planta. - Realizar mantenimientos correctivos. - Evaluar las solicitudes para su posible ejecución.	Grupo de Logística e Infraestructura
PT-AD-03 Procedimiento para la Gestión de Documentos y Administración de Archivo	255 - Inadecuada gestión de documentos de archivo y biblioteca	Operativo	- Incluir el perfil técnico y de experiencia requerido para contratar al personal de archivo y biblioteca. - Incluir en el PIC las necesidades de capacitación para el personal de Biblioteca y Gestión Documental. - Realizar capacitación a funcionarios contratistas y pasantes sobre los temas de gestión documental (manejo del sistema ORFEO, TRD y correspondencia) - Seguimiento al préstamo de documentos de archivo o de biblioteca. - Seguimiento de las solicitudes que llegan por los medios establecidos para el préstamo de documentos de archivo y biblioteca para ser atendidas.	Grupo de Gestión Documental y Biblioteca.	

Fuente: Matriz Integral de Riesgos del DNP

De acuerdo con lo anterior se observó, que el proceso "Gestión Administrativa" tiene asociados cinco (5) riesgos de los cuales cuatro (4) son de nivel de aplicación operativo y uno (1) de corrupción, no obstante, al verificar el riesgo de corrupción "Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiarse bienes de la entidad" tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", se recomienda la pertinencia de revisar ese nivel como INACEPTABLE, atendiendo lo establecido en la Segunda Dimensión de MIPG numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional, "(...) se deben atender las recomendaciones para formular los lineamientos para administración del riesgo - Política de Riesgo (...) Los riesgos de corrupción son inaceptables (...)". Subrayado fuera de texto.

Asimismo, y respecto a los controles establecidos para los riesgos asociados al proceso, se observó debilidad en su definición y descripción, ya que, en las pruebas realizadas a los procedimientos ciertas actividades demostraron que los controles no son efectivos. Se recomienda fortalecer los controles y la definición de sus causas que permitan disminuir la probabilidad de materialización de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.

**Prueba realizada:** Verificar la formulación de los productos asociados al proceso y procedimientos, en el Plan de Acción Institucional de las vigencias 2022 y 2023.

**Resultado:** Al consultar el Plan de Acción del DNP de las vigencias 2022 y 2023, se observó:

• **Vigencia 2022:** Se formularon (27) productos y (31) entregables, los cuales mostraron los siguientes resultados:

PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	CODIGO	PRODUCTOS ASOCIADOS	CUMPLIMIENTO
Procedimiento Administración de bienes	5337, 5339, 5340, 5341, 5342, 5343	Atención a solicitudes de suministro de útiles de oficina y elementos de papelería Atención a solicitudes de bienes muebles. Realizar los procesos de baja de bienes Reportar los siniestros por pérdida o daño de bienes a la Aseguradora. Realizar el inventario general por piso de los bienes de la entidad.	100%
Procedimiento Atención de requerimientos logísticos	5327, 5328, 5347	Atender las solicitudes de apoyo logístico (mantenimiento, vehículo y servicios adicionales de cafetería) Revisar el sistema eléctrico y de iluminación conforme con la normativa vigente de las instalaciones objeto de adecuación Adecuación de la planta física del edificio FONADE del DNP	100%
Procedimiento para la gestión de documentos y administración de archivos	5329, 5330, 5331, 5333, 5334, 5335, 5336	Gestión de comunicaciones oficiales de entrada y salida Soporte en el SGDEA - Mesa de ayuda del SGDEA Préstamos y/o consulta de Biblioteca Préstamos y/o consulta de los documentos de archivo de gestión y central	100%



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	CODIGO	PRODUCTOS ASOCIADOS	CUMPLIMIENTO
		Administración de archivo de gestión 2021. Alistamiento de los documentos de transferencias primarias de la vigencia 2018. Administración de archivo central (organización y alistamiento de expedientes para transferencias secundarias de tres periodos)	
Planeación y mantenimiento del MOP	5324, 5326, 5344, 5345, 5346, 5348, 5349, 5350	Ejecutar las actividades programadas en el plan de trabajo del componente de gestión ambiental Atender las solicitudes para el manejo integral de residuos peligrosos Realizar la actualización de TRD de la entidad Actualización de Tablas de Valoración Documental (TVD) Levantamiento de instrumento archivístico (TRD o TVD) para aplicación a los documentos de la vigencia 2014 al 201 Declaración de documentos vitales Actualizar el inventario de documentos especiales de las dependencias del DNP Ejecutar las actividades programadas en el plan de trabajo del componente de gestión documental	100%
Estudios y/o investigaciones en aspectos de competencia del DNP	5320	Documento de diagnóstico para realizar el inventario de emisiones de Gases Efecto Invernadero (GEI) del DNP	100%
Atención a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias	5522, 5523	Seguimiento a la gestión de las PQRS en 2022 Caracterización de los Grupos de Valor que demanden la oferta institucional vía PQRS en 2022.	100%

Fuente: Plan de Acción 2022 - SISGESTION

De acuerdo con la tabla anterior, se observó que la SARC formuló (1) producto (5320) con (5) entregables (14103, 14104, 14105, 14110, 14114), presentando la ejecución al 100% de los (5) entregables, y (26) Servicios (18) son por demanda con meta porcentual y (8) son por oferta con meta numérica, los cuales se ejecutaron de acuerdo con lo programado, bien sea por demanda, o con avance trimestral y cuatrimestral para el caso de los servicios por oferta.

• **Vigencia 2023:** Se evidenció la formulación de (7) Líneas de Acción con (14) servicios, (6) por Oferta y (8) por Demanda, para un total de (14) productos, los cuales hacen parte del objetivo "Gestión integral institucional - Mejorar el desempeño institucional que garantice el cumplimiento de los objetivos y metas definidos por la entidad".

PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	CÓDIGO	PRODUCTOS ASOCIADOS	CUMPLIMIENTO
Planeación y mantenimiento del MOP	5858	Continuidad en la implementación del componente de Gestión Ambiental	En ejecución
Instrucción Disciplinaria	5933	Informe del número y tipología de procesos en la fase de Instrucción Disciplinaria dentro de los términos legales.	En ejecución
Procedimiento Administración de bienes muebles e inmuebles	5844	Atención a solicitudes de movimientos y novedades de bienes muebles	En ejecución
	5845	Inventario general por dependencias y por Oficinas País, de los bienes muebles e inmuebles de la entidad	En ejecución
	5846	Atención a solicitudes de suministro de útiles de oficina y elementos de papelería	En ejecución
	5847	Reporte de las novedades de ingreso o egreso de bienes a la Aseguradora	En ejecución
Procedimiento para la gestión de documentos y administración de archivos	5849	Seguimiento a Gestión de comunicaciones oficiales (Correspondencia)	En ejecución
	5850	Gestión a requerimientos recibidos en mesa de ayuda del SGDEA	En ejecución
Procedimiento Atención de requerimientos logísticos	5848	Ejecución de los servicios administrativos para la operación y soporte logístico del DNP	En ejecución
Planeación y mantenimiento del MOP	5857	Adecuación de la planta física del edificio FONADE del DNP	En ejecución
	5851	Continuidad en la implementación del Componente de Gestión Documental	En ejecución
¿Atención a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias?	5853	Análisis de información de los Grupos de Valor caracterizados que demanden la oferta institucional a través de PQRS	En ejecución
	5854	Seguimiento a la gestión de las PQRS en 2023	En ejecución
	5855	Elaboración de informe trimestral a PQRS allegados a la entidad	En ejecución

Fuente: Plan de Acción 2023 - SISGESTION

De acuerdo con la tabla anterior, se observó del mismo modo, que la SARC formuló los productos **5851** "Continuidad en la implementación del Componente de Gestión Documental" y **5858** "Continuidad en la implementación del componente de Gestión Ambiental", fueron formulados por la gestión que realiza la SARC como responsable operativo de los Sistemas de Gestión Documental y Ambiental, para la implementación y mantenimiento del SIG, a través del procedimiento "Planeación y Mantenimiento del MOP", de acuerdo con lo señalado en la nota del numeral 5.1.2 FORMULACIÓN POR SERVICIOS del Manual para la Formulación de la Planeación Institucional CODIGO M-PG-02 V12.

POLITICA DE GESTION PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PUBLICO  
ISO 9001:2015: Numeral 7.1

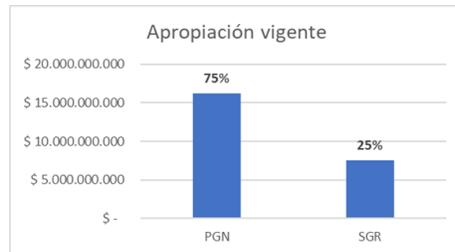
**Prueba Realizada:** Verificar la planificación de las necesidades de recursos humanos y financieros para el desarrollo de los procedimientos objeto de auditoría, de la vigencia 2022.

**Resultado:** Frente a la programación de los recursos, la SARC financió la ejecución de sus actividades programadas en el plan de acción con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) y del Sistema General de Regalías (SGR); presentando una apropiación vigente del PGN por valor de \$16.189.385.866 (75%) y del presupuesto del SGR por valor de 7.525.539.209 (25%).



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

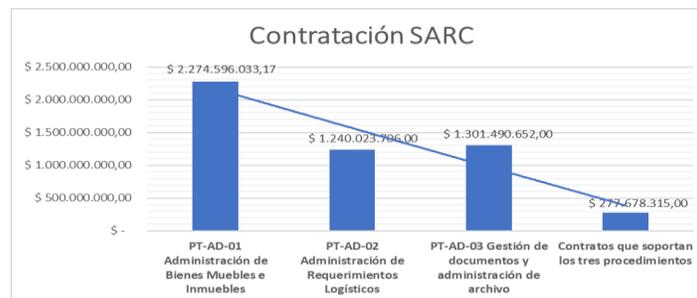


SARC	Apropiación vigente PGN	SGR
	\$16.189.385.866	7.525.539.209

En lo que respecta con la programación del Plan Anual de Adquisiciones 2022, se encontró que la SARC gestionó recursos para atender setenta y dos (72) necesidades contractuales por valor de \$5.420.640.871, de las cuales se suscribieron 96% (69) por valor de \$5.093.788.706 y dejadas de contratar 4% (3), como se describe a continuación:

Procedimiento	Contratos	Valor
PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	DNP-953-2022 SGR-079-2022, DNP-991-2022, DNP-905-2022, DNP-954-2022, DNP-858-2022, DNP-274-2022, DNP-787-2022, OC-92560, DNP-362-2022, OC-99484, OC-98075 DNP-OC-013-2022, DNP-865-2021 SGR-104-2021, OC 85914 DNP-OC-002-2022, DNP-988-2022, OC-103276, OC-102210 DNP-OC-021-2022, DNP-834-2022 SGR-056-2022	\$ 2.291.561.378,17
PT-AD-02 Administración de Requerimientos Logísticos	DNP-914-2022, DNP-903-2022, DNP-970-2022, DNP-948-2022/DNP-MC-031-2022, DNP-995-2022, DNP-932-2022/ SGR-074-2022, DNP-971-2022, DNP-927-2022, DNP-928-2022, DNP-907-2022, DNP-896-2022 DNP-MC-002-2022, DNP-974-2022, DNP-976-2022, DNP-975-2022, DNP-972-2022, DNP-992-2022, DNP -164-2022, DNP-209-2022, DNP-592-2022, DNP-837-2022	\$ 1.223.058.361,00
PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivo	DNP-902-2022, DNP-973-2022, DNP-989-2022, DNP-971-2022, DNP-925-2022, DNP-987-2022, SGR-083-2022, DNP-116-2022, DNP-121-2022, DNP-117-2022, DNP-165-2022, DNP-123-2022, DNP-118-2022, DNP-272-2022, DNP-208-2022, DNP-587-2022, DNP-588-2022, DNP-589-2022, DNP-602-2022, DNP-590-2022, DNP-591-2022, DNP-345-2022, DNP-348-2022, DNP-852-2022, DNP-862-2022, SGR-011-2022, SGR-021-2022	\$ 1.301.490.652,00
Contratos que soportan los tres procedimientos	DNP-950-2022, DNP- 593-2022, DNP-603-2022, DNP-347-2022, DNP-832-2022, DNP-833-2022.	\$ 277.678.315,00
<b>TOTAL CONTRATACIÓN</b>		<b>\$ 5.093.788.706,17</b>

Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023



De acuerdo con lo anterior, se observó que del 100% (69) necesidades suscritas, el procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles, contrato el 23% (16) necesidades por un valor de \$ 2.274.596.033, PT-AD-02 Administración de Requerimientos Logísticos, 30% (21) necesidades por un valor de \$ 1.240.023.706 y PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivo, 38% (26) por un valor \$ 1.301.490.652 y 9% (6) por un valor de \$221.198.315, que soportan a los tres procedimientos (prestación de servicios profesionales); evidenciando que las necesidades de apoyo y de personal fueron apropiadas para el funcionamiento del proceso.

CONCLUSIONES

- El 88% (50) colaboradores, tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados con respecto a la Plataforma Estratégica de la entidad y el 96% (55) identifica el objetivo estratégico alineado al proceso de Gestión administrativa.
- Se observó conformidad respecto a la alineación de la plataforma estratégica del DNP con la Misión, Objetivos Estratégicos, funciones, proceso y los procedimientos auditados, así como, los grupos de valor con los proveedores y clientes.
- En la matriz de riesgo institucional del DNP, se identificaron los riesgos con código 2, 3, 4, 156, 255 y 155 asociados al proceso de Gestión Administrativa, de los cuales cuatro (4) son de nivel de aplicación operativo, uno (1) estratégico y uno (1) de corrupción.



**Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa**

**Fecha:  
15/05/2023**

- Para la vigencia 2022, la SARC formuló (1) producto con (5) entregables y (26) servicios, de los cuales (16) corresponden a los procedimientos objeto de auditoría, y se ejecutaron de acuerdo con lo programado al 100%. Para el 2023, se formularon (16) servicios de los cuales (8) corresponden a los procedimientos y conforme a lo señalado en el Manual para la Formulación de la Planeación Institucional CODIGO M-PG-02 V12.
- Frente a la programación de los recursos para la vigencia 2022, la SARC financió la ejecución de sus actividades programadas en el plan de acción con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) y del Sistema General de Regalías (SGR); a fecha de corte 30/12/2022, una apropiación vigente del PGN por valor de \$16.189.385.866 (75%) y del presupuesto del SGR por valor de 7.525.539.209 (25%) y frente a la gestión contractual se ejecutaron (69) necesidades por un valor de \$ 5.093.788.706,17.

**RECOMENDACIONES**

- Fortalecer las actividades frente a la planificación, salvaguarda y custodia de los activos alojados en el sótano 3, piso 25 del edificio Fonade y piso 5 (almacén) del edificio Gómez, toda vez, que se podría generar un potencial riesgo fiscal, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6 numeral 4.2 *“Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz”* y Procedimiento PT-PG-01 Gestión Integral de Riesgos.
- Revisar la pertinencia en la identificación de posibles riesgos de soborno en el marco de la norma ISO 37001:2016, inherentes a los procedimientos objeto de auditoría y frente a las conductas que se pueden considerar como actos de soborno, toda vez, que se tiene identificado el riesgo de corrupción 156 *“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiarse bienes de la entidad”*.
- Asegurar la adecuada gestión para la ejecución y finalización de los productos y entregables definidos en el Plan de Acción institucional; así como el manejo de los recursos para la ejecución y el desarrollo de las actividades de los procedimientos.
- Revisar la conveniencia de formular productos que midan el desempeño y generen cambios y retos estratégicos, en cumplimiento de los objetivos de los procedimientos de la Subdirección Administrativa y sus grupos internos de trabajo.
- Tener en cuenta lo dispuesto en el Decreto 444 del 29/03/2023, artículo 17. *“Suscripción a periódicos y revistas, publicaciones y bases de datos. Las suscripciones a bases de datos electrónicas, periódicos o revistas especializadas se efectuarán solamente cuando sea necesario para el cumplimiento del objeto misional de las entidades. Las licencias se adquirirán en las cantidades suficientes para suplir las necesidades del servicio”*.

**3a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS (GVR)**

**ISO 9001:2015: Numerales 7.1 - 7.1.5.1 - 8.2.1 - 8.3 - 8.5.1**

**ISO 27001:2013: Numerales 6.1 - 6.2 - 7.2 - 7.2 - 7.3**

**ISO 14001:2015: Numerales 5.2 - 5.3 - 7.3 - 7.4 - 8.1**

*El propósito de esta dimensión es permitirle a la Entidad realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público*

**RESULTADOS**

**Conocimiento y aprehensión**

Con el fin de evaluar el conocimiento de la Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, se diseñó y aplicó el “Instrumento de Valoración General” a los colaboradores de la Subdirección Administrativa y Relacionamiento con la Ciudadanía y sus Grupos Internos de Trabajo GISO, GLI y GGDB, que participan en la ejecución de los procedimientos objeto de auditoría, evaluando el grado de conocimiento y aprehensión de esta política, así:



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Es la máxima autoridad del proceso encargada de la toma de decisiones	43	75	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 75% (43) se observó conocimiento sobre la máxima autoridad del proceso encargada de la toma de decisiones.
Para el DNP, los procesos se presentan de acuerdo con la siguiente clasificación de niveles (estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación)	51	89	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 89% (51) se observó conocimiento sobre los procesos que se presentan de acuerdo con la clasificación de niveles
El Proceso del cual hace parte, está clasificado como: Apoyo	52	91	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 91% (52), se observó conocimiento sobre el Proceso del cual hace parte: Apoyo
Correlación conceptos: Corrección, Acción Correctiva, Producto/servicio no conforme y no conformidad	49	86	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 86% (49) se observó conocimiento sobre la correlación de conceptos: Corrección, Acción Correctiva, Producto/servicio no conforme y no conformidad
Aplicación de autoevaluación de controles	47	82	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 82% (47) se observó conocimiento sobre la aplicación de autoevaluación de controles

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que el 100% (57) colaboradores que aplicaron el instrumento, 85% (48) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados y el 15% (9) no tienen conocimiento.

En el marco de esta dimensión se presentan los resultados asociados a las siguientes políticas:

**POLITICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS**  
**ISO 9001:2015: Numeral 4.4**

Con el fin de verificar la alineación del objetivo del proceso, con los objetivos institucionales y las líneas de acción, en el marco de esta auditoría se verificó el desempeño de los siguientes procedimientos:

**PROCESO:**

**PR-AD Gestión Administrativa**

Objetivo	Alcance	Responsable
Proveer y administrar los bienes muebles e inmuebles, los servicios de apoyo logístico y el mantenimiento y adecuación de la infraestructura física, así como la gestión de documentos y administración de archivo de la entidad, para soportar la operación, encaminada al cumplimiento de metas institucionales.	Inicia con la planeación de actividades y la identificación de necesidades, continúa con la administración de bienes muebles e inmuebles, la prestación del servicio de apoyo logístico y administrativo, la gestión de documentos y archivo y finaliza con la gestión de acciones para la mejora del proceso.	Subdirección Administrativa y Relacionamiento con la Ciudadanía - Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina, Grupo de Logística e Infraestructura, Grupo de Gestión Documental y Biblioteca

**PROCEDIMIENTOS:**

**PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles V5**

Proceso	Objetivo	Alcance	Responsable	Condiciones Generales y/o Políticas de Operación
Gestión Administrativa	Describir las actividades para la administración de los bienes muebles e inmuebles que requiere el DNP para el normal funcionamiento de sus actividades, dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente.	Inicia con la recepción, almacenamiento e ingreso de bienes y termina con la conciliación de los movimientos de almacén.	Coordinador Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina	Las contenidas en el Manual para la administración de bienes muebles e inmuebles M-AD-01

Con el propósito de verificar el cumplimiento del objetivo del procedimiento, se verificó la trazabilidad, adherencia y desempeño de las ocho (8) actividades que lo componen, y cuyos resultados se definen a continuación:

Actividad	Resultado	Estado
1. Recibir Bienes	<p>Resultado del análisis de la información suministrada, se obtuvo que los Bienes Muebles e Inmuebles del DNP, están conformados por los activos que la entidad ha definido en las Políticas Contables como Propiedad, Planta y Equipo, es decir, los activos tangibles empleados para la prestación de los servicios misionales y administrativos, con la característica principal de no ser vendidos en el curso de las actividades ordinarias de la entidad y la proyección de usarlos por más de un período contable (1 año), así mismo, deben cumplir con la materialidad determinada en UVT (Unidad Valor Tributario) para cada clase de bien.</p> <p>Para aquellos bienes cuyo costo es inferior a 232 UVT, se tiene establecido que contablemente se llevan directamente al gasto (no hacen parte de la propiedad, planta y equipo), sin embargo, se realiza el respectivo control administrativo; para el caso particular del Software se definió una materialidad de 116 UVT.</p> <p>A través del aplicativo SEVEN ERP, se lleva el control y la administración de los bienes muebles e inmuebles de la entidad; en esta herramienta se registra la hoja de vida, partiendo del costo histórico hasta el retiro de bajas, por las situaciones señaladas en el Manual de Administración de Bienes (transferencias, enajenación, destrucción, hurto, daño, reposición, entre otros).</p>	Conforme



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

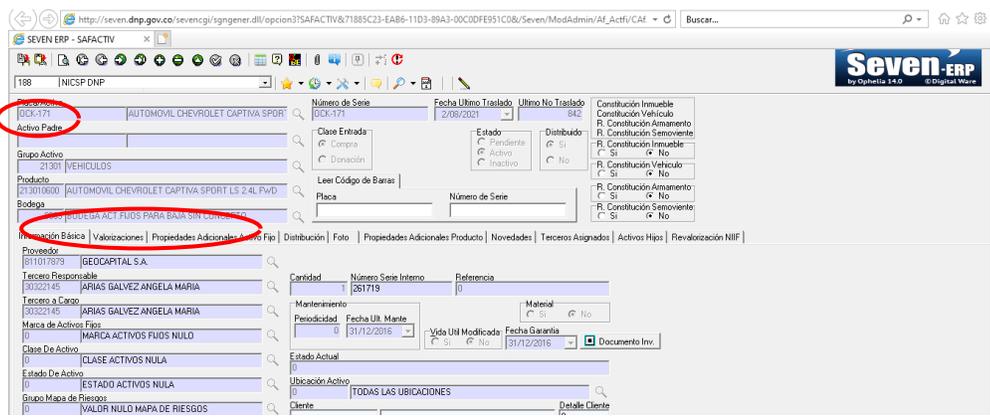
Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																																																																																																																																								
	<p>Los bienes se encuentran clasificados por grupos e individualizados con placa, así mismo, se identifican los que hacen parte del activo, es decir que son Propiedad, Planta y Equipo y los que son de control administrativo.</p> <p>Ahora bien, según el reporte del aplicativo SEVEN ERP, a 31/12/2022 la entidad contaba con 17.538 bienes, de los cuales el 7% corresponden a 1.211 que son activos de la Propiedad, Planta y Equipo, con un valor de \$91.504.664.034 y el 93% a 16.327 bienes son de control administrativo, segmentados así:</p> <div data-bbox="548 556 1008 877" data-label="Figure"> </div> <p data-bbox="573 879 932 898">Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</p> <p data-bbox="282 913 513 940"><b>Propiedad, Planta y Equipo</b></p> <p data-bbox="282 961 1395 1012">El 84% (934) se encuentra concentrado en las oficinas urbanas y los equipos de computación con un costo de adquisición de \$76.480.428.601. Se presenta el detalle por grupo de bienes, cantidades existentes y costo de adquisición:</p> <table border="1" data-bbox="441 1035 1232 1377"> <thead> <tr> <th colspan="5">PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO - BIENES MUEBLES E INMUEBLES</th> </tr> <tr> <th>GRUPO</th> <th>NOMBRE DEL GRUPO</th> <th>CANTIDAD</th> <th>COSTO ADQUISICION</th> <th>% Participación (costo adquisición)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>30101</td><td>OFICINAS URBANAS</td><td>95</td><td>45.814.905.837,00</td><td>50,068</td></tr> <tr><td>224</td><td>EQUIPO DE COMPUTACION</td><td>839</td><td>30.665.522.764,24</td><td>33,513</td></tr> <tr><td>225</td><td>SOFTWARE</td><td>86</td><td>7.226.576.571,00</td><td>7,897</td></tr> <tr><td>30102</td><td>PARQUEADEROS Y GARAJES</td><td>80</td><td>2.758.962.000,00</td><td>3,015</td></tr> <tr><td>21301</td><td>VEHICULOS</td><td>41</td><td>2.207.035.103,00</td><td>2,412</td></tr> <tr><td>230</td><td>OFICINA ABIERTA</td><td>37</td><td>1.219.462.497,40</td><td>1,333</td></tr> <tr><td>208</td><td>EQUIPOS Y MAQUINAS PARA CONSTRUCCION INS</td><td>7</td><td>683.790.845,00</td><td>0,747</td></tr> <tr><td>207</td><td>EQUIPO DE COMUNICACIÓN</td><td>14</td><td>626.146.679,00</td><td>0,684</td></tr> <tr><td>212</td><td>MAQU Y EQ (MUEBLES, ENSERES Y EQ COMP)</td><td>2</td><td>229.013.960,00</td><td>0,250</td></tr> <tr><td>205</td><td>OBRAS DE ARTE</td><td>3</td><td>57.310.140,00</td><td>0,063</td></tr> <tr><td>218</td><td>MUEBLES Y ENSERES</td><td>1</td><td>9.064.163,00</td><td>0,010</td></tr> <tr><td>2241</td><td>EQUIPO DE COMPUTACION EN COMODATO</td><td>3</td><td>5.233.002,00</td><td>0,006</td></tr> <tr><td>2071</td><td>EQUIPOS DE COMUNICACION EN COMODATO</td><td>3</td><td>1.640.472,00</td><td>0,002</td></tr> <tr><td colspan="2"><b>TOTALES</b></td><td><b>1.211</b></td><td><b>91.504.664.034</b></td><td><b>100%</b></td></tr> </tbody> </table> <p data-bbox="657 1377 1016 1396">Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</p> <p data-bbox="282 1413 548 1440"><b>Bienes de consumo controlado</b></p> <p data-bbox="282 1455 1395 1505">El 42% (6.867) de los bienes de consumo controlado corresponden a libros de biblioteca y el 34% (5.620) a muebles y enseres. Se presenta el detalle por grupo de bienes y cantidades existentes:</p> <table border="1" data-bbox="407 1528 1266 1829"> <thead> <tr> <th colspan="4">BIENES MUEBLES DE CONSUMO CONTROLADO</th> </tr> <tr> <th>GRUPO</th> <th>NOMBRE DEL GRUPO</th> <th>CANTIDAD</th> <th>% Participación (cantidad)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2160</td><td>LIBROS BIBLIOTECA CTRL ADTIVO</td><td>6867</td><td>42</td></tr> <tr><td>2180</td><td>MUEBLES Y ENSERES CTRL ADTIVO</td><td>5620</td><td>34</td></tr> <tr><td>2240</td><td>EQUIPOS DE COMPUTO CTRL ADTIVO</td><td>2030</td><td>12</td></tr> <tr><td>2070</td><td>EQUIPO DE COMUNICACION CTRL ADTIVO</td><td>1456</td><td>9</td></tr> <tr><td>2060</td><td>EQ. Y MAQ. COMEDOR Y COCINA CTRL ADTIVO</td><td>100</td><td>1</td></tr> <tr><td>2100</td><td>EQUIP LAB Y ENSEÑANZA CTRL ADTIVO</td><td>93</td><td>1</td></tr> <tr><td>2120</td><td>MAQUINARIA Y EQUIPO CTRL ADTIVO</td><td>58</td><td>0</td></tr> <tr><td>2250</td><td>SOFTWARE CTRL ADTIVO</td><td>43</td><td>0</td></tr> <tr><td>2300</td><td>OFICINA ABIERTA CRTL ADTIVO</td><td>28</td><td>0</td></tr> <tr><td>2080</td><td>EQ. Y MAQ CONSTRUCC CTRL ADTIVO</td><td>24</td><td>0</td></tr> <tr><td>2140</td><td>HERRAMIENTAS ACCESORIOS CTRL ADTIVO</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td colspan="2"><b>TOTALES</b></td><td><b>16.327</b></td><td><b>100</b></td></tr> </tbody> </table> <p data-bbox="657 1829 1016 1848">Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</p> <p data-bbox="282 1871 1395 1921">Por lo anterior, se establece CONFORMIDAD de la actividad relacionada con los bienes recibidos, por cuanto se encuentran clasificados como lo establece el Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO M-AD-01.</p>	PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO - BIENES MUEBLES E INMUEBLES					GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION	% Participación (costo adquisición)	30101	OFICINAS URBANAS	95	45.814.905.837,00	50,068	224	EQUIPO DE COMPUTACION	839	30.665.522.764,24	33,513	225	SOFTWARE	86	7.226.576.571,00	7,897	30102	PARQUEADEROS Y GARAJES	80	2.758.962.000,00	3,015	21301	VEHICULOS	41	2.207.035.103,00	2,412	230	OFICINA ABIERTA	37	1.219.462.497,40	1,333	208	EQUIPOS Y MAQUINAS PARA CONSTRUCCION INS	7	683.790.845,00	0,747	207	EQUIPO DE COMUNICACIÓN	14	626.146.679,00	0,684	212	MAQU Y EQ (MUEBLES, ENSERES Y EQ COMP)	2	229.013.960,00	0,250	205	OBRAS DE ARTE	3	57.310.140,00	0,063	218	MUEBLES Y ENSERES	1	9.064.163,00	0,010	2241	EQUIPO DE COMPUTACION EN COMODATO	3	5.233.002,00	0,006	2071	EQUIPOS DE COMUNICACION EN COMODATO	3	1.640.472,00	0,002	<b>TOTALES</b>		<b>1.211</b>	<b>91.504.664.034</b>	<b>100%</b>	BIENES MUEBLES DE CONSUMO CONTROLADO				GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	% Participación (cantidad)	2160	LIBROS BIBLIOTECA CTRL ADTIVO	6867	42	2180	MUEBLES Y ENSERES CTRL ADTIVO	5620	34	2240	EQUIPOS DE COMPUTO CTRL ADTIVO	2030	12	2070	EQUIPO DE COMUNICACION CTRL ADTIVO	1456	9	2060	EQ. Y MAQ. COMEDOR Y COCINA CTRL ADTIVO	100	1	2100	EQUIP LAB Y ENSEÑANZA CTRL ADTIVO	93	1	2120	MAQUINARIA Y EQUIPO CTRL ADTIVO	58	0	2250	SOFTWARE CTRL ADTIVO	43	0	2300	OFICINA ABIERTA CRTL ADTIVO	28	0	2080	EQ. Y MAQ CONSTRUCC CTRL ADTIVO	24	0	2140	HERRAMIENTAS ACCESORIOS CTRL ADTIVO	8	0	<b>TOTALES</b>		<b>16.327</b>	<b>100</b>	
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO - BIENES MUEBLES E INMUEBLES																																																																																																																																										
GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION	% Participación (costo adquisición)																																																																																																																																						
30101	OFICINAS URBANAS	95	45.814.905.837,00	50,068																																																																																																																																						
224	EQUIPO DE COMPUTACION	839	30.665.522.764,24	33,513																																																																																																																																						
225	SOFTWARE	86	7.226.576.571,00	7,897																																																																																																																																						
30102	PARQUEADEROS Y GARAJES	80	2.758.962.000,00	3,015																																																																																																																																						
21301	VEHICULOS	41	2.207.035.103,00	2,412																																																																																																																																						
230	OFICINA ABIERTA	37	1.219.462.497,40	1,333																																																																																																																																						
208	EQUIPOS Y MAQUINAS PARA CONSTRUCCION INS	7	683.790.845,00	0,747																																																																																																																																						
207	EQUIPO DE COMUNICACIÓN	14	626.146.679,00	0,684																																																																																																																																						
212	MAQU Y EQ (MUEBLES, ENSERES Y EQ COMP)	2	229.013.960,00	0,250																																																																																																																																						
205	OBRAS DE ARTE	3	57.310.140,00	0,063																																																																																																																																						
218	MUEBLES Y ENSERES	1	9.064.163,00	0,010																																																																																																																																						
2241	EQUIPO DE COMPUTACION EN COMODATO	3	5.233.002,00	0,006																																																																																																																																						
2071	EQUIPOS DE COMUNICACION EN COMODATO	3	1.640.472,00	0,002																																																																																																																																						
<b>TOTALES</b>		<b>1.211</b>	<b>91.504.664.034</b>	<b>100%</b>																																																																																																																																						
BIENES MUEBLES DE CONSUMO CONTROLADO																																																																																																																																										
GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	% Participación (cantidad)																																																																																																																																							
2160	LIBROS BIBLIOTECA CTRL ADTIVO	6867	42																																																																																																																																							
2180	MUEBLES Y ENSERES CTRL ADTIVO	5620	34																																																																																																																																							
2240	EQUIPOS DE COMPUTO CTRL ADTIVO	2030	12																																																																																																																																							
2070	EQUIPO DE COMUNICACION CTRL ADTIVO	1456	9																																																																																																																																							
2060	EQ. Y MAQ. COMEDOR Y COCINA CTRL ADTIVO	100	1																																																																																																																																							
2100	EQUIP LAB Y ENSEÑANZA CTRL ADTIVO	93	1																																																																																																																																							
2120	MAQUINARIA Y EQUIPO CTRL ADTIVO	58	0																																																																																																																																							
2250	SOFTWARE CTRL ADTIVO	43	0																																																																																																																																							
2300	OFICINA ABIERTA CRTL ADTIVO	28	0																																																																																																																																							
2080	EQ. Y MAQ CONSTRUCC CTRL ADTIVO	24	0																																																																																																																																							
2140	HERRAMIENTAS ACCESORIOS CTRL ADTIVO	8	0																																																																																																																																							
<b>TOTALES</b>		<b>16.327</b>	<b>100</b>																																																																																																																																							



Auditoría Integral al Proceso Gestión Administrativa

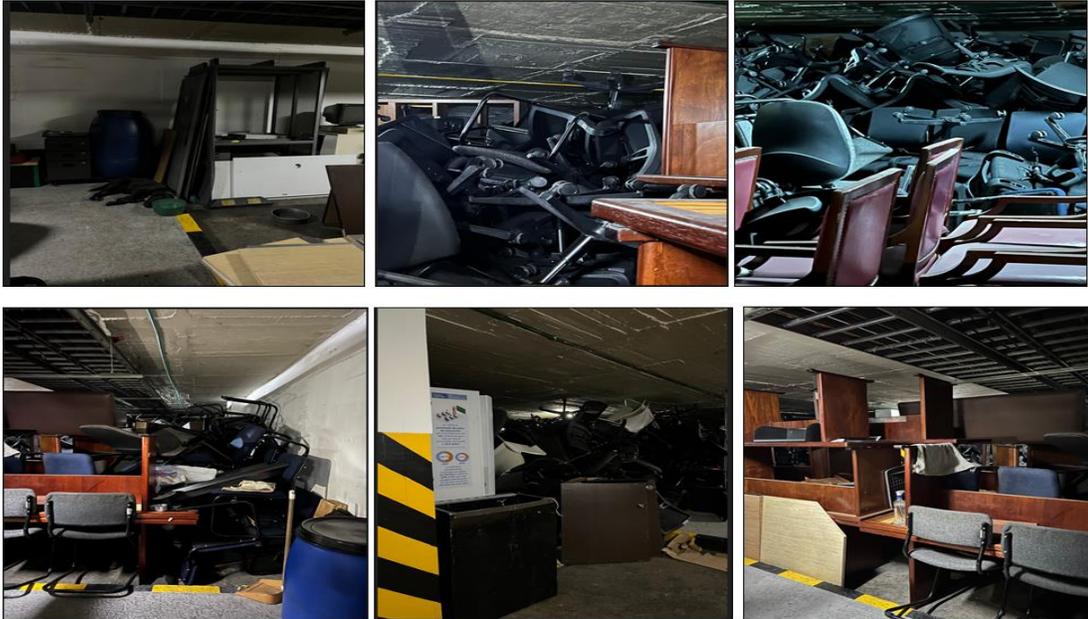
Fecha: 15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado
<p>2. Almacenar bienes</p>	<p>Con el fin de determinar el cumplimiento de la actividad, se realizaron inspecciones físicas el 23/03/2023 y 27/03/2023, a las siguientes sedes:</p> <p><b>Edificio Fonade / Parqueadero, Sótano 2:</b> Del 100% (41) vehículos registrados en el aplicativo SEVEN ERP, se tomó una muestra de 46% (19), de los cuales (12) se encuentran almacenados en esta ubicación; dichos vehículos actualmente no prestan sus servicios al DNP por cuanto se encuentran en proceso para dar de baja, e identificados con las placas: OCK-171, OCK-173, OBI-022, OBI-861A, OBG-841, OBG-733, OBG-842, OBG-840, OBG-536, OBG-734, OBG-844, OBG-519.</p> <p>Realizada la consulta en el aplicativo SEVEN ERP, se evidenció que la bodega asignada para los doce (12) vehículos es la 9903- BODEGA ACT. HIJOS PARA BAJAS SIN CONCEPTO, así:</p>  <p><b>Edificio Fonade / Parqueadero, Sótano 3:</b> Se identificaron cuatro (4) vehículos de placas: JQV-044, JQV-050, JQV-057 y OCK-332, los cuales prestan sus servicios al DNP.</p> <p><b>Edificio Torre del Campo / Parqueadero:</b> Se observaron tres (3) vehículos de placas OKZ954, OKZ955 y OBG843, los cuales no prestan sus servicios al DNP, por cuanto se encuentran en proceso para dar de baja.</p> <p><b>Biblioteca / Piso 02:</b> Con el objetivo de evidenciar el control y las existencias de los libros de la biblioteca, se realizó la inspección física el 23/03/2023, observando que este piso se encontraba en remodelación y que los estantes con los libros fueron forrados con plástico negro y sellados con cinta; se solicitó a los colaboradores del Grupo de Gestión Documental y Biblioteca, el acta de entrega de los bienes a la interventoría de la obra, sin tener respuesta a esta solicitud.</p> <p>Lo anterior, denota que el Grupo de Gestión Documental y Biblioteca, presentó debilidad de control para asegurar la salvaguarda de los bienes, a través del acta de entrega a la interventoría en la cual se pueda evidenciar el estado, cantidades y compromisos para la protección de los bienes en el proceso de la remodelación, teniendo en cuenta que las condiciones ambientales son determinantes para la conservación de los libros.</p> <p><b>Edificio Fonade / Sótano 3:</b> En recorrido físico realizado el 23/03/2023 a este espacio, se observó que se encuentran almacenados parte de los bienes muebles retirados de las oficinas del DNP con ocasión de la remodelación; el área de ingreso no cuenta con elementos como puertas, cintas amarillas, o cualquier otro mecanismo que restrinja el ingreso a personas no autorizadas, así mismo, no hay una cámara de seguridad que monitoree las actividades de esta ubicación, no obstante, existe un escritorio y una silla para un vigilante ocasional según entrevista al GISO.</p> <p>Asimismo, y de acuerdo con el registro fotográfico, se evidencia debilidad en las medidas de control para la salvaguarda y custodia de los bienes del DNP, y en cuanto al almacenamiento de los bienes, se identificaron sillas, escritorios, divisiones, entre otros, ubicados en desorden, unos encima de otros (amontonados y con demasiado polvo) imposibilitando el conteo físico y generando un riesgo de SST:</p>	<p>No Conforme</p>



Auditoría Integral al Proceso Gestión Administrativa

Fecha: 15/05/2023

Actividad	Resultado			Estado
	 <p data-bbox="444 695 505 716">Imagen 1</p>	 <p data-bbox="802 695 862 716">Imagen 2</p>	 <p data-bbox="1175 695 1235 716">Imagen 3</p>	
<p>De acuerdo con lo anterior, y teniendo en cuenta que el GISO presentó debilidades relacionadas con el sistema de control interno, por no adoptar las medidas necesarias para la salvaguarda y custodia de los bienes ubicados en el Sótano 3 del Edificio FONADE de propiedad del DNP, propiciando el deterioro por la contaminación e inadecuado almacenamiento, se podría generar un potencial riesgo fiscal, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6 numeral 4.2 "Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz".</p>				
<p>Asimismo, se presenta en el siguiente registro fotográfico de las situaciones evidenciadas:</p>				
				
