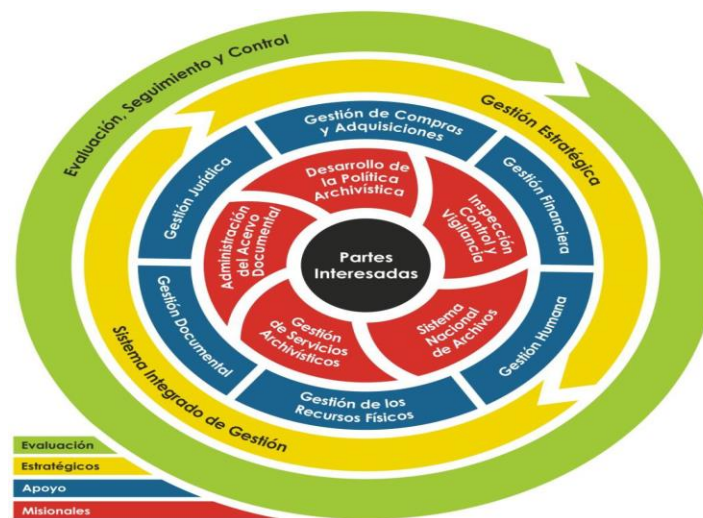


Bogotá, enero 29 de 2018

## INFORME CONSOLIDADO DE AUDITORIAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

### MAPA DE PROCESOS



**OBJETO DEL INFORME:** Verificar la gestión, eficacia y mejora de los procesos del Archivo General de la Nación, en cumplimiento a los requisitos legales establecidos en la NTCGP 1000:2009.

1. **RESUMEN:** El Programa General de Auditorías Internas del Sistema de Gestión, Gestión Ambiental y Seguridad de la Información, para la vigencia 2017, fue aprobado en Comité de Control Interno y publicado en la Intranet, cartelera, para su difusión y conocimiento de los funcionarios y contratistas de la Entidad, los criterios de auditoría aplicados para su ejecución son la NTCGP 1000:2009; ISO 14001:2004; ISO 19011:2002; ISO 27000:2013; Decreto 1072 de 2015 y el procedimiento Auditorías del SIG – ESC-P-03 y verificación del ciclo PHVA

Las Auditorías del Sistema Integrado de Gestión iniciaron el día 27 de julio y terminaron el 22 de septiembre, realizando reprogramaciones por situaciones laborales por parte de Auditados y Auditores

### 2. CONTENIDO:

Con el fin de que el ejercicio fuera lo más analítico y sistémico, se realizaron dos (2) capacitaciones al equipo auditor por parte de los profesionales que cumplen funciones en el SIG.

El primer taller se realizó sobre conceptos de auditoría el día 17 de julio de 2017, propósitos de la auditoría, características del auditor, preparación de la auditoría, lista de verificación, revisión de documentos, se hace la representación del ejercicio explicando cómo es el actuar del auditor.

La segunda capacitación se realizó el 26 de julio de 2017, sobre clasificación de los hallazgos de auditoria, conformidades, NO conformidades, acciones de mejora, cumplimiento o incumplimiento, tipos de acciones, socialización de los componentes básicos para la redacción de hallazgos.

## Procesos Auditados

Para la vigencia 2017 se auditaron todos los procesos del AGN, a cada proceso se le designó el equipo auditor y se distribuyeron de acuerdo con la experiencia y competencias, a continuación, se relacionan los procesos auditados, equipo auditor, fecha realización de la auditoria, como el responsable del proceso auditado.

AUDITORIA/PROCESOS	Equipo Auditor	Fecha	Responsable: Líder del proceso auditado
GESTIÓN ESTRATEGICA	Mario Suescún- Graciela Izquierdo	7 de septiembre de 2017	Armando Martínez
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Carlos Torres - Arisnelly Cuesta	21 de septiembre de 2017	Edgar Serrano Rozo
INSPECCIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA	Mirta Fernández	25 de agosto de 2017	Clara Inés Beltrán Herrera
ADMINISTRACIÓN DEL ACERVO DOCUMENTAL	Fernando Gutiérrez - Carlos Reyes - Mirta Fernández	17 y 18 de agosto de 2017	Jorge Enrique Cachiotis
SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS	Yamith García -Jeimmy Betancourt	27 de julio de 2017	Clara Inés Beltrán.
GESTIÓN DE SERVICIOS ARCHIVÍSTICOS	Alexandra Cortés - Graciela Izquierdo	10 de agosto de 2017	Ana María Chávez
DESARROLLO DE POLÍTICA ARCHIVÍSTICA	Fanny Angela Barajas	31 de agosto de 2017	Armando Martínez
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	María Alejandra Suarez - Liliana Montoya	15 de septiembre de 2017	Olga Yaneth Sandoval
GESTIÓN DE COMPRAS Y ADQUISICIONES	Luz Dora Ariza - Rovir Gómez	11 de agosto de 2017	Yolanda Sierra
GESTIÓN JURÍDICA	Claudia Vivas - Fanny Angela Barajas	10 de septiembre de 2017	María Clara Mojica
GESTIÓN DOCUMENTAL	Rovir Gómez - Katherine Gómez	14 de septiembre de 2017	Sandra Tejada
GESTIÓN FINANCIERA	Olga Yaneth Sandoval - Alexandra Cortés	24 de agosto de 2017	Alirio Alfonso Bayona Fonseca
GESTIÓN HUMANA	Jeimmy Betancourt- Liliana Montoya	14 de septiembre de 2017	María Alejandra Suarez Chocontá
EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL	Gladys Camacho - Mario Suescún	22 de septiembre de 2017	Hugo Alfonso Rodríguez Arévalo
GESTIÓN DE TECNOLOGIAS TICS	Yamith García - Fernando Gutiérrez	13 de septiembre de 2017	Erika Lucia Rangel

En el desarrollo de las auditorias se reportaron 65 hallazgos de los cuales diecinueve (19) No conformidades y cuarenta y seis (46) observaciones, que fueron consignadas en cada uno de los informes y socializados con los líderes de proceso con el fin de elaborar las Acciones de Mejora en el formato de Acciones Correctivas Preventivas y de Mejora, las cuales se relacionan a continuación se relacionan los hallazgos y observaciones:

NOMBRE DEL PROCESO	S I G L A	HALLAZGOS (NO CONFORMIDADES/OBSERVACIONES)
<i>Gestión Estratégica</i> Líder del Proceso: Armando Martínez Garnica.	G E S	No se realizó esta auditoría
<i>Sistema Integrado</i>	S I G	<b>No Conformidad 1 (Seguridad Información)</b> De acuerdo a lo revisado en la <a href="http://intranet.archivogeneral.gov.co/">http://intranet.archivogeneral.gov.co/</a> sistema integrado de gestión, se evidenció la existencia de dos documentos denominados "Mapa de Riesgos" que

<p><i>de Gestión</i> Edgar R. Serrano Roza</p>	<p>cumplen el mismo objetivo, sin embargo; se encuentran en las versiones 2012 y 2016 en la presente ruta "proceso de evaluación seguimiento y control/evaluación seguimiento y control/documentación/mapa de riesgos, cuenta con un archivo denominado MAPA DE RIESGOS AGN 2012 v1 2012 07 10 documento elaborado el 23 de julio de 2012. Así mismo se evidencia: proceso estratégico Sistema Integrado de Gestión/guías/ cuenta con una guía denominada SIG-G-01 GUIA METODOLÓGICA GESTIÓN RIESGO, cuyo entregable de este ejercicio es el mapa de riesgos institucional con fecha de elaboración diciembre 30 de 2916 y se encuentra publicado en la intranet, en el menú la institución mapa de riesgo institucional. Por lo anterior se le indica al personal auditado tomar las medidas correctivas de acuerdo con lo estipulado en la norma ISO 27001:2013 numeral 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3 Control de la información documentada e) control de cambios (ej. Control de versión).</p> <p><b>No Conformidad 2 (Seguridad Información)</b> De acuerdo con la entrevista realizada a los auditados no se cuenta con el mapa de riesgos para el proceso SIG, se le indica al personal auditado tomar las medidas correctivas de acuerdo con lo estipulado en la SIG-G-01 Guía Metodológica de Gestión del Riesgo y la norma ISO 27001:2013 numerales 6.1.2 Evaluación de riesgos de la seguridad de la información.</p>
<p><i>Desarrollo de la Política Archivística</i> Armando Martínez Garnica</p>	<p><b>No conformidad No. 1 (Calidad):</b> En las fases definidas para el diseño y desarrollo de normas archivísticas no se presenta evidencia objetiva de los registros que controlan el procedimiento DPA-P-01 Elaboración de normas archivísticas. Al solicitar un ejemplo en el que se pudiera verificar la trazabilidad en la elaboración de normas (Propuesta y/o proyecto, documentos necesarios para el estudio y desarrollo de la propuesta y/o proyecto, DPA-F-01 Matriz diseño y desarrollo, GDO-F-05 Acta de reunión, Propuesta y/o proyecto modificado, DPA-F-02 Memoria Justificativa, Registro de difusión de la consulta pública, DPA-F-03 Presentación de comentarios por actores externos a propuestas normativas, Acto administrativo) no se evidenció; incumpliendo lo establecido en el procedimiento <b>DPA-P-01</b> "Elaboración de normas archivísticas" y en el numeral <b>7.3 "Diseño y desarrollo"</b> de la NTCGP 1000:2009 (elementos de entrada, planificación, revisión, verificación, validación, control de cambios en el diseño y desarrollo).</p> <p><b>No conformidad No. 2 (Calidad):</b> En el procedimiento de <b>DPA-P-02</b> "Emisión de conceptos técnicos", no se evidenció su implementación al solicitar los registros de conceptos técnicos, las características de la solicitud, la confirmación de la prestación del servicio, la medición, análisis y mejora, se indicó que en cada dependencia están los registros, pero se incumple el Numeral 4 del procedimiento: "Registrar en la plantilla "Registro de conceptos técnicos" la asignación de la solicitud de concepto técnico. Nota: la información consignada debe ser enviada al jefe de la Oficina Asesora Jurídica los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes a través de correo electrónico". De la misma manera, se incumple el control de registros requerido por la <b>NTCGP1000:2009</b>, en el numeral 4.2.4.</p> <p><b>No conformidad No. 3 (Seguridad Información):</b> Se solicita documento denominado "mapa de riesgos" sin embargo el personal auditado indica que no se cuenta con dicho documento, según se evidencia en la respuesta de la entrevista realizada. Incumpliendo con lo establecido en la guía <b>SIG-G-01 Guía metodológica Gestión riesgo</b> y la norma <b>ISO 27001:2013</b> numeral 6.1.2 Evaluación de riesgos de la seguridad de la información c1. Identifique los riesgos.</p>