<p>Fuente: Registro fotográfico Sótano 3 Edificio Fonade – 27/03/2023</p>				
<p><b>Edificio Fonade / Piso 25:</b> Espacio reservado para almacenar parte de los bienes muebles retirados de las oficinas del DNP, con ocasión a la remodelación; en recorrido físico realizado el 27/03/2023, se observó que los bienes se encuentran salvaguardados con llave, la cual es responsabilidad de la Coordinadora del Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina; en cuanto al almacenamiento, se evidenciaron elementos como pantallas de computador y televisores susceptibles de deterioro o daño por la ubicación dispuesta (imágenes 1 y 2).</p>				
<p>En general, los bienes no se encuentran almacenados de acuerdo con el grupo clasificado en SEVEN, dificultando la verificación y no cuentan con rótulo de almacenamiento, se observaron sillas en los pasillos obstaculizando la movilización, así mismo, se apilaron una encima de otra propiciando un posible accidente laboral o daño a los bienes que se encuentran alrededor (imagen 3); se presentaron elementos inservibles que no hacen parte de los bienes (imagen 1).</p>				
<p>A continuación, registro fotográfico de las situaciones evidenciadas:</p>				



Auditoría Integral al Proceso Gestión Administrativa

Fecha: 15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado
-----------	-----------	--------

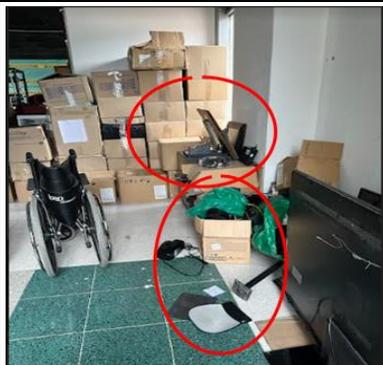


Imagen 1

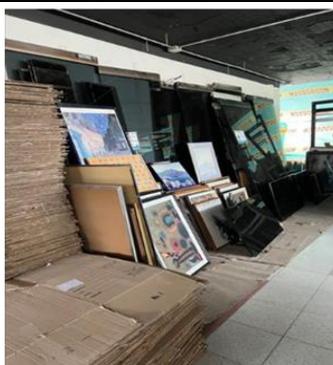


Imagen 2

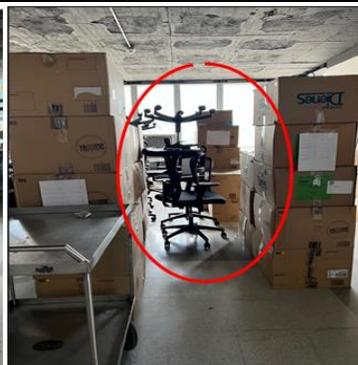


Imagen 3

**Edificio Gómez / Piso 5:** Se encuentra ubicado el Almacén del DNP, en el recorrido físico realizado el 27/03/2023, se observó que no hay un orden lógico para el almacenamiento de los bienes, por cuanto se pueden encontrar parte de los elementos correspondientes a la baja aprobada en Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 09/12/2021 – Acta No 08 de 2021, bienes producto de la remodelación y bienes que están pendientes de concepto técnico para dar de baja, así mismo, dentro del almacén se ubican bienes de un mismo grupo en distintos lugares (computadores, neveras, hornos microondas, televisores, entre otros), un estante está deteriorado y sujetado con una tabla; en general, los bienes se encuentran en desorden, apiñados, unos encima de otros, sin falta de aseo, todas estas situaciones dificultaron la verificación de las existencias frente a lo registrado en el SEVER ERP; no obstante, en la verificación selectiva a las existencias por placa, no se presentaron faltantes, por el contrario, se observaron sobrantes de 34 resmas de papel detalladas así:

Descripción	Reporte SEVERN ERP a 27/03/2023	Conteo físico (Equipo auditor)	Sobrante
Papel Bond tamaño carta	1015	1036	21
Papel fotocopia 75g Oficio blanco	376	389	13
<b>TOTALES</b>	<b>1.391</b>	<b>1.425</b>	<b>34</b>

Las siguientes imágenes ilustran lo descrito en el párrafo anterior:

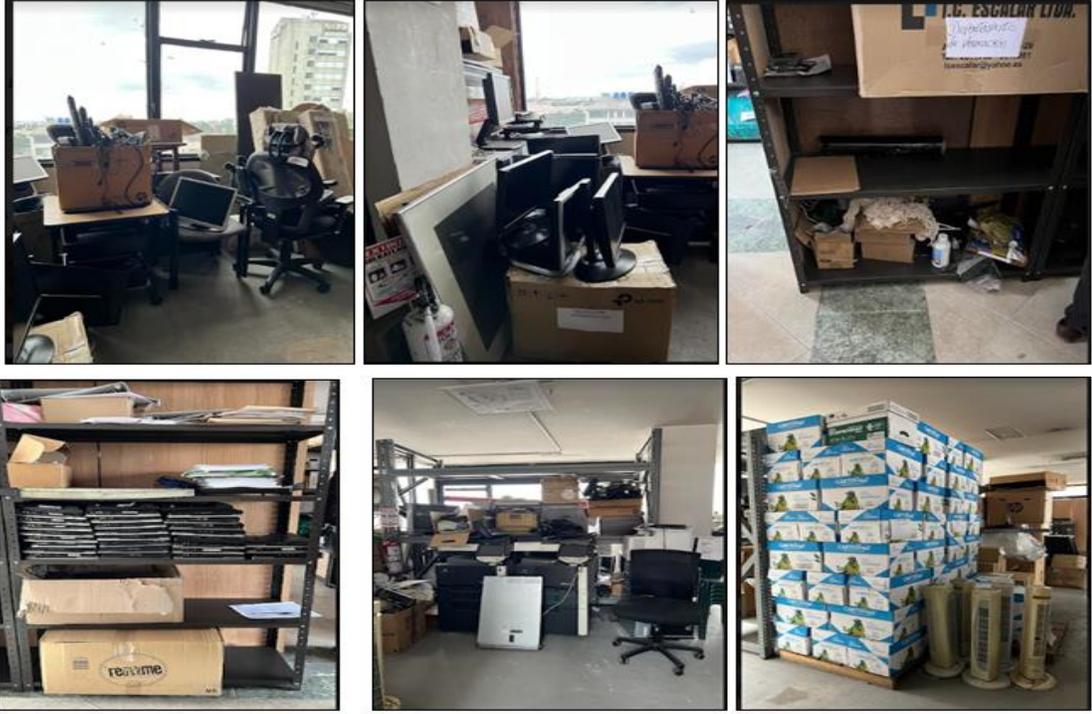


Fuente: Registro fotográfico Piso 5 (almacén) Edificio Gómez – 27/03/2023



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado
	 <p data-bbox="285 1094 724 1115">Fuente: Registro fotográfico Piso 5 (almacén) Edificio Gómez - 27/03/2023</p> <p data-bbox="667 1419 1008 1440">Puerta trasera averiada - Piso 5 (almacén) Edificio Gómez</p> <p data-bbox="285 1465 1393 1514">Lo anterior, evidencia debilidad en el Sistema de Control Interno debido al potencial riesgo fiscal que se pueda generar, por posible pérdida de los bienes almacenados en los pisos 2, 25 y sótano 3 del Edificio Fonade y piso 5 (almacén) del Edificio Gómez, por las siguientes situaciones:</p> <p data-bbox="285 1539 1393 1608">El Grupo de Gestión Documental y Biblioteca no garantizó la salvaguarda de los bienes a través del acta de entrega a la interventoría, en la cual se pueda evidenciar el estado, cantidades y compromisos para la protección de los bienes en el proceso de la remodelación, teniendo en cuenta que las condiciones ambientales son determinantes para la conservación de los libros.</p> <p data-bbox="285 1633 1393 1703">Los bienes almacenados en el piso 25 del edificio FONADE, no están agrupados por tipo de bien, no se encuentran rotulados para facilitar la identificación, no se realiza salvaguarda de los televisores y pantallas de computadores, los cuales son susceptibles de daño o deterioro por la ubicación en la que se encuentran, se apilan elementos y se guardan elementos inservibles.</p> <p data-bbox="285 1728 1393 1829">No se da la respectiva salvaguarda y custodia de los bienes del sótano 3 del Edificio FONADE, por cuanto no hay seguridad física para el ingreso a la bodega, no se almacenaron los bienes de acuerdo con la clase (grupo), en orden, rotulados y con el debido cuidado para evitar el deterioro y contaminación; el apilamiento y la obstrucción al paso dificulta el conteo físico de los bienes por lo cual se presenta incertidumbre de la cantidad y condiciones de lo allí almacenado.</p> <p data-bbox="285 1854 1393 1923">En el almacén del piso 5 del Edificio Gómez, se ubican los bienes sin orden lógico, es decir, se encuentran bienes de un mismo grupo en diferentes sitios de la bodega, apiñados, en desorden, el ambiente es de acumulación de polvo, condiciones que dificultaron la verificación de las existencias, así mismo, en el conteo se presentaron sobrantes en las resmas de papel.</p>	



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																																																					
	<p>Por lo descrito anteriormente, se presenta NO CONFORMIDAD respecto a la actividad 2, por cuanto se incumple lo establecido en el numeral 5.2 ALMACENAMIENTO DE BIENES, del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES CÓDIGO:M-AD-01, "Los bienes se almacenarán de acuerdo con su clase y material, con el fin de evitar el deterioro y la contaminación. Se deben ubicar los elementos pesados en la parte inferior de los estantes o estibas y los de menor peso y uso en la parte superior".</p> <p>Así como también, otras consideraciones contempladas en • ACCESOS "Los almacenes y bodegas deben estar estrictamente protegidos contra el acceso no autorizado, robo de artículos o incendio premeditado, contar con salidas de emergencia alternas", • ILUMINACIÓN "Nivel de iluminación mínimo: 100 Lux. Debe ubicarse sobre las áreas de tráfico o a una distancia de por lo menos 1 metro desde los artículos almacenados, para evitar la inflamación por calor radiante", • PISOS "Deben ser planos, a prueba de fugas, con pendiente adecuada para los canales colectores. Se deben cumplir medidas básicas de orden y aseo" • DEMARCACIÓN "Se debe demarcar con una franja de 10 centímetros de ancho y de color amarillo las áreas de almacenamiento, áreas de circulación, extintores y equipos de primeros auxilios, entre otros" y • SEÑALIZACIÓN "Se deben instalar avisos en equipos de control de incendios, primeros auxilios, salidas de emergencia, columnas y almacenamiento de productos especiales" de la NTC 1461. Higiene y Seguridad. Colores y señales de Seguridad, NTC 1931. Protección contra incendios, señales de seguridad. NTC 4140. Accesibilidad de las personas al medio físico. Edificios, pasillos y corredores. Características generales.</p> <p><b>Ver no conformidad No.02 de este informe</b></p>																																																						
<p>3. Registrar el ingreso bienes en el aplicativo</p>	<p>Se observó, en el reporte del "Sistema de Control de Activos SEVEN", que la entidad durante la vigencia 2022, adquirió 129 bienes por valor de \$3.571.596.797, los cuales en encuentran segmentados así:</p> <p style="text-align: center;"><b>PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO - BIENES MUEBLES E INMUEBLES</b></p> <table border="1" data-bbox="467 932 1211 1071"> <thead> <tr> <th>GRUPO</th> <th>NOMBRE DEL GRUPO</th> <th>CANTIDAD</th> <th>COSTO ADQUISICION</th> <th>% Participación (costo de adquisición)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>224</td> <td>EQUIPO DE COMPUTACION</td> <td>96</td> <td>2.962.734.459</td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>21301</td> <td>VEHICULOS</td> <td>10</td> <td>521.762.316</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>225</td> <td>SOFTWARE</td> <td>1</td> <td>87.100.000</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>TOTALES</b></td> <td></td> <td><b>107</b></td> <td><b>3.571.596.775</b></td> <td><b>100</b></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><small>Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</small></p> <p style="text-align: center;"><b>BIENES MUEBLES DE CONSUMO CONTROLADO</b></p> <table border="1" data-bbox="456 1136 1222 1312"> <thead> <tr> <th>GRUPO</th> <th>NOMBRE DEL GRUPO</th> <th>CANTIDAD</th> <th>% Participación (cantidad)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2240</td> <td>EQUIPOS DE COMPUTO CTRL ADTIVO</td> <td>16</td> <td>800</td> </tr> <tr> <td>2140</td> <td>HERRAMIENTAS ACCESORIOS CTRL ADTIVO</td> <td>2</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2180</td> <td>MUEBLES Y ENSERES CTRL ADTIVO</td> <td>2</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2070</td> <td>EQUIPO DE COMUNICACION CTRL ADTIVO</td> <td>1</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>2100</td> <td>EQUIP LAB Y ENSEÑANZA CTRL ADTIVO</td> <td>1</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td><b>TOTALES</b></td> <td></td> <td><b>22</b></td> <td><b>100%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><small>Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</small></p> <p>Se realizó una muestra de 46 elementos del grupo 24 – Equipo de computación, los cuales fueron adquiridos a través del proceso de Subasta Inversa Electrónica No SI-001-21 a la empresa MCO GLOBAL; estos bienes se encuentran individualizados con las correspondientes placas, y tienen un costo de adquisición de \$725.505.514, el cual fue corroborado en la factura de venta No. FVE468 del 11/05/2022; de la misma manera se observó que el registro del ingreso de los elementos en el aplicativo SEVER ERP se realizó mediante el comprobante de "Movimientos de Inventarios – Entrada compra activos fijos funcionamiento, No 2 del 13/05/2022 y se elaboró y suscribió el formato Recibo a Satisfacción – CÓDIGO F-FN-07 V13 y el Formato concepto técnico para bienes de TIC – CÓDIGO F-GADS-11 V2.</p> <p>Por lo anterior, se establece CONFORMIDAD de la actividad relacionada con el registro del ingreso de los bienes en el aplicativo SEVEN ERP.</p>	GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION	% Participación (costo de adquisición)	224	EQUIPO DE COMPUTACION	96	2.962.734.459	83	21301	VEHICULOS	10	521.762.316	15	225	SOFTWARE	1	87.100.000	2	<b>TOTALES</b>		<b>107</b>	<b>3.571.596.775</b>	<b>100</b>	GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	% Participación (cantidad)	2240	EQUIPOS DE COMPUTO CTRL ADTIVO	16	800	2140	HERRAMIENTAS ACCESORIOS CTRL ADTIVO	2	100	2180	MUEBLES Y ENSERES CTRL ADTIVO	2	100	2070	EQUIPO DE COMUNICACION CTRL ADTIVO	1	50	2100	EQUIP LAB Y ENSEÑANZA CTRL ADTIVO	1	50	<b>TOTALES</b>		<b>22</b>	<b>100%</b>	<p>Conforme</p>
GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION	% Participación (costo de adquisición)																																																			
224	EQUIPO DE COMPUTACION	96	2.962.734.459	83																																																			
21301	VEHICULOS	10	521.762.316	15																																																			
225	SOFTWARE	1	87.100.000	2																																																			
<b>TOTALES</b>		<b>107</b>	<b>3.571.596.775</b>	<b>100</b>																																																			
GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	% Participación (cantidad)																																																				
2240	EQUIPOS DE COMPUTO CTRL ADTIVO	16	800																																																				
2140	HERRAMIENTAS ACCESORIOS CTRL ADTIVO	2	100																																																				
2180	MUEBLES Y ENSERES CTRL ADTIVO	2	100																																																				
2070	EQUIPO DE COMUNICACION CTRL ADTIVO	1	50																																																				
2100	EQUIP LAB Y ENSEÑANZA CTRL ADTIVO	1	50																																																				
<b>TOTALES</b>		<b>22</b>	<b>100%</b>																																																				
<p>4. Reporte de novedades de ingreso a la aseguradora</p>	<p>La SARC cuenta con lineamientos establecidos en el numeral 10. del Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles – CÓDIGO: M-AD-01, que establece entre otros: "Cuando los funcionarios o contratistas informen al Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina sobre el daño, hurto o pérdida de algún bien mueble asignado a su inventario, el coordinador del Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina validará la información allegada y para el caso de daños de bienes TIC se tendrá en cuenta el concepto técnico emitido por la OTSI o por el proveedor si aplica, y con ello determinará si la situación (daño, hurto o pérdida) será objeto de afectación de la póliza de seguros del DNP o si al demostrarse negligencia o descuido por parte del funcionario o contratista deberá asumir la responsabilidad de la reparación o reposición del mismo por uno nuevo que cumpla con iguales o superiores características del bien que presenta la novedad" y periódicamente socializa tips para prevenir hurtos.</p> <p>Así las cosas, durante el 2022 se gestionaron trece (13) siniestros entre hurtos y daños a bienes del DNP, de los cuales producto del análisis del GISO, se determinó realizar la solicitud de indemnización a la aseguradora de diez (10) elementos y para los tres (3) restantes se requirió a los colaboradores que tenían los bienes asignados, sustituirlos; a continuación, el detalle de los siniestros:</p>	<p>Conforme</p>																																																					



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																																												
	<table border="1" data-bbox="544 373 1131 667"> <thead> <tr> <th>Placa</th> <th>Descripción Activo</th> <th>Memorando de reporte de hurto</th> <th>REPOSICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SGR00635</td> <td>PORTATIL</td> <td>20214600177053 del 19-11-2021</td> <td rowspan="3">SERVIDOR PÚBLICO</td> </tr> <tr> <td>SGR00710</td> <td>PORTATIL</td> <td>20214600176983 del 19/11/2021</td> </tr> <tr> <td>SGR00688</td> <td>PORTATIL</td> <td>20214600170573 05-11-2021</td> </tr> <tr> <td>SGR00631</td> <td>PORTATIL</td> <td rowspan="2">20204600163523 del 18/11/2020</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>SGR00535</td> <td>MODEM WIFI</td> </tr> <tr> <td>SGR00641</td> <td>PORTATIL</td> <td>2021460010523 del 19/01/2021</td> <td rowspan="7">ASEGURADORA</td> </tr> <tr> <td>SGR00646</td> <td>PORTATIL</td> <td>20204600160563 del 11/11/2020</td> </tr> <tr> <td>SGR00754</td> <td>PORTATIL</td> <td>20224600011383 del 14-01-2022</td> </tr> <tr> <td>43371</td> <td>PORTATIL</td> <td rowspan="2">20228490071703 del 22-04-2022</td> </tr> <tr> <td>43445</td> <td>PORTATIL</td> </tr> <tr> <td>39799</td> <td>TELEVISOR</td> <td>20224300087993 del 31-05-2022</td> </tr> <tr> <td>SGR00037</td> <td>MODEM WIFI</td> <td>20218470167403 del 29-10-2021</td> </tr> <tr> <td>39985</td> <td>PORTATIL</td> <td>20226530099983 del 01-07-2022</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="662 667 1016 684">Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</p> <p data-bbox="285 709 1393 783">Por lo anterior, se establece CONFORMIDAD de la actividad relacionada con el reporte de novedades de ingreso a la aseguradora, y la reposición de los bienes hurtados por parte de los colaboradores responsables, de acuerdo con lo señalado en el Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO: M-AD-01.</p>	Placa	Descripción Activo	Memorando de reporte de hurto	REPOSICIÓN	SGR00635	PORTATIL	20214600177053 del 19-11-2021	SERVIDOR PÚBLICO	SGR00710	PORTATIL	20214600176983 del 19/11/2021	SGR00688	PORTATIL	20214600170573 05-11-2021	SGR00631	PORTATIL	20204600163523 del 18/11/2020		SGR00535	MODEM WIFI	SGR00641	PORTATIL	2021460010523 del 19/01/2021	ASEGURADORA	SGR00646	PORTATIL	20204600160563 del 11/11/2020	SGR00754	PORTATIL	20224600011383 del 14-01-2022	43371	PORTATIL	20228490071703 del 22-04-2022	43445	PORTATIL	39799	TELEVISOR	20224300087993 del 31-05-2022	SGR00037	MODEM WIFI	20218470167403 del 29-10-2021	39985	PORTATIL	20226530099983 del 01-07-2022	
Placa	Descripción Activo	Memorando de reporte de hurto	REPOSICIÓN																																											
SGR00635	PORTATIL	20214600177053 del 19-11-2021	SERVIDOR PÚBLICO																																											
SGR00710	PORTATIL	20214600176983 del 19/11/2021																																												
SGR00688	PORTATIL	20214600170573 05-11-2021																																												
SGR00631	PORTATIL	20204600163523 del 18/11/2020																																												
SGR00535	MODEM WIFI																																													
SGR00641	PORTATIL	2021460010523 del 19/01/2021	ASEGURADORA																																											
SGR00646	PORTATIL	20204600160563 del 11/11/2020																																												
SGR00754	PORTATIL	20224600011383 del 14-01-2022																																												
43371	PORTATIL	20228490071703 del 22-04-2022																																												
43445	PORTATIL																																													
39799	TELEVISOR	20224300087993 del 31-05-2022																																												
SGR00037	MODEM WIFI	20218470167403 del 29-10-2021																																												
39985	PORTATIL	20226530099983 del 01-07-2022																																												
<p>5. Entregar bienes muebles al servicio</p>	<p data-bbox="285 827 1393 926">Se verificaron los reportes de solicitudes de bienes de enero a marzo y de elementos de papelería de enero a febrero de 2023, los cuales son generados de la herramienta "Centro de Servicios" y contienen la información de número de solicitud, persona asignada para atender el requerimiento, grupo, fecha de apertura, resumen, estado y usuario final afectado; de acuerdo con los reportes a marzo/2023 se atendieron 244 solicitudes de movimientos y traslados de inventarios y 32 de papelería y suministros.</p> <p data-bbox="285 951 1393 999">Teniendo en cuenta que estos servicios son por demanda, se recomienda identificar el tiempo de atención de las solicitudes, con el fin de medir el desempeño de esta actividad y apoyar la mejora del proceso.</p> <p data-bbox="285 1024 1052 1052">Por lo anterior, se establece CONFORMIDAD de la actividad relacionada con la entrega de bienes.</p>	<p>Conforme</p>																																												
<p>6. Control de activos, propiedad, planta y equipo y Control Administrativo</p>	<p data-bbox="285 1089 1393 1283">Con el fin de identificar el cumplimiento del control establecido para la determinación de las existencias de la Propiedad, Planta y Equipo y los bienes de control administrativo, se evaluó lo señalado en el numeral 7.1. Inventarios de Bienes del Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO: M-AD-01: "La toma física de los bienes existentes en el almacén incluyendo los bienes de consumo, se debe realizar como mínimo dos veces al año, con corte a 30 de junio y a 31 de diciembre, el resultado se confrontará contra los saldos de existencias generados por el sistema de control de activos a la fecha de su realización. Este conteo será realizado por los funcionarios responsables del almacén y el Coordinador del Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina quienes elaborarán y firmarán un certificado de existencia de bienes el cual tendrá adjunto el listado de saldo de bienes donde conste el resultado de la toma física", evidenciando que se generaron los siguientes documentos para los inventarios realizados con corte a junio y diciembre de 2022:</p> <p data-bbox="285 1308 1393 1381">Dos certificaciones de existencias de activos fijos y elementos de consumo en el almacén del Departamento Nacional de Planeación – DNP suscritos por el Auxiliar de Servicios Generales GISO, el Asesor GISO y la Coordinadora GISO de fechas de expedición del 06/06/2022 y 10/01/2023, en las cuales consta que no se presentaron diferencias ni novedades.</p> <p data-bbox="285 1407 1393 1480">Dos reportes generados del aplicativo SEVEN ERP, de las existencias de las bodegas 9900 – Bodega DVR Monitoreo – Útiles de oficina, 9901 – Bodega principal de almacén, 9904- Proveeduría Integral – Outsourcing, 9907 – Bodega principal DNP – Útiles de oficina y 11000 – Bodega principal SGR – Útiles de oficina.</p> <p data-bbox="285 1505 1393 1579">Dos listados de Bienes Reintegrados de las existencias en las bodegas 9902 – Bodega activos fijos reintegrados, 9903 - Bodega activos fijos para baja sin concepto, 9999 – Bodega de bajas, Bodega 11002 – Bodega SGR reintegrados, Bodega 11003 – SGR Activos fijos para bajas y Bodega 11004 – Bodega SGR -Activos fijos adquiridos.</p> <p data-bbox="285 1604 1393 1745">De lo cual se concluye, que no existe evidencia documentada de la toma física, por cuanto no hay registro de la confrontación de esta frente a los saldos de las existencias generadas por el aplicativo SEVEN ERP, así mismo, estos reportes no reflejan la cantidad de existencias por grupo o bodega, como tampoco las certificaciones indican las cantidades identificadas, por lo cual es indeterminado el resultado cuantitativo del proceso de inventarios semestrales. De otro lado, revisados los listados de Bienes Reintegrados con corte a junio y diciembre de 2022, se identificó que no se realizó la toma física a los grupos 225 – Software, 212 – Maquinaria y Equipo (Muebles, enseres y Equipo de Cómputo), 218 – Muebles y Enseres, 2241 – Equipo de Computación en Comodato, 2071 – Equipos de comunicación en Comodato.</p> <p data-bbox="285 1770 1393 1938">Las anteriores situaciones, evidencian debilidad en el Sistema de Control Interno debido a que no hay evidencia de la toma física realizada, no hay determinación de los saldos de inventarios certificados y no se realizaron los inventarios de los grupos de bienes 225, 212, 218, 2241 y 2071, generando un posible impacto sobre la razonabilidad de los saldos de la PPE, registrados en los activos de los estados financieros, en consecuencia, se presenta NO CONFORMIDAD respecto a la actividad 6. Control de activos, propiedad, planta y equipo y Control Administrativo, del Procedimiento para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles PT-AD-01 V1 "Realizar la verificación física de <b>todos los bienes que se encuentran en el almacén</b> y al servicio en las dependencias a cargo de funcionarios y contratistas, contra los registrados en el sistema de control de activos..." (Negrilla y subrayado fuera de texto).</p>	<p>No Conforme</p>																																												



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																																																																	
	<p>Asimismo, se incumple el Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO: M-AD-01 V11 en lo relacionado con el numeral 7.1 Inventario de Bienes: "El Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina realizará la toma física de bienes por piso y por puesto de trabajo, <b>verificando cada uno de los bienes que tenga a cargo el funcionario o contratista</b>, de ser necesario registrará las novedades en el sistema de control de activos y emitirá la relación de los bienes a cargo con el fin de que sea revisada y avalada por el funcionario o contratista" (Negrilla y subrayado fuera de texto), asimismo, por un potencial riesgo fiscal, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6 numeral 4.2 "Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz".</p> <p><b>Ver No conformidad No.03 de este informe</b></p>																																																																		
<p>7. Conciliación de movimientos del Almacén de bienes de PPE</p>	<p>Se observaron las conciliaciones mensuales de enero y febrero de 2023, en las cuales se refleja el saldo del mes anterior de cada grupo de bienes, los movimientos de ingresos y egresos y la depreciación, registrados en el aplicativo SEVEN ERP; esta información se valida frente a los registros de las cuentas de propiedad, planta y equipo del balance y en caso de diferencias, se realizan los análisis y ajustes pertinentes.</p> <p>Se evidenció que los movimientos de ingresos y egresos cuentan con los respectivos comprobantes generados del aplicativo SEVEN ERP y durante enero y febrero de 2023, no se presentaron diferencias entre la información del aplicativo de inventarios y la contabilidad, generando cifras iguales entre el balance de prueba de SEVEN ERP y los saldos y movimientos ECP del SIIF - Sistema Integrado de Información Financiera.</p> <p>Se presenta el detalle de los saldos conciliados a febrero de 2023:</p> <table border="1" data-bbox="331 911 1349 1276"> <thead> <tr> <th colspan="5">CONCILIACIÓN DE SALDOS A FEBRERO DE 2023</th> </tr> <tr> <th>CUENTA</th> <th>NOMBRE CUENTA</th> <th>SEVEN ERP</th> <th>SIIF - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA</th> <th>DIFERENCIA</th> </tr> <tr> <th colspan="5">SALDO FINAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16</td> <td>PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO</td> <td>64.860.370.014,22</td> <td>64.860.370.014,22</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1640</td> <td>EDIFICACIONES</td> <td>48.573.867.845,00</td> <td>48.573.867.845,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1655</td> <td>MAQUINARIA Y EQUIPO</td> <td>648.144.355,00</td> <td>648.144.355,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1665</td> <td>MUEBLES ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA</td> <td>3.041.452.084,00</td> <td>3.041.452.084,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1670</td> <td>EQUIPOS DE COMUNICACION Y COMPUTACION</td> <td>31.292.337.067,05</td> <td>31.292.337.067,05</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1675</td> <td>EQUIPO DE TRANSP., TRACCION Y ELEVACION</td> <td>2.207.035.103,00</td> <td>2.207.035.103,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1681</td> <td>BIENES DE ARTE Y CULTURA</td> <td>57.310.140,00</td> <td>57.310.140,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1685</td> <td>DEPRECIACION ACUMULADA</td> <td>-20.959.776.579,83</td> <td>-20.959.776.579,83</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>1970</td> <td>INTANGIBLES</td> <td>22.181.574.818,96</td> <td>22.181.574.815,75</td> <td>3,21</td> </tr> <tr> <td>1975</td> <td>AMORTIZACION ACUMULADA INTANGIBLES</td> <td>-5.808.756.059,38</td> <td>-5.808.756.057,14</td> <td>-2,24</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><i>Fuente: Balance de Prueba Seven febrero 2023 y Balance de Prueba SIIF febrero 2023</i></p> <p>No obstante, las debilidades del Sistema de Control Interno evidenciadas en el almacenamiento de bienes (NC 02) y en el inventario de la Propiedad, Planta y Equipo y los bienes de Control Administrativo (NC 03), afectan la calidad de la información reportada en las conciliaciones al área contable y genera posible incertidumbre de los saldos revelados en los estados financieros, por lo cual se presenta NO CONFORMIDAD a la actividad No 7 del procedimiento y se debe ser tratada en conjunto con las (NC 02 y NC 03).</p>	CONCILIACIÓN DE SALDOS A FEBRERO DE 2023					CUENTA	NOMBRE CUENTA	SEVEN ERP	SIIF - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA	DIFERENCIA	SALDO FINAL					16	PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	64.860.370.014,22	64.860.370.014,22	0,00	1640	EDIFICACIONES	48.573.867.845,00	48.573.867.845,00	0,00	1655	MAQUINARIA Y EQUIPO	648.144.355,00	648.144.355,00	0,00	1665	MUEBLES ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	3.041.452.084,00	3.041.452.084,00	0,00	1670	EQUIPOS DE COMUNICACION Y COMPUTACION	31.292.337.067,05	31.292.337.067,05	0,00	1675	EQUIPO DE TRANSP., TRACCION Y ELEVACION	2.207.035.103,00	2.207.035.103,00	0,00	1681	BIENES DE ARTE Y CULTURA	57.310.140,00	57.310.140,00	0,00	1685	DEPRECIACION ACUMULADA	-20.959.776.579,83	-20.959.776.579,83	0,00	1970	INTANGIBLES	22.181.574.818,96	22.181.574.815,75	3,21	1975	AMORTIZACION ACUMULADA INTANGIBLES	-5.808.756.059,38	-5.808.756.057,14	-2,24	<p>No Conforme</p>
CONCILIACIÓN DE SALDOS A FEBRERO DE 2023																																																																			
CUENTA	NOMBRE CUENTA	SEVEN ERP	SIIF - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA	DIFERENCIA																																																															
SALDO FINAL																																																																			
16	PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	64.860.370.014,22	64.860.370.014,22	0,00																																																															
1640	EDIFICACIONES	48.573.867.845,00	48.573.867.845,00	0,00																																																															
1655	MAQUINARIA Y EQUIPO	648.144.355,00	648.144.355,00	0,00																																																															
1665	MUEBLES ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	3.041.452.084,00	3.041.452.084,00	0,00																																																															
1670	EQUIPOS DE COMUNICACION Y COMPUTACION	31.292.337.067,05	31.292.337.067,05	0,00																																																															
1675	EQUIPO DE TRANSP., TRACCION Y ELEVACION	2.207.035.103,00	2.207.035.103,00	0,00																																																															
1681	BIENES DE ARTE Y CULTURA	57.310.140,00	57.310.140,00	0,00																																																															
1685	DEPRECIACION ACUMULADA	-20.959.776.579,83	-20.959.776.579,83	0,00																																																															
1970	INTANGIBLES	22.181.574.818,96	22.181.574.815,75	3,21																																																															
1975	AMORTIZACION ACUMULADA INTANGIBLES	-5.808.756.059,38	-5.808.756.057,14	-2,24																																																															
<p>8. Baja de bienes</p>	<p>Se constató que durante la vigencia 2022 y lo corrido de 2023, no se han presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, bienes para aprobación de baja, no obstante, la SARC a 31/12/2022 identificó 1.262 elementos susceptibles de baja y los registró en la bodega del aplicativo SEVEN ERP – 9903. ACTIVOS FIJOS PARA BAJA SIN CONCEPTO SEVEN ERP, de los cuales 32 corresponde a la Propiedad, Planta y Equipo con saldo de \$749.427.205,40, detallados así:</p> <table border="1" data-bbox="440 1579 1235 1682"> <thead> <tr> <th>GRUPO</th> <th>NOMBRE DEL GRUPO</th> <th>CANTIDAD</th> <th>COSTO ADQUISICION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>224</td> <td>EQUIPO DE COMPUTACION</td> <td>17</td> <td>\$ 296.689.189,00</td> </tr> <tr> <td>230</td> <td>OFICINA ABIERTA</td> <td>13</td> <td>\$ 415.515.201,40</td> </tr> <tr> <td>207</td> <td>EQUIPO DE COMUNICACION</td> <td>2</td> <td>\$ 37.222.815,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTALES</td> <td>32</td> <td>\$ 749.427.205,40</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><i>Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</i></p> <p>Al verificar la gestión de los análisis administrativos, técnicos y financieros para presentar ante el CIGD, se observó que no se han realizado para los 1.262 bienes registrados en la bodega 9903, razón por la cual, éstos siguen siendo parte de los inventarios de la entidad, por ende, del Activo "Propiedad, Planta y Equipo" de los estados financieros, impactando el valor en \$749.427.205,40.</p> <p>Por otro lado, en sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 09/12/2021 con acta No 08-2021, se presentaron y aprobaron 340 bienes para dar de baja (elementos registrados en la bodega 9903 ACTIVOS FIJOS PARA BAJA SIN CONCEPTO), de los cuales 25 son de la Propiedad, Planta y Equipo y 315 son de control administrativo; se presenta el detalle de la PPE:</p>	GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION	224	EQUIPO DE COMPUTACION	17	\$ 296.689.189,00	230	OFICINA ABIERTA	13	\$ 415.515.201,40	207	EQUIPO DE COMUNICACION	2	\$ 37.222.815,00	TOTALES		32	\$ 749.427.205,40	<p>No Conforme</p>																																													
GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION																																																																
224	EQUIPO DE COMPUTACION	17	\$ 296.689.189,00																																																																
230	OFICINA ABIERTA	13	\$ 415.515.201,40																																																																
207	EQUIPO DE COMUNICACION	2	\$ 37.222.815,00																																																																
TOTALES		32	\$ 749.427.205,40																																																																



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																																																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GRUPO</th> <th>NOMBRE DEL GRUPO</th> <th>CANTIDAD</th> <th>COSTO ADQUISICION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>224</td> <td>EQUIPO DE COMPUTACION</td> <td>1</td> <td>\$ 1.873.600.000</td> </tr> <tr> <td>208</td> <td>EQUIPOS Y MAQUINAS PARA CONSTRUCCION INS</td> <td>2</td> <td>\$ 346.997.718</td> </tr> <tr> <td>21301</td> <td>VEHICULOS</td> <td>15</td> <td>\$ 245.632.944</td> </tr> <tr> <td>207</td> <td>EQUIPO DE COMUNICACIÓN</td> <td>4</td> <td>\$ 192.463.615</td> </tr> <tr> <td>230</td> <td>OFICINA ABIERTA</td> <td>3</td> <td>\$ 86.947.186</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>TOTALES</b></td> <td><b>25</b></td> <td><b>\$2.745.641.463,00</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: SARC – Acta No.08-2021 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p> <p>No obstante, se identifica falta de gestión a las decisiones del CIGD, ya que durante más de un (1) año no se expedido el acto administrativo que ordene la baja y por consiguiente estos bienes han hecho parte del inventario y los activos de la entidad, específicamente la Propiedad, Planta y Equipo sobre estimando este valor en \$2.745.641.463, por no realizar la baja en las cuentas y la disposición final de los bienes.</p> <p>En cuanto a las bajas por hurtos y daños, se presentaron trece (13) bajas, de las cuales diez (10) corresponden a hurtos (computadores) y tres (3) a daños; con el fin de verificar el cumplimiento del procedimiento, se seleccionó una muestra de cuatro eventos de hurtos, detallados a continuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Placa</th> <th rowspan="2">Descripción Activo</th> <th rowspan="2">Memorando de reporte de hurto</th> <th colspan="2">Aprobación de la indemnización Aseguradora Marsh</th> <th colspan="2">Solicitud de indemnización</th> <th colspan="2">Comprobante - Baja de Activos Fijos</th> </tr> <tr> <th>Radicado</th> <th>Fecha</th> <th>Fecha</th> <th>Número de siniestro</th> <th>No</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SGR00631</td> <td>PORTATIL</td> <td>20204600163523 del 18/11/2020</td> <td>DLM 20214414</td> <td>18/01/2021</td> <td>27/01/2022</td> <td>930-83-2020- 1081</td> <td>1</td> <td>17/01/2022</td> </tr> <tr> <td>SGR00535</td> <td>MODEM WIFI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SGR00641</td> <td>PORTATIL</td> <td>20214600010523 del 19/01/2021</td> <td>MARSH-032</td> <td>18/05/2021</td> <td>27/01/2022</td> <td>930-83-2021-1131</td> <td>2</td> <td>17/01/2022</td> </tr> <tr> <td>SGR00646</td> <td>PORTATIL</td> <td>20204600160563 del 11/11/2020</td> <td>MARSH-019</td> <td>18/01/2021</td> <td>27/01/2022</td> <td>930-83-2020-1082</td> <td>3</td> <td>17/01/2022</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: SARC - Memorando 20236600036423 del 1/03/2023</p> <p>Se determina que la SARC, tardó más de un año en realizar la solicitud de indemnización a la aseguradora para los portátiles con placas SGR00641 y SGR00646, asimismo y de acuerdo con las anteriores situaciones, se presentan debilidades del control interno por falta de gestión para documentar los conceptos y presentar al CIGD los 1.262 elementos susceptibles de baja, de los cuales treinta y dos (32), tienen valor contable en el activo de \$749.427.205,40; de igual manera, falta de diligencia para tramitar oportunamente el acto administrativo que ordene la baja de los 340 bienes aprobados por el CIGD del 09/12/2021 de los cuales veinticinco (25) tienen valor contable en el activo de \$2.745.641.463, esto genera una sobrestimación contable de la Propiedad, Planta y Equipo por un total de \$3.495.068.668,40; no se gestiona el stock de inventarios de elementos que no prestan el servicio misional o administrativo a la entidad, copando la capacidad de almacenamiento para el caso en concreto con los 1.262 bienes de la bodega 9903 – Activos fijos para dar de baja, propiciando las No Conformidades relacionadas con el almacenamiento de los bienes y la toma física (inventarios) de este informe y no se tramita con diligencia las novedades ante la aseguradora con el fin de disponer oportunamente de los bienes para el uso de los colaboradores de la entidad.</p> <p>Por lo tanto, se presenta NO CONFORMIDAD respecto a la actividad 8, por cuanto se incumple con lo establecido en el numeral 3.2.15 de la Resolución 193 de 2016, «Depuración contable permanente y sostenible», "(...) Las entidades cuya información financiera no refleje su realidad económica deberán adelantar las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados financieros, de forma que cumplan las características fundamentales de relevancia y representación fiel. Asimismo, las entidades adelantarán las acciones pertinentes para depurar la información financiera e implementar los controles que sean necesarios a fin de mejorar la calidad de la información (...)" y el numeral 6.2 del Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO: M-AD-01 V11, "Los bienes muebles que por su desgaste, deterioro u obsolescencia no sean útiles para el DNP y no sean susceptibles de adaptación o reparación, serán presentados ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional de la Entidad, partiendo del análisis administrativo, técnico y financiero que corrobora que no son requeridos para el servicio del DNP con el fin de que apruebe su baja...".</p> <p><b>Ver no conformidad No.04 de este informe.</b></p>	GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION	224	EQUIPO DE COMPUTACION	1	\$ 1.873.600.000	208	EQUIPOS Y MAQUINAS PARA CONSTRUCCION INS	2	\$ 346.997.718	21301	VEHICULOS	15	\$ 245.632.944	207	EQUIPO DE COMUNICACIÓN	4	\$ 192.463.615	230	OFICINA ABIERTA	3	\$ 86.947.186	<b>TOTALES</b>		<b>25</b>	<b>\$2.745.641.463,00</b>	Placa	Descripción Activo	Memorando de reporte de hurto	Aprobación de la indemnización Aseguradora Marsh		Solicitud de indemnización		Comprobante - Baja de Activos Fijos		Radicado	Fecha	Fecha	Número de siniestro	No	Fecha	SGR00631	PORTATIL	20204600163523 del 18/11/2020	DLM 20214414	18/01/2021	27/01/2022	930-83-2020- 1081	1	17/01/2022	SGR00535	MODEM WIFI								SGR00641	PORTATIL	20214600010523 del 19/01/2021	MARSH-032	18/05/2021	27/01/2022	930-83-2021-1131	2	17/01/2022	SGR00646	PORTATIL	20204600160563 del 11/11/2020	MARSH-019	18/01/2021	27/01/2022	930-83-2020-1082	3	17/01/2022	
GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	CANTIDAD	COSTO ADQUISICION																																																																														
224	EQUIPO DE COMPUTACION	1	\$ 1.873.600.000																																																																														
208	EQUIPOS Y MAQUINAS PARA CONSTRUCCION INS	2	\$ 346.997.718																																																																														
21301	VEHICULOS	15	\$ 245.632.944																																																																														
207	EQUIPO DE COMUNICACIÓN	4	\$ 192.463.615																																																																														
230	OFICINA ABIERTA	3	\$ 86.947.186																																																																														
<b>TOTALES</b>		<b>25</b>	<b>\$2.745.641.463,00</b>																																																																														
Placa	Descripción Activo	Memorando de reporte de hurto	Aprobación de la indemnización Aseguradora Marsh		Solicitud de indemnización		Comprobante - Baja de Activos Fijos																																																																										
			Radicado	Fecha	Fecha	Número de siniestro	No	Fecha																																																																									
SGR00631	PORTATIL	20204600163523 del 18/11/2020	DLM 20214414	18/01/2021	27/01/2022	930-83-2020- 1081	1	17/01/2022																																																																									
SGR00535	MODEM WIFI																																																																																
SGR00641	PORTATIL	20214600010523 del 19/01/2021	MARSH-032	18/05/2021	27/01/2022	930-83-2021-1131	2	17/01/2022																																																																									
SGR00646	PORTATIL	20204600160563 del 11/11/2020	MARSH-019	18/01/2021	27/01/2022	930-83-2020-1082	3	17/01/2022																																																																									

**Conclusiones:** De acuerdo con las pruebas realizadas, se evidenció CONFORMIDAD respecto a las actividades 1, 3, 4, y 5 establecidas en el procedimiento "PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles V5", ejecutado por el Grupo de Inventarios y Suministros (GISO) de la Subdirección Administrativa y Relacionamiento con la Ciudadanía (SARC), sin embargo, se presentaron debilidades de control en cuanto a la salvaguarda, custodia, evidencia de la toma física de los inventarios, diligencia en la baja de bienes, situaciones que posiblemente afectaron la información reportada al área financiera en las conciliaciones mensuales, generando una posible sobre estimación o subestimación de la Propiedad, Planta y Equipo del Activo de los Estados Financieros de la Entidad.