<p><i>Administración del Acervo Documental.</i> Jorge Enrique Cachiotis S.</p>	<p><b>No conformidad No. 1 (Calidad)</b> Al adelantarse la verificación de la documentación que soporta el proceso de Administración del Acervo Documental, se encuentra que no hay consistencia entre el inventario de la "Lista Maestra de Documentos y Registros" y los documentos publicados en la INTRANET, dando cumplimiento parcial a lo establecido en el numeral 4.2.3 "Control de Documentos" de la norma.</p> <p><b>No conformidad No. 2 (Calidad)</b> De acuerdo con lo observado en el Grupo de organización, descripción y reprografía, se cuenta con el procedimiento desactualizado (El procedimiento de organización y descripción tuvo como última actualización el 12 de agosto de 2013) y aunque el auditado conoce el procedimiento que actualmente está establecido, es consciente que el mismo no cumple con los requerimientos requeridos en la actualidad. Incumpliendo así con el numeral 4.2.3 Control de documentos "Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse. Literal b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente".</p> <p><b>No conformidad No. 3 (Calidad)</b> Los aspectos relativos a los productos obtenidos de la ejecución del Proceso de Administración del Acervo Documental, estos no se encuentran actualizados en la caracterización del mismo, así como tampoco se encuentran actualizados aspectos como el nombre del proceso, el responsable, el objetivo estratégico al cual aporta, la vigencia de las entradas y de las salidas (productos) y poder dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 7 de la norma.</p> <p><b>No conformidad No. 4 (Calidad)</b> Realizada la validación de los procedimientos asociados al proceso. Se identifica que algunos de los procedimientos relacionados en la "Lista Maestra de Documentos y Registros" se encuentran asignados bajo la responsabilidad de la Subdirección, cuando en realidad son responsabilidad de alguna de las dependencias a su cargo (según los auditados); el procedimiento AAD-P-01 de "Gestión del Acervo Documental" hace referencia a un "Plan General de Intervención", al "Inventario General de Fondos Documentales", al formato AAD-F-25 "Diagnóstico General del Acervo Documental del AGN" entre otros, de los cuales no se evidencia su definición, aplicación, diligenciamiento, conservación y responsables en su diligenciamiento. Todo lo anterior exponiendo al proceso al incumplimiento de lo establecido en diferentes numerales de la norma (4.2.3, 4.2.4, 7.5), máxime cuando se trata de un hallazgo registrado en el informe de auditoría de la vigencia 2016.</p> <p><b>No conformidad No. 5 (Seguridad Información)</b> De acuerdo con la revisión realizada al documento denominado "registro de activos de información" del portal WEB, no se encontró el registro de las series documentales de la subdirección de gestión del patrimonio documental y del grupo de organización, descripción y reprografía en el instrumento archivístico activos de información. Para el caso del grupo de evaluación documental y transferencias secundarias, se encuentra la serie TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL - TVD NACIONALES; sin embargo, la denominación de la serie en el registro de activos de información no corresponde a la estipulada en las TRD la cual es identificada actualmente como EVALUACIÓN Y CONVALIDACIÓN. Lo anterior evidencia un cumplimiento parcial a lo establecido en el manual GRF-M-02 Manual políticas de seguridad de la información numerales 9.2.1 Identificación de activos y 9.2.2 Calificación de activos.</p> <p><b>No conformidad No. 6 (Calidad)</b> Respecto a la medición, análisis y mejora, se evidencia la existencia de dos indicadores para el Proceso de Administración del Acervo Documental que hacen parte de la batería de indicadores del AGN. Sin embargo, la norma en su numeral 8.2.3 y 8.4 establece la aplicación de herramientas de medición de la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados y la conformidad con los requisitos del producto, información que no es obtenida desde los indicadores "IPAD" y "Satisfacción al Cliente" y, en consecuencia, no aporta a la toma de decisiones para la definición de iniciativas de mejora propias del proceso.</p> <p><b>No conformidad No. 7 (Calidad)</b> En una proporción superior al 75% de usuarios verificados no se evidencia el cumplimiento a lo establecido en el manual GRF-M-02 Manual políticas de seguridad de la información en el</p>

	<p>numeral 9.3.3 Gestión de contraseñas. “La contraseña de la cuenta de usuario asignada por primera vez debe ser inmediatamente cambiada en el primer inicio de sesión”, así como adicionalmente se evidencia que más del 60% de usuarios verificados almacenan la información en mis documentos del equipo local, es decir, no se aplica lo establecido en el manual GRF-M-02 Manual políticas de seguridad de la información en el numeral 9.8 Política de respaldo. “Cada funcionario, contratista y/o tercero debe almacenar su información en los recursos de red que ha dispuesto el Archivo General de la Nación, tales ...como, OneDrive”.</p> <p><b>Observación 1</b> El (los) auditado(s) conoce(n) el Mapa de Procesos del AGN, la clasificación de los Procesos e identifica(n) el proceso de Administración del Acervo Documental como proceso Misional de la Entidad, dándose cumplimiento al numeral 4.1 de la Norma. Al realizar la consulta de los aportes dados por las Dependencias de la Subdirección de Gestión del Patrimonio Documental a los Procesos del AGN se identifica la necesidad de actualizar dicha información en el Manual del SIG, acorde a la estructura actual del AGN y las responsabilidades funcionales vigentes.</p> <p><b>Observación 2.</b> Preguntando al(los) Auditado(s) respecto a la clasificación de los Documentos del SIG y cómo se administran, actualizan o suprimen, se evidencia que se identifica cual es la documentación del Proceso y como se procede a gestionar las actualizaciones cuando se requiere (numerales 4.2.1 y 4.2.3 de la Norma), pero no se hace referencia inmediata a la composición de la documentación del Sistema de Gestión y la manera de actualizarla (descrita en el Procedimiento SIG-P-01).</p> <p><b>Observación 3.</b> Al realizarse validación de los registros administrados en el Proceso de Administración del Acervo Documental, se evidencia que la “Lista Maestra de Documentos y Registros” no tiene consignadas las definiciones de conservación definidas en la TRD de los grupos de la Subdirección y de la misma subdirección (conforme a lo definido en el numeral 1.3 y 4.2.4 de la norma NTCGP 1000:2009).</p> <p><b>Observación 4.</b> Complementario a lo anterior, la Subdirección ha iniciado el desarrollo de sesiones de trabajo para identificar causas y lograr una definición aplicable para “Producto No Conforme” y dar así cumplimiento a lo requerido por la norma en su numeral 8.3.</p> <p><b>Observación 5.</b> En cuanto al Sistema de Gestión Ambiental se evidencia conocimiento en los conceptos básicos de la gestión ambiental como en la conciencia ambiental del uso adecuado de los recursos naturales y la disposición del personal del proceso en general. Sin embargo no se evidencia como práctica regular el empleo de un sistema de rotulación y etiquetado de las sustancias químicas acorde con la normatividad vigente aplicable en la búsqueda de la normalización, el control de riesgos ambientales y el manejo de contingencias al interior de las áreas, el uso de los formatos de control y entrega de elementos de protección personal para garantizar el cuidado de la salud de los servidores públicos y de la misma manera, mitigar la materialización de esta tipología de riesgo en la Entidad, así como tampoco el desarrollo de jornadas de orden y aseo al interior de las áreas de trabajo que garanticen la depuración de materiales en desuso y el mejoramiento de las condiciones ambientales de las zonas de trabajo que impactan en la salud de las personas.</p>
<p>G S A</p> <p>Gestión de Servicios Archivísticos os Ana María Chávez Ch.</p>	<p><b>No Conformidad 1 (Calidad)</b> Los aspectos relativos a la ejecución del Proceso de Gestión de Servicios Archivísticos, no se encuentran actualizados en la caracterización del mismo, así como tampoco se encuentran actualizados aspectos como el objetivo del proceso, entradas y salidas (productos) y poder dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 7 de la norma.</p> <p><b>No Conformidad 1 (Calidad)</b> Respecto a la medición, análisis y mejora, se evidencia la existencia de dos indicadores para el Proceso de Gestión de Servicios Archivísticos que hacen parte de la batería de indicadores del AGN. Sin embargo, la norma en su numeral 8.2.3 y 8.4 establece la aplicación de herramientas de medición de la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados y la conformidad con los requisitos del producto, información que no es obtenida desde los indicadores “PAI” y “ECI” y, en consecuencia, no aporta a la toma de decisiones para la definición de iniciativas de mejora propias del proceso.</p> <p><b>Observación 1. (Seguridad información)</b> El mapa de riesgos del proceso gestión de servicios archivísticos, contiene 4 riesgos identificados, pero ninguno hace referencia a seguridad de la información. No se cuenta con la trazabilidad de quien borra o modifica un documento de la información misional almacenada en la carpeta 192.168.0.189. El control aplicado es la autorización de permisos a usuarios específicos y copias de respaldo en un disco duro extraíble por un ingeniero de la dependencia del proceso.</p> <p><b>Observación 2. (Seguridad información)</b> Teniendo en cuenta que el riesgo siempre existe, la subdirección y sus grupos deben identificarlo antes de que suceda, así mismo deben tener un plan de tratamiento tal y como lo dice la norma ISO 27001:2013 numeral 6.1.2 c. Identifique los riesgos y la GRF-G-01 guía metodológica para la administración del riesgo de la Entidad.</p> <p><b>Observación 3. (Seguridad información)</b> Se evidencia que el Grupo de Asistencia Técnica guarda información en cajas ubicadas en un estante sin llave o puerta que restrinja su acceso, la oficina en donde se guardan dichas cajas es compartida con otros grupos por lo que varias personas tienen copia de la llave de ingreso. Se indica que dichas cajas deben ser almacenadas en un lugar seguro tal y como lo dice el GRF-M-02 Manual políticas de seguridad de la información en su política 9.3.4 Perímetros de seguridad. “Se consideran áreas de acceso restringido a todas las áreas donde se encuentran alojados los equipos de procesamiento o almacenamiento de información privada, la infraestructura de soporte a los sistemas de información y comunicaciones y las áreas donde se encuentran las bóvedas y bodegas donde se custodia el patrimonio documental de la nación y documentación privada de las Entidades del estado; por lo cual se deben emplear mecanismos de acceso físico que garanticen que sólo se permite el acceso al personal autorizado y de acuerdo a la norma ISO 27001:2013 Anexo A. Objetivo de control A.11.1 Áreas seguras prevenir el acceso físico no autorizado, el daño y la interferencia a la información y a las instalaciones de procesamiento de información de la organización.</p> <p><b>Observación 4. (Seguridad información)</b> El Backup de la información misional de la carpeta compartida 192.168.0.189 se hace en un disco externo a cargo de un ingeniero que pertenece a las dependencias que conforman el proceso, sin embargo, no es claro el tratamiento y controles de seguridad que se le dan al disco, se indica que se debe establecer un procedimiento para el tratamiento de copias de respaldo el cual debe ser apoyado por el coordinador de sistemas teniendo en cuenta el GRF-M-02 Manual políticas de seguridad de la información en su política 9.2.5 Gestión de medios removibles “Los medios removibles no son alternativa de respaldo de información, siendo responsabilidad de los usuarios mantener copias de la información y datos oficiales en unidades compartidas o repositorios confiables institucionales”, “Los medios de almacenamiento que contienen la información de la copia de respaldo deben ser de alta calidad y almacenados en otra ubicación diferente a las instalaciones donde se encuentra dispuesta. El sitio externo donde se resguardan dichas copias debe tener los controles de seguridad adecuados, cumplir con máximas medidas de protección y seguridad física apropiados.”</p> <p><b>Observación 5. (Seguridad información)</b> La subdirectora del proceso de gestión de servicios archivísticos guarda la</p>