Lo anterior, por situaciones observadas en las actividades: 2. Almacenar bienes, por salvaguarda y custodia de bienes, 6. Control de activos, por ausencia evidencia de los inventarios periódicos, 7. Conciliación de movimientos del Almacén de bienes de PPE y 8. Baja de bienes, por falta de gestión para baja de bienes; generando un potencial riesgo fiscal, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6 numeral 4.2 "Evento Potencial: Hechos inciertos o



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz”.

Del mismo modo, y de acuerdo con los hallazgos asociados al procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles V5 actividad 2 Almacenar bienes, se evidenció riesgo no identificado en la Matriz integral por “Pérdida del Activo”; a partir de los riesgos y controles diseñados en la Matriz Integral de Riesgos del DNP, se observó una posible materialización de los Riesgos Números 2 “Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo” por daño de un monitor el cual fue dado en reposición por la aseguradora y se presentó el hurto de un computador portátil por fuera de las instalaciones del DNP y 156 “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiarse de bienes de la entidad”, por daño puerta trasera del Almacén (Piso 5) Edificio Gómez y los inventarios del año 2022 no cuentan con los soportes que permitan verificar las existencias físicas frente a lo registrado en SEVEN.

Ver No Conformidades No.02, 03 y 04 de este informe.

PT-AD-02 Atención de Requerimientos Logísticos V9

Proceso	Objetivo	Alcance	Responsable	Condiciones Generales y/o Políticas de Operación
Gestión Administrativa	Establecer las actividades para la prestación de los servicios de apoyo logístico y administrativo que requiere el DNP para su normal funcionamiento, de acuerdo con las necesidades de las dependencias.	Inicia con las solicitudes de servicios, la asignación de actividades de apoyo logístico continúa con la viabilidad, atención, ejecución de las solicitudes requeridas para el normal funcionamiento del DNP y finaliza con el cierre de las solicitudes.	Subdirector Administrativo y Relacionamiento con la Ciudadanía, Coordinador Grupo de Logística e Infraestructura	Las contenidas en el Manual para la Administración Logística M-AD-02 y las actividades de requerimientos logísticos y trámites administrativos que se ejecuten en el marco de los convenios se realizan conforme sus manuales operativos o parámetros establecidos.

Con el propósito de verificar el cumplimiento del objetivo del procedimiento, se verificó la trazabilidad, adherencia y desempeño de las cinco (5) actividades que lo componen, y cuyos resultados se definen a continuación:

Actividad	Resultado	Estado																																										
1. Solicitar servicios de apoyo logístico, aseo y cafetería	<p>Hace referencia a todas aquellas actividades de tipo preventivo o correctivo que pueden ser realizadas con el propósito de garantizar la disponibilidad y el buen estado de los bienes muebles, inmuebles y del parque automotor que son propiedad del DNP. En atención a la verificación de la actividad se observó, herramienta de control (<b>Portal de Usuarios Centro de Servicios</b>) ubicada en la intranet “La rebeca” en el cual se gestionan los servicios logísticos (Cerrajería, carpintería, fontanería, electricidad, pintura, mampostería, vehículos y adecuaciones) en el módulo “<b>Logística e Infraestructura - Servicios Generales</b>”. Para la vigencia 2022 se solicitaron por la herramienta un total de 1519 requerimientos, los cuales fueron solucionados en los tiempos de atención definidos en el Manual para la Administración de Logística.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Recibidos</th> <th>Atendidos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Enero</td><td>107</td><td>107</td></tr> <tr><td>Febrero</td><td>155</td><td>155</td></tr> <tr><td>Marzo</td><td>226</td><td>226</td></tr> <tr><td>Abril</td><td>98</td><td>98</td></tr> <tr><td>Mayo</td><td>127</td><td>127</td></tr> <tr><td>Junio</td><td>109</td><td>109</td></tr> <tr><td>Julio</td><td>85</td><td>85</td></tr> <tr><td>Agosto</td><td>111</td><td>111</td></tr> <tr><td>Septiembre</td><td>104</td><td>104</td></tr> <tr><td>Octubre</td><td>144</td><td>144</td></tr> <tr><td>Noviembre</td><td>141</td><td>141</td></tr> <tr><td>Diciembre</td><td>112</td><td>112</td></tr> <tr><td colspan="2">Total 1519</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Requerimientos recibidos / atendidos</p> <p>Legend: Recibidos (blue bars), Atendidos (orange bars), Potencial (Atendidos) (dotted line), Exponencial (Atendidos) (dotted line).</p>	Mes	Recibidos	Atendidos	Enero	107	107	Febrero	155	155	Marzo	226	226	Abril	98	98	Mayo	127	127	Junio	109	109	Julio	85	85	Agosto	111	111	Septiembre	104	104	Octubre	144	144	Noviembre	141	141	Diciembre	112	112	Total 1519			Conforme
	Mes	Recibidos	Atendidos																																									
Enero	107	107																																										
Febrero	155	155																																										
Marzo	226	226																																										
Abril	98	98																																										
Mayo	127	127																																										
Junio	109	109																																										
Julio	85	85																																										
Agosto	111	111																																										
Septiembre	104	104																																										
Octubre	144	144																																										
Noviembre	141	141																																										
Diciembre	112	112																																										
Total 1519																																												
Por lo anterior, se establece CONFORMIDAD de la actividad relacionada con la captura de las solicitudes de información.																																												



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado
<p><b>2. Asignar actividades de apoyo logístico</b></p>	<p>Respecto a la actividad las asignaciones de los requerimientos se realizan de acuerdo con la solicitud y se trasladan las necesidades a los responsables de la actividad vehículos: dirige sus solicitudes a los conductores, para el caso de servicios de mantenimiento locativo, puertas de acceso y mantenimiento de equipo de oficina, telefonía, cerrajería, readecuación de puestos de trabajo, se asigna las solicitudes en el aplicativo CA Service Management, al técnico Operativo, auxiliar administrativo o contratista, de acuerdo con el tipo de servicio escogido por el usuario.</p> <p>Frente a la prueba realizada, se observó que los 1519 requerimientos fueron asignados al personal encargado y responsable de ejecutar la solicitud, sin embargo, se observaron solicitudes que fueron realizadas y ejecutadas por la misma persona como son: Instalación bases de access point con código de registro 16568, 18764, 38473, y 54126. Estas solicitudes debieron haber sido generadas por personal de la OTSI y no por la persona que realiza los mantenimientos del grupo de logística.</p> <p>Dado lo anterior y como resultado de las verificaciones practicadas, se determina CONFORMIDAD en la actividad de asignación de los requerimientos logísticos, sin embargo, se recomienda que las solicitudes y ejecuciones de los requerimientos se realicen de acuerdo con el procedimiento y así poder identificar los servicios realizados por los colaboradores del DNP.</p>	<p>Conforme</p>
<p><b>3. Viabilizar la solicitud</b></p>	<p>En atención a la verificación de la actividad se observó, que las 1519 solicitudes fueron viabilizadas, aprobadas y asignadas a los auxiliares, técnicos o contratistas del Grupo de Logística e Infraestructura (GLI), la trazabilidad de la aprobación del requerimiento se realiza directamente en el aplicativo. Para las solicitudes de aprobación de mantenimiento del parque automotor, se observó registro de 138 solicitudes, las cuales cuentan con documento de aprobación y registradas con número de radicado ORFEO.</p> <p>Dado lo anterior y como resultado de las verificaciones practicadas, se determina CONFORMIDAD en la actividad de viabilización de las solicitudes de cerrajería, carpintería, fontanería, electricidad, pintura, mampostería y adecuaciones, fueron aprobadas directamente en el aplicativo, la viabilidad de las solicitudes de mantenimiento de vehículo es soportadas y aprobadas, por la coordinadora del GLI con número de radicado ORFEO.</p>	<p>Conforme</p>
<p><b>4. Prestar el Servicio</b></p>	<p>De acuerdo con los servicios presentados en el procedimiento se observó lo siguiente:</p> <p><b>Servicio de Transporte:</b> El servicio de transporte se presta con el propósito de facilitar el desplazamiento de los funcionarios y/o contratistas que por las características de sus funciones así lo requieran. Este se clasifica como servicio de apoyo a dependencias o servicio operativo y servicios especiales de transporte. Los (41) vehículos están destinados para la prestación de servicios de transporte al Director General, Subdirectores Generales, Secretaria General y Directores Técnicos, que tienen autorizado el uso de vehículos oficiales, así como de los vehículos para el servicio de transporte operativo para funcionarios.</p> <p>En la vigencia del 2022, se prestaron 409 requerimientos de transporte cumpliendo con lo establecido en el procedimiento y a los tiempos señalados en el numeral 5.1 del Manual para la administración logística CODIGO: M-AD-02. El DNP cuenta con un total de (41) vehículos, entre los cuales (15) se encuentran en proceso para la baja y no se usan desde el 2021, sin embargo, se observaron vehículos sin el pago del SOAT y con revisión técnico mecánica vencida que son usados actualmente, como el automotor de placa OCK-333 que venció su certificado técnico mecánica el 15/01/2023, incumpliendo lo establecido en la Ley 769 de 2002, modificado por el Decreto 019 de 2012, Capítulo 15, Artículo 52, que establece <i>“Por razones de seguridad vial y de protección al ambiente, el propietario o tenedor del vehículo de placas nacionales o extranjeras, que transite por el territorio nacional, tendrá la obligación de mantenerlo en óptimas condiciones mecánicas, ambientales y de seguridad y todos los vehículos automotores, deben someterse a revisión técnico-mecánica y de emisiones contaminantes de manera anual”</i>.</p> <p>Igualmente se evidenció, incumplimiento frente al seguimiento y revisión del sistema de multas y comparendos definido en el Manual para la Administración de Logística, ya que de acuerdo con la información reportada en el sistema integrado de información sobre Multas y Sanciones por infracciones de tránsito – SIMIT, con corte al 06/03/2023, el vehículo con placas JQV-046 cuenta con un comparendo con número 1100100000035532791 del 09/12/2022 por un valor de \$468.500, el cual fue notificado al conductor hasta el mes de febrero de 2023 y a la fecha no ha sido cancelado.</p> <p>Lo anterior, incumple lo establecido en la Ley 1383 de 2010 <b><i>“Por la cual se reforma la ley 769 de 2002 Código Nacional de Tránsito, y se dictan otras disposiciones”</i></b> que señala <i>“Las autoridades competentes podrán contratar el servicio de medios técnicos y tecnológicos que permitan evidenciar la comisión de infracciones o contravenciones, el vehículo, la fecha, el lugar y la hora. En tal caso se enviará por correo dentro de los tres (3) días hábiles siguientes la infracción y sus soportes al propietario quien estará obligado al pago de la multa”</i>.</p> <p><b>Ver No Conformidad No.05 de este informe.</b></p> <p><b>Servicio de Cafetería y Aseo:</b> Los servicios de cafetería consisten en la atención que se presta por parte de las auxiliares durante la jornada laboral, en los puestos de trabajo y en reuniones, suministrando bebidas tales como tinto, aromática, agua mineral y té. Para la prestación de este servicio se cuenta con un total de (44) personas, (4) de planta y (40) del outsourcing, y se suministra todos los insumos para la prestación del servicio.</p>	<p>No Conforme</p>



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado
	<p>De acuerdo con el protocolo definido en el Manual para la Administración Logística, que establece la prestación del servicio de cafetería, el cual define la utilización de los elementos de protección personal (EPP) como: Guantes amarillos, uniforme, zapatos, cofia y tapabocas, sin embargo, se observó personal (Auxiliares) que no usan tapabocas, dado que éste evita contaminación microbiológica proveniente de la nariz y la boca, toda vez que las gotas de saliva que no se ven a simple vista y que se generan al momento de hablar, toser o estornudar, sean esparcidas y lleguen a los alimentos; se utiliza también para proteger al personal de algunas sustancias que puedan causar daño o irritación, como es el uso de productos como hipoclorito y blanqueadores generando un riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>Asimismo, se observó que de acuerdo al manual del componente de seguridad y salud en el trabajo, numeral 9.2.1.5 Programa de estilo de vida y entorno saludable <i>"Inocuidad de alimentos: Como medida de control enfocada a la inocuidad de los alimentos, en este caso las bebidas proporcionadas por la entidad, el GSST adelanta controles tales como la toma de exámenes para manipuladores de alimentos y capacitación en manipulación de alimentos para el personal de planta (4), este requisito también lo solicita el GSST al (40) outsourcing que presta el servicio de cafetería"</i>, no se evidenció soporte de la toma de exámenes y capacitación en manipulación de alimentos; incumpliendo de igual manera lo señalado en el Anexo 2 del Acuerdo Marco CCE-972-AMP-2019 <i>"(...) Certificados de capacitación (...) Manejo y manipulación de alimentos (...)"</i>.</p> <p>Por lo anterior, se establece NO CONFORMIDAD de la actividad relacionada con la prestación del servicio, y se recomienda adelantar las acciones preventivas, correctivas y de mejora, respecto a las situaciones evidenciadas por vencimiento del certificado de revisión tecnomecánica, infracciones de tránsito sin resolver, e incumplimiento del no uso de tapabocas, expedición de certificados de manipulación de alimentos, y capacitación por parte del personal de aseo y cafetería.</p> <p><b>Ver No Conformidad No.06 de este informe.</b></p> <p>De igual manera, se recomienda adelantar oportunamente las gestiones correspondientes, para subsanar la situación relacionada con el pago de las infracciones de tránsito, toda vez, que se podría generar un potencial riesgo fiscal, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6 numeral 4.2 <i>"Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz"</i>.</p> <p>Así como también, asegurar el cumplimiento por parte de los contratistas, respecto a las obligaciones contractuales como las señaladas en el Anexo 2 del Acuerdo Marco CCE-972-AMP-2019 <i>"Certificados de capacitación expedidos por el Proveedor o por una institución educativa reconocida por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior –SNIES– del Ministerio de Educación Nacional, en: (i) Desinfección y limpieza; (ii) Reciclaje, manejo de basuras y responsabilidad ambiental; (iii) Manejo y manipulación de alimentos; y (iv) Etiqueta y buenos modales. (d) Credencial de identificación vigente expedida por el Proveedor"</i>. Subrayado fuera de texto.</p>	
<p>5. Cierre de solicitudes</p>	<p>En atención a la verificación de la actividad se observó, que las 1519 solicitudes y teniendo en cuenta los tiempos establecidos en el numeral 5.1 del M-AD-02 Manual para la administración logística, fueron cerradas en el aplicativo del centro de servicios de acuerdo con el tipo de solicitud, presentando CONFORMIDAD respecto a la actividad Cierres de Solicitudes del procedimiento.</p>	<p>Conforme</p>

**Conclusiones:** De acuerdo con las pruebas realizadas, se evidenció CONFORMIDAD respecto a las actividades 1, 2, 3 y 5 establecidas en el procedimiento "PT-AD-02 Atención de Requerimientos Logísticos", ejecutado por el Grupo de Logística e Infraestructura de la Subdirección Administrativa y Relacionamiento con la Ciudadanía (SARC), sin embargo, frente a la actividad 4 prestación de los servicios de transporte, aseo y cafetería, se observaron, debilidades e incumplimientos respecto al vencimiento del certificado de revisión tecnomecánica, infracciones de tránsito sin resolver, del no uso de tapabocas, expedición de certificados de manipulación de alimentos y capacitación por parte del personal de aseo y cafetería, y de igual manera lo señalado en el Anexo 2 del Acuerdo Marco CCE-972-AMP-2019 *"(...) Certificados de capacitación (...) Manejo y manipulación de alimentos (...)"*.

Del mismo modo, y a partir de los riesgos y controles diseñados en la Matriz Integral de Riesgos del DNP, se observó una posible materialización de los Riesgos números 2 *"Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo"* y 3 *"Inatención de las solicitudes de apoyo logístico"*, por daño a vehículo ocasionando afectación en la parte frontal del automotor.

**Ver No Conformidad No.05 y 06 de este informe**



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos V10

Proceso	Objetivo	Alcance	Responsable	Condiciones Generales y/o Políticas de Operación
Gestión Administrativa	Establecer las actividades para la gestión de los documentos recibidos y producidos por el Departamento Nacional de Planeación, para la conservación del acervo documental a través de la planificación, manejo, organización y disposición final de documentos	El servicio inicia con la recepción y verificación de documentos externos, continua con la digitalización, radicación y finaliza las transferencias y disposición final de documentos	Grupo de Gestión Documental y Biblioteca	Las contenidas en el Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivo M-AD-03 y en el Manual para la Prestación del Servicio de Biblioteca M-AD-04

Con el propósito de verificar el cumplimiento del objetivo del procedimiento, se verificó la trazabilidad, adherencia y desempeño de las siete (7) actividades que lo componen, y cuyos resultados se definen a continuación:

Actividad	Resultado	Estado																																												
1. Recibir y verificar documentos externos e internos	<p>El Departamento Nacional de Planeación, ha dispuesto de canales de atención, para que los ciudadanos, grupos de valor y usuarios presenten las PQRS, de conformidad con el numeral 6 del Manual para la Atención Integral al Ciudadano, así:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Canal</th> <th>Mecanismo</th> <th>Ubicación</th> <th>Horario de atención</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atención Presencial Físico</td> <td>Radicación por correspondencia</td> <td>Calle 26 # 13-19 1er Piso Edificio Fonade VENTANILLA UNICA</td> <td>Días hábiles de lunes a viernes de 8:30 am a 4:30 pm jornada continúa</td> <td>Recibe, radica y direcciona las comunicaciones que ingresan al DNP.</td> </tr> <tr> <td>Virtual</td> <td>Aplicativo página web</td> <td><a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a> Servicio al ciudadano</td> <td>El portal se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles</td> <td>El sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias es una herramienta que puede ser utilizada por los usuarios: ciudadanos externos e internos (servidores públicos). Se ingresa por <a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a>, en la parte superior derecha opción: pantalla: Servicio al Ciudadano.</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Email</td> <td>Correo electrónico</td> <td><a href="mailto:serviciociudadano@dnp.gov.co">serviciociudadano@dnp.gov.co</a></td> <td>El correo se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles</td> <td>Se reciben PQRS, las cuales se integran en el SGD para los consecutivos y así dar trazabilidad a su trámite.</td> </tr> <tr> <td>Correo electrónico</td> <td><a href="mailto:notificacionesjudiciales@dnp.gov.co">notificacionesjudiciales@dnp.gov.co</a></td> <td>El correo se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles</td> <td>De conformidad con lo establecido en el artículo 197 de la Ley 1437 de 2011, se creó este correo, y es exclusivo para recibir las notificaciones judiciales de las actuaciones que se surtan ante las distintas Jurisdicciones.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Consulta <a href="https://www.dnp.gov.co/atenci%C3%B3n-y-servicios-a-la-ciudadan%C3%ADa">https://www.dnp.gov.co/atenci%C3%B3n-y-servicios-a-la-ciudadan%C3%ADa</a></p> <p>Asimismo, en las Oficinas País Regional Caribe 1 (Santa Marta), Regional Caribe 2 (Montería), Regional Centro Oriente (Bucaramanga), Regional Centro Sur (Neiva), Regional Eje Cafetero (Medellín), Regional Llanos (Villavicencio) y Regional Pacífico (Cali), se cuenta con ventanillas (recepción), para la radicación de las comunicaciones físicas.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, y conforme con lo establecido en el Acuerdo 060 de 2001 del AGN, se evidenció que en la entidad y sus sedes (Oficinas País) existen ventanillas de correspondencia que prestan los servicios de recepción, radicación y distribución de sus comunicaciones físicas, así como también, se reciben de manera electrónica, a través, de los canales (página web y correos electrónicos), los cuales se encuentran integrados al Portal Único del Estado Colombiano, según lo establecido en el artículo 15 del Decreto 2106 de 2019, y administrado por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones Mintic.</p> <p>Durante el período comprendido de enero 2022 a enero 2023, en el DNP se radicaron 122.936 comunicaciones, de las cuales en una muestra de cuarenta (40), se realizó pruebas de auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento, evidenciando que fueron recibidas por los siguientes canales de atención:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Comunicaciones Recibidas 2022 - 2023</th> </tr> <tr> <th>Detalle</th> <th>FISICO (ventanilla única)</th> <th>VIRTUAL (web)</th> <th>MAIL (correos electrónicos)</th> <th>TOTAL, RECIBIDAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total, comunicaciones recibidas por canal</td> <td>3.512</td> <td>61.647</td> <td>57.777</td> <td>122.936</td> </tr> <tr> <td>Muestra auditoría</td> <td>14</td> <td>14</td> <td>12</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table> <p>De acuerdo con lo dispuesto en la actividad 1, las comunicaciones fueron recibidas a través de los canales de atención dispuestos en la entidad, se verificó su contenido por parte del GGDB (correspondencia), se determinó las de competencia del DNP, y se procedió a realizar lo señalado en la actividad 2.</p> <p>En consecuencia, se presenta CONFORMIDAD respecto a la actividad 1 "Recibir y verificar documentos externos e internos".</p>	Canal	Mecanismo	Ubicación	Horario de atención	Descripción	Atención Presencial Físico	Radicación por correspondencia	Calle 26 # 13-19 1er Piso Edificio Fonade VENTANILLA UNICA	Días hábiles de lunes a viernes de 8:30 am a 4:30 pm jornada continúa	Recibe, radica y direcciona las comunicaciones que ingresan al DNP.	Virtual	Aplicativo página web	<a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a> Servicio al ciudadano	El portal se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles	El sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias es una herramienta que puede ser utilizada por los usuarios: ciudadanos externos e internos (servidores públicos). Se ingresa por <a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a> , en la parte superior derecha opción: pantalla: Servicio al Ciudadano.	Email	Correo electrónico	<a href="mailto:serviciociudadano@dnp.gov.co">serviciociudadano@dnp.gov.co</a>	El correo se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles	Se reciben PQRS, las cuales se integran en el SGD para los consecutivos y así dar trazabilidad a su trámite.	Correo electrónico	<a href="mailto:notificacionesjudiciales@dnp.gov.co">notificacionesjudiciales@dnp.gov.co</a>	El correo se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles	De conformidad con lo establecido en el artículo 197 de la Ley 1437 de 2011, se creó este correo, y es exclusivo para recibir las notificaciones judiciales de las actuaciones que se surtan ante las distintas Jurisdicciones.	Comunicaciones Recibidas 2022 - 2023					Detalle	FISICO (ventanilla única)	VIRTUAL (web)	MAIL (correos electrónicos)	TOTAL, RECIBIDAS	Total, comunicaciones recibidas por canal	3.512	61.647	57.777	122.936	Muestra auditoría	14	14	12	40	Conforme
	Canal	Mecanismo	Ubicación	Horario de atención	Descripción																																									
Atención Presencial Físico	Radicación por correspondencia	Calle 26 # 13-19 1er Piso Edificio Fonade VENTANILLA UNICA	Días hábiles de lunes a viernes de 8:30 am a 4:30 pm jornada continúa	Recibe, radica y direcciona las comunicaciones que ingresan al DNP.																																										
Virtual	Aplicativo página web	<a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a> Servicio al ciudadano	El portal se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles	El sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias es una herramienta que puede ser utilizada por los usuarios: ciudadanos externos e internos (servidores públicos). Se ingresa por <a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a> , en la parte superior derecha opción: pantalla: Servicio al Ciudadano.																																										
Email	Correo electrónico	<a href="mailto:serviciociudadano@dnp.gov.co">serviciociudadano@dnp.gov.co</a>	El correo se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles	Se reciben PQRS, las cuales se integran en el SGD para los consecutivos y así dar trazabilidad a su trámite.																																										
	Correo electrónico	<a href="mailto:notificacionesjudiciales@dnp.gov.co">notificacionesjudiciales@dnp.gov.co</a>	El correo se encuentra activo las 24 horas, sin embargo, los requerimientos registrados se gestionan dentro días hábiles	De conformidad con lo establecido en el artículo 197 de la Ley 1437 de 2011, se creó este correo, y es exclusivo para recibir las notificaciones judiciales de las actuaciones que se surtan ante las distintas Jurisdicciones.																																										
Comunicaciones Recibidas 2022 - 2023																																														
Detalle	FISICO (ventanilla única)	VIRTUAL (web)	MAIL (correos electrónicos)	TOTAL, RECIBIDAS																																										
Total, comunicaciones recibidas por canal	3.512	61.647	57.777	122.936																																										
Muestra auditoría	14	14	12	40																																										
2. Radicar, digitalizar, asociar y direccionar documentos	<p>Una vez determinada la competencia del DNP, las comunicaciones fueron radicadas en el SGD ORFEO, conforme a lo establecido en el numeral 4.2. GESTIÓN Y TRAMITE del Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivo M-AD-03, se les asignó el código como se describe a continuación: año correspondiente a la vigencia fiscal en cuatro dígitos, código de la dependencia que genera conformado por tres dígitos y número consecutivo conformado por seis dígitos y finaliza con (2) por ser comunicaciones oficiales recibidas, las cuales fueron digitalizadas y asociadas al número de radicado en el SGD ORFEO.</p> <p>Por lo anterior, y al consultar en el SGD ORFEO el 14/03/2023, del 100% (40) comunicaciones, en la prefaña INFORMACIÓN GENERAL de las OPCIONES GENERALES, el 10% (4) presentaron nivel de seguridad privado por tanto no se pudo consultar, el 13% (5) se</p>	Conforme																																												



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																				
	<p>evidenció la imagen digitalizada y el 77% (31) no se pudo observar la comunicación, toda vez, que se evidenció debilidad respecto a los navegadores (Explorer y Chrome), ya que no son compatibles en algunas operaciones de ORFEO, como se muestra a continuación:</p> <p style="text-align: center;"><b>Forbidden</b></p> <p style="text-align: center;"><small>You don't have permission to access /bodega/2022/663/20226630239332_82508.pdf on this server.</small></p> <p>Asimismo, fueron reasignadas por parte del GGDB dentro de los (5) días hábiles siguientes de generado el radicado a las dependencias competentes, conforme al numeral 4.2.1. del Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivo, excepto el radicado 20226630903012, que fue reasignado después de los siete (7) de su radicación. <b>(OM 03)</b></p> <p>En consecuencia, se presenta CONFORMIDAD respecto a la actividad 2 "Radiciar, digitalizar, asociar y direccionar documentos", no obstante, se recomienda adelantar las acciones correspondientes para que el SGD ORFEO, tenga compatibilidad web con los navegadores definidos por la OTSI (mozilla, chrome y explorer), y los usuarios puedan realizar consultas de manera oportuna para la continuidad en la gestión y trámite de las comunicaciones reasignadas (PQRSD) dentro de los términos señalados.</p>																					
3. Verificar el contenido del documento	<p>Recibidas las comunicaciones reasignadas, las dependencias verificaron su contenido y las de su competencia continuaron con la actividad 4 (trámite de PQRSD) conforme a lo señalado en el Manual para la Atención Integral al Ciudadano y de acuerdo con su tipificación. Cuando no eran de su competencia las reasignaron de manera inmediata y de igual manera se continuó con la actividad 4 (tramite PQRSD).</p> <p>En consecuencia, se presenta CONFORMIDAD respecto a la actividad 3 "Verificar el contenido del documento".</p>	Conforme																				
4. Responder y clasificar comunicaciones oficiales	<p>El 100% (40) comunicaciones objeto de auditoría, fueron tramitadas por las dependencias responsables, de acuerdo con lo establecido en el Manual para la Atención Integral al Ciudadano y a su tipificación, así:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Tipo Documental</th> <th>Validación OCI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23</td> <td>Derecho de petición</td> <td>Del 100% (23) el 78% (18) se contestaron de fondo y en términos, 8% (2) con nivel de seguridad privado y el 14% (3) incumplieron lo dispuesto para su gestión en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP <b>(Asociar APCM 22-038)</b>.</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Solicitud de información pública</td> <td rowspan="5">Del 100% (15), el 13% (2) con nivel de seguridad privado y 87% (13) fueron tramitadas de fondo y en términos, cumpliendo con lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Petición entre autoridades</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Solicitud de concepto</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Denuncias actos de corrupción</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Quejas</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Otras comunicaciones</td> <td>Se asociaron a expedientes creados en el SGD ORFEO.</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Fuente: Resultados prueba auditoría SGD ORFEO 14/03/2023</i></p> <p>De acuerdo con los anteriores resultados, las dependencias responsables proyectaron las respuestas de las PQRSD reasignadas (<b>salidas</b>) y fueron asociadas a los radicados principales (<b>entradas</b>), las cuales fueron enviadas a correspondencia y posterior radicación a los usuarios externos conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos, excepto las PQRSD con números de entrada: 20226630608662 (no se radicó respuesta al peticionario), 20226000702492 (era un traslado por competencia y se tramitó como una petición) y 20236630078972 (respuesta tramitada por fuera de términos), incumpliendo de igual manera lo dispuesto para su gestión en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP. <b>(Asociar en APCM 22-038)</b>.</p> <p>Ahora bien, en la actividad 4 del procedimiento se encuentra incluido como <b>salida</b> el manual del sistema de gestión documental ORFEO, el cual señala que "(...) Se pretende que esta guía, además de brindar la información necesaria sobre la operación y funcionalidad del Sistema de Gestión Documental, se convierta en un documento principal al que un usuario del sistema deba acudir cuando requiera soporte básico sobre el alcance de esta herramienta para el cumplimiento de sus funciones (...) De esta forma un usuario del sistema podrá dedicar más tiempo al análisis de su gestión y optimizar el aporte de su labor (...)", sin embargo, en prueba de auditoría al SGD ORFEO, no fue posible su consulta por presentarse incompatibilidad con los navegadores (Explorer y Chrome).</p> <p>En consecuencia, se presenta CONFORMIDAD respecto a la actividad 4 "Responder y clasificar comunicaciones oficiales", no obstante, se recomienda adelantar las acciones correspondientes para que el SGD ORFEO, tenga compatibilidad web con los navegadores definidos por la OTSI (mozilla, chrome y explorer), y los usuarios puedan realizar consulta del Manual del SGD ORFEO cuando requieran de un soporte básico en la operación y funcionalidad de ORFEO.</p> <p>Del mismo modo, dar cumplimiento a lo señalado en la actividad 3 literal f) del Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", en la <b>APCM 22-038</b>, por la situación evidenciada en lo que respecta a las PQRSD con números de (<b>entrada</b>) 20226630608662, 20226000702492 y 20236630078972.</p>	No.	Tipo Documental	Validación OCI	23	Derecho de petición	Del 100% (23) el 78% (18) se contestaron de fondo y en términos, 8% (2) con nivel de seguridad privado y el 14% (3) incumplieron lo dispuesto para su gestión en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP <b>(Asociar APCM 22-038)</b> .	8	Solicitud de información pública	Del 100% (15), el 13% (2) con nivel de seguridad privado y 87% (13) fueron tramitadas de fondo y en términos, cumpliendo con lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP.	3	Petición entre autoridades	1	Solicitud de concepto	1	Denuncias actos de corrupción	2	Quejas	2	Otras comunicaciones	Se asociaron a expedientes creados en el SGD ORFEO.	Conforme
No.	Tipo Documental	Validación OCI																				
23	Derecho de petición	Del 100% (23) el 78% (18) se contestaron de fondo y en términos, 8% (2) con nivel de seguridad privado y el 14% (3) incumplieron lo dispuesto para su gestión en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP <b>(Asociar APCM 22-038)</b> .																				
8	Solicitud de información pública	Del 100% (15), el 13% (2) con nivel de seguridad privado y 87% (13) fueron tramitadas de fondo y en términos, cumpliendo con lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP.																				
3	Petición entre autoridades																					
1	Solicitud de concepto																					
1	Denuncias actos de corrupción																					
2	Quejas																					
2	Otras comunicaciones	Se asociaron a expedientes creados en el SGD ORFEO.																				



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																																						
<p><b>5. Organizar y crear expedientes físicos y electrónicos</b></p>	<p>Al consultar el 14/03/2023 en el SGD ORFEO el 100% (40) comunicaciones objeto de auditoría, se evidenció que el 10% (4) presentan nivel de seguridad privado (clasificada o reservada), razón por la cual no se pudo consultar sus expedientes, y el 90% (36), presentaron conformidad respecto al numeral 4.3.1 CREACIÓN DEL EXPEDIENTE VIRTUAL POR PARTE DE LAS DEPENDENCIAS del Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos, toda vez, que tienen TRD DEFINIDA, expediente asociado y fueron reasignadas dentro de los (5) días siguientes a su radicación excepto el radicado 20226630903012, que fue después de los siete (7). (OM 03)</p> <p>Ahora bien, del 90% (36) comunicaciones, (34) fueron tipificadas y archivadas en la SERIE 176 - DERECHOS DE PETICION, y con nivel de seguridad <b>Público</b>, sin embargo, al consultar esta SERIE en las TRD de las dependencias responsables de tramitar las PQRSD (• SUBDIRECCIÓN DE POBREZA Y FOCALIZACIÓN, • SUBDIRECCIÓN DE ANALISIS Y RESULTADOS, • SUBDIRECCIÓN DE INVERSIONES PARA LA INFRAESTRUCTURA Y LA DEFENSA, • GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA, • DIRECCION DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DEFENSA, • SUBDIRECCION GENERAL DEL SGR, • SUBDIRECCION DE INFRAESTRUCTURA Y TRANSPORTE NACIONAL, • SUBDIRECCION DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACION, • GRUPO DE RELACIONAMIENTO CIUDADANO, • GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA, • SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA), se registran con nivel de seguridad <b>Clasificada</b>, sin tener en cuenta lo preceptuado en el Manual para la Atención Integral del Ciudadano CODIGO M-PG-09 V8 numeral 9 REGLAS ESPECIALES, sobre la información pública clasificada o reservada, y que de acuerdo con el artículo 6 de la Ley 1712 de 2014 y artículo 24 de la Ley 1437 de 2011, podría generarse un riesgo para el acceso a la información. (OM 03)</p> <p>De otro lado y de acuerdo con el alcance de la auditoría, al tener en cuenta los resultados obtenidos en los procesos auditores realizados por la Oficina de Control Interno en el año 2022 y del Informe Consolidado SGD 2022, se observó respecto a la organización y creación de los expedientes físicos y electrónicos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de comunicaciones internas (Memorandos) con corte 10/12/2022</li> </ul> <table border="1" data-bbox="329 947 1393 1010"> <thead> <tr> <th>Dependencias</th> <th>Memorandos internos</th> <th>%</th> <th>Sin Reasignar</th> <th>%</th> <th>Sin Expediente</th> <th>%</th> <th>Con tipo Documental No Definido</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>109</td> <td>15.552</td> <td>100</td> <td>397</td> <td>3</td> <td>789</td> <td>5</td> <td>826</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Informe Consolidado al SGD – 2022</p> <p>De la tabla anterior, se evidencia que de 15.552 (100%) radicados, 397 (3%) no se encontraron reasignados en (48) dependencias, 789 (5%) sin expediente asociado en (90) dependencias y 826 (5%) sin TRD Definida en (84) dependencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación expedientes virtuales y físicos / Tablas de retención documental – Resultados Auditorías vigencia 2022</li> </ul> <table border="1" data-bbox="329 1178 1393 1346"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PROCESO</th> <th rowspan="2">Procedimiento</th> <th rowspan="2">Dependencia</th> <th colspan="2">Hallazgos</th> <th rowspan="2">Temática</th> </tr> <tr> <th>NC</th> <th>OM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>Incumplimiento a lo dispuesto en las Tablas de Retención Documental, respeto a la creación e identificación de expedientes virtuales en el SGD ORFEO en las vigencias 2021 y 2022.</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>6</td> <td>Estructura de TRD teniendo en cuenta registros de los procedimientos, aplicación sin la presentación y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, aplicación de tipologías documentales en el SGD – ORFEO diferentes a las definidas en las TRD</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Matriz de Hallazgos OCI 2022</p> <p>De los resultados anteriores, se evidencia que las dependencias presentan debilidad respecto a la creación de los expedientes virtuales (<b>salidas</b>) en el SGD ORFEO, incumpliendo lo dispuesto en los instrumentos archivísticos (TRD), Procedimiento y Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos; así como también en la elaboración y aprobación de las TRD conforme al Acuerdo 004 de 2019, no obstante, las dependencias en cumplimiento del numeral 10. Mejora de la ISO 30301:2019, y de conformidad con el Procedimiento de Formulación y Seguimiento de Acciones Preventivas Correctivas y de Mejora PT-ED-05 V12, formularon las APCM para la mejora continua de la gestión del SGD y SGR.</p> <p>En lo que respecta a las Tablas de Retención de Documental F-AD-16 que se registran como <b>entradas</b> en la actividad 5, y que de acuerdo a su disposición se crean los expedientes virtuales y/o físicos, se evidenció que en el DNP fueron creadas y/o actualizadas (103) conforme al proceso de reorganización institucional (Decreto 1893 de 2021), de las cuales (63) han sido aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del DNP según Acta No.4 del 21/10/2022 y (40) por aprobar; de igual manera se encuentran estructuradas en el SGD ORFEO y están siendo utilizadas por las unidades productoras (dependencias) para la creación y archivo de sus expedientes, según pruebas de auditoría realizadas en el SGD ORFEO.</p> <p>Sin embargo, las (63) TRD aprobadas por el CIGD el 21/10/2022, no han sido presentadas al Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado, según correo electrónico del 17/04/2023 del GGDB, incumpliendo de esta manera lo señalado en el Acuerdo No.004 de abril 30 de 2019 <b>Artículo 10°. Presentación de las Tablas de Retención Documental – TRD y Tablas de Valoración Documental – TVD para evaluación técnica y convalidación.</b> El Secretario General de la entidad o quien haga sus veces, presentará las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD, a la instancia competente para su evaluación técnica y convalidación, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su aprobación. Subrayado fuera de texto.</p> <p><b>Ver Oportunidad de Mejora No.01 de este informe.</b></p>	Dependencias	Memorandos internos	%	Sin Reasignar	%	Sin Expediente	%	Con tipo Documental No Definido	%	109	15.552	100	397	3	789	5	826	5	PROCESO	Procedimiento	Dependencia	Hallazgos		Temática	NC	OM	6	8	10	4	3	Incumplimiento a lo dispuesto en las Tablas de Retención Documental, respeto a la creación e identificación de expedientes virtuales en el SGD ORFEO en las vigencias 2021 y 2022.	6	9	10	2	6	Estructura de TRD teniendo en cuenta registros de los procedimientos, aplicación sin la presentación y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, aplicación de tipologías documentales en el SGD – ORFEO diferentes a las definidas en las TRD	<p>Conforme</p>
	Dependencias	Memorandos internos	%	Sin Reasignar	%	Sin Expediente	%	Con tipo Documental No Definido	%																															
109	15.552	100	397	3	789	5	826	5																																
PROCESO	Procedimiento	Dependencia	Hallazgos		Temática																																			
			NC	OM																																				
6	8	10	4	3	Incumplimiento a lo dispuesto en las Tablas de Retención Documental, respeto a la creación e identificación de expedientes virtuales en el SGD ORFEO en las vigencias 2021 y 2022.																																			
6	9	10	2	6	Estructura de TRD teniendo en cuenta registros de los procedimientos, aplicación sin la presentación y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, aplicación de tipologías documentales en el SGD – ORFEO diferentes a las definidas en las TRD																																			