		<p>información denominada "Subdirección asistencia técnica" en el escritorio del equipo local, se le indica que debe guardarla en OneDrive tal y como lo establece la política 9.8 Política de respaldo "Cada funcionario, contratista y/o tercero debe almacenar su información en los recursos de red que ha dispuesto el Archivo General de la Nación, tales como Directorios compartidos, Portal web, Intranet, Repositorio del SGDEA, OneDrive".</p> <p><b>Observación 6. (Ambiental)</b> Es importante fortalecer el uso de buenas prácticas ambientales en las actividades individuales principalmente en aquellas relacionadas con la correcta disposición de los residuos de las áreas de trabajo, asegurando que el 100% de los actores internos del proceso participen en las capacitaciones ambientales de la Entidad, así como incorporar la dimensión ambiental en la gestión continua del proceso con el propósito de influir positivamente en el impacto de las actividades realizadas y del cumplimiento normativo ambiental aplicable a sus actividades.</p> <p><b>Observación 7. (Ambiental)</b> Se recomienda a la Subdirección de Asistencia Técnica y Proyectos Archivísticos incorporar aspectos ambientales en la planificación de sus actividades misionales, ya que tienen un gran impacto por la generación de residuos peligrosos derivados de los servicios que se prestan en la Entidad.</p>
<p><i>Sistema Nacional de Archivos</i> Jorge Enrique Cachiotis S.</p>	S N A	<p><b>No Conformidad 1 (calidad)</b> 7 registros que controlan el proceso, de la siguiente manera: cronograma de visitas, control de gastos y acta de reunión de 28 de abril 2017 del expediente del cabildo indígena "Resguardo Totoró" del GAEDH; documento marco observatorio y guía experiencias significativas del Observatorio SNA, cronograma general del GAD y mapa de riesgos de la subdirección; no se encuentran controlados en el Sistema de Gestión de la Calidad como lo establece la norma Técnica de Gestión Pública en el numeral 4.2.4 GP1000 Control de documentos " los documentos requeridos por el Sistema de gestión de Calidad, deben controlarse..."</p> <p><b>Observación 1 (calidad)</b> No se evidencian registros de la medición del impacto o la gestión para el proceso, de acuerdo con la guía 2015 de construcción de indicadores de gestión DAFP y la norma NTCGP 1000 Numeral 8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos "...estos procesos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados...como resultado de la medición deben llevarse a cabo correcciones, acciones preventivas y/o correctivas..."</p> <p><b>Observación 2. (Seguridad información)</b> En la versión (borrador) del mapa de riesgos auditado del proceso, No se evidenció la identificación de ningún riesgo asociado y sus controles a la seguridad de la información del proceso, de acuerdo con la cláusula 6.1.2 c1 Norma ISO 27001/2013 "...se debe definir y aplicar un proceso de riesgos del SGSPI que...identifique los riesgos SGSPI "Guía metodológica para la administración del riesgo".</p> <p><b>Observación 3. (Seguridad información)</b> En una (1) prueba de acceso (usuario y contraseña) realizada para el ingreso a la plataforma SGDEA se solicitó a la coordinadora del GAEDH, digitar el usuario de su propiedad y las contraseñas Archivo2017 y Archivo2016 y se evidenció el ingreso a la plataforma con la contraseña Archivo2017, incumpliendo el manual de políticas de Seguridad de la Información de la Entidad GRF-M-02. Numeral 9.3.1 Control de acceso a los sistemas y correo con usuario y contraseña.</p>
<p><i>Inspección, Control y Vigilancia</i> Jorge Enrique Cachiotis S.</p>	I C V	<p><b>No Conformidad 1 (calidad)</b> De acuerdo a lo observado en la oficina del proceso de Inspección, Control y Vigilancia, se pudo observar y se evidenció que de los 8 equipos revisados en la oficina, 5 se encontraban desbloqueados y el responsable del activo no se encontraba presente incumpliendo lo establecido en el manual GRF-M-02 Manual Políticas Seguridad Información 9.13 2 Política de equipo desatendido "Es responsabilidad de cada uno de los usuarios bloquear la sesión se su estación de trabajo mientras no se encuentre presente, la cual se podrá desbloquear solo con la introducción de la contraseña del usuario"</p> <p><b>Observación 1. (Seguridad información)</b> El mapa de riesgos del proceso Inspección Control y Vigilancia, está con fecha de actualización del 11 de agosto de 2017, sin embargo; no se evidencia identificación de ningún riesgo asociado con la Seguridad y Privacidad de la Información. En la entrevista se evidencia que la información institucional se almacena en la carpeta compartida 192.168.0.209 y no hay forma de identificar quien altera o borra información. El control aplicado es la copia de respaldo en un disco duro extraíble por un ingeniero de la dependencia del proceso. Teniendo en cuenta que el riesgo siempre existe, la Subdirección y sus grupos deben identificarlo antes de que suceda, así mismo deben tener un plan de tratamiento tal y como lo dice la norma ISO 27001:2013 NUMERAL 6.1.2 C Identifique los riesgos y la SIG-G-01 Guía metodológica para la administración del riesgo en la Entidad.</p> <p><b>Observación 2. (Seguridad información)</b> Se solicita al auditado ingresar a la plataforma ESIGN con el usuario que le pertenece, pero digitando la contraseña predeterminada Archivo2016, se evidencia el ingreso a la plataforma ESIGNA, se le indica al auditado que debe cambiar su contraseña de acuerdo con lo establecido en el Manual GRF-M-02 Manual de Políticas de seguridad de la Información en el numeral 9.3.3 Gestión de Contraseñas.</p>
<p><i>Gestión Documental</i> Sandra Sierra Torres</p>	G D O	<p>No Se evidencian hallazgos.</p>
<p><i>Gestión de los Recursos Físicos</i> Liliana J. Montoya Talero</p>	G R F	<p><b>No Conformidad 1 (Seguridad Información)</b> De acuerdo con la entrevista realizada a los involucrados en el proceso, ellos refieren que se cuenta con un esquema de seguridad perimetral que consta de: Recepción, ventanas de seguridad en el centro de datos, sistema biométrico y cámaras de vigilancia centro de datos; sin embargo, el sistema biométrico y la cámara de vigilancia no funciona actualmente (fecha de auditoría 15 de septiembre de 2017). Al respecto, es necesario que los intervinientes en el proceso tomen las medidas necesarias de acuerdo con lo establecido en la norma ISO 27001: 2013 referido al objetivo de control numeral A.11.1.2 Controles físicos de entrada: las áreas seguras se deben proteger mediante controles de entrada apropiados para asegurar que solamente se permite el acceso a personal autorizado.</p> <p><b>Observación 1. (Seguridad información)</b> De acuerdo con la planilla de ingreso al Datacenter, fechada del mes julio, se encuentra que se han tomado fotografías; sin embargo, en el registro de ingreso de usuarios se identificó que el mismo cuenta con el nombre de la persona, pero no con la fecha de ingreso. No tiene firma de quien supervisó la labor realizada por el usuario. Es necesario que el proceso tome las medidas correctivas de acuerdo con lo establecido en el GRF_MANUAL POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, numeral 9.3.4 Perímetros de seguridad "No está permitida la toma de fotografías o grabación de video, en áreas de procesamiento de información o donde se encuentren activos de información que comprometan la seguridad o la imagen de la entidad, a menos que esté autorizado, por el jefe de la dependencia restringida". Y el instructivo GRF-I-01 INGRESO AL CENTRO DE DATOS numeral 4.3 prohibiciones y sanciones "No está permitido el acceso con líquidos o alimentos, productos inflamables, cámaras fotográficas, filmadoras, discos portátiles o cualquier dispositivo similar".</p> <p><b>Observación 2. (Seguridad información)</b> Al efectuar la auditoría al procedimiento relacionado con la seguridad de la</p>

	<p>información y preguntar acerca de si se cuenta con dispositivo o solución tecnológica de seguridad de la red, se indica que existe una solución de firewall, que cuenta con unas políticas de seguridad implementadas y en operación; sin embargo, esta información no se encuentra documentada. Se requiere que, el responsable de la operación del procedimiento de seguridad de la información tome las medidas de ajuste de acuerdo con lo establecido en la norma ISO 27001: 2013 respecto del objetivo de control, numeral A.12.1.1 Procedimientos de operación documentadas: “Los procedimientos operativos se deben documentar y poner a disposición de todos los usuarios que los necesitan”.</p> <p><b>Observación 3. (Seguridad información)</b> De acuerdo con el documento revisado, Plan estratégico de Tecnologías de la Información - PETI 2016-2019, del cual está a cargo el Grupo de Sistemas, se observa que el diagrama de solución de red de la Entidad contiene los nombres de los dispositivos. En cuanto al diagrama detalle de IP, éste debe manejarse de manera clasificada y como un documento aparte del documento PETI. Así mismo, el documento PETI debe cumplir con <u>los requisitos de control dispuestos</u> en los procedimientos de la entidad (control de documentos numeral 4.2.4 norma GP1000:2009). Es requerido tomar las medidas correctivas de acuerdo con la norma ISO 27001:2013 referida al Objetivo de control numeral A.12.1.1 Procedimientos de operación documentadas.</p> <p><b>Observación 4. (Calidad)</b> En cuanto a lo indicado en el numeral 8.2.3. Seguimiento y Medición de los procesos, se encuentra que el Grupo modificó los indicadores como se evidencia en la solicitud efectuada a la Oficina Asesora de Planeación a efecto de que los mismos permitan la toma de decisiones. De igual manera se llevan a cabo los mantenimientos con base en cronogramas que fueron verificados por el auditor. CONFORME. Se recomienda llevar a cabo la evaluación de la prestación del servicio por parte de los usuarios internos en cuanto a servicios prestados de personal de vigilancia, de aseo, cafetería y conductores, que permitan el mejoramiento continuo.</p> <p><b>Observación 5. (Calidad)</b> En lo referido al numeral 8.5. Mejora - Mejora Continua, el Grupo refiere que algunas de las actividades de mejora son: Actualización de Procedimiento Almacén e Inventarios incluyendo lo relacionado con los seguros y mapa de riesgos, por lo cual se recomienda efectuarlas para la vigencia 2018 a fin de mantener actualizado el SIG.</p>
<p><b>Gestión Humana</b> María Alejandra Suárez Ch.</p>	<p><b>No Conformidad 1 (SGSST)</b> El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento al literal c., se requiere un informe anual en el que se indique lo relacionado a la entrega de elementos de protección personal a funcionarios y contratistas. Se tiene un informe de entrega de los Elementos de Protección Personal EPP a los supervisores, aunque esta tarea debe ser realizada exclusivamente por el profesional del SG-SST, aunque manifiestan que se hace un control de uso de los EPP por medio de inspecciones, ya que no garantiza que los elementos sean entregados con la periodicidad indicada, adicionalmente no hay la garantía de que se esté cumpliendo con el uso adecuado de los mismos por parte de los contratistas.</p> <p><b>No Conformidad 2 (SGSST)</b> Teniendo en cuenta la práctica de exámenes Medico-ocupacionales y exámenes ocupacionales aportados por los contratistas en el momento de su vinculación, no se evidencia el registro en el que el sistema haya gestionado las recomendaciones ocupacionales informadas en los reportes, estos exámenes que se le exigen a los contratistas al momento del inicio del contrato de prestación de servicios reposan en el expediente (contrato) de cada uno, se requiere tabular esta información para la intervención de los contratistas, así mismo identificar los riesgos que presenta cada uno, por tal motivo se debe ajustar el procedimiento incluyendo dicha actividad.</p> <p><b>Observación 1.