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado
	<p>Asimismo, se realizó visita de auditoría el 8/03/2023 y 27/03/2023, a los Edificios Fonade (Piso 8) y Seguros Patria (archivo central y de gestión), y se evidenció que el GGDB, conforme al Cronograma de trabajo del SGD 2022 y 2023 formulado en cumplimiento de los Productos 5350 del PA 2022 y 5851 del PA 2023, realiza la organización de los expedientes físicos (<b>salidas</b>) de las dependencias identificando las cajas con Rótulos F-AD-18 (<b>entrada</b>) y las carpetas con Rótulos F-AD-17 (<b>entrada</b>) y con las Hojas de Control F-AD-21 (<b>salidas</b>).</p> <p>Respecto a las Oficinas País, se observó según soportes dispuestos en la ruta S:\2100 SA Subdirección Administrativa\PRESUPUESTO\Soportes auditoria SARC 2023\Gestión de documentos y la administración de archivos\Oficinas País, que de acuerdo con el numeral 4.3.1 CREACIÓN DEL EXPEDIENTE VIRTUAL POR PARTE DE LAS DEPENDENCIAS del Manual para la Gestión de Documentos, en los años 2022 y 2023 allegaron la documentación producida y relacionada en los formatos F-AD-13 Único de Inventario Documental (<b>salidas</b>).</p> <p>En consecuencia, se presenta CONFORMIDAD respecto a la actividad 5 "Organizar y crear expedientes físicos y electrónicos", no obstante, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a las situaciones evidenciadas en el cumplimiento del procedimiento señalado en el Acuerdo AGN 004 de 2019 para la elaboración, aprobación y convalidación de las Tablas de Retención Documental. (OM 01)</li> <li>• Fortalecer los puntos de control establecidos por parte del GGDB, para que las dependencias no continúen reincidiendo en las situaciones evidenciadas respecto a la conformación de los expedientes virtuales y la actualización de las TRD conforme a las funciones y/o registros de los procedimientos incluidos en el Sistema Integrado de Gestión, y los cuales describen las formas de ejecución en la generación de bienes o prestación de servicios.</li> <li>• Tener en cuenta lo señalado en la Directiva Presidencial 04 de abril 3 de 2012 (Eficiencia Administrativa y Lineamientos de la Política Cero Papel en la Administración Pública), toda vez, que en el Procedimiento PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos V10 y en el Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivo V11, se encuentran párrafos como "(...) <u>De acuerdo con la creación y/o conformación del expediente virtual, se realiza la conformación del expediente físico, atendiendo la TRD de la dependencia (...)</u>" y "(...) <u>Es responsabilidad de las dependencias entregar al Grupo de Gestión Documental y Biblioteca, en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles la documentación que se encuentra, en su poder, (...) con el fin de conformar los expedientes físicos de acuerdo con el virtual (...)</u>" Subrayado fuera de texto, es decir, dispone a los colaboradores, crear expedientes físicos conforme a los expedientes virtuales.</li> <li>• Actualizar el Manual Operativo del Componente de Gestión Documental y Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos, teniendo en cuenta que en estos se menciona el "GRUPO DE CORRESPONDENCIA" y con roles y responsabilidades, toda vez, que en cumplimiento de la Resolución 530 de 2022, este grupo no fue creado y esas responsabilidades fueron asignadas al Grupo de Gestión de Documentos y Biblioteca (GGDB).</li> </ul>	
<p>6. Consulta y préstamo de documentos</p>	<p>El Departamento Nacional de Planeación, cuenta con una biblioteca especializada, la cual dispone de material bibliográfico producido por las dependencias, y de acuerdo con el Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1, puede ser consultado por usuarios internos y externos, bien sea por medio virtual o presencial, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta catálogo en línea en la ruta <a href="https://2022.dnp.gov.co/atencion-al-ciudadano/Paginas/busqueda.aspx">https://2022.dnp.gov.co/atencion-al-ciudadano/Paginas/busqueda.aspx</a></li> <li>• Sala de consulta (Calle 26 No.13-19 Segundo Piso)</li> </ul> <p>Para la solicitud de préstamos del material bibliográfico, los usuarios diligencian los siguientes formatos: • Préstamo documento archivo central del DNP F-AD-12 (<b>entrada</b>), • Solicitud de libros y revistas F-AD-23 (<b>entrada</b>), • Servicio préstamo interbibliotecario F-AD-24 (<b>entrada</b>) y del mismo modo, el GGDB tiene implementados los formatos F-AD-14 control de préstamo documental (<b>salidas</b>) y F-AD-15 control de préstamo de expedientes (<b>salidas</b>).</p> <p>El servicio de "Préstamos y/o consulta de Biblioteca" para la vigencia 2022 se ejecutó en cumplimiento de la formulación del Producto 5331 del PA 2022 (servicio por demanda), atendiendo (61) requerimientos, y de acuerdo con la actividad del procedimiento.</p> <p>Ahora bien, en lo que respecta para la vigencia 2023 el GGDB cumple con el servicio de préstamo del catálogo, no obstante, en visita de auditoría realizada el 23/03/2023, sesión del 17/03/2023 y análisis documental, se observó:</p> <p>Al realizar consulta en el sistema de inventarios SEVEN, el DNP cuenta con 6.687 libros físicos de la biblioteca, los cuales se encuentran clasificados en el inventario como CONTROL DE BIENES ADMINISTRATIVOS, sin embargo, no fue posible verificar las existencias, toda vez, que están ubicados en el segundo piso del Edificio Fonade, en estantes, sellados con plástico negro y cinta, por cuanto está siendo remodelada el área, razón por la cual, se solicitó el acta de entrega de los mismos a la interventoría de la obra, pero a la fecha de auditoría no se remitió al equipo auditor de la OCI.</p>	<p>No conforme</p>



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado
	<p>De acuerdo con lo anterior, se presenta incumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1. CONSULTA DE MATERIAL BIBLIOTECARIO del Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1, ya que no se encuentra en servicio la Sala de consulta, uno de los medios que tiene los usuarios internos y externos para acceder a este servicio, así como tampoco, se evidenció que se haya planificado este cambio, conforme al numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental "La identificación, planificación e implementación de cualquier cambio que pueda incidir en el componente de Gestión Documental, se realiza de conformidad con lo establecido en el Manual del SIG y con la "Gestión de Cambios" del procedimiento de "Planeación y Mantenimiento del Modelo de Operación (PT-PG-04)", así como tampoco fue informado a los grupos de valor la suspensión temporal de este servicio; solo hasta la solicitud de los auditores de la OCI, fue socializada una pieza de comunicación el 28/03/2023 enviada a los usuarios internos a los correos institucionales.</p> <p>Asimismo, se observó las condiciones en las cuales se encuentra almacenado este material bibliográfico, así:</p>  <p>Fuente: Registro fotográfico 2° Edificio Fonade (Material Bibliográfico) – 17/03/2023</p> <p>Lo anterior, evidencia debilidad de control respecto a "El aire en los depósitos se debe mantener libre de contaminación, polvo, gases ácidos y oxidantes. Algunos materiales como los plásticos para las envolturas, las pinturas y los recubrimientos de las paredes y estantes, entre otros, pueden emitir gases nocivos no solamente cuando se queman, sino también debido a la desgasificación y la descomposición. Cuando se seleccionan los materiales para la construcción, el mobiliario y los equipos, se debe tener en cuenta la cantidad de expulsión de gases. También se debe dejar transcurrir un tiempo (hasta un par de semanas cuando la expulsión de gases de los materiales nuevos es máxima), antes de poner en uso las edificaciones, el mobiliario y los equipos nuevos" [NTC 5921:2012, p.10].</p> <p>Asimismo, y teniendo en cuenta concepto técnico del AGN 2-2016-00082 respecto a medios de almacenamiento, la entidad recomienda consultar las siguientes normas y herramientas técnicas para determinar las condiciones óptimas para la conservación de los diferentes soportes de información "NTC 5921:2012 Información y Documentación. Requisitos para el Almacenamiento de Material Documental", y "tener en cuenta que todas las actividades de conservación y preservación de los documentos de archivo, independiente de su soporte, deben realizarse de forma planificada de conformidad con el Acuerdo 006 de 2014 que establece el Sistema Integrado de Conservación, y como complemento de este acuerdo, tener como referencia el Acuerdo 049 de 2000 que establece las condiciones de edificios y locales destinados a archivos y el Acuerdo 050 de 2000 sobre prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo".</p> <p>En consecuencia, se presenta NO CONFORMIDAD respecto al desempeño de la actividad 6 "Consulta y préstamo de documentos", toda vez, que no se está prestando el servicio de la Sala de Consulta, conforme al Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1, y que de acuerdo con el numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental, no se planificó la suspensión de este servicio por la remodelación efectuada al 2do. Piso del Edificio Fonade, así como tampoco, se comunicó a los grupos de valor, ni se anexo al equipo auditor el acta de entrega de los libros a la interventoría de la obra para evidenciar la salvaguarda y custodia de los libros, y las condiciones de almacenamiento del material bibliográfico no cumple con los estándares señalados en la NTC 5921:2012, el SIC del DNP, Acuerdos AGN 006 de 2014, 049 de 2000 y 050 de 2000.</p> <p><b>Ver no conformidad No.07 de este informe</b></p> <p>Por lo anterior, se recomienda adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a las situaciones evidenciadas en el desempeño de la Actividad 6 del procedimiento.</p>	
<p>7. Realizar transferencias documentales</p>	<p>Teniendo en cuentas las disposiciones contenidas en el Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos, numeral 4.5. TRANSFERENCIAS, y a partir de pruebas de auditoría realizadas el 8/03/2023 y 27/03/2023, a los Edificios Fonade (Piso 8) y Seguros Patria (archivo central y de gestión) y entrevista al GGDB el 28/03/2023, se evidenció de acuerdo con el desempeño de la actividad 7 del procedimiento lo siguiente:</p> <p><b>Transferencias Primarias:</b> El GGDB a partir de los tiempos de retención señalados en las TRD (entradas), trasladan los documentos del archivo de gestión al archivo central, para lo cual se elaboran los Formatos Únicos de Inventario Documental – FUID © (salidas) y se desarrollan teniendo en cuenta las TRD vs SGD ORFEO, se suscribe el acta de transferencia y se remite la documentación a custodia en el archivo central; durante las vigencias 2022 y 2023, se estableció los respectivos CRONOGRAMA DE TRANSFERENCIAS PRIMARIAS (salidas) y se suscribió acta del 5/01/2023 con fechas extremas del 2018 al 2021.</p>	<p>Conforme</p>



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Actividad	Resultado	Estado																																																																																																																																																																																																																							
	<p><b>Transferencias Secundarias:</b> El GGDB teniendo en cuenta las fases archivísticas descritas en el procedimiento, ha realizado la clasificación, ordenación cronológica y organización de los expedientes, cumpliendo con lo dispuesto en los CRONOGRAMAS DE TRANSFERENCIA SECUNDARIA (salidas), elaborados en cumplimiento de igual manera de la actividad 7 del procedimiento y que de acuerdo con los FUID @ (salidas), se ha intervenido los siguientes archivos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año Cronograma Transferencia Secundaria</th> <th>Periodos intervenidos</th> <th>Años de producción de documentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">2021</td> <td>1</td> <td>1958 - 1968</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1968 - 1974</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1974 - 1986</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2022</td> <td>4</td> <td>1986 - 1988</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1989 - 1992</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>1993 - 1994</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2023</td> <td>7</td> <td>1994</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>1995 - 1998</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>1999 - 2000</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: S:\2100 SA Subdirección Administrativa\PRESUPUESTO\Soportes auditoria SARC 2023\Gestión de documentos y la administración de archivos\FUID\Transferencia Secundaria</p> <p>Para la vigencia 2023, se ha establecido el siguiente CRONOGRAMA DE TRANSFERENCIA SECUNDARIA (salidas):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="15">Plan de Trabajo Transferencias Secundarias 2023</th> </tr> <tr> <th colspan="15">Periodos Para Intervenir 7, 8 y 9</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">ÍTEM</th> <th rowspan="2">MES / SEMANAS</th> <th rowspan="2">ACTIVIDADES</th> <th rowspan="2">AÑO/mes</th> <th colspan="3">PERÍODO 7</th> <th colspan="3">PERÍODO 8</th> <th colspan="4">PERÍODO 9</th> </tr> <tr> <th>ENERO</th> <th>FEBRERO</th> <th>MARZO</th> <th>ABRIL</th> <th>MAYO</th> <th>JUNIO</th> <th>JULIO</th> <th>AGOSTO</th> <th>SEPTIEMBRE</th> <th>OCTUBRE</th> <th>NOVIEMBRE</th> <th>DICIEMBRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>Revisión, clasificación y ordenación de las carpetas correspondientes a los periodos a intervenir.</td> <td rowspan="7">2023</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td>Procesos físicos (reemplazo de unidades documentales); identificación de Cajas y Carpetas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td>Preparación física de las unidades documentales (Carpetas y Cajas); verificación de orden cronológico, foliación, registro de inventario inicial identificando asuntos y series.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td>Elaboración de Inventarios Documentales FUID correspondiente a los periodos que se intervengan.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td>Descripción en formato ISAD-G de la documentación a transferir.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td>Propuesta de Tablas de Valoración Documental.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td>Solicitud de Visita Técnica al Archivo General de la Nación - AGN</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Actividades Cumplidas</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Actividades por realizar</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Nota:</b> El registro de fechas son estimadas de acuerdo con el avance de las actividades</p> <p>Fuente: Cronograma Transferencia Secundaria año 2023</p> <p>De acuerdo con las actividades del cronograma anterior, se observa que el GGDB ha planeado para el 2023, la intervención de los Periodos 7, 8 y 9 (1999 – 2000) y en el mes de septiembre realizar una solicitud de visita técnica al AGN, para recibir posibles recomendaciones, realizar los ajustes, y en el año 2024 presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para obtener el acta de transferencia (salida) y posterior transferencia al Archivo General de la Nación, de acuerdo a entrevista realiza el 28/03/2023 al GGDB</p> <p>En consecuencia, se presenta CONFORMIDAD respecto a la actividad 7 "Realizar transferencias documentales", en cumplimiento con lo señalado en los artículos 20 y 21 del Acuerdo 004 de 2019, así como también, se observó en visita de auditoría, que las condiciones en las cuales se encuentran ubicados estos archivos cumplen con lo señalado en el Sistema Integrado de Conservación - SIC numeral 10. PLAN DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL 10.3.3 Programa monitoreo y control de condiciones ambientales.</p>	Año Cronograma Transferencia Secundaria	Periodos intervenidos	Años de producción de documentos	2021	1	1958 - 1968	2	1968 - 1974	3	1974 - 1986	2022	4	1986 - 1988	5	1989 - 1992	6	1993 - 1994	2023	7	1994	8	1995 - 1998	9	1999 - 2000	Plan de Trabajo Transferencias Secundarias 2023															Periodos Para Intervenir 7, 8 y 9															ÍTEM	MES / SEMANAS	ACTIVIDADES	AÑO/mes	PERÍODO 7			PERÍODO 8			PERÍODO 9				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	1		Revisión, clasificación y ordenación de las carpetas correspondientes a los periodos a intervenir.	2023												2		Procesos físicos (reemplazo de unidades documentales); identificación de Cajas y Carpetas.													3		Preparación física de las unidades documentales (Carpetas y Cajas); verificación de orden cronológico, foliación, registro de inventario inicial identificando asuntos y series.													4		Elaboración de Inventarios Documentales FUID correspondiente a los periodos que se intervengan.													5		Descripción en formato ISAD-G de la documentación a transferir.													6		Propuesta de Tablas de Valoración Documental.													7		Solicitud de Visita Técnica al Archivo General de la Nación - AGN															Actividades Cumplidas															Actividades por realizar													
Año Cronograma Transferencia Secundaria	Periodos intervenidos	Años de producción de documentos																																																																																																																																																																																																																							
2021	1	1958 - 1968																																																																																																																																																																																																																							
	2	1968 - 1974																																																																																																																																																																																																																							
	3	1974 - 1986																																																																																																																																																																																																																							
2022	4	1986 - 1988																																																																																																																																																																																																																							
	5	1989 - 1992																																																																																																																																																																																																																							
	6	1993 - 1994																																																																																																																																																																																																																							
2023	7	1994																																																																																																																																																																																																																							
	8	1995 - 1998																																																																																																																																																																																																																							
	9	1999 - 2000																																																																																																																																																																																																																							
Plan de Trabajo Transferencias Secundarias 2023																																																																																																																																																																																																																									
Periodos Para Intervenir 7, 8 y 9																																																																																																																																																																																																																									
ÍTEM	MES / SEMANAS	ACTIVIDADES	AÑO/mes	PERÍODO 7			PERÍODO 8			PERÍODO 9																																																																																																																																																																																																															
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE																																																																																																																																																																																																										
1		Revisión, clasificación y ordenación de las carpetas correspondientes a los periodos a intervenir.	2023																																																																																																																																																																																																																						
2		Procesos físicos (reemplazo de unidades documentales); identificación de Cajas y Carpetas.																																																																																																																																																																																																																							
3		Preparación física de las unidades documentales (Carpetas y Cajas); verificación de orden cronológico, foliación, registro de inventario inicial identificando asuntos y series.																																																																																																																																																																																																																							
4		Elaboración de Inventarios Documentales FUID correspondiente a los periodos que se intervengan.																																																																																																																																																																																																																							
5		Descripción en formato ISAD-G de la documentación a transferir.																																																																																																																																																																																																																							
6		Propuesta de Tablas de Valoración Documental.																																																																																																																																																																																																																							
7		Solicitud de Visita Técnica al Archivo General de la Nación - AGN																																																																																																																																																																																																																							
		Actividades Cumplidas																																																																																																																																																																																																																							
		Actividades por realizar																																																																																																																																																																																																																							

**Conclusiones:** De acuerdo con las pruebas realizadas, se evidenció CONFORMIDAD respecto a las actividades 1, 2, 3, 4, 5 y 7 establecidas en el procedimiento "PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos V10", ejecutado por el Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB) de la Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC), no obstante, en la actividad 5, las (63) TRD aprobadas por el CIGD el 21/10/2022, no han sido presentadas al Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado, según correo electrónico del 17/04/2023 del GGDB, incumpliendo de esta manera lo señalado en el Acuerdo No.004 de abril 30 de 2019 **Artículo 10º. Presentación de las Tablas de Retención Documental – TRD y Tablas de Valoración Documental – TVD para evaluación técnica y convalidación.** El Secretario General de la entidad o quien haga sus veces, presentará las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD, a la instancia competente para su evaluación técnica y convalidación, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su aprobación. Subrayado fuera de texto.

Ver Oportunidad de Mejora No.01 de este informe



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Respecto a la actividad 6. Consulta y préstamo de documentos, no se está prestando el servicio de la Sala de Consulta, conforme al Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1, y que de acuerdo con el numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental, no se planificó la suspensión de este servicio por la remodelación efectuada al 2do. Piso del Edificio Fonade, así como tampoco, se comunicó a los respectivos grupos de valor, ni se allegó al equipo auditor el acta de entrega de los libros a la interventoría de la obra para evidenciar la salvaguarda y custodia de los libros, y las condiciones de almacenamiento del material bibliográfico no cumple con los estándares señalados en la NTC 5921:2012, el SIC del DNP, Acuerdos AGN 006 de 2014, 049 de 2000 y 050 de 2000.

**Ver no conformidad No.07 de este informe**

Del mismo modo, y a partir de los riesgos y controles diseñados en la Matriz Integral de Riesgos del DNP, se observó una posible materialización del Riesgo 255 “Inadecuada gestión de documentos de archivo y biblioteca”, por cuanto no se evidenció capacitaciones para los grupos de GISO y GLI, en temas relacionados con Gestión Documental, conforme al Manual Operativo del Componente de Gestión Documental y no se encuentra en servicio la Sala de consulta, uno de los medios que tiene los usuarios internos y externos para acceder a este servicio, así como tampoco, se evidenció que se haya planificado este cambio, conforme al numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental.

**POLITICA DE GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO**  
**ISO 9001:2015: Numeral 7.1**

**Prueba realizada:** Verificar la ejecución de los recursos del Presupuesto General de la Nación y del Sistema General de Regalías, y la suscripción de contratos de prestación de servicios profesionales, para el apoyo a la gestión y desempeño de los procedimientos objeto de auditoría en el marco del proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA, para la vigencia 2022.

**Resultado:** La SARC, financia su operación con recursos que ascendieron a la suma de **\$21.592.876.163 (100%)** con corte a 31/12/2022, de los cuales **\$16.189.385.866 (75%)** son recursos PGN y **7.525.539.209 (25%)** son recursos SGR, los cuales muestran el siguiente comportamiento:

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LA DEPENDENCIA CON CORTE 31/12/2022						
TIPO DE GASTO	APROPIACIÓN INICIAL	APROPIACIÓN VIGENTE (A)	COMPROMISOS (B)	OBLIGACIONES (C)	% DE COMPROMETIDO (B/A)	% DE OBLIGACIONES (C/A)
Adquisición de Bienes y Servicios	11.738.889.425	11.808.831.670	10.422.670.077	9.078.607.134	88%	77%
Inversión	1.099.356.371	4.183.764.196	4.183.244.942	910.360.721	100%	22%
Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora	126.690.000	196.790.000	127.599.000	127.599.000	65%	65%
<b>TOTAL, PGN</b>	<b>12.964.935.796</b>	<b>16.189.385.866</b>	<b>14.733.514.019</b>	<b>10.116.566.855</b>	<b>91%</b>	<b>62%</b>
<b>TOTAL, SGR*</b>	<b>8.625.540.367</b>	<b>7.525.539.209</b>	<b>5.996.829.916</b>	<b>5.329.203.846</b>	<b>80%</b>	<b>71%</b>
		<b>21.592.876.163</b>				

Fuente: Resultados Evaluación por Dependencias 2022 - OCI

Respecto a las necesidades suscritas en el Plan Anual de Adquisiciones, publicado a 30/12/2022 en el SECOP, se encontró que la SARC para la vigencia 2022, gestionó los recursos relacionados para atender 72 (100%) necesidades a contratar con corte a 31/12/2022, por un valor de **(\$5.420.640.871)**, de las cuales se suscribieron 69 (96%) por valor de **\$5.093.788.706** y dejadas de contratar 3 (4%), que corresponden a las necesidades:

1. Adquirir póliza de seguros obligatorios de accidentes de tránsito (SOAT), para el parque automotor del Departamento Nacional de Planeación. (Se declaró desierto el proceso no hubo oferentes)
2. Contratar con la Unidad Nacional de Protección (UNP) la adecuada protección individual de la vida e integridad de la directora general del DNP, de acuerdo con las funciones que desempeña. (La contratación se deriva del análisis de riesgo del director que realiza la UNP y para el segundo semestre no surgió esta necesidad).
3. Prestar servicios jurídicos profesionales al Departamento Nacional de Planeación (DNP) por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa en las actividades relacionadas con las funciones del Consejo Nacional de Planeación. (Se registró en el PAA doble necesidad).



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se evidenció que fueron gestionados los recursos humanos y ejecutados los recursos financieros necesarios para el ejercicio y soporte de las actividades enmarcadas en el proceso auditado.

POLITICA DE SERVICIO AL CIUDADANO  
ISO 9001:2015: Numeral 8.2.1

De conformidad con el alcance de la 3a. Dimensión “Gestión con valores para Resultados” de MIPG, se evaluó el cumplimiento de la Política de Servicio al Ciudadano cuyo propósito es “facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos, mediante los servicios de la entidad, en todas sus sedes y a través de los distintos canales”. Esta política de servicio se enmarca en los principios de información completa y clara, de igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, eficiencia, transparencia, consistencia, calidad y oportunidad, teniendo presente las necesidades, realidades y expectativas del ciudadano.

Conocimiento y aprehensión

Con el fin de evaluar el conocimiento de la Política de Servicio al Ciudadano, se diseñó y aplicó el “Instrumento de Valoración” al 100% (57) colaboradores que realizan actividades de los procedimientos objeto de auditoría, evaluando el grado de conocimiento y aplicación de los principios de esta política, obteniendo los siguientes resultados:

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Gestión de las PQRSD	42	74	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 74% (42) se observó conocimiento de la gestión de las PQRSD.
Incumplimiento de los términos de Ley para atender las peticiones implica.	41	72	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 72% (41) se observó conocimiento frente a lo que implica para los servidores públicos incumplir con los términos de ley para atender las peticiones.
Responsable de verificar, confirmar, y/o modificar la tipificación de la PQRSD	35	61	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 61% (35) se observó conocimiento sobre el responsable de verificar, confirmar, y/o modificar la tipificación de la PQRSD.

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 07, 08, y 09 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 69% (39) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre las PQRSD y el 31% (18) no tienen conocimiento.

Así mismo, y a partir del reporte suministrado por la SARC mediante Memorando 20236600036423 del 1/03/2023 de las PQRSD recibidas y tramitadas durante las vigencias 2022 y 2023 (31/01/2023), por los grupos internos de trabajo de LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA, GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA e INVENTARIOS Y SUMINISTROS DE OFICINA, se verificó una muestra de dieciocho (18), y teniendo en cuenta las pruebas realizadas en el SGD ORFEO el 14/03/2023 y sesión con la SARC el 28/03/2023, se evidenció lo siguiente:

No.	Mes	Canal de Atención	Radicado ORFEO (entrada)	Tipo de Solicitud	Grupo / Dependencia	Fecha de Recepción	Fecha de Radicación	Fecha Inicio de Términos	Fecha de Vencimiento	Fecha de Respuesta ORFEO	Radica respuesta (salida)	Expediente (salida)	Validación OCI
1	jun-22	FISICO (recepción)	20226630526782	Derecho de petición	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	7/06/2022	7/06/2022	8/06/2022	30/06/2022	23/06/2022	20226610472521	202266117699800009E	Respuesta de fondo y en términos
2	jul-22		20226630608662	Derecho de petición	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	11/07/2022	11/07/2022	12/07/2022	2/08/2022	14/07/2022	20226610514791	202266117699800012E	Respuesta de fondo, sin embargo, la respuesta no fue entregada al peticionario.
3	ene-22	VIRTUAL (web) www.dnp.gov.co Servicio al ciudadano	20226000073902	Solicitud de documentos	ZGRUPO DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO	23/01/2022	24/01/2022	25/01/2022	21/02/2022	28/01/2022	20226620036381	202266317699800001E	Respuesta de fondo y en términos
4	ago-22		20226000702492	Derecho de petición	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	12/08/2022	12/08/2022	16/08/2022	5/09/2022	25/08/2022	20226610609121	202266117699800014E	Era un traslado por competencia, y se tramitó como una petición.
5	sep-22		20226000783702	Queja	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	12/09/2022	12/09/2022	13/09/2022	3/10/2022	21/09/2022	20226610674711	202266117699800016E	Respuesta de fondo y en términos
6	oct-22		20226000913142	Solicitud de información pública	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	26/10/2022	26/10/2022	27/10/2022	18/11/2022	10/11/2022	20226610784151	202266117699800018E	Respuesta de fondo y en términos
7	ene-23		20236000037212	Solicitud de información pública	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	17/01/2023	17/01/2023	18/01/2023	31/01/2023	27/01/2023	20236610041031	202366117699800002E	Respuesta de fondo y en términos
8	mar-22		20226630261792	Solicitud de información pública	ZGRUPO DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO	9/03/2022	9/03/2022	10/03/2022	7/04/2022	30/03/2022	20226620280141	202266317699800002E	Respuesta de fondo y en términos
9	may-22	20226630434192	Derecho de petición	ZGRUPO DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO	9/05/2022	9/05/2022	10/05/2022	22/06/2022	7/06/2022	20226620440071	202266317699800003E	Respuesta de fondo y en términos	



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

No.	Mes	Canal de Atención	Radicado ORFEO (entrada)	Tipo de Solicitud	Grupo / Dependencia	Fecha de Recepción	Fecha de Radicación	Fecha Inicio de Términos	Fecha de Vencimiento	Fecha de Respuesta ORFEO	Radicada respuesta (salida)	Expediente (salida)	Validación OCI
10	jun-22		20226630569332	Derecho de petición	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	28/06/2022	28/06/2022	29/06/2022	21/07/2022	7/07/2022	20226610499031	202266117699800011E	Respuesta de fondo y en términos
11	jul-22		20226630629872	Solicitud de información pública	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	19/07/2022	19/07/2022	21/07/2022	3/08/2022	21/07/2022	20226610525481	202266117699800013E	Respuesta de fondo y en términos
12	ago-22		20226630717982	Derecho de petición	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA (SARC)	19/08/2022	19/08/2022	22/08/2022	9/09/2022	9/09/2022	20226630649401	202266017699800002E	Respuesta de fondo y en términos
13	sep-22		20226630828352	Queja	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	28/09/2022	28/09/2022	29/09/2022	20/10/2022	29/09/2022	20226610692301	202266117699800017E	Respuesta de fondo y en términos
14			20226630780162	Derecho de petición	GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA	9/09/2022	9/09/2022	12/09/2022	16/09/2022	19/09/2022	20226630665171	202266399999800002E	Respuesta de fondo y en términos
15	oct-22		20226630903012	Derecho de petición	GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA	24/10/2022	24/10/2022	25/10/2022	16/11/2022	2/11/2022	20226630766481	202266317699800007E	Respuesta de fondo y en términos
16	nov-22		20226630952342	Derecho de petición	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	4/11/2022	4/11/2022	8/11/2022	29/11/2022	21/11/2022	20226610805581	202256417699800009E	Respuesta de fondo y en términos
17	dic-22		20226630962242	Derecho de petición	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	8/11/2022	8/11/2022	9/11/2022	30/11/2022	28/11/2022	20226610825471	202266117699800020E	Respuesta de fondo y en términos
18	ene-23		20236630078972	Derecho de petición	GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA	31/01/2023	31/01/2023	1/02/2023	7/02/2023	20/02/2023	20236630092941	202366399999800002E	Traslado por competencia, por fuera de términos.

Fuente: Información a partir de las pruebas de auditoría

De acuerdo con lo anterior, se observó en la muestra de auditoría, que:

- Las PQRSD reasignadas a la SARC y sus grupos de trabajo, por el GGDB en el SGD ORFEO, fueron radicadas por los usuarios a través de los canales de atención disponibles en la entidad como la recepción (Calle 26 # 13-19 - Edificio Fonade) y por la página web ([www.dnp.gov.co](http://www.dnp.gov.co)) y correos electrónicos ([servicioalciudadano@dnp.gov.co](mailto:servicioalciudadano@dnp.gov.co) / [notificacionesjudiciales@dnp.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@dnp.gov.co)), respectivamente, razón por la cual, su trámite fue realizado conforme a las disposiciones contenidas en las políticas de operación de la entidad (Manuales PQRSD y Gestión Documental) y demás normatividad legal vigente como (artículo 5 del Decreto 491/2020 y Ley 1755/2015).
- Del 100% (18) peticiones objeto de la muestra de auditoría, se evidenció que, de acuerdo con las fechas de radicación y de los memorandos de respuestas, el 100% (18) de acuerdo con su tipo documental fueron tramitadas dentro del término y con resolución de fondo o traslado por competencia, excepto los radicados 20226630608662, 20226000702492 y 20236630078972.
- Respecto a los tres (3) anteriores radicados se evidenció en el SGD ORFEO, que las PQRSD con número de radicado: 20226630608662 (no se radicó respuesta al peticionario), 20226000702492 (era un traslado por competencia y se tramitó como una petición) y 20236630078972 (respuesta radicada por fuera de términos), incumpliendo lo dispuesto para su gestión en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP; información ratificada en sesión realizada con los grupos de trabajo de la SARC el 28/03/2023.

Por lo anterior, y una vez consultado el Balance de Acciones con fecha 30/03/2023, se identificó la **APCM 22-038** objeto "FORTALECER CONTROLES PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN DE LAS PQRSD DENTRO DE LOS PLAZOS LEGALES" con fecha de finalización del Plan de Mejora en el mes de diciembre 2023; razón por la cual, la dependencia deberá analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y aplicar lo señalado en el Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", actividad 3 literal f) "Revisar si ya existen en el Balance, acciones iguales o similares originadas por causas relacionadas a las que se están presentando en la solicitud de APCM. Si es así, se deberá formular la APCM recogiendo las situaciones previamente identificadas. Posterior a su registro, la dependencia solicitará la eliminación del plan de mejora existente con la justificación de creación de la APCM".

CONCLUSIONES

- Del 100% (57) colaboradores, el 69% (39) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre las PQRSD y el 31% (18) no tienen conocimiento respecto a su gestión.



- La SARC y sus grupos de trabajo, cumplen con la normatividad legal vigente en materia de atención de las PQRSD como el artículo 5 del Decreto 491/2020 y la Ley 1755/2015 y con las políticas internas del DNP como el Procedimiento Atención a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias CÓDIGO PT-PG05 V8 y el Manual para la Atención Integral al Ciudadano Código M-PG-09 V8, no obstante, por las situaciones evidenciadas en los radicados 20226630608662, 20226000702492 y 20236630078972, la dependencia deberá analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y aplicar lo señalado en el Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", actividad 3 literal f) en la **APCM 22-038**.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer el conocimiento entre los colaboradores, respecto a la gestión de las PQRSD, conforme a lo establecido en la Ley 1755 de 2015 y a las políticas de operación del DNP como Procedimiento Atención a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias CÓDIGO PT-PG05 V8 y el Manual para la Atención Integral al Ciudadano CÓDIGO: M-PG-09 V7, teniendo en cuenta los resultados obtenidos de instrumento de valoración aplicado el 7, 8 y 9 de marzo de 2023.
- Asegurar actividades de monitoreo y control, con el propósito de que las peticiones gestionadas se tramiten de acuerdo con el objeto y modalidades del Derecho de Petición, conforme al artículo 13 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por la Ley 1755 de 2015, y que de igual manera dispone que toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma.
- Analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y dar cumplimiento a lo señalado en la actividad 3 literal f) del Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", en la **APCM 22-038**, por la situación evidenciada en lo que respecta a las PQRSD con números de entrada: 20226630608662 (no se radicó respuesta al peticionario), 20226000702492 (era un traslado por competencia y se tramitó como una petición) y 20236630078972 (respuesta radicada por fuera de términos), incumpliendo lo dispuesto para su gestión en la Ley 1755 de 2015, Procedimiento y Manual para la atención de PQRSD del DNP.

POLITICA DE GOBIERNO Y SEGURIDAD DIGITAL

ISO 9001:2015: Numeral 7.1.3

ISO 27001:2013: Numerales 5.3 - 7.3 - A.8 - A.5.1.1 - A13.2 - A.10.1 - 8.1 - A.6.1.5 - A.9.2.6 - A.16.1.2 - A.6.2.1 - A.12.1

7.3 Toma de Conciencia

Conocimiento y aprehensión

Con el fin de evaluar el conocimiento de la Seguridad de la Información, se diseñó y aplicó el "Instrumento de Valoración General" a los colaboradores de la SARC, que participan en la ejecución del proceso Gestión Administrativa.

Aspecto evaluado	Resultados Instrumento de Valoración		Conclusiones Equipo Auditor OCI
	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Propósito de seguridad de la información	53	93	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 93% (53) se observó conocimiento del propósito de seguridad de la información, mientras que cuatro (4) colaboradores el 7% no identifica el propósito de la SI.
Incidente de seguridad de la información	49	86	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 86% (49) se observó conocimiento de un incidente de seguridad de la información y el 14% (8) colaboradores no identifican que es un incidente de seguridad de la información.
Reporte incidente de seguridad de la información	46	81	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 81% (46) se observó conocimiento del reporte de un incidente de seguridad de la información, mientras el 19,30% (11) colaboradores desconocer el procedimiento para reportar un incidente de seguridad de la información.
Herramientas para transferir información	56	98	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 98% (56) se observó conocimiento de las herramientas para transferir información, mientras que un (1) colaborador desconoce las herramientas oficiales del DNP y utiliza WhatsApp.
Selección riesgos lógicos de seguridad de la información	57	100	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 100% (57) se observó conocimiento sobre los riesgos lógicos de seguridad de la información.
Antivirus de la entidad	51	89	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 89% (51) se observó conocimiento del antivirus de la entidad, mientras que el 10,13% desconoce el antivirus institucional.
Cambio de contraseña	56	98	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 98% (56) se observó conocimiento sobre los tiempos para el cambio de contraseña (2 meses), mientras que un (1) colaborador desconoce la política sobre el cambio de contraseñas.

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 07, 08, y 09 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 92% (55) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre Seguridad de la Información y el 8% (2) no tienen conocimiento.

 <b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN</b>	<b>INFORME DEFINITIVO</b>
<b>Auditoría Integral al Proceso Gestión Administrativa</b>	<b>Fecha: 15/05/2023</b>

**Prueba realizada:** Verificar que los sistemas de información asociados a los procedimientos objeto de auditoría cumplan con la documentación establecida en la Metodología de Referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información adoptado por el DNP.

**Resultado:** De acuerdo con la metodología de referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información, que establece un proceso metodológico para cumplir con el ciclo de vida de sistemas de información, el cual tiene definido las fases 1. Iniciativa, 2. Construcción, 3. Explotación y 4. Retiro, estas fases se revisaron para los siguientes sistemas de información:

- **Sistema de Gestión Documental ORFEO:** SGD de procesos desarrollado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) en Colombia, lanzado como software libre bajo licencia GNU/GPL (para compartir el conocimiento y mantener la creación colectiva). El DNP adquirió el software, modificándolo y adaptándolo a las necesidades de la entidad, para controlar de un modo eficiente y sistemático la creación, la recepción, el mantenimiento, la utilización y la disposición de los documentos.

De acuerdo con este repositorio, para salvaguardar la información relacionada con el sistema de información enlace <https://tfs.dnp.gov.co/DNP-Interna/SA.ORFEO> se evidenció, cargue de la documentación requerida en la metodología como: documento visión y alcance, catálogo información técnica del servicio, plan de contingencia, pruebas de vulnerabilidad, control de cambios, pruebas funcionales, manuales y código fuente, sin embargo, no se reportaron los riesgos de seguridad de la información.

Lo anterior, incumpliendo lo establecido en el procedimiento PT-PG-01 Gestión integral de riesgos actividad 7 "Monitorear y revisar los riesgos" y lo definido en el Manual Operativo del MIPG V5 IV Dimensión numeral 4.3 Atributos de calidad de la Dimensión "Seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la política de administración de riesgos establecida por la entidad", lo cual, no permite evidenciar sus controles, comportamiento y tratamiento frente a los riesgos de seguridad de la información como: tratamiento inadecuado de los datos abiertos y personales código 184, daño a la información código 196, fuga de información código 197, hurto de la información código 198, no disponibilidad de la información código 199 y pérdida integridad de la información código 200.

- **Sistema de planificación de recursos empresariales implementado en el Departamento Nacional de Planeación SEVEN:** Sistema de información adquirido bajo licencia a la empresa Digital Ware SAS, contratada para prestar el servicio de mantenimiento, soporte técnico y actualización anual a los módulos Administrativo, Financiero, Recursos Humanos y Contratación.

De acuerdo con las pruebas realizadas, no se observó repositorio alguno donde se custodie la información clave del sistema de información como: análisis y viabilidad del proyecto, documentación del servicio, pruebas de vulnerabilidad, formatos de control de cambios y las aprobaciones del comité de cambios frente a la ejecución de las pruebas funcionales que se deben realizar en ambiente de pruebas del DNP, reporte de riesgos de seguridad de la información y manual de usuario.

Asimismo, la OTSI informó que los sistemas de información adquiridos bajo licencia no les aplica la metodología, sin embargo, el Manual Operativo para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información DNP define "En cumplimiento del lineamiento los sistemas de información deben contar con la respectiva documentación y que es requerida para su operación y mantenibilidad, aplicado tanto para proyectos internos como para aquellos realizados por **proveedores externos**, motivo por el cual **toda implementación de sistemas de información debe estar debidamente documentada**, no solo para el entendimiento y uso de las funcionalidades del sistema descritas en el manual de usuario, sino también; para conocer como está construido, las herramientas tecnológicas utilizadas, y su integración con otros sistemas de información expuestas en el manual técnico y de operación, permitiendo contar con elementos de juicio para realizar mejoras sobre él a futuro".

Por otra parte, para la fecha de auditoría, no había sido suscrito contrato alguno para la prestación del servicio de soporte, mantenimiento y actualización del sistema de información SEVEN, afectando su funcionalidad ya que las actualizaciones no han sido aplicadas y la información de sus módulos se encuentran desactualizadas, generando posible materialización de los riesgos tecnológicos y seguridad de la información como: código 125 (Indisponibilidad de la infraestructura informática de los ambientes productivos de servicios que soportan los procesos críticos de la Entidad) que tiene como objetivo "Suministrar y mantener la infraestructura informática existente y planeada a través de la capacidad, disponibilidad y continuidad, con el propósito de soportar la operación y el cumplimiento de metas de la entidad", y 199 (No disponibilidad de la Información). Tampoco se observó el reporte de riesgos de SI y los formatos de control de cambios generados en las actualizaciones, ya que estas generan pruebas en ambiente de producción sin que se observe el diligenciamiento y su aprobación en comité de cambios.



Igualmente, se observó disposiciones de seguridad de la información definidas en el contrato con el proveedor el cual se incluyen cláusulas de cumplimiento al proveedor sobre las disposiciones de seguridad de la información, protocolos de migración, transferencia de conocimiento, el cual debe mantener la reserva según las políticas del componente de seguridad de la información y normatividad existente.

Lo anterior incumple lo definido en el Manual Operativo para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información DNP que establece: "En cumplimiento del lineamiento los sistemas de información deben contar con la respectiva documentación y que es requerida para su operación y mantenibilidad, aplicado tanto para proyectos internos como para aquellos realizados por proveedores externos, motivo por el cual toda implementación de sistemas de información debe estar debidamente documentada, no solo para el entendimiento y uso de las funcionalidades del sistema descritas en el manual de usuario, sino también; para conocer como está construido, las herramientas tecnológicas utilizadas, y su integración con otros sistemas de información expuestas en el manual técnico y de operación, permitiendo contar con elementos de juicio para realizar mejoras sobre él a futuro"

Así el desarrollo sea interno o externo, la ejecución de los casos de pruebas tanto funcionales como no funcionales, se deben realizar en el ambiente de pruebas del DNP, una vez se efectuó el despliegue de la nueva versión en dicho ambiente, y, en lo dispuesto en el anexo 1 del MSPI de la Resolución 500 de 2021 que define en su numeral 7.4 Soporte "La Entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para adoptar el MSPI, teniendo en cuenta que es un proceso transversal de la Entidad, se requiere que se disponga de los recursos financieros, humanos (dedicación de horas/hombre) de sus colaboradores y en general cualquier recurso que permita la adopción, implementación, mantenimiento y mejora continua del MSPI".

**Ver No Conformidad No.08 de este informe.**

## **7.2 COMPETENCIA**

**Prueba realizada:** Verificar los documentos de educación, formación y experiencia del personal asociado al soporte de los sistemas de información SEVEN y ORFEO para la implementación y gestión del componente de seguridad y privacidad de la información del DNP.

**Resultado:** De acuerdo con el talento humano que soporta las actividades de Seguridad de la Información se establece que los perfiles (líder técnico y líder funcionales) del Sistema de información ORFEO, cuentan con la competencia necesaria sobre la base de la educación, capacitación y experiencia para soportar los procesos del componente de seguridad de la información, sin embargo, para el sistema de información SEVEN se observó, que su líder funcional no cuenta con la experiencia laboral y académica para soportar las actividades que establecen a un líder funcional.

Lo anterior, teniendo en cuenta la Metodología de referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información que define: un Líder funcional debe participar activamente en las etapas y actividades que hacen parte del desarrollo de Software, definición del alcance, especificación funcional y de casos de uso, diseño, elaboración de prototipo, definición de casos de prueba, etapa de pruebas funcionales, documentación funcional, puesta en producción, evolución y mantenimiento, validar y aprobar la funcionalidad de los sistemas de información, con el fin de garantizar que cumpla con los requerimientos del área, capacitar y socializar a los usuarios tanto en el proceso como en la utilización del sistema, participar en la elaboración, divulgación del plan de contingencia que debe ejecutarse cuando el sistema de información no se encuentre disponible para garantizar la continuidad en el proceso funcional.

Asimismo, la Metodología de Referencia para los sistemas de información del DNP, que se rige por lo establecido por Mintic, define en el documento G.SIS.03 Guía para la construcción del catálogo de Sistemas de Información de Mintic que "El líder funcional es el responsable de atender los incidentes técnicos del sistema y datos de contacto" y en lo establecido en el Manual Operativo para la Implementación y Mantenimiento de sistemas de Información del DNP, establece en su numeral 4. **Términos y definiciones Gerencia:** Actividades ejecutadas por un líder, en el desarrollo del ciclo de vida de los sistemas de información, esta gestión dentro del proceso se ve reflejada en los líderes (funcionales y técnicos) de las dependencias, quienes se encargan de liderar la metodología de referencia para la implementación y mantenimiento de los sistemas de información.

Lo anterior, evidencia incumplimiento de acuerdo con lo establecido en el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información de Mintic, que define en su numeral 7.4.2 Competencia y la ISO 27001:2013 7.2, toma de conciencia y comunicación "Asegurar que las personas cuenten con los conocimientos, educación y formación o experiencia adecuada para la implementación y gestión del modelo de seguridad y privacidad de la información".

**Ver Oportunidad de Mejora No.02 de este informe.**



### Gestión de Activos (Anexo 8 ISO 27001:2013)

**Prueba realizada:** Verificar el inventario de activos de información asociados con los procedimientos objeto de la auditoría.

**Resultado:** Se observó reporte de los activos de información a la Oficial de Seguridad de la información correspondientes a los Grupos de Inventarios y Suministros de Oficina (GISO) el 21/10/2022 con 9 registros y de logística e Infraestructura (GLI) del 11/11/2022 con 8 registros, observado coherencia entre el reporte y la Matriz de Inventario y Clasificación de Activos del DNP 2022 cargada en la intranet "La rebeca" en el enlace <http://larebeca/SGC/manual-de-calidad-y-operaciones/Paginas/SGSI.aspx> del componente de seguridad de la información, sin embargo, se realizó consulta en el link de transparencia y acceso a la información pública de la página web de la entidad <https://www.dnp.gov.co/transparencia-y-acceso-informacion-publica> numeral 7 Datos Abiertos\_7.1.1 Registro de activos de información, observando dos (2) registros de los nueve (9) reportados por el Grupo de Inventarios y Suministros y seis (6) registros de ocho (8) reportados por el Grupo de Logística e Infraestructura.

Conforme a lo descrito, se evidencia que el instrumento Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información cargado en la página web del DNP, no está actualizado y presenta diferencias frente al cargado en la intranet la Rebeca, incumplimiento lo establecido en: La Ley 1712 de marzo 6 de 2014 que define en su ARTÍCULO 13. Registros de Activos de Información. "Todo sujeto obligado deberá crear y mantener actualizado el Registro de Activos de Información haciendo un listado de: a) Todas las categorías de información publicada por el sujeto obligado; b) Todo registro publicado; c) Todo registro disponible para ser solicitado por el público", en el Control A.8.1.1 Inventario de activos de la ISO 27001:2013, que establece "Se deben identificar los activos asociados con información e instalaciones de procesamiento de información, y se debe elaborar y mantener un inventario de estos activos" y en la Resolución 500 de 2021, Anexo 1 MSPi numeral 11.3 "Proporcionar una herramienta que visualice de manera fácil los activos de información de la Entidad y Cumplir con la organización y publicación de los activos de información, respetando tanto las normas como los procedimientos que se deben cumplir".

Por lo anterior, y una vez consultado el Balance de Acciones con fecha 30/03/2023, se identificó la **APCM 22-032** objeto "ACTUALIZAR EL ÍNDICE DE INFORMACIÓN CLASIFICADA Y RESERVADA Y EL REGISTRO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN PARA LA VIGENCIA 2022 EN EL PORTAL DEL DNP" con fecha de finalización del Plan de Mejora en el mes de septiembre 2022; razón por la cual, la dependencia deberá analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y aplicar lo señalado en el Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", actividad 3 literal f) "Revisar si ya existen en el Balance, acciones iguales o similares originadas por causas relacionadas a las que se están presentando en la solicitud de APCM. Si es así, se deberá formular la APCM recogiendo las situaciones previamente identificadas. Posterior a su registro, la dependencia solicitará la eliminación del plan de mejora existente con la justificación de creación de la APCM".

#### A.5.1.1. Políticas de seguridad de la Información

**Prueba realizada:** Verificar con la dependencia, la utilización de las herramientas institucionales para compartir información.

**Resultado:** Se evidenció que los colaboradores de la SARC utilizan las herramientas institucionales para compartir información interna. Para la información externa se observó conectividad entre el sistema de gestión documental Orfeo y el software de Servicios Postales Nacionales 4-72 SIPOST (Sistema Integrado de Información Postal), el cual mediante contrato DNP-987-2022/SGR-083-2022, se definieron las responsabilidades frente al cumplimiento de las políticas de Seguridad de la Información del DNP.

Lo anterior, evidencia conformidad de acuerdo con lo establecido en la política de seguridad de la información [PL05-ES25] Cuando los usuarios requieran compartir información con usuarios internos y externos, las herramientas institucionales son SharePoint y One Drive. El uso de otras herramientas para compartir información, requieren el aval técnico y acompañamiento de la OTSI para evitar incidentes de seguridad de la información.

#### A.11.2.9 Política de escritorio limpio y pantalla limpia

**Prueba realizada:** Verificar que las pantallas no muestren información cuando el equipo no esté en uso y que la información física se encuentre protegida.

**Resultado:** Se realiza recorrido e inspección en las sedes FONADE piso 8 y 32, Edificio Gómez y edificio Seguros Patria (archivo central) evidenciando organización y resguardo de la información física en los escritorios y estanterías.

 <b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN</b>	<b>INFORME DEFINITIVO</b>
<b>Auditoría Integral al Proceso Gestión Administrativa</b>	<b>Fecha: 15/05/2023</b>

**A.16.1.2. Reporte de Incidentes de seguridad de la información - Resolución 500 del 10/03/2021)**

**Prueba realizada:** Verificar las responsabilidades y procedimientos de gestión para asegurar una respuesta rápida, eficaz y ordenada a los incidentes de seguridad de la información.

**Resultado:** De acuerdo con el archivo enviado por la OTSI "Incidentes 2022-2023" con 343 registros, se revisaron los incidentes relacionados con la SARC observando 6 incidentes de correo sospechoso (phishing), los cuales se encuentran en estado solucionado y cerrado.

Lo anterior evidencia conformidad frente a lo estipulado en la Resolución 500 de 2021 ARTÍCULO 9. Gestión de incidentes de seguridad digital y del procedimiento PT-TI-01 Atención de requerimientos de servicios Tic numeral 5.1 Gestión de incidentes informáticos, ya que la dependencia reporto los incidentes a través de los medios autorizados al centro de servicios.

**CONCLUSIONES**

- Del 100% (57) colaboradores, el 92% (55) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre Seguridad de la Información y el 8% (2) no tienen conocimiento.
- El Sistema de planificación de recursos empresariales implementado en el Departamento Nacional de Planeación SEVEN no cuenta con un repositorio donde se custodie la información clave del sistema de información para conocer como está construido, las herramientas tecnológicas utilizadas, y su integración con otros sistemas de información. **(NC 08)**
- El sistema de información ORFEO, su líder técnico y funcional cuentan con los conocimientos, educación y formación y experiencia adecuada para la implementación y gestión del modelo de seguridad y privacidad de la información, sin embargo, para el sistema SEVEN se presenta debilidades en este aspecto. **(OM 02)**
- Los instrumentos Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información presentan diferencias en sus registros frente al que está cargado en la intranet la Rebeca y la Pagina web <https://www.dnp.gov.co/transparencia-y-acceso-informacion-publica>.
- Los incidentes de seguridad de la información asociados a la SARC fueron reportados conforme lo estipulado al procedimiento PT-TI-01 Atención de requerimientos de servicios Tic numeral 5.1 Gestión de incidentes informáticos y la resolución 500 de 2021.

**RECOMENDACIONES**

- Fortalecer las acciones correspondientes con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de los colaboradores en los aspectos que presentaron debilidad en Seguridad de la Información.
- Fortalecer las estrategias para que los sistemas de información con desarrollo externo (SEVEN) sean alineados a la Metodología de referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información. **(NC 08)**
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a la situación evidenciada sobre los conocimientos, educación, formación y experiencia del Líder funcional del sistema de información SEVEN, orientándolas a fortalecer las competencias respecto a la metodología de referencia para la implementación y mantenimiento de los sistemas de información del DNP. **(OM 02)**
- Analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y dar cumplimiento a lo señalado en la actividad 3 literal f) del Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", en la **APCM 22-032**, por la situación evidenciada en lo que respecta a la actualización de la Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información en la página web del DNP conforme al numeral A.8.1.1 Inventario de Activos, NTC ISO-IEC 27001:2013, Anexo 1 de la Resolución 500 MSPI de 10/03/2021 y al Procedimiento PT-PG-06 Identificación de Activos de Información, e incluirla en la Tabla de Retención Documental de la dependencia de acuerdo con lo señalado en el artículo 13 de la Ley 1712 de 2014.



GESTIÓN AMBIENTAL PARA EL BUEN USO DE LOS RECURSOS  
SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL  
ISO 14001:2015: Numerales 5.2 - 5.3 - 7.3 - 7.4 - 8.1

Esta auditoría evaluó en la SARC y sus grupos de trabajo, el cumplimiento de la normativa nacional aplicable en Gestión Ambiental, la Norma ISO 14001 de 2015, así como lo establecido en el Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental, CODIGO:M-PG-06 V3.

### Conocimiento y aprehensión

Con el fin de evaluar el conocimiento de la Política de Gestión Ambiental, se diseñó y aplicó el "Instrumento de Valoración" al 100% (57) colaboradores que realizan actividades de los procedimientos objeto de auditoría, evaluando el grado de conocimiento y aplicación de los principios de esta política, obteniendo los siguientes resultados:

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Propósito del SIG que aplica a la gestión ambiental	52	91	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 91% (52) se observó conocimiento del propósito del SIG que aplica a la gestión ambiental.
Sensibilización sobre programas ambientales en el DNP	51	89	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 89% (51) se observó sensibilización sobre los programas ambientales del DNP.
En qué programas ambientales han sido sensibilizados	51	89	De un total del 100% (51) colaboradores sensibilizados, el 84% (48) han sido en programas de manejo integral de residuos peligrosos, ahorro y uso eficiente del agua, energía y papel y el 81% (46) en residuos sólidos.
Residuos peligrosos	53	93	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 93% (53) se observó conocimiento sobre residuos peligrosos.
Clasificación residuos sólidos	51	90	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 90% (51) se observó conocimiento sobre clasificación de residuos sólidos.
Participación programas de inducción Gestión Ambiental	45	79	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 79% (45) se observó participación en programas de inducción en Gestión Ambiental.
Sensibilización de aspectos e impactos ambientales en la labor diaria	35	61	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 61% (35) se observó sensibilización de aspectos e impactos ambientales en la labor diaria.
Socialización preparación ante emergencias	27	47	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 47% (27) se observó socialización para preparación ante emergencias ambientales.

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 80% (46) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre el componente de Gestión Ambiental y el 20% (11) no tienen conocimiento.

Asimismo, a través de verificación documental y prueba de auditoría realizada el 8/03/2023 a los Edificios Fonade (Recepción, Pisos 2, 4, 17, 36, 24, 8), Seguros Patria (archivo Gestión y Central DNP) y Gómez (Almacén DNP), se revisaron los siguientes aspectos:

- **Inducción y reinducción**

**Prueba realizada:** Verificar la participación de los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo, en la inducción y reinducción del SGA, de acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental, CODIGO: M-PG-06 V3.

**Resultado:** De acuerdo con los soportes de participación en las actividades de inducción y reinducción por parte de la SARC, se evidenció que los funcionarios y contratistas de los grupos de trabajo de la SARC, han participado en estas actividades de acuerdo con la fecha de ingreso al DNP. Por otro lado, de acuerdo con los resultados del instrumento de valoración, se identificó que, del 100% (57) colaboradores, 21% (12) no han participado en las actividades de inducción del componente ambiental, no obstante, al verificar su fecha de ingreso no se requiere de esta participación.

- **Conocimiento del manejo de sustancias por residuos peligrosos**

**Prueba realizada:** Verificar el conocimiento de los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo, frente al manejo de residuos peligrosos.

**Resultado:** Al realizar la visita de auditoría, se observó que la SARC y sus grupos de trabajo, se desplazaron a otros pisos con ocasión de las obras de remodelación, sin embargo, no se identificó presencia de sustancias que puedan ser perjudiciales para el ambiente y la salud por causa de las actividades de remodelación.



Asimismo, y de acuerdo con los soportes de participación en las actividades de sensibilización en cuanto al manejo de materiales de residuos peligrosos, se evidenció que los funcionarios y contratistas han participado en estas actividades, como en la capacitación realizada el 21/01/2022 sobre el manejo de respel y sensibilización por medio de comunicaciones internas respecto al manejo de los residuos o desechos peligrosos. De otra parte, en los resultados del instrumento de valoración, se identificó que, del 100% (57) colaboradores, el 7% (3) no reconocen los residuos que son considerados peligrosos para la salud y el medio ambiente.

- **Programas Ambientales implementados en el DNP**

**Prueba realizada:** Verificar en los edificios y pisos donde realiza las actividades la SARC y sus grupos de trabajo, el cumplimiento y conocimiento por parte de los colaboradores de los programas ambientales implementados por la entidad como el ahorro y uso eficiente de agua, luz, papel y manejo integral de residuos sólidos.

**Resultado:** Al realizar la visita de auditoría, se observó respecto al cumplimiento y conocimiento de los programas ambientales, que:

- Programa de manejo integral de residuos sólidos

En los Edificios Fonade (Recepción, Pisos 2, 4, 17, 36, 24, 8) y Seguros Patria (archivo Gestión y Central DNP), existen puntos ecológicos, el cual está señalado, de acuerdo con la clasificación y color de la bolsa, en cumplimiento a la Resolución 2184 de 2019 y realizando una correcta separación de estos residuos conforme con lo establecido en la Resolución 350 de 2022 numeral 2.8.4. Sin embargo, en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), no existe punto ecológico.

**Ver No Conformidad No.09 de este informe**

En los resultados del instrumento de valoración, se identificó que del 100% (57) colaboradores, en el 90% (51) se observó conocimiento sobre clasificación de residuos sólidos y el 10% (6) no tienen conocimiento.

- Programa de ahorro y uso eficiente del agua

En los Edificios Fonade (Recepción, Pisos 2, 4, 17, 36, 24, 8) y Seguros Patria (archivo Gestión y Central DNP), en los espacios de uso de agua tales como cocinas y baños, no se presentan fugas de agua en las tuberías ni tampoco goteo en las llaves, con relación a la infraestructura de los baños y la cocina está en condiciones óptimas para su uso. Igualmente, se evidenció sensores para el ahorro del recurso instalados en los baños y se identificaron avisos con la recomendación del ahorro de agua, cumpliendo con lo establecido en la Ley 373 de 1997 artículo 12. Campañas educativas a los usuarios y el Decreto 3102 de 1997 artículo 2. Obligaciones de hacer buen uso del servicio de agua potable. Sin embargo, en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), no existen sensores instalados, así como tampoco avisos del ahorro del agua.

**Ver No Conformidad No.09 de este informe**

- Programa de ahorro y uso eficiente de energía

En los Edificios Fonade (Recepción, Pisos 2, 4, 17, 36, 24, 8) y Seguros Patria (archivo Gestión y Central DNP), un adecuado manejo de la energía, no se encontraron monitores prendidos y se identificó el uso de sensores para el ahorro del recurso. Sin embargo, en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), no existen sensores instalados, así como tampoco avisos del ahorro de energía.

**Ver No Conformidad No.09 de este informe**

- Programa de ahorro y uso eficiente del papel

En los Edificios Fonade (Recepción, Pisos 2, 4, 17, 36, 24, 8) y Seguros Patria (archivo Gestión y Central DNP), existen contenedores designados para la disposición de papel reciclado, igualmente no se evidenció correos impresos y no existe señalización de ahorro de papel e impresoras y fotocopiadoras. Sin embargo, en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), no existe contenedor para disposición de papel reciclado, así como tampoco señalización de ahorro de papel.

**Ver No Conformidad No.09 de este informe**



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

De otra parte, en los resultados del instrumento de valoración, se evidenció que, del 100% (57) colaboradores, el 84% (48) han sido sensibilizados en programas de manejo integral de residuos peligrosos, ahorro y uso eficiente del agua, energía y papel y el 81% (46) en residuos sólidos.

- **Comunicación y socialización de los aspectos ambientales significativos.**

**Prueba realizada:** Verificar el conocimiento de los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo, frente a los aspectos ambientales significativos de la entidad.

**Resultado:** Se identificó comunicación impartida por la SARC sobre los aspectos ambientales significativos entre los colaboradores, a través de las actividades de inducción y campañas de comunicación, conforme con lo establecido en el numeral 6.1.2 de la Norma ISO 14001 Aspectos Ambientales "(...) La organización debe comunicar sus aspectos ambientales significativos entre los diferentes niveles y funciones de la organización, según corresponda" y 7.3 Toma de conciencia "La organización debe asegurarse de que las personas que realicen el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: b) los aspectos ambientales significativos y los impactos ambientales reales o potenciales relacionados, asociados con su trabajo (...)"; y en el Manual Operativo del SGA numeral 8.

De otra parte, en los resultados del instrumento de valoración, se identificó que, del 100% (57) colaboradores, el 61% (35) han sido sensibilizados en aspectos e impactos ambientales en la labor diaria y el 39% (22) contestaron no ser sensibilizados.

- **Preparación y respuesta ante emergencias ambientales**

**Prueba realizada:** Verificar el conocimiento de los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo, acerca de cómo prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia ambientales identificadas.

**Resultado:** Se evidenció a través de las actividades de inducción y campañas de comunicación, sobre la atención de emergencias ambientales generadas por residuos peligrosos, simulacros practicados el 17/11/2022 por derrames de tóner y 22/11/2022 para la atención a emergencias por sustancias químicas.

De otra parte, en los resultados del instrumento de valoración se identificó que, del 100% (57) colaboradores, el 47% (27) han sido socializados para preparación ante emergencias ambientales y el 53% (30) no se capacitaron.

## CONCLUSIONES

- Del 100% (57) colaboradores, el 80% (46) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre el componente de Gestión Ambiental y el 20% (11) no tienen conocimiento.
- Los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo participaron en las actividades de inducción y reinducción realizadas por la SARC; así como también, se identificó que en los Edificios Fonade (Recepción, Pisos 2, 4, 17, 36, 24, 8) y Seguros Patria (archivo Gestión y Central DNP), donde realizan sus actividades cumplen con lo dispuesto en los programas ambientales implementados por la entidad como el ahorro y uso eficiente de agua, luz, papel y manejo integral de residuos sólidos.
- En el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), no existe punto ecológico, sensores instalados, avisos del ahorro del agua, energía y papel, así como tampoco, contenedor para disposición de papel reciclado, incumpliendo con el OBJETIVO y el ALCANCE del Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental CODIGO:M-PG-06 V4. **(NC 09)**
- Los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo participaron en actividades de capacitación y fueron sensibilizados en aspectos e impactos ambientales y preparación y respuesta ante emergencias ambientales.



RECOMENDACIONES

- Fortalecer el conocimiento entre todos los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo, respecto al componente de Gestión Ambiental, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el instrumento de valoración, donde el 20% (11) manifiesta no tener conocimiento o no haber sido capacitados sobre este componente.
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a la situación evidenciada en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), toda vez que no existe punto ecológico, sensores instalados, avisos del ahorro del agua, energía y papel, así como tampoco, contenedor para disposición de papel reciclado, incumpliendo con el OBJETIVO y el ALCANCE del Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental CODIGO:M-PG-06 V4. (NC 09)

NO CONFORMIDADES

3a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS (GVR)

No.02

**TITULO:** Actividades 2 y 7 del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Inventarios y Suministros (GISO)

**TEMÁTICA:** Debilidad en el desempeño de las actividades 2. “Almacenar Bienes” y 7. “Conciliación de movimientos del Almacén de bienes de PPE” del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance al Administración de Bienes Muebles e Inmuebles, se evidenció:

Al realizar visita de auditoría el 23/03/2023 y 27/03/2023, se observó debilidad de control de los bienes almacenados en el piso 2°, 25 y sótano 3 del Edificio FONADE y el almacén del piso 5° del Edificio Gómez, por las siguientes situaciones:

- El Grupo de Gestión Documental y Biblioteca no garantizó la salvaguarda de los bienes a través del acta de entrega a la interventoría, en la cual se pueda evidenciar el estado, cantidades y compromisos para la protección de los bienes en el proceso de la remodelación, teniendo en cuenta que las condiciones ambientales son determinantes para la conservación de los libros.
- Los bienes almacenados en el piso 25 del edificio FONADE, no están agrupados por tipo de bien, no se encuentran rotulados para facilitar la identificación, no se realiza salvaguarda de los televisores y pantallas de computadores, los cuales son susceptibles de daño o deterioro por la ubicación en la que se encuentran, se apilan elementos y se guardan elementos inservibles.
- No se da la respectiva salvaguarda y custodia de los bienes del sótano 3 del Edificio FONADE, por cuanto no hay seguridad física para el ingreso a la bodega, no se almacenaron los bienes de acuerdo con la clase (grupo), en orden, rotulados y con el debido cuidado para evitar el deterioro y contaminación; el apilamiento y la obstrucción al paso dificulta el conteo físico de los bienes por lo cual se presenta incertidumbre de la cantidad y condiciones de lo allí almacenado.
- En el almacén del piso 5 del Edificio Gómez, se ubican los bienes sin orden lógico, es decir, se encuentran bienes de un mismo grupo en diferentes sitios de la bodega, apiñados, en desorden, el ambiente es de acumulación de polvo, condiciones que dificultaron la verificación de las existencias, así mismo, en el conteo se presentaron sobrantes en las resmas de papel.
- Debilidades del Sistema de Control Interno evidenciadas en el almacenamiento de bienes y en el inventario de la Propiedad, Planta y Equipo y los bienes de Control Administrativo, afectan la calidad de la información reportada en las conciliaciones al área contable y genera posible incertidumbre de los saldos revelados en los estados financieros.

Por lo descrito anteriormente, se incumple lo establecido en el numeral 5.2 ALMACENAMIENTO DE BIENES, del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES CÓDIGO:M-AD-01, “Los bienes se almacenarán de acuerdo con su clase y material, con el fin de evitar el deterioro y la contaminación. Se deben ubicar los elementos pesados en la parte inferior de los estantes o estibas y los de menor peso y uso en la parte superior”.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Así como también, otras consideraciones contempladas en • ACCESOS “Los almacenes y bodegas deben estar estrictamente protegidos contra el acceso no autorizado, robo de artículos o incendio premeditado, contar con salidas de emergencia alternas”, • ILUMINACIÓN “Nivel de iluminación mínimo: 100 Lux. Debe ubicarse sobre las áreas de tráfico o a una distancia de por lo menos 1 metro desde los artículos almacenados, para evitar la inflamación por calor radiante”, • PISOS “Deben ser planos, a prueba de fugas, con pendiente adecuada para los canales colectores. Se deben cumplir medidas básicas de orden y aseo” • DEMARCACIÓN “Se debe demarcar con una franja de 10 centímetros de ancho y de color amarillo las áreas de almacenamiento, áreas de circulación, extintores y equipos de primeros auxilios, entre otros” y • SEÑALIZACIÓN “Se deben instalar avisos en equipos de control de incendios, primeros auxilios, salidas de emergencia, columnas y almacenamiento de productos especiales” de la NTC 1461. Higiene y Seguridad. Colores y señales de Seguridad, NTC 1931. Protección contra incendios, señales de seguridad. NTC 4140. Accesibilidad de las personas al medio físico. Edificios, pasillos y corredores. Características generales.

Criterios incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG V4. • 3ª. Dimensión: Gestión con Valores para Resultados. 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.** Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización. Trabajar por procesos. En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes: – Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos. – Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros). – Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión. • **7ª Control Interno. 7.1 Alcance de esta Dimensión. 3. Actividades de control:** su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.
- **ISO 9001:2015. 8.1 planificación y Control Operacional.** Literal b) el establecimiento de criterios para: 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios; c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios; d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.
- **Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario”.** Artículo 23. “Responder por la conservación de los útiles, equipos, muebles y bienes confiados a su guarda o administración y rendir cuenta oportuna de su utilización”.
- PT-AD-01 Procedimiento de Bienes Muebles e inmuebles, • M-AD-01 Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

MIPG		NORMAS TECNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLITICA	ISO	NUMERAL		
3ª Gestión de Valores para Resultados	3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	ISO 9001:2015	8.1 planificación y Control Operacional. Literal b)	Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario” Artículo 23	PT-AD-01 Procedimiento de bienes muebles e inmuebles
7ª Control Interno	7.1 Alcance de esta Dimensión 3. Actividades de control				Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO:M-AD-01
					Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

**No.03**

**TITULO:** Actividades 6 y 7 del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Inventarios y Suministros (GISO)

**TEMÁTICA:** Debilidad en el desempeño de las actividades 6. “Control de activos, propiedad, planta y equipo y Control Administrativo” y 7. “Conciliación de movimientos del Almacén de bienes de PPE” del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles.

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance al Administración de Bienes Muebles e Inmuebles, se evidenció:

Con el fin de identificar el cumplimiento del control establecido para la determinación de las existencias de la Propiedad, Planta y Equipo y los bienes de control administrativo, de acuerdo con lo señalado en el numeral 7.1. Inventarios de Bienes del Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO: M-AD-01, se observó que no existe evidencia documentada de la toma física, por cuanto no hay registro de la confrontación de esta frente a los saldos de las existencias generadas por el aplicativo SEVEN ERP, así mismo, estos reportes no reflejan la cantidad de existencias por grupo o bodega, como tampoco las certificaciones indican las cantidades identificadas, por lo cual es indeterminado el resultado cuantitativo del proceso de inventarios semestrales. De otro lado, revisados los listados de Bienes Reintegrados con corte a junio y diciembre de 2022, se identificó que no se realizó la toma física a los grupos 225 – Software, 212 –



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Maquinaria y Equipo (Muebles, enseres y Equipo de Cómputo), 218 – Muebles y Enseres, 2241 – Equipo de Computación en Comodato, 2071 – Equipos de comunicación en Comodato.

Asimismo, presenta debilidades del Sistema de Control Interno evidenciadas en el almacenamiento de bienes y en el inventario de la Propiedad, Planta y Equipo y los bienes de Control Administrativo, afectan la calidad de la información reportada en las conciliaciones al área contable y genera posible incertidumbre de los saldos revelados en los estados financieros.

Criterios Incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.** • 3ª. Dimensión: 3ª. Gestión con Valores para Resultados. 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos. Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización. Trabajar por procesos. En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes: – Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos. – Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros). – Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión. • 7ª Control Interno. 7.1 Alcance de esta Dimensión. 3. Actividades de control: su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.
- **ISO 9001:2015.** 8.1 planificación y Control Operacional. Literal b) el establecimiento de criterios para: 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios; c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios; d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.
- **Resolución 193 de 2016,** numeral 3.2.15 «Depuración contable permanente y sostenible», "(...) Las entidades cuya información financiera no refleje su realidad económica deberán adelantar las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados financieros, de forma que cumplan las características fundamentales de relevancia y representación fiel. Asimismo, las entidades adelantarán las acciones pertinentes para depurar la información financiera e implementar los controles que sean necesarios a fin de mejorar la calidad de la información (...)".
- PT-AD-01 Procedimiento de Bienes Muebles e inmuebles, • M-AD-01 Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

MIPG		NORMAS TECNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLITICA	ISO	NUMERAL		
3ª Gestión de Valores para Resultados	3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	ISO 9001:2015	8.1 planificación y Control Operacional. Literal b)	Resolución 193 de 2016, numeral 3.2.15	PT-AD-01 Procedimiento de Bienes Muebles e Inmuebles
7ª Control Interno	7.1 Alcance de esta Dimensión 3. Actividades de control				Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO:M-AD-01
					Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

No.04

**TITULO:** Actividad 8 del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relacionamiento con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Inventarios y Suministros (GISO)

**TEMÁTICA:** Debilidad en el desempeño de la actividad 8. “Baja de Bienes” del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance al Administración de Bienes Muebles e Inmuebles, se evidenció:

Se constató que durante la vigencia 2022 y lo corrido de 2023, no se han presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, bienes para aprobación de baja; la última presentación y aprobación de bajas de bienes de la entidad, se realizó el 09 de diciembre de 2021 en Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en el que se aprobó la baja de 340 activos de los cuales veinticinco (25) están clasificados como Propiedad, Planta y Equipo con costo de adquisición de \$2.775.757.019 y trescientos quince (315) son de control administrativo; a la fecha de la auditoría, no se ha expedido el acto administrativo que apruebe dar la baja de los bienes, por consiguiente, hacen parte de las existencias del inventario del DNP y contablemente se encuentran registradas como Propiedad, Planta y Equipo de DNP.

De otra parte, la SARC ha identificado bienes susceptibles de baja y los ha registrado en el aplicativo SEVEN ERP – BODEGA 9903 - ACTIVOS FIJOS PARA BAJA SIN CONCEPTO, acumulando a 31/12/2022 un saldo 1.602 bienes (incluidos los bienes aprobados para baja



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

según acta No 8 del CIGD); de los cuales no se han adelantado los conceptos técnicos para presentar a consideración la baja ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Las anteriores situaciones, denotan debilidades del control interno contable por cuanto no se han adelantado las gestiones para depurar los 1.602 bienes registrado en la bodega 9903 del aplicativo SEVEN ERP y de los cuales 57 están registrados en la cuenta del activo de Propiedad, Planta y Equipo, sobreestimando el valor de esta cuenta.

De acuerdo con lo anterior, se presenta incumplimiento con lo establecido en el numeral 3.2.15 de la Resolución 193 de 2016, «Depuración contable permanente y sostenible», "(...) Las entidades cuya información financiera no refleje su realidad económica deberán adelantar las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados financieros, de forma que cumplan las características fundamentales de relevancia y representación fiel. Asimismo, las entidades adelantarán las acciones pertinentes para depurar la información financiera e implementar los controles que sean necesarios a fin de mejorar la calidad de la información (...)".

Criterios incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. • 3ª. Dimensión: 3ª. Gestión con Valores para Resultados. 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.** Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización. Trabajar por procesos. En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes: – Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos. – Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros). – Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión. • **7ª Control Interno. 7.1 Alcance de esta Dimensión. 3. Actividades de control:** su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.
- **ISO 9001:2015. 8.1 planificación y Control Operacional.** Literal b) el establecimiento de criterios para: 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios; c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios; d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.
- **Resolución 193 de 2016, numeral 3.2.15** «Depuración contable permanente y sostenible», "(...) Las entidades cuya información financiera no refleje su realidad económica deberán adelantar las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados financieros, de forma que cumplan las características fundamentales de relevancia y representación fiel. Asimismo, las entidades adelantarán las acciones pertinentes para depurar la información financiera e implementar los controles que sean necesarios a fin de mejorar la calidad de la información (...)".
- PT-AD-01 Procedimiento de Bienes Muebles e inmuebles, • M-AD-01 Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles

MIPG		NORMAS TECNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLITICA	ISO	NUMERAL		
3ª Gestión de Valores para Resultados	3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	ISO 9001:2015	8.1 planificación y Control Operacional. Literal b)	Resolución 193 de 2016, numeral 3.2.15	PT-AD-01 Procedimiento de Bienes Muebles e Inmuebles
7ª Control Interno	7.1 Alcance de esta Dimensión 3. Actividades de control				Manual para la Administración de Bienes Muebles e Inmuebles CÓDIGO:M-AD-01
					Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

**No.05 (SE ACEPTAN LAS OBSERVACIONES Y SE RETIRA EL HALLAZGO)**

**TITULO:** Actividad 4 (servicio de transporte) del Procedimiento PT-AD-02 Atención de Requerimientos Logísticos

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Logística e Infraestructura (GLI)

**TEMÁTICA:** Debilidad en el desempeño de la actividad 4. "Prestar el Servicio (transporte)" del Procedimiento PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos.

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance al Procedimiento PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos, se evidenció:

En la actividad **4. Prestar el Servicio**, el vehículo con placa OCK-333 que actualmente presta el **servicio de transporte**, se encuentra con el certificado de revisión técnico mecánica vencido desde el 15/01/2023, incumpliendo lo establecido en la Ley 769 de 2002, modificado por el Decreto 019 de 2012, Capítulo 15, Artículo 52, que establece "Por razones de seguridad vial y de protección al ambiente, el propietario o tenedor del vehículo de placas nacionales o extranjeras, que transite por el territorio nacional, tendrá la obligación de mantenerlo en óptimas condiciones mecánicas, ambientales y de seguridad y todos los vehículos automotores, deben someterse a revisión técnico-mecánica y de emisiones contaminantes de manera anual".



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Igualmente se evidenció, incumplimiento frente al seguimiento y revisión del sistema de multas y comparendos definido en el Manual para la Administración de Logística, ya que de acuerdo con la información reportada en el sistema integrado de información sobre Multas y Sanciones por infracciones de tránsito – SIMIT, con corte al 06/03/2023, el vehículo con placas JQV-046 cuenta con un comparendo con número 11001000000035532791 del 09/12/2022 por un valor de \$468.500, el cual fue notificado al conductor hasta el mes de febrero de 2023 y a la fecha no ha sido cancelado.

Lo anterior, incumple lo establecido en la Ley 1383 de 2010 **“Por la cual se reforma la ley 769 de 2002 Código Nacional de Tránsito, y se dictan otras disposiciones”** que señala **“Las autoridades competentes podrán contratar el servicio de medios técnicos y tecnológicos que permitan evidenciar la comisión de infracciones o contravenciones, el vehículo, la fecha, el lugar y la hora. En tal caso se enviará por correo dentro de los tres (3) días hábiles siguientes la infracción y sus soportes al propietario quien estará obligado al pago de la multa”**.

Criterios incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. • 3ª. Dimensión: 3ª. Gestión con Valores para Resultados. 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.** Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización. Trabajar por procesos. En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes: – Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos. – Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros). – Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión. • 7ª Control Interno. 7.1 Alcance de esta Dimensión. 3. Actividades de control: su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.
- **ISO 9001:2015.** 8.1 planificación y Control Operacional. Literal b) el establecimiento de criterios para: 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios; c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios; d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.
- **Ley 769 de 2002** Código Nacional de Tránsito y se dictan otras disposiciones. Decreto 019 de 2012, Capítulo 15. Artículo 52.
- PT-AD-02 Procedimiento para la atención de requerimientos logísticos, • M-AD-02 Manual para la Administración Logística

MIPG		NORMAS TECNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLITICA	ISO	NUMERAL		
3ª Gestión de Valores para Resultados	3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	ISO 9001:2015	8.1 planificación y Control Operacional. Literal b)	Ley 769 de 2002 Código Nacional de Tránsito, y se dictan otras disposiciones.	PT-AD-02 Procedimiento para la atención de requerimientos logísticos
7ª Control Interno	7.1 Alcance de esta Dimensión 3. Actividades de control			Decreto 019 de 2012, Capítulo 15. Artículo 52	Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

**No.06**

**TITULO:** Actividad 4 (atención de cafetería) del Procedimiento PT-AD-02 Atención de Requerimientos Logísticos

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Logística e Infraestructura (GLI)

**TEMÁTICA:** Debilidad en el desempeño de la actividad 4. **“Prestar el Servicio (cafetería)”** del Procedimiento PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos.