</b> En el procedimiento GHU-P-08 se evidencia una mala práctica al momento de elaborar la EDL, puesto que quien diligencia los formatos son los funcionarios, debe reforzarse el seguimiento del instrumento ya que es la oportunidad de mejora continua por parte de los funcionarios, según lo dispone la Norma Técnica NTCGP 1000:2009 en su numeral 6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia.</p> <p><b>Observación 2.</b> En la mayoría de casos se verifica que el recurso humano se encuentra apto, no se presenta evidencia objetiva de un seguimiento a la EDL, aunque es un instrumento muy plano se requiere por parte de la Oficina de Gestión Humana la creación de mecanismos para que se le dé cumplimiento y aporte valor, puesto que no evidencia si el funcionario es competente o no, como lo establece el procedimiento GHU-P-08 Evaluación del Desempeño Laboral.</p> <p><b>Observación 3.</b> Las necesidades de capacitación a los funcionarios nacen a partir del PIC Plan Institucional de Capacitación, no se evidencian registros de la socialización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG., impartida a los funcionarios en la reinducción de conformidad con el numeral 6.2 de la norma.</p> <p><b>Observación 4.</b> Dado que se cuenta con un procedimiento denominado "Gestión de Comisiones" que involucra a contratistas dentro del objetivo y alcance, es necesario ajustar el procedimiento para no incluir contratistas, falta incluir el ciclo PHVA al mismo con el fin de que sea una actividad de planeación encaminada a disminuir tareas y que genere valor al proceso. El Grupo de Gestión Humana no debería dar aprobación a las comisiones de los contratistas. Es preciso diseñar un indicador que mida la gestión de esta actividad (Comisiones programadas vs. Comisiones planificadas). En el SIG se encuentra la trazabilidad de las comisiones aprobadas, ajustar los riesgos tanto para las comisiones que requieren aprobación de 20 días y las de 1 día.</p> <p><b>Observación 5.</b> El grupo de Gestión Humana cuenta con dos indicadores: IEVD -Índice de Evaluación del Desempeño, el cual mide la eficacia, y es misional; IPGF Índice de Potenciación de género, el cual es de tipo legal. Estos indicadores no miden la eficiencia, eficacia y efectividad, adicionalmente por estas características, no contribuyen al cumplimiento de la misión de la entidad, precisamente por ser índices y no permitir que sean medibles y cuantificables. De igual manera, la oficina cuenta con las Hojas de Vida de los indicadores los cuales son reportados anualmente. Aunque se evidencia el conocimiento de los Formatos de Hoja de Vida del Indicador, no proporcionan información para analizar su comportamiento ni se puede aplicar la mejora continua a los mismos.</p> <p><b>Observación 6.</b> De acuerdo a la prueba de ingreso realizada a un funcionario (auditado) del grupo gestión de humana, se solicita al auditado ingresar a la plataforma ESIGNA con el usuario que le pertenece, pero digitando la contraseña predeterminada Archivo2016, se evidencia el ingreso a la plataforma ESIGNA, se le indica al auditado tomar las medidas de corrección pertinentes de acuerdo a lo establecido en el manual GRF-M-02 Manual políticas de seguridad de la información en el numeral 9.3.3 Gestión de contraseñas. “La contraseña de la cuenta de usuario asignada por primera vez debe ser inmediatamente cambiada en el primer inicio de sesión”.</p> <p><b>Observación 7.</b> De acuerdo a lo revisado en el mapa de riesgos del grupo de Gestión Humana, no se evidencia la identificación de los riesgos asociados con la seguridad de la información, de acuerdo con la entrevista realizada se plantean posibles riesgos asociados al expediente de historias laborales y es por esto que el grupo de gestión humana ya cuenta con controles implementados, sin embargo no se encuentra documentado el riesgo en el mapa, se le indica al auditado tomar las medidas de corrección pertinentes de acuerdo a lo establecido en la guía SIG-G-01 Guía metodológica Gestión riesgo y la norma ISO 27001:2013 numeral 6.1.2 Evaluación de riesgos de la seguridad de</p>