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance al Procedimiento PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos, se evidenció:

En la actividad **4. Prestar el Servicio**, y de acuerdo con el protocolo definido en el Manual para la Administración Logística, que establece actividades para la atención de **cafetería**, el cual define la utilización de los elementos de protección personal como: Guantes amarillos, uniforme, zapatos, cofia y tapabocas, sin embargo, se observó personal que no usa tapabocas en la prestación de los servicios de cafetería incumpliendo lo establecido en el protocolo de Atención de Cafetería, ya que éste evita contaminación microbiológica proveniente de la nariz y la boca, ya que las gotas de saliva que no se ven a simple vista y que se generan al momento de hablar, toser o estornudar, sean esparcidas y lleguen a los alimentos. Es utilizado también para proteger al personal de algunas sustancias que puedan causar daño o irritación, como es el uso de productos hipoclorito y blanqueadores.



Asimismo, se observó que de acuerdo al manual del componente de seguridad y salud en el trabajo, numeral 9.2.1.5 Programa de estilo de vida y entorno saludable “Inocuidad de alimentos: Como medida de control enfocada a la inocuidad de los alimentos, en este caso las bebidas proporcionadas por la entidad, el GSST adelanta controles tales como la toma de exámenes para manipuladores de alimentos y capacitación en manipulación de alimentos para el personal de planta (4), este requisito también lo solicita el GSST al outsourcing que presta el servicio de cafetería”, no se evidenció soporte de la toma de exámenes y capacitación en manipulación de alimentos.

Así como también, asegurar el cumplimiento por parte de los contratistas, respecto a las obligaciones contractuales como las señaladas en el Anexo 2 del Acuerdo Marco CCE-972-AMP-2019 “Certificados de capacitación expedidos por el Proveedor o por una institución educativa reconocida por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior –SNIES– del Ministerio de Educación Nacional, en: (i) Desinfección y limpieza; (ii) Reciclaje, manejo de basuras y responsabilidad ambiental; (iii) Manejo y manipulación de alimentos; y (iv) Etiqueta y buenos modales. (d) Credencial de identificación vigente expedida por el Proveedor”. Subrayado fuera de texto.

Criterios incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. • 3ª. Dimensión: 3ª. Gestión con Valores para Resultados. 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.** Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización. Trabajar por procesos. En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes: – Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos. – Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros). – Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión. • 7ª Control Interno. 7.1 Alcance de esta Dimensión. 3. Actividades de control: su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.
- **ISO 9001:2015.** 8.1 planificación y Control Operacional. Literal b) el establecimiento de criterios para: 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios; c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios; d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.
- PT-AD-02 Procedimiento para la atención de requerimientos logísticos, • M-AD-02 Manual para la Administración Logística, • M-PG-05 Manual Operativo de Salud y Seguridad en el Trabajo

MIPG		NORMAS TECNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLITICA	ISO	NUMERAL		
3ª Gestión de Valores para Resultados	3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	ISO 9001:2015	8.1 planificación y Control Operacional. Literal b)	N/A	PT-AD-02 Procedimiento para la atención de requerimientos logísticos
	7ª Control Interno				7.1 Alcance de esta Dimensión 3. Actividades de control
M-PG-05 Manual Operativo de Salud y Seguridad en el Trabajo					
Acuerdo Marco CCE-972-AMP-2019, Anexo 2					
					Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

**No. 07**

**TITULO HALLAZGO:** Actividad 6 del Procedimiento PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) – Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB)

**TEMATICA:** Debilidad en el desempeño de la actividad 6. “Consulta y préstamo de documentos” del procedimiento PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos.

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance al Procedimiento PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos, se evidenció:

Al realizar consulta al sistema de inventarios SEVEN, el DNP cuenta con 6.687 libros físicos, los cuales se encuentran clasificados en el inventario como CONTROL DE BIENES ADMINISTRATIVOS, sin embargo, no fue posible verificar las existencias, toda vez, que están ubicados en el segundo piso del Edificio Fonade, en estantes, sellados con plástico negro y cinta, por cuanto está siendo remodelada el



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

área, razón por la cual, se solicitó el acta de entrega de los mismos a la interventoría de la obra, pero a la fecha de auditoría no se remitió al equipo auditor de la OCI.

De acuerdo con lo anterior, se presenta incumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7.1. CONSULTA DE MATERIAL BIBLOTECARIO del Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1, ya que no se encuentra en servicio la Sala de consulta, uno de los medios que tiene los usuarios internos y externos para acceder a este servicio, así como tampoco, se evidenció que se haya planificado este cambio, conforme al numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental “La identificación, planificación e implementación de cualquier cambio que pueda incidir en el componente de Gestión Documental, se realiza de conformidad con lo establecido en el Manual del SIG y con la “Gestión de Cambios” del procedimiento de “Planeación y Mantenimiento del Modelo de Operación (PT-PG-04)”, así como tampoco fue informado a los grupos de valor la suspensión temporal de este servicio; solo hasta la solicitud de los auditores de la OCI, fue socializada una pieza de comunicación el 28/03/2023 enviada a los usuarios internos a los correos institucionales.

Del mismo modo, evidencia debilidad de control respecto a “El aire en los depósitos se debe mantener libre de contaminación, polvo, gases ácidos y oxidantes. Algunos materiales como los plásticos para las envolturas, las pinturas y los recubrimientos de las paredes y estantes, entre otros, pueden emitir gases nocivos no solamente cuando se queman, sino también debido a la desgasificación y la descomposición. Cuando se seleccionan los materiales para la construcción, el mobiliario y los equipos, se debe tener en cuenta la cantidad de expulsión de gases. También se debe dejar transcurrir un tiempo (hasta un par de semanas cuando la expulsión de gases de los materiales nuevos es máxima), antes de poner en uso las edificaciones, el mobiliario y los equipos nuevos” [NTC 5921:2012, p.10].

Así como también, y teniendo en cuenta concepto técnico del AGN 2-2016-00082 respecto a medios de almacenamiento, la entidad recomienda consultar las siguientes normas y herramientas técnicas para determinar las condiciones óptimas para la conservación de los diferentes soportes de información “NTC 5921:2012 Información y Documentación. Requisitos para el Almacenamiento de Material Documental”, y “tener en cuenta que todas las actividades de conservación y preservación de los documentos de archivo, independiente de su soporte, deben realizarse de forma planificada de conformidad con el Acuerdo 006 de 2014 que establece el Sistema Integrado de Conservación y que se encuentra implementado en el DNP, y como complemento de este acuerdo, tener como referencia el Acuerdo 049 de 2000 que establece las condiciones de edificios y locales destinados a archivos y el Acuerdo 050 de 2000 sobre prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo”.

Criterios incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. • 3ª. Dimensión: 3ª. Gestión con Valores para Resultados.** 3.3 Atributos de calidad para la Dimensión. Los siguientes atributos de calidad permitirán constatar que las entidades han logrado la consolidación de la presente dimensión: • La gestión de la entidad se soporta en: Un trabajo por procesos que tiene en cuenta los requisitos legales, las necesidades de los grupos de valor, los objetivos estratégicos institucionales, las políticas internas y cambios del entorno, para brindar resultados con valor • **7ª. Dimensión: Gestión Control Interno.** 3. Actividad de Control. Acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.
- **ISO 30301:2019.** 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA. 7.5.3 Control de Información Documentada. Para el control de la información documentada, la organización debe realizar las siguientes actividades, según corresponda - almacenamiento y conservación • **NTC 5921:2012** Información y Documentación. Requisitos para el Almacenamiento de Material Documental.
- **Ley 594 de 2000** “Ley General de Archivos”, **Acuerdos AGN 006 de 2014** “Por medio del cual se desarrollan los artículos 46, 47 y 48 del Título XI “Conservación de Documentos” de la Ley 594 de 2000”, **049 de 2000** “Por el cual se desarrolla el artículo del Capítulo 7 “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos” y **050 de 2000** “Por el cual se desarrolla el artículo 64 del título VII “conservación de documento”, del Reglamento general de archivos sobre “Prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo”
- **PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos.** Actividad 6 “Consulta y préstamo de documentos”
- **Manual Operativo del Componente de Gestión Documental CODIGO:M-PG-06 V4.** Numeral 12. GESTION DE CAMBIOS, **Sistema Integrado de Conservación del DNP, Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1,** numeral 7.1. CONSULTA DE MATERIAL BIBLOTECARIO.

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSIÓN	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
3ª. Gestión con Valores para Resultados	3.3 Atributos de calidad para la Dimensión	ISO 30301:2019	7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de Información Documentada	Ley 594 de 2000 “Ley General de Archivos”  Acuerdos AGN 006 de 2014, 049 de 2000 y 050 de 2000	PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos. Actividad 6 “Consulta y préstamo de documentos”
		NTC 5921:2012	Información y Documentación. Requisitos para el Almacenamiento de Material Documental		Manual Operativo del Componente de Gestión Documental CODIGO:M-PG-06 V4. Numeral 12. GESTION DE CAMBIOS Sistema Integrado de Conservación del DNP Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1, numeral 7.1. CONSULTA DE MATERIAL BIBLOTECARIO.
7ª. Dimensión: Gestión Control Interno	3. Actividades de Control				Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.



**No. 08**

**TITULO:** Mantenimiento y mejora continua del sistema de información SEVEN.

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina (GISO).

**TEMÁTICA:** Debilidades en la prestación del servicio de mantenimiento, soporte técnico y actualización del sistema de información SEVEN.

De acuerdo con las pruebas realizadas, no se observó repositorio alguno donde se custodie la información clave del sistema de información como: análisis y viabilidad del proyecto, documentación del servicio, pruebas de vulnerabilidad, formatos de control de cambios y las aprobaciones del comité de cambios frente a la ejecución de las pruebas funcionales que se deben realizar en ambiente de pruebas del DNP, reporte de riesgos de seguridad de la información y manual de usuario.

Asimismo, la OTSI informó que los sistemas de información adquiridos bajo licencia no les aplica la metodología, sin embargo, el Manual Operativo para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información DNP define *“En cumplimiento del lineamiento los sistemas de información deben contar con la respectiva documentación y que es requerida para su operación y mantenibilidad, aplicado tanto para proyectos internos como para aquellos realizados por proveedores externos, motivo por el cual toda implementación de sistemas de información debe estar debidamente documentada, no solo para el entendimiento y uso de las funcionalidades del sistema descritas en el manual de usuario, sino también; para conocer como está construido, las herramientas tecnológicas utilizadas, y su integración con otros sistemas de información expuestas en el manual técnico y de operación, permitiendo contar con elementos de juicio para realizar mejoras sobre él a futuro”.*

Por otra parte, para la fecha de auditoría, no había sido suscrito contrato alguno para la prestación del servicio de soporte, mantenimiento y actualización del sistema de información SEVEN, afectando su funcionalidad ya que las actualizaciones no han sido aplicadas y la información de sus módulos se encuentran desactualizadas, generando posible materialización de los riesgos tecnológicos y seguridad de la información como: código 125 (Indisponibilidad de la infraestructura informática de los ambientes productivos de servicios que soportan los procesos críticos de la Entidad) que tiene como objetivo *“Suministrar y mantener la infraestructura informática existente y planeada a través de la capacidad, disponibilidad y continuidad, con el propósito de soportar la operación y el cumplimiento de metas de la entidad”*, y 199 (No disponibilidad de la Información). Tampoco se observó el reporte de riesgos de Seguridad de la Información y los formatos de control de cambios generados en las actualizaciones, ya que estas generan pruebas en ambiente de producción sin que se observe el diligenciamiento y su aprobación en comité de cambios.

Lo anterior incumple lo definido en el Manual Operativo para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información DNP que establece: *“En cumplimiento del lineamiento los sistemas de información deben contar con la respectiva documentación y que es requerida para su operación y mantenibilidad, aplicado tanto para proyectos internos como para aquellos realizados por proveedores externos, motivo por el cual toda implementación de sistemas de información debe estar debidamente documentada, no solo para el entendimiento y uso de las funcionalidades del sistema descritas en el manual de usuario, sino también; para conocer como está construido, las herramientas tecnológicas utilizadas, y su integración con otros sistemas de información expuestas en el manual técnico y de operación, permitiendo contar con elementos de juicio para realizar mejoras sobre él a futuro”*

*Así el desarrollo sea interno o externo, la ejecución de los casos de pruebas tanto funcionales como no funcionales, se deben realizar en el ambiente de pruebas del DNP, una vez se efectuó el despliegue de la nueva versión en dicho ambiente, y, en lo dispuesto en el anexo 1 del MSPI de la Resolución 500 de 2021 que define en su numeral 7.4 Soporte “La Entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para adoptar el MSPI, teniendo en cuenta que es un proceso transversal de la Entidad, se requiere que se disponga de los recursos financieros, humanos (dedicación de horas/hombre) de sus colaboradores y en general cualquier recurso que permita la adopción, implementación, mantenimiento y mejora continua del MSPI”.*

**Criterios Incumplidos:**

• **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. 3ª Gestión de Valores para Resultados de MIPG. 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.** Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización. Trabajar por procesos. En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes: Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos. Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros). Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión. **3.4.2 Política de Seguridad Digital:** Fortalecer las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de cooperación, colaboración y asistencia. Lo anterior, con el fin de contribuir al crecimiento de la economía digital nacional, lo que a su vez impulsará una mayor prosperidad económica y social en el país. • **7ª Control Interno. 7.1 Alcance de esta Dimensión. 3. Actividades de control: su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.**



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

- **ISO 9001:2015**. 8.1 planificación y Control Operacional Literal C: la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios. **ISO 27001:2013**. 7.1 RECURSOS: La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la seguridad de la información. A.14.2 Seguridad en los procesos de desarrollo y de soporte.
- **Resolución 500 de 2021** y su anexo 1 del MSPI. 7.4.1 Recursos. La Entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para adoptar el MSPI, teniendo en cuenta que es un proceso transversal de la Entidad, se requiere que se disponga de los recursos financieros, humanos (dedicación de horas/hombre) de sus colaboradores y en general cualquier recurso que permita la adopción, implementación, mantenimiento y mejora continua del MSPI.
- **Manual Operativo de Seguridad de la información V7**. Política [PL10-ES10]. "(...) Adicionalmente, las Dependencias deben contemplar los recursos necesarios para la operación y sostenibilidad del sistema de información (...)".

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
3ª Gestión de Valores para Resultados	3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 3.4.2 Política de Seguridad Digital	ISO 9001:2015	8.1 planificación y Control Operacional. Literal C	Resolución 500 de 2021 y su anexo 1 del MSPI. 7.4.1 Recursos	Manual Operativo de Seguridad de la información V7. Política [PL10-ES10].
7ª Control Interno	7.1 Alcance de esta Dimensión 3. Actividades de control	ISO 27001:2013	7.1 RECURSOS. A.14.2 Seguridad en los procesos de desarrollo y de soporte		Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

No.09

**TITULO HALLAZGO:** Componente de Gestión Ambiental

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) – Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina (GISO) - Grupo de Logística y Suministros (GLI)

**TEMATICA:** Debilidades e incumplimiento de los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión (SIG), señalados para el Componente Operacional de Gestión Ambiental en el DNP.

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance a los Procedimientos PT-AD-01 Administración de bienes muebles e inmuebles, PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos y PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos, se evidenció:

En visita de auditoría realizada el 8/03/2023 al Edificio Gómez (Piso 5) donde funciona el Almacén del DNP, se evidenció que no existe punto ecológico, sensores instalados, avisos del ahorro del agua, energía y papel, así como tampoco, contenedor para disposición de papel reciclado, incumpliendo así con lo señalado en el Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental CODIGO:M-PG-06 V4, cuyo OBJETIVO es "... fomentar entre los colaboradores una responsabilidad ambiental, enmarcada en el cumplimiento de la normativa vigente y el desarrollo sostenible, a través de la ejecución de programas orientados a la prevención y minimización de impactos ambientales, así como la optimización de recursos en los procesos de la entidad ..." y su ALCANCE "... aplica para los funcionarios, contratistas y pasantes del Departamento Nacional de Planeación, los cuales se encuentran ubicados en los edificios Fonade, World Service, Gómez y Colombiana de Capitalización Seguros Patria (edificio Patria) de la ciudad de Bogotá, así como para los procesos, productos, infraestructura física y tecnológica de la entidad..." Subrayado fuera de texto.

Criterios incumplidos:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG**. • **3ª. Dimensión: 3ª. Gestión con Valores para Resultados**. 3.2.3 Gestión ambiental para el buen uso de los recursos públicos • **7ª. Dimensión: Gestión Control Interno**. 3. Actividad de Control. Acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.
- **ISO 14001:2013**. 8.1 Planificación y control operacional. 7.3 Toma de Conciencia
- **Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental CODIGO:M-PG-06 V4**. CAPITULOS 8. INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE COMPTENCIAS, 9.1 PROGRAMA DE MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS, 9.3 PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA, 9.4 PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGIA Y 9.5 PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DEL PAPEL.
- Residuos sólidos (Decreto 2981 de 2013, GTC 24 de 2009, Resolución No. 2184 de 2019), • Consumo de energía (Decreto Único Reglamentario 1073 de 2015, Ley 697 de 2001) • Consumo de agua (Ley 373 de 1997, Decreto 3102 de 1997) • Recursos Naturales – Papel (Directiva presidencial 04 de 2012, Guía 1 Cero Papel en la Administración Pública Numeral 7.1.1 MinTic).

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSIÓN	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
3ª. Gestión con Valores para Resultados	3.2.3 Gestión ambiental para el buen uso de los recursos públicos	ISO 14001:2013	7.3 Toma de Conciencia 8.1 Planificación y control operacional	• Residuos sólidos (Decreto 2981 de 2013, GTC 24 de 2009, Resolución No. 2184 de 2019), • Consumo de energía (Decreto Único Reglamentario 1073 de 2015, Ley 697 de 2001) • Consumo de	Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental CODIGO:M-PG-06 V4. Capítulos 8, 9.1 9.3 9.4 y 9.5



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSIÓN	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
7ª. Dimensión: Gestión Control Interno	3. Actividades de Control			agua (Ley 373 de 1997, Decreto 3102 de 1997) • Recursos Naturales – Papel (Directiva presidencial 04 de 2012, Guía 1 Cero Papel en la Administración Pública Numeral 7.1.1 MinTic).	Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

3a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS (GVR)

No.01

TITULO HALLAZGO: Tablas de Retención Documental

DEPENDENCIAS RESPONSABLES: Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) – Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB)

TEMÁTICA: Incumplimiento en el procedimiento señalado en el Acuerdo 004 de 2019 para la elaboración, aprobación y convalidación de las Tablas de Retención Documental.

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance al Procedimiento PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos, se evidenció:

Las Tablas de Retención de Documental F-AD-16 que se registran como **entradas** en la actividad 5, y que de acuerdo a su disposición se crean los expedientes virtuales y/o físicos, se evidenció que en el DNP fueron creadas y/o actualizadas (103) conforme al proceso de reorganización institucional (Decreto 1893 de 2021), de las cuales (63) han sido aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del DNP según Acta No.4 del 21/10/2022 y (40) por aprobar; de igual manera se encuentran estructuradas en el SGD ORFEO y están siendo utilizadas por las unidades productoras (dependencias) para la creación y archivo de sus expedientes, según pruebas de auditoría realizadas en el SGD ORFEO.

Sin embargo, las (63) TRD aprobadas por el CIGD el 21/10/2022, no han sido presentadas al Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado, según correo electrónico del 17/04/2023 del GGDB, incumpliendo de esta manera lo señalado en el Acuerdo No.004 de abril 30 de 2019 **Artículo 10º. Presentación de las Tablas de Retención Documental – TRD y Tablas de Valoración Documental – TVD para evaluación técnica y convalidación. El Secretario General de la entidad o quien haga sus veces, presentará las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD, a la instancia competente para su evaluación técnica y convalidación, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su aprobación. Subrayado fuera de texto.**

Criterios:

- Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. • 5ª. Información y Comunicación. 5.2. Aspectos mínimos para la implementación de la política. 5.2.2. Política Gestión Documental (Política de Archivos y Gestión Documental). Lineamientos generales para la implementación "(...) impulsar en los servidores públicos, la cultura archivística y el desarrollo de estrategias que permiten fortalecer las capacidades para el adecuado manejo y tratamiento de los archivos (...)". • 7ª. Dimensión: Gestión Control Interno. 4. Información y Comunicación. La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.
- ISO 9001:2015. 6.3 planificación de cambios "(...) La organización debe considerar: literal b) la integridad del sistema de gestión de la calidad (...)". 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite". • ISO 30301:2019. 7. SOPORTE 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de la información documentada. a) está disponible y es adecuado para su uso, cuando y donde sea necesario. 8. OPERACIÓN 8.1. PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL. Mantener la información documentada en la medida necesaria para tener la confianza de que los procesos de registros se han llevado a cabo según lo planeado.
- Acuerdo 004 de 2019 artículo 10. "Presentación de las Tablas de Retención Documental – TRD y Tablas de Valoración Documental – TVD para evaluación técnica y convalidación. El Secretario General de la entidad o quien haga sus veces, presentará las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD, a la instancia competente para su evaluación técnica y convalidación, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su aprobación". Subrayado fuera de texto.

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSIÓN	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
5ª. Información y Comunicación	5.2. Aspectos mínimos para la implementación de la política. 5.2.2. Política Gestión Documental	ISO 9001:2015	6.3 Planificación de cambios 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite".	Acuerdo 004 de 2019 artículo 10	Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSIÓN	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
7ª. Dimensión: Gestión Control Interno	4. Información y Comunicación	ISO 30301:2019	7. SOPORTE 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de la información documentada. a) está disponible y es adecuado para su uso, cuando y donde sea necesario.  8. OPERACIÓN 8.1. PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL		público. No se valen cosas a medias.

No.02

**TITULO HALLAZGO:** Conocimientos, educación, formación y experiencia del Líder Funcional de los sistemas de información

**DEPENDENCIA RESPONSABLE:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Inventarios y Suministros (GISO)

**TEMATICA:** Debilidad en la formación y experiencia laboral y académica del Líder funcional del sistema de información SEVEN, conforme a la Metodología de referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información

De acuerdo con el talento humano que soporta las actividades de Seguridad de la Información, se evidenció para el sistema de información SEVEN, que su líder funcional no soporta la experiencia laboral y académica, teniendo en cuenta la Metodología de referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información que define: un **Líder funcional** debe participar activamente en las etapas y actividades que hacen parte del desarrollo de Software, definición del alcance, especificación funcional y de casos de uso, diseño, elaboración de prototipo, definición de casos de prueba, etapa de pruebas funcionales, documentación funcional, puesta en producción, evolución y mantenimiento, validar y aprobar la funcionalidad de los sistemas de información, con el fin de garantizar que cumpla con los requerimientos del área, capacitar y socializar a los usuarios tanto en el proceso como en la utilización del sistema, participar en la elaboración, divulgación del plan de contingencia que debe ejecutarse cuando el sistema de información no se encuentre disponible para garantizar la continuidad en el proceso funcional.

Asimismo, la Metodología de Referencia para los sistemas de información del DNP, que se rige por lo establecido por Mintic, define en el documento G.SIS.03 Guía para la construcción del catálogo de Sistemas de Información de Mintic que *“El líder funcional es el responsable de atender los incidentes técnicos del sistema y datos de contacto”* y en lo establecido en el Manual Operativo para la Implementación y Mantenimiento de sistemas de Información del DNP, establece en su numeral 4 **Términos y definiciones Gerencia:** Actividades ejecutadas por un líder, en el desarrollo del ciclo de vida de los sistemas de información, esta gestión dentro del proceso se ve reflejada en los líderes (funcionales y técnicos) de las dependencias, quienes se encargan de liderar la metodología de referencia para la implementación y mantenimiento de los sistemas de información.

Lo anterior, evidencia incumplimiento de acuerdo con lo establecido en el Manual de Seguridad y Privacidad de la Información de Mintic, que define en su numeral 7.4.2 Competencia y la ISO 27001:2013 7.2, toma de conciencia y comunicación *“Asegurar que las personas cuenten con los conocimientos, educación y formación o experiencia adecuada para la implementación y gestión del modelo de seguridad y privacidad de la información”*.

Criterios:

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. 3ª Gestión de Valores para Resultados. 3.2.1.3 Política de Gobierno Digital:** Fortalecer las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de cooperación, colaboración y asistencia. Lo anterior, con el fin de contribuir al crecimiento de la economía digital nacional, lo que a su vez impulsará una mayor prosperidad económica y social en el país. • **7ª Control Interno. 7.1 Alcance de esta Dimensión.** 3. Actividades de control: su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.
- **ISO 9001:2015. 7.2 competencia planificación y Control Operacional** Literal a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad, b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas, c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas y d) d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia; ISO 27001:2013. 7.1 RECURSOS: La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la seguridad de la información.
- **Resolución 500 de 2021** y su anexo 1 del MSP. 7.4.2 Competencia, toma de conciencia y comunicación. Asegurar que las personas cuenten con los conocimientos, educación y formación o experiencia adecuada para la implementación y gestión del modelo de seguridad y privacidad de la información.
- **Manual Operativo de Seguridad de la información V7. 7.1CAPACITACIÓN EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** El DNP realiza charlas periódicas sobre para que los usuarios del DNP conozcan el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) (...)"



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

MIPG		NORMAS TECNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLITICA	ISO	NUMERAL		
3ª Gestión de Valores para Resultados	3.2.1.3 Política de Gobierno Digital	ISO 9001:2015	8,1 planificación y Control Operacional. Literal C	Resolución 500 de 2021 y su anexo 1 del MSPi. 7.4.1 Recursos	Manual Operativo de Seguridad de la información V7. Política [PL04-ES16]
7ª Control Interno	7.1 Alcance de esta Dimensión 3. Actividades de control	ISO 27001:2013	7.1 RECURSOS		Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

**4a. DIMENSIÓN MIPG: EVALUACION DE RESULTADOS (VA)**

ISO 9001:2015: Numerales 6.1 - 9.1.1 - 9.1.2 - 9.1.3 - 10  
ISO 37001:2016

*Esta dimensión tiene como propósito promover en la Entidad el seguimiento a la gestión del desempeño a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previos en su marco estratégico.*

**RESULTADOS**

**Conocimiento y aprehensión**

Con el fin de evaluar el conocimiento de la 4ª. Dimensión MIPG Evaluación de resultados, se diseñó y aplicó el "Instrumento de Valoración General" a los colaboradores de la SARC, que participan en la ejecución de los procedimientos objeto de la auditoría, evaluando el grado de conocimiento y aprehensión de esta política, obteniendo los siguientes resultados:

**Gestión Integral de Riesgos:**

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Política de la Gestión de Riesgos	39	68	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 68% (39), se observó que tienen conocimiento sobre la Política de la Gestión de Riesgos.
Procedimiento Gestión Integral de Riesgos	57	100	En el 100% (57) colaboradores, se observó que tienen conocimiento sobre el Procedimiento de la Gestión Integral de Riesgos.
Administración de Riesgos	54	95	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 95% (54) se observó que tienen conocimiento sobre la Administración de Riesgos.

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 07, 08, y 09 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 88% (50) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre la Política, Procedimiento y Administración de Riesgos y el 12% (7) no tienen conocimiento.

**Gestión antisoborno:**

Resultados Instrumento de Valoración			Conclusiones Equipo Auditor OCI
Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Qué es Soborno	57	100	En el 100% (57) colaboradores, se observó que tienen conocimiento sobre qué es soborno.
Requerimiento y/o acción a beneficio propio o de terceros	57	100	En el 100% (57) colaboradores, se observó que tienen conocimiento sobre el beneficio propio o de terceros.
Consecuencias de no contar con un Sistema de Gestión Antisoborno	57	100	En el 100% (57) colaboradores, se observó que tienen conocimiento sobre las consecuencias de no contar con un Sistema de Gestión Antisoborno
Tipos de soborno pretende ayudar a prevenir un Sistema de Gestión Antisoborno	57	100	En el 100% (57) colaboradores, se observó que tienen conocimiento sobre los tipos de soborno que pretenden ayudar a prevenir un Sistema de Gestión Antisoborno.
Valor del código de integridad del DNP se relaciona el Sistema de Gestión Antisoborno	54	95	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 95% (54), se observó que tienen conocimiento sobre el valor asociado al Sistema de Gestión Antisoborno

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 99%, tienen conocimiento y aprehensión sobre la Gestión antisoborno de la entidad.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL  
ISO 9001:2015: Numerales 4.2 - 9.1.1 - 9.1.2

**Prueba realizada:** Verificar el cumplimiento de los productos del plan de acción de la SARC vigencia – 2022.

**Resultado:** Del total de (27) productos y (31) entregables programados para el 2022, se observó un cumplimiento del 100%.

PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	CODIGO	PRODUCTOS ASOCIADOS	CUMPLIMIENTO
Procedimiento Administración de bienes	5337, 5339, 5340, 5341, 5342, 5343	Atención a solicitudes de suministro de útiles de oficina y elementos de papelería Atención a solicitudes de bienes muebles. Realizar los procesos de baja de bienes Reportar los siniestros por pérdida o daño de bienes a la Aseguradora. Realizar el inventario general por piso de los bienes de la entidad.	100%
Procedimiento Atención de requerimientos logísticos	5327, 5328, 5347	Atender las solicitudes de apoyo logístico (mantenimiento, vehículo y servicios adicionales de cafetería) Revisar el sistema eléctrico y de iluminación conforme con la normativa vigente de las instalaciones objeto de adecuación Adecuación de la planta física del edificio FONADE del DNP	100%
Procedimiento para la gestión de documentos y administración de archivos	5329, 5330, 5331, 5333, 5334, 5335, 5336	Gestión de comunicaciones oficiales de entrada y salida Soporte en el SGDEA - Mesa de ayuda del SGDEA Préstamos y/o consulta de Biblioteca Préstamos y/o consulta de los documentos de archivo de gestión y central Administración de archivo de gestión 2021. Alistamiento de los documentos de transferencias primarias de la vigencia 2018. Administración de archivo central (organización y alistamiento de expedientes para transferencias secundarias de tres periodos)	100%
Planeación y mantenimiento del MOP	5324, 5326, 5344, 5345, 5346, 5348, 5349, 5350	Ejecutar las actividades programadas en el plan de trabajo del componente de gestión ambiental Atender las solicitudes para el manejo integral de residuos peligrosos Realizar la actualización de TRD de la entidad Actualización de Tablas de Valoración Documental (TVD) Levantamiento de instrumento archivístico (TRD o TVD) para aplicación a los documentos de la vigencia 2014 al 201 Declaración de documentos vitales Actualizar el inventario de documentos especiales de las dependencias del DNP Ejecutar las actividades programadas en el plan de trabajo del componente de gestión documental	100%
Estudios y/o investigaciones en aspectos de competencia del DNP	5320	Documento de diagnóstico para realizar el inventario de emisiones de Gases Efecto Invernadero (GEI) del DNP	100%
Atención a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias	5522, 5523	Seguimiento a la gestión de las PQRSD en 2022 Caracterización de los Grupos de Valor que demandan la oferta institucional vía PQRSD en 2022.	100%

Fuente: Plan de Acción 2022 - SIGGESTION

De acuerdo con lo anterior se concluye conformidad en:

- Reporte de la información de los productos verificados en el plan de acción institucional, en el sistema de información SIGGESTIÓN y sus soportes en el Disco "O".
- Cumplimiento de los productos de acuerdo con los requisitos definidos en los procedimientos auditados y en la caracterización del proceso de Gestión Administrativa.

Lo anterior, en cumplimiento con lo establecido en el "Manual para el seguimiento del modelo de planeación institucional", código M-ED-02 versión 1 y el "Manual para la planeación y desarrollo de productos del DNP", Código M-PG-04, V3.

**Gestión de riesgos**

**Prueba realizada:** Indagar sobre la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento a los riesgos para los procedimientos objeto de auditoría, y validar la aplicación de las políticas para los riesgos.

**Resultado:** • **Identificación de riesgos:** Se efectuó la identificación en la Matriz Integral de Riesgos del DNP, de los procedimientos asociados, así:

Proceso	Procedimiento	Código del Riesgo	Nivel de aplicación del riesgo identificado	Tipo de Riesgo	Riesgo	Riesgo Residual
Gestión Administrativa	PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	2	Táctico - Procesos - Producto	Operativo	Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo.	Aceptable
		156	Táctico-Procesos- Productos	Corrupción	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiar bienes de la entidad.	Tolerable
	PT-AD-02 Administración de Requerimientos Logísticos	3	Táctico-Procesos- Productos	Operativo	Inatención de las solicitudes de apoyo logístico	Tolerable
		4	Táctico-Procesos- Productos	Operativo	Insuficiente mantenimiento o adecuación de la infraestructura física	Tolerable



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Proceso	Procedimiento	Código del Riesgo	Nivel de aplicación del riesgo identificado	Tipo de Riesgo	Riesgo	Riesgo Residual
	PT-AD-03 Procedimiento para la Gestión de Documentos y Administración de Archivo	255	Táctico-Procesos- Productos	Operativo	Inadecuada gestión de documentos de archivo y biblioteca	Importante

Fuente: Matriz Integral de Riesgos del DNP

Teniendo en cuenta lo anterior, se observó que el proceso "Gestión Administrativa" tiene asociados cinco (5) riesgos de los cuales cuatro (4) son de nivel de aplicación Operativo y uno (1) Corrupción con riesgos residuales Aceptable, Tolerable e Importante, sin embargo, el riesgo 156 de "Corrupción" tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", y este debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE. Lo anterior incumple lo establecido en la Segunda dimensión de MIPG en el numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional, "se deben atender las recomendaciones para formular los lineamientos para administración del riesgo - Política de Riesgo (...)" Los riesgos de corrupción son inaceptables" y con lo establecido en el F-GP-01 Matriz Integral de Riesgos del DNP que establece: "Para riesgos de corrupción las opciones de tratamiento posibles son: Evitar, prevenir, reducir o mitigar, en ningún caso para este tipo de riesgo se puede "asumir". En todos los casos los riesgos que a nivel residual se encuentren en zona "Inaceptable e importante" deben tener una opción de manejo"; razón por la cual, se recomienda analizar las causas de la recurrencia de la situación observada.

• **Materialización de Riesgos:** En los reportes de eventos de materialización de riesgos para la vigencia 2022, se observó el registró de materialización para el **Riesgo 3: Inatención de las solicitudes de apoyo logístico**, por daño de vehículos con fechas de 31/08/2022, 20/09/2022, 26/01/2023, 15/03/2023 y 18/03/2023, a la OAP en el formato definido F-PG-02 Reporte de eventos de materialización de riesgos V2, sin embargo, de acuerdo al informe del Monitoreo de Riesgos del III cuatrimestre de 2022, se observó, que el riesgo No.2 "Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo" sufrió materialización por (daño a vehículo ocasionando afectación en la parte frontal del automotor y daño monitor de computador y hurto de portátil) y este fue reportado por la SARC a la OAP, cumpliendo con lo establecido en el procedimiento de Gestión Integral de Riesgos PT-PG-01 V13.

• **Seguimiento y monitoreo a los riesgos:** Se observó que la SARC para la vigencia 2022, reporto de manera oportuna a la OAP el monitoreo del I Cuatrimestre el 09/05/2022, II Cuatrimestre el 07/09/2022 y III cuatrimestre reportado a través del formulario "FORMS Autoevaluación" el 28/12/2022, observando conformidad de los reportes de acuerdo con la metodología establecida por la OAP.

Lo anterior, de conformidad al procedimiento "PT-PG-01 Gestión Integral de Riesgos", V.11, actividad 7 "Monitorear y revisar los riesgos", establece: "Cada cuatro meses (mayo, septiembre y enero) las dependencias realizarán la revisión de los riesgos que les aplican, bien sea como responsables o de aquellos riesgos transversales que aplican a toda la entidad, por medio del formato F-ED-01 Autoevaluación de Controles y Gestión (...) dejando el registro "Monitoreo periódico de riesgos en la Matriz integral de riesgos F-PG-01".

• **Diseño, eficiencia y efectividad de controles:** Se observó la documentación de los siguientes controles.

Riesgo	Código Control	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL (Dato ubicada en MIR)	Observación del Diseño del control
No. 2. Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo	2,1	Verificar el inventario disponible de bienes muebles y elementos de consumo, en el sistema de control de activos	El Control no es efectivo, se observó (2) materializaciones:  • Se materializó el riesgo por daño a vehículo ocasionando afectación en la parte frontal del automotor. • Se materializó el daño de un monitor el cual fue dado en reposición por la aseguradora y se presentó el hurto de un computador portátil por fuera de las instalaciones del DNP.  Igualmente, de acuerdo con el hallazgo asociado al procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles V5 actividad 2 Almacén bienes, se evidenció riesgo no identificado en la Matriz integral por " <b>Perdida del Activo</b> ".
	2,2	Realizar seguimiento al cumplimiento de las fechas estimadas para la suscripción de los contratos de suministro.	
	2,3	Actualizar pólizas de seguros	
	2,4	Realizar seguimiento a la entrega oportuna de los bienes y elementos de oficina de acuerdo con las necesidades.	
No. 3. Inatención de las solicitudes de apoyo logístico	3,1	Realizar la redistribución de las solicitudes con los operarios del outsourcing o personal de planta.	Los Controles no son efectivos: Se observó materialización del riesgo en (4) ocasiones entre el 2022 y 2023, relacionados con Daño a Vehículo.
	3,2	Evaluar las solicitudes para su posible ejecución	
	3,3	Enviar comunicaciones internas relacionadas con los tiempos de respuesta a las solicitudes de apoyo logístico	
	3,4	Aplicar las directrices para la prestación del servicio de transporte de acuerdo con disponibilidad.	
No. 4. Insuficiente mantenimiento o adecuación de la infraestructura física	4,1	Realizar mantenimientos preventivos.	Control que cumple con las características del diseño de control
	4,2	Realizar la redistribución de las solicitudes con los operarios del outsourcing o personal de planta.	Control que cumple con las características del diseño de control
	4,3	Realizar mantenimientos correctivos	Control que cumple con las características del diseño de control
	4,4	Evaluar las solicitudes para su posible ejecución	Control que cumple con las características del diseño de control
No. 155. Pérdida de memoria institucional	155,1	Acompañamiento y asesoría a las dependencias en la actualización, creación o eliminación de documentos.	Control que cumple con las características del diseño de control
	155,2	Digitalización de los documentos físicos con el fin de evitar el deterioro ante posibles solicitudes de préstamo mediante el uso del sistema Orfeo.	Control que cumple con las características del diseño de control



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Riesgo	Código Control	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL (Dato ubicada en MIR)	Observación del Diseño del control
	155,3	Aplicar las políticas de seguridad de la información y seguimiento al Plan de trabajo de Seguridad de la Información - componente informático	Control que cumple con las características del diseño de control
	155,4	Reconstrucción de la información o duplicación del expediente, en los casos de pérdida de documentación física, de acuerdo con lo establecido en el Manual para la gestión de documentos y administración de archivos.	Control que cumple con las características del diseño de control
	155,5	Verificar la devolución de material prestado de acuerdo con las condiciones y los tiempos establecidos para la devolución.	Control que cumple con las características del diseño de control
No. 156. Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiar bienes de la entidad	156,1	Autorizar acceso físico al almacén	El Control no es efectivo: Se observó que la puerta trasera del almacén piso 5 edificio Gómez se encuentra deteriorada. Se recomienda tomar las acciones que permitan minimizar los riesgos para el control de acceso al almacén.
	156,2	Aplicar los puntos de control del procedimiento de Administración de bienes e inmuebles.	Control que cumple con las características del diseño de control
	156,3	"Realizar seguimiento a la consistencia de los inventarios físicos vs lo reportado en el aplicativo.	El Control no es efectivo: Se observó que los inventarios realizados en el 2022 no cuentan con los soportes que permitan verificar el inventario físico vs SEVEN ERP.
	156,4	Aplicar los controles del programa de Integridad y Legalidad del componente de Transparencia e Integridad. Conflicto de Intereses o se aplican estrategias de apropiación del código de integridad.	Control que cumple con las características del diseño de control.
No. 255. Inadecuada gestión de documentos de archivo y biblioteca	255,1	Incluir el perfil técnico y de experiencia requerido para contratar al personal de archivo y biblioteca.	Control que cumple con las características del diseño de control.
	255,2	Incluir en el PIC las necesidades de capacitación para el personal de Biblioteca y Gestión Documental.	Control que cumple con las características del diseño de control.
	255,3	Realizar capacitación a funcionarios contratistas y pasantes sobre los temas de gestión documental (manejo del sistema ORFEO, TRD y correspondencia).	El Control no es efectivo: No se evidenció capacitaciones para los grupos de GISO y GLI, en temas relacionados con Gestión Documental como TRD, SGD ORFEO, creación de expedientes, entre otros, que permita fortalecer los conocimientos y el desarrollo integral de las capacidades y competencias en GD, conforme al Manual Operativo del Componente de Gestión Documental.
	255,4	Seguimiento al préstamo de documentos de archivo o de biblioteca.	El Control no es efectivo: No se encuentra en servicio la Sala de consulta, uno de los medios que tiene los usuarios internos y externos para acceder a este servicio, así como tampoco, se evidenció que se haya planificado este cambio, conforme al numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental.
	255,5	Seguimiento de las solicitudes que llegan por los medios establecidos para el préstamo de documentos de archivo y biblioteca para ser atendidas.	

Fuente: Construcción equipo auditor a partir de resultados pruebas de auditoría

Respecto a los controles establecidos para los riesgos asociados al proceso, se observó debilidad en su definición y descripción, ya que, en las pruebas realizadas a los procedimientos, se observaron actividades en las cuales sus controles no son efectivos. Se recomienda revisar la matriz de riesgos e identificar los nuevos relacionados con aspectos: legal, operacional, fiscal y de soborno, entre otros, que permitan asegurar el fortalecimiento de los controles y la definición de sus causas para disminuir la probabilidad de materialización, de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.

EVALUACION DE INDICADORES Y METAS DE GOBIERNO  
NTC ISO 9001:2015: Numeral 7.1

**Prueba realizada:** Verificar del desempeño de los indicadores asociados a los procedimientos objeto de auditoría.

**Resultados:** Se observó que los indicadores asociados al proceso y procedimientos objeto de la auditoría, no cuentan con indicadores de desempeño y actualmente se mide a través de los resultados obtenidos en el Plan de Acción Institucional.

No obstante, la SARC es la dependencia que lidera y administra el Sistema de Gestión Ambiental, que a través del propósito 6 del Manual SIG V13, se encuentra el objetivo: "Prevenir, controlar y mitigar la contaminación generada por los impactos que se puedan causar al ambiente en desarrollo de las actividades propias de la entidad, mediante el uso racional y eficiente de los recursos naturales y la adecuada disposición de residuos sólidos", el cual se desglosa de la Política del SIG. Cada propósito tiene indicadores y metas definidas, y cuya planeación para su logro, se realiza a través del Plan de Acción.

Este objetivo se mide por medio de los siguientes cuatro (4) indicadores, los cuales cuentan con periodicidad de medición y seguimiento, dependencia responsable, año de medición, y las variables con las cuales se realizará la medición con la meta correspondiente, esto se registra en la hoja de vida de cada indicador: **1. Consumo de agua por persona, 2. Consumo de energía por persona, 3. Aprovechamiento de residuos sólidos, 4. Consumo de papel por persona**, estos indicadores tuvieron un cumplimiento de "SATISFACTORIO" para la vigencia 2022.

Conforme a lo anterior, se evidenció cumplimiento de lo establecido en el numeral 9.3 Seguimiento y evaluación, la SARC realizó el cálculo y análisis del año 2022 de estos indicadores con resultados SOBRESALIENTES, y cuyos resultados fueron presentados a la Alta Dirección en reunión de la Revisión por la Dirección celebrada el 21/03/2023.



**Acciones Preventivas Correctivas y de Mejora - AIRE.**

En el marco de la auditoría integral realizada al procedimiento PT-GI-05 Procesamiento y Consolidación de la Información, se ejecutó la Auditoría Interna de Revisión de la Efectividad – AIRE -, a las Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora - APCM -, registradas con los códigos números 21-054, 21-066 y 21-107.

Las AIREs se desarrollaron según las siguientes actividades:

- ⇒ Verificar la eficacia de las acciones que conforman la APCM.
- ⇒ Determinar la efectividad del plan, aplicando pruebas sustantivas a una muestra aleatoria para verificar si hubo reincidencia de la situación evidenciada.
- ⇒ Concluir sobre el cumplimiento del objetivo del Plan.
- ⇒ Concluir sobre la eficacia y efectividad del Plan, dictaminando sobre el estado de la acción (abierto o cerrado).
- ⇒ Presentar recomendaciones (reprogramar, reformular, eliminar, retirar del balance)

A continuación, se presenta el resultado de la Auditoría Interna de Revisión de la Efectividad (AIRE), en términos de eficacia (cumplió o incumplió) y de efectividad (abierta o cerrada) para las APCM auditadas, así:

APCM No.	Eficacia	Efectividad	Conclusiones
21-054	Cumplió	Cumplió	Cerrada
21-066	Cumplió	Cumplió	Cerrada
21-107	Cumplió	Cumplió	Cerrada

Fuente: Construcción propia equipo auditor OCI

Los resultados de la evaluación de la efectividad fueron consignados en el formato F-ED-02 apartado “Visita de Seguimiento – Efectividad del Plan” donde se indica la fecha de la revisión y la conclusión del auditor sobre el plan de mejora (abierto o cerrado), y que acuerdo con los resultados de las AIREs, se observó que de las tres (3) APCM auditadas, 3 (100%) quedaron cerradas, y cuyos resultados son:

- **APCM 21-054:** Se registra la No Conformidad No.02, relacionada en el Informe de Auditoría al Proceso Gestión Administrativa y con la temática “En la verificación en sitio realizada el día 29/04/2021, a las instalaciones del Edificio FONADE-ENTERRITORIO Piso 33, se evidenció que el estado del piso de algunas áreas con tapete presenta deterioro, el cual podría representar un peligro y factor de riesgo, generando Lesiones al personal por daños a la infraestructura”, para lo cual y de acuerdo con la prueba de auditoría “Verificar las condiciones de infraestructura del piso 33 e identificar los posibles riesgos en SST”, se evidenció, conformidad respecto a la efectividad de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, razón por la cual, se CIERRA el plan de mejora.
- **APCM 21-066:** Se registra la No Conformidad No.10, relacionada en el Informe de Auditoría al Proceso Planeación y Gestión Orientada a Resultados al Sistema de Gestión Ambiental y con la temática “Debilidades en el control y seguimiento sobre los procesos contratados Externamente”; para lo cual y de acuerdo con la prueba de auditoría “Evidenciar el control y seguimiento que la Subdirección Administrativa y Relaciónamiento con la Ciudadanía (SARC), realiza a los procesos contractuales vigentes y suscritos con proveedores para el mantenimiento del Sistema de Gestión Ambiental, respecto al cumplimiento de los requisitos ambientales, de acuerdo con lo señalado en el numeral 8.1 de la norma ISO 14001:2015”, se evidenció, conformidad respecto a la efectividad de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, razón por la cual, se CIERRA el plan de mejora.
- **APCM 21-107:** Se registra la No Conformidad, relacionada en el Informe de Auditoría Externa al Proceso Gestión Administrativa y con la temática “No se cuenta con información documentada de los controles de temperatura y humedad para la gestión de archivos”; para lo cual y de acuerdo a la prueba de auditoría “Verificar a través de información documentada los controles de temperatura y humedad para la gestión de los archivos de gestión y central del DNP”, se evidenció, conformidad respecto a la efectividad de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, razón por la cual, se CIERRA el plan de mejora.



### CONCLUSIONES

- De acuerdo con los resultados del instrumento de valoración, del 100% (57) colaboradores, el 88% (50) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre la Política, Procedimiento y Administración de Riesgos y el 12% (7) no tienen conocimiento y del 100% (57) colaboradores, el 99%, tienen conocimiento y aprehensión sobre la Gestión antisoborno de la entidad.
- Se presentó cumplimiento del 100% de los productos del PA 2022, de acuerdo con los requisitos definidos en los procedimientos auditados y en la caracterización del proceso de Gestión Administrativa, según reporte de la información en el sistema de información SIGGESTIÓN y sus soportes en el Disco "O", conforme con lo establecido en el Manual para el seguimiento del modelo de planeación institucional.
- El proceso "Gestión Administrativa" tiene asociados cinco (5) riesgos de los cuales cuatro (4) son de nivel de aplicación Operativo y uno (1) Corrupción con riesgos residuales Aceptable, Tolerable e Importante, sin embargo, el riesgo 156 de "Corrupción" tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", y este debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE, incumpliendo la Segunda dimensión de MIPG en el numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional, y en el F-GP-01 Matriz Integral de Riesgos del DNP.
- El riesgo No.2 "Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo" sufrió materialización por (daño a vehículo ocasionando afectación en la parte frontal del automotor y daño monitor de computador y hurto de portátil) y fue reportado por la SARC a la OAP, cumpliendo con lo establecido en el procedimiento de Gestión Integral de Riesgos PT-PG-01 V13.
- La SARC para la vigencia 2022, reporto de manera oportuna a la OAP el monitoreo del I Cuatrimestre el 09/05/2022, II Cuatrimestre el 07/09/2022 y III cuatrimestre reportado a través del formulario "FORMS Autoevaluación" el 28/12/2022, observando conformidad de los reportes de acuerdo con la metodología establecida por la OAP.
- Se evidenció cumplimiento de lo establecido en el numeral 9.3 Seguimiento y evaluación, se realizó el cálculo y análisis del año 2022 de los indicadores de SGA con resultados SOBRESALIENTES, y presentados en reunión de la Revisión por la Dirección el 21/03/2023.
- Las AIRES realizadas a las APCM 21-054, 21-066 y 21-107, en el marco del presente ejercicio auditor, quedaron los planes de mejora CERRADOS, conforme a las pruebas de auditoría.

### RECOMENDACIONES

- Revisar la pertinencia para que en la matriz integral de riesgos del DNP, se identifiquen nuevos riesgos relacionados con los siguientes aspectos: legal, operacional, fiscal y de soborno, entre otros, que permitan asegurar el fortalecimiento de los controles y la definición de sus causas para disminuir la probabilidad de materialización, de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.
- Adoptar las medidas preventivas y de mejora con el fin de garantizar una medición integral de la gestión del proceso y procedimientos objeto de auditoría, considerando los indicadores de desempeño, así como para medir resultados que son definidos en la Política de Planeación Institucional de MIPG.
- Tener en cuenta lo dispuesto en la Segunda Dimensión de MIPG numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional, y en el F-GP-01 Matriz Integral de Riesgos del DNP, por cuanto el riesgo 156 de "Corrupción", tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", y debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE.
- Revisar la conveniencia de formular productos que midan el desempeño y generen cambios y retos estratégicos, en cumplimiento de los objetivos de los procedimientos de la Subdirección Administrativa y sus grupos internos de trabajo.



**DIMENSIONES TRANSVERSALES**

**5a. DIMENSIÓN MIPG: INFORMACION Y COMUNICACION (T)**  
**ISO 9001:2015: Numerales 7.4 - 7.5**  
**ISO 30301:2019**

*Esta dimensión tiene como propósito garantizar un adecuado flujo de información interna, así como la información externa, para esto se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizaciones y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la información*

**RESULTADOS**

De conformidad con el alcance de la 5a. Dimensión de Información y Comunicación de MIPG, se verificó la información relacionada con las siguientes políticas y aspectos básicos:

- a) Política de Gestión Documental
- b) Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción

**Conocimiento y aprehensión**

De acuerdo con los resultados del instrumento de valoración, se observó:

Aspecto evaluado	Resultados Instrumento de Valoración		Conclusiones Equipo Auditor OCI
	Nivel de apropiación		
	Cantidad	%	
Capacitación norma 30301:2019 y su relación con el SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	42	74	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 74% (42) se observó que han sido capacitados en la Norma 30301:2019 y su relación con GD.
Normatividad interna de la gestión documental.	51	89	De un total del 100% (57), en el 89% (51) se observó que tienen conocimiento sobre la normatividad interna de GD.
Realizar gestión, trámite y organización de los documentos y comunicaciones	37	65	De un total del 100% (57), en el 65% (37) se observó que tienen conocimiento sobre la gestión, trámite y organización de documentos y comunicaciones.
Creación de las TRD de la dependencia	34	60	De un total del 100% (57), en el 60% (34) se observó que tienen conocimiento sobre la creación de las TRD de la dependencia.
Gestión a una comunicación en la bandeja de entrada	32	56	De un total del 100% (57), en el 56% (32) se observó conocimiento sobre la gestión que se debe realizar de una comunicación en la bandeja de entrada.
Requisitos de cumplimiento de la norma ISO 30301:2019	43	75	De un total del 100% (57), en el 75% (43) se observó que tienen conocimiento sobre la normatividad interna de GD.
De que trata la norma ISO 30301	7	12	De un total del 100% (57), en el 12% (7) se observó que tienen conocimiento de que trata la norma ISO 30301:2019.
Sistema que está relacionado con la norma ISO 30301	54	95	De un total del 100% (57), en el 95% (54) se observó conocimiento sobre el sistema que está relacionado con la norma ISO 30301:2019.
Que es un registro	49	86	De un total del 100% (57) colaboradores, en el 86% (49) se observó conocimiento sobre qué es un registro.

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que del 100% (57) colaboradores, el 68% (39) tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados sobre el componente de Gestión Documental y el 32% (18) no tienen conocimiento.

Asimismo, a través de verificación documental y pruebas realizadas en el SGD ORFEO el 14/03/2023 y sesión con la SARC el 28/03/2023, se revisaron los siguientes aspectos:

**POLITICA GESTION DOCUMENTAL**  
**SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL - SGD**  
**ISO 9001:2015: Numeral 7.5**

**• Capacitaciones y Campañas de Sensibilización**

**Prueba realizada:** Verificar si los colaboradores de los grupos internos de trabajo de INVENTARIOS Y SUMINISTROS DE OFICINA (GISO), LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GLI) y GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA (GGDB) de la SARC, han sido capacitados en el SGD.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

**Resultado:** A través de los soportes que reposan en la ruta O:\Gestión Documental\Inducciones – Capacitaciones, campañas de sensibilización y los suministrados por la SARC mediante correo electrónico del 31/03/2023 y carpeta compartida en la ruta S:\2100 SA Subdirección Administrativa\PRESUPUESTO\Soportes auditoria SARC 2023\Información general\Capacitaciones, se observó que los colaboradores del Grupo GGDB, fueron capacitados en Programas Específicos del PGD; no se evidenció capacitaciones para los grupos de GISO y GLI, en temas relacionados con Gestión Documental como TRD, SGD ORFEO, creación de expedientes, entre otros, que permita fortalecer los conocimientos y el desarrollo integral de las capacidades y competencias en GD, conforme al Manual Operativo del Componente de Gestión Documental.

Del mismo modo, y de acuerdo con los resultados obtenidos en el instrumento de valoración, del 100% (57) colaboradores que aplicaron el formulario, el 32% (18) no tienen conocimiento respecto a los aspectos evaluados en GD como TRD, ISO 30301:2019, normatividad interna, gestión, trámite y organización de los documentos y comunicaciones.

**Ver Oportunidad de Mejora No.03 de este informe.**

• **Tablas de Retención Documental**

**Prueba realizada:** Verificar que las TRD de los grupos internos de trabajo de la SARC, se encuentren actualizadas conforme a sus funciones y a las salidas identificadas como Registros en los Procedimientos objeto de la muestra de auditoría; así como también aprobadas por el CIGD y estructuradas en el SGD ORFEO.

**Resultado:** Al realizar consulta en la ruta O:\Tablas de Retención Documental, en el SGD ORFEO el 26/03/2023 y las salidas identificadas como Registros de los Procedimientos, se evidenció:

✚ **Grupo de Inventarios y Suministros de Oficina (GISO):** En la ruta O:\Tablas de Retención Documental\TRD Decreto 1893 de 2021 (Aprobadas Comité 21 Oct de 2022), se encuentra archivada la TRD identificada con el **Código 664**, la cual fue actualizada conforme a las funciones establecidas en el artículo 28 de la Resolución 530 de 2022 y aprobada según Acta No.4 del 21/10/2022 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; así como también se encuentra estructurada en el SGD ORFEO de acuerdo con las SERIES, SUBSERIES y tipos documentales de la citada TRD.

De otra parte, y al verificar en el Procedimiento “PT-AD-01 Administración de bienes muebles e inmuebles” las salidas identificadas como Registros, se observó que los mismos se encuentran estructurados en la TRD 664, así:

Procedimiento	Actividad	Salidas ☺	TRD 664	
			Serie	Subserie
PT-AD-01 Administración de bienes muebles e inmuebles	1.Recibir bienes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programación para salida de bienes de almacén F-AD-11 diligenciado ☺</li> <li>• Ficha técnica software y licencias F-AD-10 diligenciado ☺</li> <li>• Concepto técnico para bienes de TIC F-AD-09 diligenciado ☺</li> </ul>	366	04
	3.Registrar el ingreso de bienes en el aplicativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobante de almacén ☺</li> </ul>	366	04
	4.Reporte de novedades de ingreso a la aseguradora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio novedades o siniestro de seguros ☺</li> </ul>	03	68
	5.Entregar bienes muebles al servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobante de egreso de bienes firmado ☺</li> </ul>	366	02
	6.Control de activos, propiedad, planta y equipo y control administrativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario individual por tercero a cargo de bienes en servicio ☺</li> <li>• Listado de saldo de bienes ☺</li> </ul>	53	20
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobante de traslado o reintegro de bienes ☺</li> <li>• Concepto Técnico ☺</li> </ul>	366	06
8.Baja de bienes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de Comité ☺</li> <li>• Comprobante de baja ☺</li> </ul>	366	01	

Fuente. Construcción propia equipo auditor OCI

✚ **Grupo de Logística e Infraestructura (GLI):** En la ruta O:\Tablas de Retención Documental\TRD Decreto 1893 de 2021 (Aprobadas Comité 21 Oct de 2022), se encuentra archivada la TRD identificada con el **Código 661**, la cual fue actualizada conforme a las funciones establecidas en el artículo 26 de la Resolución 530 de 2022 y aprobada según Acta No.4 del 21/10/2022 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; así como también se encuentra estructurada en el SGD ORFEO de acuerdo con las SERIES, SUBSERIES y tipos documentales de la citada TRD.

De otra parte, y al verificar en el Procedimiento “PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos” las salidas identificadas como Registros, se observó que los mismos se encuentran estructurados en la TRD 661, así:



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Procedimiento	Actividad	Salidas	TRD 661	
			Serie	Subserie
PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos	1.Solicitar servicios de apoyo logístico, aseo y cafetería	• Solicitud de servicios de apoyo logístico	296	25
	2.Asignar actividades de apoyo logístico	• Solicitud de servicios de apoyo logístico asignada	296	25
	4.Prestar el Servicio	• Registro Solicitud atendida	296	25
	5.Cierre de solicitudes	• Solicitudes cerradas	296	25

Fuente. Construcción propia equipo auditor OCI

**Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB):** En la ruta O:\Tablas de Retención Documental\TRD Decreto 1893 de 2021 (Aprobadas Comité 21 Oct de 2022), se encuentra archivada la TRD identificada con el **Código 663**, la cual fue actualizada conforme a las funciones establecidas en el artículo 27 de la Resolución 530 de 2022 y aprobada según Acta No.4 del 21/10/2022 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; así como también se encuentra estructurada en el SGD ORFEO de acuerdo con las SERIES, SUBSERIES y tipos documentales de la citada TRD.

De otra parte, y al verificar en el Procedimiento "PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos" las salidas identificadas como Registros, se observó que los mismos se encuentran estructurados en la TRD 663, así:

Procedimiento	Actividad	Salidas	TRD 663	
			Serie	Subserie
PT-AD-01 Gestión de documentos y administración de archivos	7.Realizar Transferencias documentales	• FUID de transferencias	219	03

Fuente. Construcción propia equipo auditor OCI

Asimismo, y a partir de las pruebas realizadas en lo que respecta a las TRD, se observaron las siguientes situaciones:

- En el SGD ORFEO la TRD 661 del Grupo de Logística e Infraestructura (GLI), tiene estructurada la SERIE 176 "DERECHOS DE PETICION", la cual que no se encuentra creada en la TRD 661 vigente y disponible en la ruta "O", asimismo, el grupo viene archivando documentos en esta serie.
- En lo que respecta a la SERIE 176 "DERECHOS DE PETICION" de las TRD 660 (SARC) y 663 (GGDB), presentan Acceso o Nivel de Seguridad únicamente como "CLASIFICADA", sin tener en cuenta lo preceptuado en el Manual para la Atención Integral del Ciudadano CODIGO M-PG-09 V8 numeral 9 REGLAS ESPECIALES, sobre la información pública clasificada o reservada, y que de acuerdo con el artículo 6 de la Ley 1712 de 2014 y artículo 24 de la Ley 1437 de 2011, podría generarse un riesgo para el acceso a la información.

**Ver Oportunidad de Mejora No.03 de este informe.**

**Tramite de Comunicaciones Radicadas en la Dependencia**

**Prueba realizada:** Verificar en el SGD ORFEO a partir de la muestra de PQRSD relacionada en la Política de Servicio al Ciudadano de este informe, el trámite efectuado a las comunicaciones en cuanto a codificación, reasignación, TRD definida y expediente asociado, conforme a la política de operación de archivo del DNP.

**Resultado:** Al realizar prueba de escritorio en el SGD ORFEO el 26/03/2023, se evidenció que los radicados relacionados a continuación presentan conformidad, respecto a la clasificación del código asignado, reasignación dentro de los cinco (5) siguientes a su radicación, TRD DEFINIDA y expediente asociado:

No.	Mes	Radicado ORFEO (entrada)	Grupo / Dependencia	Fecha de Radicación	Clasificación Código asignado	Reasignación (5 días)	TRD DEFINIDA	Expediente asociado (salida)
1	jun-22	20226630526782	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	7/06/2022	Cumple	7/06/2022	Derecho de petición	202266117699800009E
2	jul-22	20226630608662	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	11/07/2022	Cumple	11/07/2022	Derecho de petición	202266117699800012E
3	ene-22	20226000073902	ZGRUPO DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO	24/01/2022	Cumple	24/01/2022	Solicitud de documentos	202266317699800001E
4	ago-22	20226000702492	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	12/08/2022	Cumple	12/08/2022	Derecho de petición	202266117699800014E



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

No.	Mes	Radicado ORFEO (entrada)	Grupo / Dependencia	Fecha de Radicación	Clasificación Código asignado	Reasignación (5 días)	TRD DEFINIDA	Expediente asociado (salida)
5	sep-22	20226000783702	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	12/09/2022	Cumple	12/09/2022	Queja	202266117699800016E
6	oct-22	20226000913142	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	26/10/2022	Cumple	27/10/2022	Solicitud de información pública	202266117699800018E
7	ene-23	20236000037212	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	17/01/2023	Cumple	17/01/2023	Solicitud de información pública	202366117699800002E
8	mar-22	20226630261792	ZGRUPO DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO	9/03/2022	Cumple	9/03/2022	Solicitud de información pública	202266317699800002E
9	may-22	20226630434192	ZGRUPO DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO	9/05/2022	Cumple	10/05/2022	Derecho de petición	202266317699800003E
10	jun-22	20226630569332	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	28/06/2022	Cumple	28/06/2022	Derecho de petición	202266117699800011E
11	jul-22	20226630629872	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	19/07/2022	Cumple	19/07/2022	Solicitud de información pública	202266117699800013E
12	ago-22	20226630717982	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA (SARC)	19/08/2022	Cumple	19/08/2022	Derecho de petición	202266017699800002E
13	sep-22	20226630828352	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	28/09/2022	Cumple	28/09/2022	Queja	202266117699800017E
14		20226630780162	GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA	9/09/2022	Cumple	9/09/2022	Derecho de petición	20226639999800002E
15	oct-22	20226630903012	GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA	24/10/2022	Cumple	2/11/2022	Derecho de petición	202266317699800007E
16	nov-22	20226630952342	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	4/11/2022	Cumple	4/11/2022	Derecho de petición	202256417699800009E
17	dic-22	20226630962242	GRUPO DE LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA (GSG)	8/11/2022	Cumple	9/11/2022	Derecho de petición	202266117699800020E
18	ene-23	20236630078972	GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA	31/01/2023	Cumple	1/02/2023	Derecho de petición	20236639999800002E

Fuente: SGD ORFEO consulta 26/03/2023

De acuerdo con los resultados anteriores, se evidenció que del 100% (18) radicados de la muestra, el 95% (17) presentan conformidad respecto a lo establecido en el Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos CODIGO:M-AD-03 V11.

Del radicado 20226630903012, se observó que fue reasignado a los siete (7) días después de su radicado, incumpliendo lo señalado en el numeral 4.2.1 del Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos CODIGO:M-AD-03 V11 "(...) Las dependencias deberán gestionar las comunicaciones para su envío o reasignación en un término no superior a 5 días hábiles después de generado el radicado, con el fin de dar cumplimiento a las normas archivísticas (...)".

**Ver Oportunidad de Mejora No.03 de este informe.**

**• Creación expedientes virtuales**

**Prueba realizada:** Verificar en el SGD ORFEO, la creación de los expedientes virtuales conforme a la política de operación de archivo del DNP, y en el marco de los Procedimientos objeto de auditoría.

**Resultado:** En el SGD ORFEO se encuentran estructurada las SERIES y SUBSERIES de la TRD 663 del Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB), conforme a la vigente y disponible en la ruta "O", sin embargo, en la SERIE 219 "INSTRUMENTOS ARCHIVISTICOS", no se tiene creado expediente alguno en las SUBSERIES o sus tipos documentales no han sido archivados, así: 2 - Inventarios Documentales (2022), 3 - Plan de Transferencias Documentales (2023), 6 - Tablas de Retención Documental – TRD (2022), 7 - Plan Institucional de Archivos – PINAR (2022, 2023).

Lo anterior, incumpliendo lo señalado en la TRD 663 UBICACIÓN DE EXPEDIENTES "Sistema de Gestión Documental Orfeo" y en los numerales 4.3.1 CREACIÓN DEL EXPEDIENTE VIRTUAL POR PARTE DE LA DEPENDENCIA y 4.4 MECANISMOS DE CONSULTA ARCHIVO DE GESTIÓN "Debe ser claro que el sistema oficial en el DNP para administrar los expedientes en cumplimiento de la



**Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa**

**Fecha:  
15/05/2023**

normatividad Archivística del país es el sistema Orfeo, otros repositorios, sistemas o espacios de discos, no son los oficiales, y es responsabilidad de las dependencias que, en el ejercicio de sus funciones, generan documentales en otros aplicativos o sistemas y los administran; velar porque estos hagan parte del expediente que le corresponda en Orfeo. Ver Circular 06 de 2015" del Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos y actividad 5 del Procedimiento para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos PT-AD-03.

**Ver Oportunidad de Mejora No.03 de este informe.**

**POLITICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN  
ISO 9001:2015: Numerales 7.4 - 7.5**

**Prueba realizada:** Verificar en el marco de las funciones y normatividad que rige el proceso de Gestión Administrativa, con alcance a los procedimientos objeto de auditoría, el cumplimiento al ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública y en respuesta a la obligación de divulgar activamente la información pública sin que medie solicitud alguna (transparencia activa), la publicación y divulgación de información y documentos en la página web de la entidad.

**Resultado:** A partir de la revisión de los procedimientos objeto de la muestra de auditoría, se evidenció:

⇒ El **Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB)** responsable del Procedimiento "PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos", en la página web del DNP ruta <https://www.dnp.gov.co/transparencia-y-acceso-informacion-publica> pública y divulga información relacionada con el componente de Gestión Documental, en la cual se registra:

- Programa de Gestión Documental – PGD vigente
- Cuadro de Clasificación Documental – CCD vigente
- Tablas de Retención Documental – TRD última publicación año 2020 - Desactualizada
- Tablas de Valoración Documental – TVD vigente
- Inventarios Documentales vigente
- Plan Institucional de Archivos – PINAR vigente
- Política de Gestión Documental vigente
- Sistema Integrado de Conservación SIC vigente

De acuerdo con lo anterior, y en lo que respecta a las Tablas de Retención Documental, se encuentran publicadas de los años 2000 (170), 2009 (160), 2014 (156), 2017 (1), 2018 (168) y 2020 (84), no se evidenció las actualizadas conforme al proceso de reorganización institucional (Decreto 1893 de 2021), y de las cuales (63) han sido aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño del DNP según Acta No.4 del 21/10/2022 y (40) por aprobar, estructuradas en el SGD ORFEO y están siendo utilizadas por las unidades productoras (dependencias) para la creación de sus expedientes virtuales y archivo de los tipos documentales, según pruebas de auditoría realizadas en el SGD ORFEO.

En consecuencia, y si bien es cierto que las TRD no han sido convalidadas por el Archivo General de La Nación conforme a lo establecido en el artículo 10 del Acuerdo 004 de 2019, justificación dada por la SARC en sesión del 28/03/2023 para no ser publicadas las actualizadas en la página web del DNP; ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el Anexo 2 de la Resolución 1519 de 2020 de MinTic que ha establecido los estándares de publicación y divulgación de información que los sujetos obligados deben publicar, conforme con el parágrafo 3 del artículo 9 de la Ley 1712 de 2014 y el artículo 2.1.1.2.1.1 del Decreto 1081 de 2015, como son las Tablas de Retención Documental; así como también lo señalado en el "(...) Principio de la divulgación proactiva de la información. El derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones de la sociedad, sino también en el deber de los sujetos obligados de promover y general una cultura de transparencia, lo que conlleva la obligación de publicar y divulgar documentos y archivos que plasma la actividad estatal y de interés público, de forma rutinaria y proactiva, actualizada, accesible y comprensible (...)" de la Ley 1712 de 2014. (subrayado fuera de texto).

**Ver Oportunidad de Mejora No.04 de este informe.**



CONCLUSIONES

- Los colaboradores de los grupos internos de trabajo de la SARC como GLI y GISO, durante las vigencias 2022 y a febrero 2023, no fueron capacitados en temas relacionados con el componente de GD como TRD, SGD ORFEO, creación de expedientes, entre otros; información ratificada de acuerdo con los resultados obtenidos en el instrumento de valoración, toda vez, que del 100% (57) que aplicaron el formulario, el 32% (18) no tienen conocimiento respecto a los aspectos evaluados en GD como TRD, ISO 30301:2019, normatividad interna, gestión, trámite y organización de los documentos y comunicaciones. **(OM 03)**
- Las TRD identificadas con los Códigos 661 (GLI), 663 (GISO) y 664 (GGDB), han sido actualizadas conforme a las funciones establecidas en la Resolución 530 de 2022 y a las salidas identificadas como registros en los Procedimientos objeto de auditoría, y aprobadas según Acta No.4 del 21/10/2022 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; así como también se encuentran estructuradas en el SGD ORFEO de acuerdo con las SERIES, SUBSERIES y tipos documentales de las citadas TRD.
- Debilidad de control en el cumplimiento de las políticas de operación implementadas en el DNP en gestión documental, como la estructura de la SERIE 176 DERECHOS DE PETICION en su nivel de seguridad (publica clasificada o reservada) conforme al Manual para la Atención Integral al Ciudadano; incumplimiento de la TRD 664 (GGDB) por la falta de creación de expedientes y archivo de tipologías documentales en el SGD ORFEO en la SERIE 219 "INSTRUMENTOS ARCHIVISTICOS"; en el SGD ORFEO se encuentra estructurada la SERIE 176 en la TRD 661 (GLI), pero no está creada en la TRD 661 vigente y disponible en la ruta "O", y de igual manera está siendo utilizada para el archivo de tipos documentales; se presentó un (1) radicado reasignado con más de siete (7) días incumpliendo el Manual de Gestión de Documentos y Administración de Archivos y actividad 5 del Procedimiento para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos PT-AD-03. **(OM 03)**
- Las Tablas de Retención Documental publicadas en la página web del DNP ruta <https://www.dnp.gov.co/transparencia-y-acceso-informacion-publica>, no son las actualizadas conforme al proceso de reorganización institucional (Decreto 1893 de 2021), y de las cuales (63) han sido aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño del DNP según Acta No.4 del 21/10/2022 y (40) por aprobar, las cuales se encuentran estructuradas en el SGD ORFEO y utilizadas por las unidades productoras (dependencias) para la creación de sus expedientes virtuales y archivo de los tipos documentales, según pruebas de auditoría realizadas en el SGD ORFEO. **(OM 04)**

RECOMENDACIONES

- Fortalecer los conocimientos y el desarrollo integral de las capacidades y competencias en el componente de gestión Documental, de todos los colaboradores que ejecutan las actividades de los Procedimientos objeto de auditoría, mediante las jornadas de inducción y reinducción, o capacitación que adelanta el DNP. **(OM 03)**
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a las situaciones evidenciadas sobre las debilidades de control en el cumplimiento de las políticas de operación del DNP como la estructura de las TRD y su aplicación en el SGD ORFEO. **(OM 03)**
- Asegurar que las TRD vigentes y utilizadas por las unidades productoras (dependencias), sean publicadas en la ruta transparencia del DNP, <https://www.dnp.gov.co/transparencia-acceso-a-la-informacion/Paginas/default.asp>, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1712 de 2014 "Ley de transparencia y acceso a la pública nacional". **(OM 04)**

OPORTUNIDADES DE MEJORA

5a. DIMENSIÓN MIPG: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (T)

No.03

**TITULO HALLAZGO:** Componente de Gestión Documental

**DEPENDENCIAS RESPONSABLES:** Subdirección Administrativa y Relacionamento con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB)

**TEMÁTICA:** Debilidades e incumplimientos en los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión (SIG), señalados para el Componente de Gestión Documental en el DNP.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Al realizar pruebas en el marco del ejercicio auditor al Proceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA y con alcance a los Procedimientos PT-AD-01 Administración de bienes muebles e inmuebles, PT-AD-02 Atención de requerimientos logísticos y PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos, se evidenció:

De acuerdo con los soportes que reposan en la ruta O:\Gestión Documental\Inducciones – Capacitaciones, campañas de sensibilización y los suministrados por la SARC mediante correo electrónico del 31/03/2023 y carpeta compartida en la ruta S:\2100 SA Subdirección Administrativa\PRESUPUESTO\Soportes auditoria SARC 2023\Información general\Capacitaciones y a los resultados obtenidos en el instrumento de valoración, que del 100% (57) colaboradores que aplicaron el formulario, el 32% (18) no tienen conocimiento respecto a los aspectos evaluados en GD, se observa que los colaboradores de los grupos internos de trabajo responsables de los procedimientos, no han sido capacitados conforme a lo señalado en el CAPITULO 8. INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental CODIGO: M-PG-11 V1, que establece:

*“(...) se incluye la temática de capacitación en Gestión Documental para el DNP, con el fin de generar continuidad en la organización de archivos, conservación y preservación del acervo documental producidos en medio físico y electrónico, así como implementar la cultura del cambio entorno a la función archivística en el Estado, por ende, debe realizarse anualmente socialización y capacitación (...) Los temas de permanente sensibilización y capacitación serán: Programa de Gestión Documental – PGD, Programas específicos, Sistema Integrado de Conservación – SIC, creación de expedientes, organización de archivos físicos y electrónicos (...) uso y funcionalidad del sistema de información ORFEO, sin que estos seas los únicos a tratar, pues se pueden incluir nuevos de acuerdo a las necesidades identificadas y la oportunidad en el desarrollo de las capacidades y competencias de los servidores. (...)” Subrayado fuera de texto.*

Del mismo modo:

1. En el SGD ORFEO la TRD 661 del Grupo de Logística e Infraestructura (GLI), tiene estructurada la SERIE 176 “DERECHOS DE PETICION”, la cual que no se encuentra creada en la TRD 661 vigente y disponible en la ruta “O”, asimismo, el grupo viene archivando documentos en esta serie.
2. La SERIE 176 “DERECHOS DE PETICION” de las TRD 660 (SARC) y 663 (GGDB), presentan Acceso o Nivel de Seguridad únicamente como “CLASIFICADA”, sin tener en cuenta lo preceptuado en el Manual para la Atención Integral del Ciudadano CODIGO M-PG-09 V8 numeral 9 REGLAS ESPECIALES, sobre la información pública clasificada o reservada, y que de acuerdo con el artículo 6 de la Ley 1712 de 2014 y artículo 24 de la Ley 1437 de 2011, podría generarse un riesgo para el acceso a la información.
3. El radicado 20226630903012, fue reasignado a los siete (7) días después de su radicado, incumpliendo lo señalado en el numeral 4.2.1 del Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos CODIGO:M-AD-03 V11 “(...) Las dependencias deberán gestionar las comunicaciones para su envío o reasignación en un término no superior a 5 días hábiles después de generado el radicado, con el fin de dar cumplimiento a las normas archivísticas (...)”.
4. En el SGD ORFEO se encuentra estructurada las SERIES y SUBSERIES de la TRD 663 del Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB), conforme a la vigente y disponible en la ruta “O”, sin embargo, en la SERIE 219 “INSTRUMENTOS ARCHIVISTICOS”, no se tiene creado expediente alguno en las SUBSERIES o sus tipos documentales no han sido archivados, así: 2 - Inventarios Documentales (2022), 3 - Plan de Transferencias Documentales (2023), 6 - Tablas de Retención Documental – TRD (2022), 7 - Plan Institucional de Archivos – PINAR (2022, 2023), incumpliendo lo señalado en la TRD 663 UBICACIÓN DE EXPEDIENTES “Sistema de Gestión Documental Orfeo” y en los numerales 4.3.1 CREACIÓN DEL EXPEDIENTE VIRTUAL POR PARTE DE LA DEPENDENCIA y 4.4 MECANISMOS DE CONSULTA ARCHIVO DE GESTIÓN “Circular 06 de 2015”.

Criterios:

• **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.** • **5ª. Información y Comunicación. 5.2. Aspectos mínimos para la implementación de la política.** 5.2.2. Política Gestión Documental (Política de Archivos y Gestión Documental). Lineamientos generales para la implementación “(...) impulsar en los servidores públicos, la cultura archivística y el desarrollo de estrategias que permiten fortalecer las capacidades para el adecuado manejo y tratamiento de los archivos (...)”. • **7ª. Dimensión: Gestión Control Interno. 4. Información y Comunicación.** La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas. • **ISO 9001:2015. 6.3 planificación de cambios** “(...) La organización debe considerar: literal b) la integridad del sistema de gestión de la calidad (...)”, **7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:** a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite”. • **ISO 30301:2019. 7. SOPORTE 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de la información documentada.** a) está disponible y es adecuado para su uso, cuando y donde sea necesario. 8. OPERACIÓN 8.1. PLANIFICACION Y CONTROL



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

OPERACIONAL. Mantener la información documentada en la medida necesaria para tener la confianza de que los procesos de registros se han llevado a cabo según lo planeado.

- Ley 594 de 2000 "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones"
- Acuerdo 004 de 2019 artículo 3, numeral 1 Ley 1712 de 2014 artículo 6 y Ley 1437 de 2011 artículo 24
- Procedimiento para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos PT-AD-03 actividad 5, Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos CODIGO: M-AD-03 V11, Manual para la Atención Integral del Ciudadano CODIGO M-PG-09 V8 numeral 9 REGLAS ESPECIALES.

MIPG		NORMAS TÉCNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSIÓN	POLÍTICA	ISO	NUMERAL		
5ª. Información y Comunicación	5.2. Aspectos mínimos para la implementación de la política. 5.2.2. Política Gestión Documental	ISO 9001:2015	6.3 Planificación de cambios 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite".	Acuerdo 004 de 2019 artículos 3 y 10  Ley 594 de 2002	Procedimiento Gestión Documental PT-AD-03 actividad 5. Manual para la Gestión de Documentos y Administración de Archivos CODIGO: M-AD-03 V11
7ª. Dimensión: Gestión Control Interno	4. Información y Comunicación	ISO 30301:2019	7. SOPORTE 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de la información documentada. a) está disponible y es adecuado para su uso, cuando y donde sea necesario.  8. OPERACIÓN 8.1. PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	Ley 1437 de 2011 artículo 24  Ley 1712 de 2014 artículo 6	Manual para la Atención Integral del Ciudadano CODIGO M-PG-09 V8 numeral 9 REGLAS ESPECIALES  Código de Integridad: Diligencia. Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

No.04

**TITULO HALLAZGO:** Publicación Tablas de Retención Documental actualizadas en la página web del DNP

**DEPENDENCIAS RESPONSABLES:** Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) - Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB)

**TEMÁTICA:** Incumplimiento al Principio de la divulgación proactiva de la información de la Ley 1712 de 2014

En la página web del DNP ruta <https://www.dnp.gov.co/transparencia-y-acceso-informacion-publica>, se publica y divulga información relacionada con el componente de Gestión Documental, y en lo que respecta a las Tablas de Retención Documental, se encuentran publicadas de los años 2000 (170), 2009 (160), 2014 (156), 2017 (1), 2018 (168) y 2020 (84), no se evidenció las actualizadas conforme al proceso de reorganización institucional (Decreto 1893 de 2021), y de las cuales (63) han sido aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño del DNP según Acta No.4 del 21/10/2022 y (40) por aprobar, estructuradas en el SGD ORFEO y están siendo utilizadas por las unidades productoras (dependencias) para la creación de sus expedientes virtuales y archivo de los tipos documentales, según pruebas de auditoría realizadas en el SGD ORFEO.

En consecuencia, y si bien es cierto que las TRD no han sido convalidadas por el Archivo General de La Nación conforme a lo establecido en el artículo 10 del Acuerdo 004 de 2019, justificación dada por la SARC en sesión del 28/03/2023 para no ser publicadas las actualizadas en la página web del DNP; ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el Anexo 2 de la Resolución 1519 de 2020 de MinTic que ha establecido los estándares de publicación y divulgación de información que los sujetos obligados deben publicar, conforme con el parágrafo 3 del artículo 9 de la Ley 1712 de 2014 y el artículo 2.1.1.2.1 del Decreto 1081 de 2015, como son las Tablas de Retención Documental; así como también lo señalado en el "(...) Principio de la divulgación proactiva de la información. El derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones de la sociedad, sino también en el deber de los sujetos obligados de promover y general una cultura de transparencia, lo que conlleva la obligación de publicar y divulgar documentos y archivos que plasma la actividad estatal y de interés público, de forma rutinaria y proactiva, actualizada, accesible y comprensible (...)" de la Ley 1712 de 2014. (subrayado fuera de texto).

Criterios:

- Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. • 5ª. Información y Comunicación. 5.2. Aspectos mínimos para la implementación de la política. 5.2.3. Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Esta política le permite a la entidad articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos en los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas, así como garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública a los ciudadanos y responderles de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a sus solicitudes de acceso a la información pública • 7ª. Dimensión: Gestión Control Interno. 4. Información y Comunicación. La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.
- ISO 9001:2015. 6.3 planificación de cambios "(...) La organización debe considerar: literal b) la integridad del sistema de gestión de la calidad (...)", 7.5.3 Control de la información documentada, 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite". • ISO 30301:2019. 7. SOPORTE 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de la información documentada. a) está disponible y es adecuado para su uso, cuando y donde sea necesario.  
• Resolución 1519 de 2020 de MinTic Anexo 2. Ley 1712 de 2014. Principio de la divulgación proactiva de la información, Parágrafo 3 del artículo 9 y Decreto 1081 de 2015 artículo 2.1.1.2.1.1.

MIPG		NORMAS TECNICAS		CRITERIOS LEGALES	REQUISITOS INTERNOS
DIMENSION	POLITICA	ISO	NUMERAL		
5ª Dimensión Información y Comunicación	5.2. Aspectos mínimos para la implementación de la política. 5.2.3. Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	ISO 9001:2015	6.3 Planificación de cambios 7. Apoyo, 7.5. Información Documentada 7.5.3.1. a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite	Resolución 1519 de 2020. Anexo 2  Decreto 1081 de 2015 artículo 2.1.1.2.1.1	Código de Integridad: <b>Diligencia.</b> Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.
7ª Dimensión: Control Interno	4. Información y Comunicación	ISO 30301:2019	SOPORTE 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de la información documentada. a) está disponible y es adecuado para su uso, cuando y donde sea necesario.	Ley 1712 de 2014 Principio de la divulgación proactiva de la información. Parágrafo 3 del artículo 9	

6a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION (T)  
ISO 9001:2015: Numeral 7.1.6

*Esta dimensión plantea la importancia que las entidades conserven y compartan su conocimiento para dinamizar el ciclo de la política pública, facilitar el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconectar el conocimiento entre los servidores y dependencias y promover buenas prácticas de gestión.*

RESULTADOS

En el marco de esta dimensión se presentan los resultados asociados a la siguiente política:

POLITICA GESTION DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION  
ISO 9001:2015: Numeral 7.1.6

En cuanto a herramientas tecnológicas para el apoyo a la gestión de las actividades, la SARC cuenta con los sistemas de información **SEVEN ERP** para el control de los bienes muebles e inmuebles, **SGD ORFEO** para el manejo archivístico y la gestión documental y el **Centro de Servicios** para las solicitudes en temas con Logística e Infraestructura, a través del cual se realizan las de papelería y suministros, solicitud de movimientos y traslados de inventarios y transporte.

Realizada la consulta en el portal del conocimiento y la innovación ruta: <https://intranet.dnp.gov.co/gestionconocimiento/Paginas/gestion-del-conocimiento.aspx>, se observó que la SARC no tiene registro de buenas prácticas y lecciones aprendidas relacionadas con los procedimientos objeto de auditoría; así mismo, no se observa que al interior de los grupos de trabajo se realice transferencia del conocimiento como herramienta para el fortalecimiento de las competencias para el desarrollo de las actividades.

De otra parte, se evidenció que, el Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB), ha realizado a colaboradores de otras dependencias del DNP, transferencia de conocimiento en temas relacionados con el Componente de Gestión Documental, a través de capacitaciones, charlas y piezas de comunicación, como Manual de Administración de Archivos, SGD ORFEO, Manual Operativo del Componente de GD, Importancia de la preservación a largo plazo en documentos de archivos, Sistema Integrado de Conservación, TRD, Manual de Biblioteca, actualización de expedientes, destrucción documental, entre otros.

Sin embargo, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el marco de la aplicación del instrumento de valoración y de la auditoría al Proceso de Gestión Administrativa, de los componentes de gestión ambiental y documental y PQRSD, se evidenció que los colaboradores de los grupos internos de trabajo de la SARC como son • LOGISTICA E INFRAESTRUCTURA, • GESTION DOCUMENTAL Y BIBLIOTECA e • INVENTARIOS Y SUMINISTROS DE OFICINA, responsables de los procedimientos objeto de auditoría, durante la vigencia 2022 no fueron capacitados en estos temas, incumpliendo lo establecido en la sexta dimensión de MIPG -gestión del conocimiento y la innovación- que plantea la "importancia de que las entidades conserven y compartan su conocimiento para dinamizar el ciclo de la política pública, facilitar el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconectar el conocimiento entre los servidores y dependencias y promover buenas prácticas de gestión". (OM 03).



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

Asimismo, el Manual del SIG, manuales operativos, Resolución 530 de 2022, estableció la responsabilidad en la Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC) y sus grupos internos de trabajo (GGDB, GLI y GRC), de los componentes de gestión ambiental y documental y PQRS, y entre ellas el brindar capacitación a todos los colaboradores del DNP.

De otra parte, y teniendo en cuenta la composición del talento humano de la SARC, que del 100% (70) colaboradores el 31% (22) son contratistas que desarrollan las actividades de los Procedimientos, en especial, para el de Gestión de Documentos y la Administración de Archivos, que de (26) son (18) contratistas, deberá la dependencia asegurar la transferencia del conocimiento, toda vez, que esta situación podría generar riesgos originados a partir de la rotación de los colaboradores y afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, proceso y procedimientos.

CONCLUSIONES

- La SARC cuenta con herramientas tecnológicas para el apoyo a la gestión de los grupos internos de trabajo, como los sistemas de información SEVEN ERP, SGD ORFEO y el Centro de Servicios, mejorando el desempeño y optimizando las actividades de los Procedimientos objeto de auditoría.
- El Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB), ha realizado a colaboradores de otras dependencias del DNP, transferencia de conocimiento en temas relacionados con el Componente de Gestión Documental, mediante capacitaciones, charlas y piezas de comunicación.
- De acuerdo con lo observado, se concluye que la SARC no ha desarrollado acciones en el portal del conocimiento, que aporten a la gestión del conocimiento y la innovación en el DNP, así como también, se presentan debilidades en la transferencia del conocimiento entre sus colaboradores. (OM 03).

RECOMENDACIONES

- Generar espacios internos de transferencia del conocimiento con el fin de fortalecer las competencias y facilitar el desarrollo de las actividades propias de los procedimientos. (OM 03).
- Con el fin de promover la cultura de compartir y difundir, registrar las buenas prácticas y lecciones aprendidas generadas en la aplicación de los procedimientos para fortalecer el capital intelectual de la entidad.

7a. DIMENSIÓN MIPG: CONTROL INTERNO (T)  
ISO 9001:2015: Numerales 9 y 10

*El propósito de esta dimensión es asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan con su propósito.*

RESULTADOS

Conocimiento y aprehensión

Aspecto evaluado	Nivel de apropiación		Conclusiones Equipo Auditor OCI
	Cantidad	%	
Correlación conceptos, Segunda línea de defensa, Autocontrol y Control Interno	57	100	En el 100% (57) colaboradores, se observó tienen conocimiento y aprehensión del conocimiento en los aspectos evaluados.

Fuente: Instrumento de Valoración aplicado el 7, 8, y 9 de marzo 2023

De acuerdo con lo anterior, se concluye que el 100% (57) colaboradores, tienen apropiación y adherencia en el nivel de identificación de los aspectos evaluados.

CONTROL INTERNO

Con respecto a los componentes de control, para la presente auditoría se evidenció:



- **Ambiente de control:** Se observó que la SARC y sus Grupos Internos de Trabajo, tienen compromiso y liderazgo frente a los lineamientos impartidos por la Alta Dirección que contribuyeron a la implementación de un ambiente de control, teniendo en cuenta la integridad (valores) y principios del servicio público, planeación estratégica, sistema de gestión de riesgos, definición y operación del proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, procedimientos, manuales y políticas operativas internas auditadas, que facilitan el seguimiento y el cumplimiento de los objetivos tanto del proceso como de los objetivos institucionales; no obstante, se observaron debilidades en la aplicación de herramientas de control establecidas por el Sistema de Gestión de Calidad para los componentes de SSST, SGSI, SGA y SGD y definidas para la ejecución de las actividades de los procedimientos.
- **Gestión de Riesgo Institucional:** Se han determinado los mecanismos para llevar a cabo la identificación, seguimiento, monitoreo, análisis, reporte y materialización de los riesgos en los tiempos establecidos por el Procedimiento Gestión Integral de Riesgos. Dentro de los aspectos susceptibles de mejora el riesgo de corrupción "156" que tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE, conforme lo establecido en la Segunda dimensión de MIPG en el numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional, "*Política de Riesgo (...) Los riesgos de corrupción son inaceptables*".
- Respecto a los controles establecidos para los riesgos asociados al proceso, se observó debilidad en su definición y descripción, ya que, en las pruebas realizadas a los procedimientos, se observaron actividades en las cuales sus controles no son efectivos. Se recomienda fortalecer los controles y la definición de sus causas que permitan disminuir la probabilidad de materialización de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.
- En el marco de la norma antisoborno ISO 37001:2016, se recomienda la identificación de posibles riesgos de soborno de los procedimientos objeto de auditoría e implementación de controles, que aseguren su monitoreo y seguimiento, así como también, fortalecer los controles y la definición de sus causas que permitan disminuir la probabilidad de materialización de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.
- **Actividades de Control:** Se han determinado los puntos de control, los responsables de su ejecución y seguimiento de los procedimientos objeto de auditoría. Asimismo, el proceso "Gestión Administrativa" tiene asociados cinco (5) riesgos de los cuales cuatro (4) son de nivel de aplicación Operativo y uno (1) Corrupción con riesgos residuales Aceptable, Tolerable e Importante.
- Igualmente se observó conformidad frente a los reportes cuatrimestrales y de materialización conforme al procedimiento de Gestión Integral de Riesgos PT-PG-01 V13. Dentro los aspectos susceptibles de mejora se deben validar aquellos en los cuales se identificó debilidad frente a las Actividades de Control, como: El riesgo 156 de "Corrupción" tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", y este debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE. Respecto al Diseño, eficiencia y efectividad de controles establecidos para los riesgos asociados al proceso, se observó debilidad en su definición y descripción, ya que, en las pruebas realizadas a los procedimientos, se observaron actividades en las cuales sus controles no son efectivos.
- **Comunicación e Información:** Se observó cumplimiento de las políticas de Gestión de la Información y Comunicación, teniendo en cuenta que se gestiona la información interna y externa de acuerdo con los lineamientos y reglamentación que la entidad ha implementado para las comunicaciones recibidas por partes de los grupos de valor; así como la gestión de las PQRSD a cargo de los procedimientos auditados de acuerdo con la muestra seleccionada de peticiones y comunicaciones.
- Se verificó el diseño y aprobación de los instrumentos archivísticos (Tablas de Retención Documental) conforme al Decreto 1893 de 2021 y el uso del Sistema de Gestión Documental -ORFEO- en las actividades administrativas de planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por los procedimientos auditados, lo que asegura disponibilidad, confiabilidad, integridad y seguridad de la información requerida para llevar a cabo las actividades; no obstante, se observaron situaciones susceptibles de mejora relacionadas con la gestión y trámite de las PQRSD, transferencia del conocimiento entre los colaboradores de la SARC, envío al AGN para convalidación de las TRD y su publicación en la página web, debilidades en las políticas de operación implementadas en la entidad para la creación y organización de los expedientes virtuales, identificación de los activos de información y publicación en la página web del DNP de información actualizada (TRD).
- **Monitoreo y supervisión:** Se llevan a cabo evaluaciones periódicas que permiten evaluar el desempeño de aspectos del SIG, de los resultados generados por el proceso y procedimientos según el Plan de Acción Institucional, con el propósito de valorar: la eficiencia, eficacia y efectividad del proceso; el nivel de ejecución del plan; y los resultados de la gestión, con el fin de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública. De otro lado, se

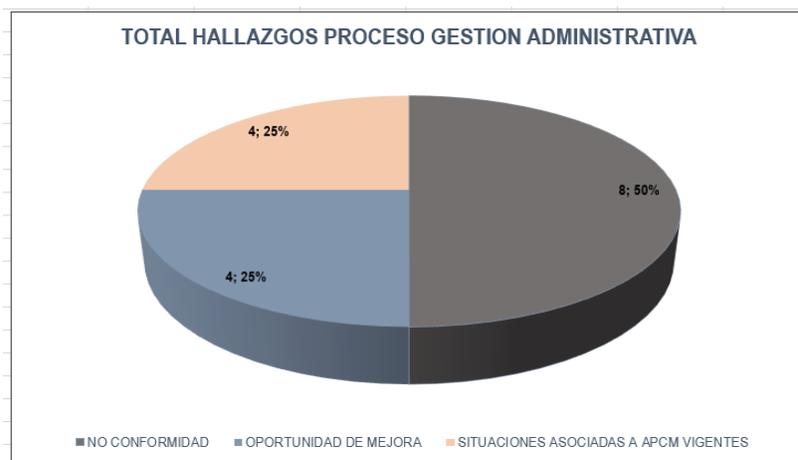


Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

recomienda que la dependencia como primera línea de defensa y con el acompañamiento de la segunda línea de defensa, adopten las medidas preventivas y de mejora con el fin de garantizar una medición integral de la gestión del proceso y procedimientos objeto de auditoría, considerando los indicadores de desempeño, así como para medir resultados que son definidos en la Política de Planeación institucional de MIPG.

Hallazgos	Dimensión	Tipo	Título	Componente	NC	OM	SARC	GISO	GLI	GGDB
1	1	NC	Componente de Seguridad y Salud en el trabajo	Actividades de Control	01		X (SGTH)	X		
2	3	NC	Actividad 2 del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	Actividades de Control	02		X	X		
3	3	NC	Actividad 6 del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	Actividades de Control	03		X	X		
4	3	NC	Actividad 8 del Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	Actividades de Control	04		X	X		
	3	NC	SE ACEPTAN LAS OBSERVACIONES Y SE RETIRA EL HALAZGO.		05					
5	3	NC	Actividad 4 (atención de cafetería) del Procedimiento PT-AD-02 Atención de Requerimientos Logísticos	Actividades de Control	06		X		X	
6	3	NC	Actividad 6 del Procedimiento PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos	Actividades de Control	07		X			X
7	3	NC	Mantenimiento y mejora continua del sistema de información SEVEN	Actividades de Control	08		X	X		
8	3	NC	Componente de Gestión Ambiental	Actividades de Control	09		X (GLI)	X		
9	3	OM	Tablas de Retención Documental	Información y Comunicación		01	X			X
10	3	OM	Conocimientos, educación, formación y experiencia del Líder Funcional de los sistemas de información	Actividades de Control		02	X	X		
11	5	OM	Componente de Gestión Documental	Información y Comunicación		03	X			X
12	5	OM	Publicación Tablas de Retención Documental actualizadas en la página web del DNP	Información y Comunicación		04	X			X
<b>Total</b>					<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>4</b>



\* Las "SITUACIONES ASOCIADAS A APCM VIGENTES", son las identificadas a partir de las pruebas de auditoría y se encuentran relacionadas con APCM vigentes en el Balance de Acciones de 3/03/2023, así: 21-082, 21-089, 22-032, 22-038.

CONCLUSIONES GENERALES

Los resultados de las pruebas practicadas y la evidencia obtenida de acuerdo con los criterios definidos en la planeación del trabajo se refieren sólo a las muestras seleccionadas, los registros y/o documentos examinados, no se hacen extensibles como conclusión general del estado de los procesos, teniendo en cuenta que la auditoría es selectiva.

Se cumplió con el Plan Individual de Auditoría y con la revisión de los Sistemas de Gestión aplicados en la dependencia, se concluye lo siguiente por Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión:



**T** 1a. DIMENSIÓN MIPG: TALENTO HUMANO

**1. Política Gestión Estratégica del Talento humano:** Se concluye conformidad en:

- Los contratistas evaluados cumplen con los requisitos de competencia, establecidos en los estudios previos, certificados de idoneidad y la tabla de honorarios del DNP y los gerentes públicos que prestaron sus servicios como subdirectores Administrativos de la SARC concertaron los acuerdos de gestión y fueron evaluados conforme a la Resolución 838 de 2017; asimismo, en la muestra de (5) funcionarios, presenta conformidad respecto a la evaluación del desempeño definitiva conforme al numeral 7.3. de la Resolución 0224 de 2018.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Asegurar la transferencia del conocimiento entre los colaboradores de la SARC, toda vez, que del 100% (70) el 31% (22) son contratistas que desarrollan las actividades de los Procedimientos, situación que podría generar riesgos originados a partir de la rotación y afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, del proceso y procedimientos, en especial, para el Procedimiento de Gestión de Documentos y la Administración de Archivos, por cuanto de (26) colaboradores, (18) son contratistas.

**2. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:** Se concluye conformidad en:

- Los contratistas cuentan con los soportes de pago sobre ARL, participaron en la jornada de inducción en SST, en las actividades de capacitación relacionadas con medicina del trabajo, promoción y prevención, conforme a las recomendaciones registradas en los citados exámenes preocupacionales, así como también, reportaron tres (3) accidentes laborales, los cuales son objeto de seguimiento por parte del grupo de SST.
- A través de la inspección física realizada a las condiciones de trabajo de los colaboradores de los pisos 8, 17 y 36 del Edificio FONADE, y el Piso 7 del Edificio Patria, se identificó conformidad respecto a los aspectos evaluados en SST.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Fortalecer el conocimiento entre los colaboradores, respecto al componente de SST y actividades a realizar fuera de las instalaciones del DNP, teniendo en cuenta los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados.
- Analizar las causas de la recurrencia de las situaciones observadas y dar cumplimiento a lo señalado en la actividad 3 literal f) del Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", en la **APCM 21-082** por la falta de participación en jornadas de reinducción por parte de funcionarios y contratista y en la **APCM 21-089**, en lo que respecta a la realización de los exámenes médicos periódicos por parte de los contratistas.
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a la situación evidenciada en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5) y sótano 3 del Edificio Fonade, toda vez, que se presentaron debilidades en aspectos de SST como iluminación, contaminación ambiental, respuesta ante emergencias, uso de elementos de protección, entre otros, incumpliendo con el OBJETIVO y el ALCANCE del Manual Operativo del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo CÓDIGO: PM-M01 V4. **(NC 01)**

**P** 2a. DIMENSIÓN MIPG: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN (P)

En el marco de la evaluación de esta dimensión y sus políticas de Planeación Institucional, y Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público; se concluye conformidad en los siguientes aspectos:

- Se tiene apropiación y adherencia en el nivel de identificación respecto a la Plataforma Estratégica de la entidad, el objetivo estratégico alineado al proceso de Gestión administrativa y de la plataforma estratégica del DNP con la Misión, Objetivos Estratégicos, funciones, proceso y los procedimientos auditados, así como, los grupos de valor con los proveedores y clientes.
- Para la vigencia 2022, se formularon y ejecutaron productos de acuerdo con lo programado y para el 2023, se formularon (16) servicios de los cuales (8) corresponden a los procedimientos y conforme a lo señalado en el Manual para la Formulación de la Planeación Institucional CODIGO M-PG-02 V12.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

- Frente a la programación de los recursos para la vigencia 2022, se financió la ejecución de sus actividades programadas en el plan de acción con recursos PGN) y SGR por valor de \$21.592.876.163; y frente a la gestión contractual se ejecutaron (69) necesidades por un valor de \$ 5.093.788.706.

A partir de la evaluación a esta dimensión, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Fortalecer las actividades frente a la planificación, salvaguarda y custodia de los activos alojados en el sótano 3, piso 25 del edificio Fonade y piso 5 (almacén) del edificio Gómez, toda vez, que se podría generar un potencial riesgo fiscal, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6 numeral 4.2 “*Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz*” y Procedimiento PT-PG-01 Gestión Integral de Riesgos.
- Revisar la pertinencia en la identificación de posibles riesgos de soborno en el marco de la norma ISO 37001:2016, inherentes a los procedimientos objeto de auditoría y frente a las conductas que se pueden considerar como actos de soborno, toda vez, que se tiene identificado el riesgo de corrupción 156 “*Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiarse bienes de la entidad*”.
- Asegurar la adecuada gestión para la ejecución y finalización de los productos y entregables definidos en el Plan de Acción institucional; así como el manejo de los recursos para la ejecución y el desarrollo de las actividades de los procedimientos.
- Revisar la conveniencia de formular productos que midan el desempeño y generen cambios y retos estratégicos, en cumplimiento de los objetivos de los procedimientos de la Subdirección Administrativa y sus grupos internos de trabajo.
- Tener en cuenta lo dispuesto en el Decreto 444 del 29/03/2023, artículo 17. “*Suscripción a periódicos y revistas, publicaciones y bases de datos. Las suscripciones a bases de datos electrónicas, periódicos o revistas especializadas se efectuarán solamente cuando sea necesario para el cumplimiento del objeto misional de las entidades. Las licencias se adquirirán en las cantidades suficientes para suplir las necesidades del servicio*”.

**H 3a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS (H)**

1. **Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos**, se concluye:

**Procedimiento PT-AD-01 Administración de Bienes Muebles e Inmuebles V5 - Grupo de Inventarios y Suministros (GISO)**

- Se evidenció CONFORMIDAD respecto a las actividades 1, 3, 4, y 5 establecidas en el procedimiento, sin embargo, se presentaron debilidades de control en cuanto a la salvaguarda, custodia, evidencia de la toma física de los inventarios, diligencia en la baja de bienes, situaciones que posiblemente afectaron la información reportada al área financiera en las conciliaciones mensuales, generando una posible sobre estimación o subestimación de la Propiedad, Planta y Equipo del Activo de los Estados Financieros de la Entidad.
- Lo anterior, por situaciones observadas en las actividades: 2. Almacenar bienes, por salvaguarda y custodia de bienes, 6. Control de activos, por ausencia evidencia de los inventarios periódicos, 7. Conciliación de movimientos del Almacén de bienes de PPE y 8. Baja de bienes, por falta de gestión para baja de bienes; generando un potencial riesgo fiscal, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6 numeral 4.2 “*Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz*”. (NC 02, NC 03, NC 04)
- Del mismo modo, y de acuerdo con los hallazgos asociados en la actividad 2 Almacenar bienes, se evidenció riesgo no identificado en la Matriz integral por “*Perdida del Activo*”; a partir de los riesgos y controles diseñados en la Matriz Integral de Riesgos del DNP, se observó una posible materialización de los Riesgos Números 2 “*Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo*” por daño de un monitor el cual fue dado en reposición por la aseguradora y se presentó el hurto de un computador portátil por fuera de las instalaciones del DNP y 156 “*Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de apropiarse bienes de la entidad*”, por daño puerta trasera del Almacén (Piso 5) Edificio Gómez y los inventarios del año 2022 no cuentan con los soportes que permitan verificar las existencias físicas frente a lo registrado en SEVEN.

 <b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN</b>	<b>INFORME DEFINITIVO</b>
<b>Auditoría Integral al Proceso Gestión Administrativa</b>	<b>Fecha: 15/05/2023</b>

**Procedimiento PT-AD-02 Atención de Requerimientos Logísticos - Grupo de Logística e Infraestructura (GLI)**

- Se evidenció CONFORMIDAD respecto a las actividades 1, 2, 3 y 5, sin embargo, frente a la actividad 4 prestación de los servicios de transporte, aseo y cafetería, se observaron, debilidades e incumplimientos respecto al vencimiento del certificado de revisión tecnomecánica, infracciones de tránsito sin resolver, del no uso de tapabocas, expedición de certificados de manipulación de alimentos y capacitación por parte del personal de aseo y cafetería, y de igual manera lo señalado en el Anexo 2 del Acuerdo Marco CCE-972-AMP-2019 "(...) *Certificados de capacitación (...) Manejo y manipulación de alimentos (...)*" (NC 05, NC 06).
- Del mismo modo, y a partir de los riesgos y controles diseñados en la Matriz Integral de Riesgos del DNP, se observó una posible materialización de los Riesgos números 2 "*Insuficiente provisión de bienes y elementos de consumo*" y 3 "*Inatención de las solicitudes de apoyo logístico*", por daño a vehículo ocasionando afectación en la parte frontal del automotor.

**Procedimiento PT-AD-03 Gestión de documentos y administración de archivos - Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB)**

- Se evidenció CONFORMIDAD respecto a las actividades 1, 2, 3, 4, 5 y 7 establecidas en el procedimiento "de la Subdirección Administrativa y Relación con la Ciudadanía (SARC), no obstante, en la actividad 5, las (63) TRD aprobadas por el CIGD el 21/10/2022, no han sido presentadas al Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado, según correo electrónico del 17/04/2023 del GGDB, incumpliendo de esta manera lo señalado en el Acuerdo No.004 de abril 30 de 2019 **Artículo 10°.** (OM 01)
  - Respecto a la actividad 6. Consulta y préstamo de documentos, no se está prestando el servicio de la Sala de Consulta, conforme al Manual para la prestación del servicio de Biblioteca CÓDIGO: M-AD-04 V1, y que de acuerdo con el numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental, no se planificó la suspensión de este servicio por la remodelación efectuada al 2do. Piso del Edificio Fonade, así como tampoco, se comunicó a los respectivos grupos de valor, ni se allegó al equipo auditor el acta de entrega de los libros a la interventoría de la obra para evidenciar la salvaguarda y custodia de los libros y las condiciones de almacenamiento del material bibliográfico no cumple con los estándares señalados en la NTC 5921:2012, el SIC del DNP, Acuerdos AGN 006 de 2014, 049 de 2000 y 050 de 2000. (NC 07)
  - Del mismo modo, y a partir de los riesgos y controles diseñados en la Matriz Integral de Riesgos del DNP, se observó una posible materialización del Riesgo **255** "*Inadecuada gestión de documentos de archivo y biblioteca*", por cuanto no se evidenció capacitaciones para los grupos de GISO y GLI, en temas relacionados con Gestión Documental, conforme al Manual Operativo del Componente de Gestión Documental y no se encuentra en servicio la Sala de consulta, uno de los medios que tiene los usuarios internos y externos para acceder a este servicio, así como tampoco, se evidenció que se haya planificado este cambio, conforme al numeral 12. GESTIÓN DE CAMBIOS del Manual Operativo del Componente de Gestión Documental.
2. **Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público:** Se evidenció que la dependencia gestionó los recursos humanos y ejecutó los recursos financieros necesarios para el ejercicio y soporte de las actividades enmarcadas en el procedimiento objeto de auditoría, enmarcado en el proceso Gestión Administrativa.
  3. **Política de Servicio al Ciudadano:** Se concluye conformidad en:
    - Cumplen con la normatividad legal vigente en materia de atención de las PQRSD como el artículo 5 del Decreto 491/2020 y la Ley 1755/2015 y con las políticas internas del DNP como el Procedimiento Atención a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias CÓDIGO PT-PG05 V8 y el Manual para la Atención Integral al Ciudadano Código M-PG-09.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Fortalecer el conocimiento entre los colaboradores, respecto a la gestión de las PQRSD, conforme a lo establecido en la Ley 1755 de 2015 y a las políticas de operación del DNP como el Procedimiento y Manual para la Atención Integral al Ciudadano.
- Asegurar actividades de monitoreo y control, con el propósito de que las peticiones se tramiten de acuerdo con el objeto y modalidades del Derecho de Petición, conforme al artículo 13 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por la Ley 1755 de 2015.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

- Analizar las causas de la recurrencia de la situación observada en lo que respecta a las PQRS y dar cumplimiento a lo señalado en la actividad 3 literal f) del Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", en la **APCM 22-038**.

4. **Políticas de Gobierno y Seguridad Digitales:** Se concluye conformidad en:

- Los incidentes de seguridad fueron reportados conforme lo estipulado al procedimiento PT-TI-01 Atención de requerimientos de servicios Tic numeral 5.1 Gestión de incidentes informáticos y la resolución 500 de 2021.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Fortalecer las estrategias para que los sistemas de información con desarrollo externo (SEVEN) sean alineados a la Metodología de referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información. **(NC 08)**
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, respecto a la situación evidenciada sobre los conocimientos, educación, formación y experiencia del Líder funcional del sistema de información SEVEN, orientándolas a fortalecer las competencias respecto a la metodología de referencia para la implementación y mantenimiento de los sistemas de información del DNP. **(OM 02)**
- Analizar las causas de la recurrencia de la situación observada y dar cumplimiento a lo señalado en la actividad 3 literal f) del Procedimiento "FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA PT-ED-05", en la **APCM 22-032**, por la situación evidenciada en lo que respecta a la actualización de la Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información en la página web del DNP conforme a la NTC ISO-IEC 27001:2013, Anexo 1 de la Resolución 500 MSPI de 10/03/2021 y al Procedimiento PT-PG-06 Identificación de Activos de Información, e incluirla en la Tabla de Retención Documental de la dependencia de acuerdo con lo señalado en el artículo 13 de la Ley 1712 de 2014.

5. **Política de Gestión Ambiental para el buen uso de los recursos:** Se concluye conformidad en:

- Participaron en actividades de inducción y reinducción; así como también, se identificó que en los Edificios Fonade (Recepción, Pisos 2, 4, 17, 36, 24, 8) y Seguros Patria (archivo Gestión y Central DNP), cumplen con lo dispuesto en los programas ambientales implementados por la entidad como el ahorro y uso eficiente de agua, luz, papel y manejo integral de residuos sólidos.
- Participaron en actividades de capacitación y fueron sensibilizados en aspectos e impactos ambientales y preparación y respuesta ante emergencias ambientales.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Fortalecer el conocimiento entre todos los colaboradores de la SARC y sus grupos de trabajo, respecto al componente de Gestión Ambiental, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el instrumento de valoración, donde el 20% (11) manifiesta no tener conocimiento o no haber sido capacitados sobre este componente.
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, por la situación evidenciada en el Edificio Gómez donde funciona el Almacén del DNP (Piso 5), toda vez que no existe punto ecológico, sensores instalados, avisos del ahorro del agua, energía y papel, así como tampoco, contenedor para disposición de papel reciclado, incumpliendo con el OBJETIVO y el ALCANCE del Manual Operativo del Componente de Gestión Ambiental CODIGO:M-PG-06 V4. **(NC 09)**

**VA 4a. DIMENSIÓN MIPG: EVALUACIÓN DE RESULTADOS (VA)**

1. **Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional:** Se concluye conformidad, en:

- Cumplimiento del 100% de los productos del PA 2022, de acuerdo con los requisitos definidos en los procedimientos auditados y en la caracterización del proceso de Gestión Administrativa, según reporte de la información en SIGGESTIÓN y sus soportes en el Disco "O", conforme con lo establecido en el Manual para el seguimiento del modelo de planeación institucional.
- Para la vigencia 2022, reporto de manera oportuna a la OAP el monitoreo del I Cuatrimestre el 09/05/2022, II Cuatrimestre el 07/09/2022 y III cuatrimestre reportado a través del formulario "FORMS Autoevaluación" el 28/12/2022, observando conformidad de los reportes de acuerdo con la metodología establecida por la OAP.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

- Cumplimiento de lo establecido en el numeral 9.3 Seguimiento y evaluación, se realizó el cálculo y análisis del año 2022 de los indicadores de SGA con resultados SOBRESALIENTES, y presentados en reunión de la Revisión por la Dirección el 21/03/2023.
- Las AIRES realizadas a las APCM 21-054, 21-066 y 21-107, los planes de mejora quedaron CERRADOS, conforme a las pruebas de auditoría.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Revisar la pertinencia para que en la matriz integral de riesgos del DNP, se identifiquen nuevos riesgos relacionados con los aspectos: legal, operacional, fiscal y de soborno, entre otros, que permitan asegurar el fortalecimiento de los controles y la definición de sus causas para disminuir la probabilidad de materialización, de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.
- Adoptar las medidas preventivas y de mejora con el fin de garantizar una medición integral de la gestión del proceso y procedimientos objeto de auditoría, considerando los indicadores de desempeño, así como para medir resultados que son definidos en la Política de Planeación Institucional de MIPG.
- Tener en cuenta lo dispuesto en la Segunda Dimensión de MIPG numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional, y en el F-GP-01 Matriz Integral de Riesgos del DNP, por cuanto el riesgo 156 de "Corrupción", tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", y debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE.
- Revisar la conveniencia de formular productos que midan el desempeño y generen cambios y retos estratégicos, en cumplimiento de los objetivos de los procedimientos de la Subdirección Administrativa y sus grupos internos de trabajo.

**T 5a. DIMENSIÓN MIPG: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

1. **Política de Gestión Documental:** Se concluye conformidad, en:

- Las TRD identificadas con los Códigos 661 (GLI), 663 (GISO) y 664 (GGDB), han sido actualizadas conforme a las funciones establecidas en la Resolución 530 de 2022 y a las salidas identificadas como registros en los Procedimientos objeto de auditoría, y aprobadas según Acta No.4 del 21/10/2022 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; así como también se encuentran estructuradas en el SGD ORFEO de acuerdo con las SERIES, SUBSERIES y tipos documentales de las citadas TRD.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Fortalecer los conocimientos y el desarrollo integral de las capacidades y competencias en el componente de Gestión Documental, de todos los colaboradores que ejecutan las actividades de los Procedimientos objeto de auditoría, mediante las jornadas de inducción y reinducción, o capacitación que adelanta el DNP. **(OM 03)**
- Adelantar las acciones, preventivas, correctivas y de mejora, por las situaciones evidenciadas sobre las debilidades de control en el cumplimiento de las políticas de operación del DNP en GD como la estructura de las TRD y su aplicación en el SGD ORFEO. **(OM 03)**

2. **Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción:** A partir de la evaluación de esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Asegurar que las TRD vigentes y utilizadas por las unidades productoras (dependencias), sean publicadas en la ruta transparencia del DNP, <https://www.dnp.gov.co/transparencia-acceso-a-la-informacion/Paginas/default.asp>, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1712 de 2014 "Ley de transparencia y acceso a la pública nacional". **(OM 04)**

**T 6a. DIMENSIÓN MIPG: GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION**

Se concluye conformidad, en:

- La SARC cuenta con herramientas tecnológicas para el apoyo a la gestión de los grupos internos de trabajo, como los sistemas de información SEVEN ERP, SGD ORFEO y el Centro de Servicios, mejorando el desempeño y optimizando las actividades de los Procedimientos objeto de auditoría.



Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa

Fecha:  
15/05/2023

- El Grupo de Gestión Documental y Biblioteca (GGDB), ha realizado a colaboradores de otras dependencias del DNP, transferencia de conocimiento en temas relacionados con el Componente de Gestión Documental, mediante capacitaciones, charlas y piezas de comunicación.

A partir de la evaluación a esta política, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Generar espacios internos de transferencia del conocimiento con el fin de fortalecer las competencias y facilitar el desarrollo de las actividades propias de los procedimientos. (OM 03).
- Con el fin de promover la cultura de compartir y difundir, registrar las buenas prácticas y lecciones aprendidas generadas en la aplicación de los procedimientos para fortalecer el capital intelectual de la entidad.

T **7ª. DIMENSIÓN CONTROL INTERNO**

Con respecto a los componentes de control, para la presente auditoría se evidenció:

- **Ambiente de control:** Se observó compromiso y liderazgo frente a los lineamientos impartidos por la Alta Dirección que contribuyeron a la implementación de un ambiente de control, teniendo en cuenta la integridad (valores) y principios del servicio público, planeación estratégica, sistema de gestión de riesgos, definición y operación del proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, procedimientos, manuales y políticas operativas internas auditadas, que facilitan el seguimiento y el cumplimiento de los objetivos tanto del proceso como de los objetivos institucionales; no obstante, se observaron debilidades en la aplicación de herramientas de control establecidas por el Sistema de Gestión de Calidad para los componentes de SSST, SGSI, SGA y SGD y definidas para la ejecución de las actividades de los procedimientos.
- **Gestión de Riesgo Institucional:** Se han determinado los mecanismos para llevar a cabo la identificación, seguimiento, monitoreo, análisis, reporte y materialización de los riesgos en los tiempos establecidos por el Procedimiento Gestión Integral de Riesgos. Dentro de los aspectos susceptibles de mejora el riesgo de corrupción "156" que tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE, conforme lo establecido en la Segunda dimensión de MIPG en el numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional, "*Política de Riesgo (...) Los riesgos de corrupción son inaceptables*".
- Respecto a los controles establecidos para los riesgos asociados al proceso, se observó debilidad en su definición y descripción, ya que, se observaron actividades en las cuales sus controles no son efectivos. Se recomienda fortalecer los controles y la definición de sus causas que permitan disminuir la probabilidad de materialización de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.
- En el marco de la norma antisoborno ISO 37001:2016, se recomienda la identificación de posibles riesgos de soborno de los procedimientos objeto de auditoría e implementación de controles, que aseguren su monitoreo y seguimiento, así como también, fortalecer los controles y la definición de sus causas que permitan disminuir la probabilidad de materialización de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración de riesgos V6 de 2022 numeral 3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles.
- **Actividades de Control:** Se han determinado los puntos de control, los responsables de su ejecución y seguimiento de los procedimientos objeto de auditoría. Asimismo, el proceso "Gestión Administrativa" tiene asociados cinco (5) riesgos de los cuales cuatro (4) son de nivel de aplicación Operativo y uno (1) Corrupción con riesgos residuales Aceptable, Tolerable e Importante.
- Igualmente se observó conformidad frente a los reportes cuatrimestrales y de materialización conforme al procedimiento de Gestión Integral de Riesgos PT-PG-01 V13. Dentro los aspectos susceptibles de mejora se deben validar aquellos en los cuales se identificó debilidad frente a las Actividades de Control, como: El riesgo 156 de "Corrupción" tiene un nivel de valoración de riesgo residual como "TOLERABLE", y este debe estar en nivel de riesgo residual como INACEPTABLE. Respecto al Diseño, eficiencia y efectividad de controles establecidos para los riesgos asociados al proceso, se observó debilidad en su definición y descripción, ya que, en las pruebas realizadas a los procedimientos, se observaron actividades en las cuales sus controles no son efectivos.
- **Comunicación e Información:** Se observó cumplimiento de las políticas de Gestión de la Información y Comunicación, teniendo en cuenta que se gestiona la información interna y externa de acuerdo con los lineamientos y reglamentación que la entidad ha



**Auditoría Integral al Proceso  
Gestión Administrativa**

**Fecha:  
15/05/2023**

implementado para las comunicaciones recibidas por partes de los grupos de valor; así como la gestión de las PQRSD a cargo de los procedimientos auditados de acuerdo con la muestra seleccionada de peticiones y comunicaciones.

- Se verificó el diseño y aprobación de los instrumentos archivísticos (TRD) conforme al Decreto 1893 de 2021 y el uso del SGD ORFEO en las actividades administrativas, no obstante, se observaron situaciones susceptibles de mejora relacionadas con la gestión y trámite de las PQRSD, transferencia del conocimiento entre los colaboradores de la SARC, envío al AGN para convalidación de las TRD y su publicación en la página web, creación y organización de los expedientes virtuales, identificación de los activos de información y publicación en la página web del DNP de información actualizada (TRD).
- **Monitoreo y supervisión:** Se llevan a cabo evaluaciones periódicas que permiten evaluar el desempeño de aspectos del SIG, de los resultados generados por el proceso y procedimientos según el Plan de Acción Institucional, se recomienda que la dependencia como primera línea de defensa y con el acompañamiento de la segunda línea de defensa, adopten las medidas preventivas y de mejora con el fin de garantizar una medición integral de la gestión del proceso y procedimientos objeto de auditoría, considerando los indicadores de desempeño, así como para medir resultados que son definidos en la Política de Planeación institucional de MIPG.

<b>JEFE DE CONTROL INTERNO</b>	Ricardo Bogotá Camargo	<b>EQUIPO AUDITOR</b>	Yor Mary Segura Calderón, Auditor Líder Marcela Urrea Jaramillo, Auditor Omar David Noguera Hernández, Auditor
--------------------------------	------------------------	-----------------------	--