		<p>la información c1. Identifique los riesgos.</p> <p><b>Observación 8.</b> De acuerdo con la entrevista realizada al auditado indica que cuando se desvincula un funcionario de la Entidad el grupo de gestión humana notifica a las demás dependencias vía correo electrónico una resolución, para que tomen las acciones correspondientes según sea su competencia. Como evidencia se auditó un correo electrónico enviado a las dependencias el 03 de octubre de 2017 con la resolución 682 "Por la cual se da por terminada una licencia ordinaria y se acepta una renuncia", sin embargo, la desvinculación del funcionario se aceptó desde el 21 de septiembre de 2017. Evidenciándose que la notificación se realizó casi una semana después, la coordinadora argumenta que este tiempo es mientras se legaliza la resolución dado que hay dependencias que no toman acciones hasta no recibir el acto administrativo, lo que implica que el funcionario tuvo derechos de acceso a la información una semana después de su desvinculación con la Entidad. Se le indica al auditado tomar las medidas de corrección pertinentes de acuerdo con lo establecido en la norma ISO 27001:2013 numeral A.7.3. Terminación y cambio de empleo cuyo objetivo es proteger los intereses de la organización como parte del proceso de cambio o terminación del empleo. OBSERVACION</p>
<p><b>Gestión Financiera</b> Alirio A. Bayona Fonseca</p>	<p>G F I</p>	<p><b>Observación 1: (Calidad)</b> Los aspectos relativos a la ejecución del Proceso de GFI, no se encuentran actualizados en la caracterización del mismo, así como tampoco se encuentran actualizados aspectos como el objetivo del proceso, las entradas y salidas (productos) y poder dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 7 de la norma, debido a los continuos cambios en las directrices dadas por la Alta Gerencia.</p> <p><b>Observación 2: (Calidad)</b> Realizada la validación de una muestra de los procedimientos asociados al proceso, se determina que la mayoría identifica su definición, aplicación, diligenciamiento, conservación y responsables en su ejecución dando cumplimiento a lo establecido en diferentes numerales de la norma (4.2.3, 4.2.4, 7.5), sin embargo, se requiere actualizar los registros que han sido eliminados.</p> <p><b>Observación 3. (Calidad)</b> Respecto a la medición análisis y mejora, se evidencia la existencia de dos indicadores para el proceso de gestión Financiera que hacen parte de la batería de indicadores del AGN. Sin embargo, la norma en su numeral 8.2.3 y 8.4 establece la aplicación de herramientas de medición de la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados y la conformidad con los requisitos del producto, información que no es obtenida en su totalidad desde los indicadores "oportunidad del registro" y "confiabilidad del registro" y en consecuencia se requiere más información que aporte a la toma de decisiones para la definición de iniciativas de mejora del proceso.</p> <p><b>Observación 4. (Seguridad información)</b> Se solicita al auditado ingresar a la plataforma ESIGNA con el usuario que le pertenece, pero digitando la contraseña predeterminada archivo2016, se evidencia el ingreso a la plataforma ESIGNA, se le indica al auditado tomar las medidas de corrección pertinentes de acuerdo con lo establecido en el manual GFR-M-02 Manual políticas de seguridad información en el numeral 9.3.3 gestión de contraseñas. "La contraseña de la cuenta de usuario asignada por primera vez debe ser inmediatamente cambiada en el primer inicio de sesión.</p> <p><b>Observación 5. (Seguridad información)</b> De acuerdo con lo observado en el equipo del profesional especializado (auditado) se solicita mostrar la ruta donde guarda la información, se evidencia que la almacena en carpetas en el escritorio del equipo local, se le indica al auditado tomar las medidas de corrección en el numeral 9.8 Política de respaldo. "cada funcionario, contratista y/o tercero debe almacenar la información en los recursos de red que ha dispuesto el Archivo General de la Nación, tales como, OneDrive".</p> <p><b>Observación 6. (Seguridad información)</b> De acuerdo a entrevista con el auditado y personal de tesorería, responden que la solicitud de creación de usuario la hace el coordinador del grupo financiero a la tesorera, se observa que la tesorera pagadora es la única que administra, crea y asigna usuarios en el aplicativo NOVASOFT, los cuales son netamente se consulta y se realizó como medida de control a través del proceso denominado conciliaciones que valida que la información de tesorería esté alineada con contabilidad. Se le indica al auditado tomar las medidas de corrección pertinentes de acuerdo con lo establecido en el procedimiento GFI-P-08 "Manejo y Reporte de Información Financiera", numeral 5.6 el Tesorero en los casos que se requiera solicitará, a través de correo electrónico, al Coordinador de Sistemas la asignación de claves de acceso y usuario al sistema NOVASOFT, en el correo enviado se indicaron los permisos a que haya lugar para el Servidor Público asignado.</p>
<p><b>Gestión de Compras y Adquisiciones</b> María Clara Mojica</p>	<p>G C A</p>	<p><b>Observación 1. (Calidad)</b> Al realizar aleatoriamente el expediente correspondiente al Contrato de Prestación de Servicios de apoyo a la gestión No. 142 de fecha 17 de febrero de 2017, celebrado entre el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado y John Haimar Guzmán Rodríguez, se observan los diferentes documentos que lo integran, evidenciándose que el Formato Información Tributaria del Contratista GCA-F-19 se encuentra desactualizado. Numeral 4.2.3 de la norma.</p> <p><b>Observación 2. (Calidad)</b> Es necesario validar los procesos, teniendo en cuenta el SECOP 2, aunque manifiesta la Líder del Proceso que esto depende de la actualización del Manual de Contratación que se encuentra en proceso.</p> <p><b>Observación 3. (Seguridad información)</b> De acuerdo a lo observado en el equipo de la coordinadora (auditada) del proceso gestión de compras y adquisiciones se solicita mostrar la ruta donde se guarda la información, se evidencia que se almacena la carpeta denominada COMPRAS 2017 en mis documentos del equipo local y en la carpeta compartida 192.168.0.209 solamente tienen acceso 4 personas pertenecientes al grupo de modificar y de lectura la OAJ, sistemas, algunas coordinaciones, almacén se le indica al personal auditado tomar las medidas de corrección pertinentes de acuerdo a lo establecido en el manual GRF-M-02 Manual políticas de seguridad de la información en el numeral 9.8 Política de respaldo. "Cada funcionario, contratista y/o tercero debe almacenar su información en los recursos de red que ha dispuesto el Archivo General de la Nación, tales como, OneDrive".</p>
<p><b>Gestión Jurídica</b> María Clara Mojica</p>	<p>G J U</p>	<p><b>Observación 1.</b> Al verificar si los procedimientos del proceso de Gestión Jurídica se encuentran vigentes; si habría que remover o adicionar alguno. La responsable del proceso manifestó que es necesario revisar la caracterización y los procedimientos porque se confundieron las funciones de la Gestión Jurídica con las del proceso de Contratación sin hacer diferenciación entre los dos procesos de la oficina.</p>
<p><b>Gestión de Tecnologías TICS</b> Erika Rangel Palencia</p>	<p>T I A D E</p>	<p><b>Observación 1.</b> Se evidencian los registros de las reuniones para la conformación de TIADE como proceso estratégico y del Grupo de Sistemas como proceso GIT "Gestión de la Infraestructura Tecnológica"; sin embargo, es importante formalizar la documentación en el Sistema de Calidad de la Entidad.</p> <p><b>Observación 2.</b> Se evidencia avance en la construcción de indicadores de gestión; sin embargo, es importante alinear la medición a los factores de impacto en el cumplimiento de los objetivos del proceso y evitar en lo posible la desviación de la política integral del AGN.</p> <p><b>Observación 3.</b> De acuerdo con lo revisado en el registro de activos de información publicado en la web, no se encuentra registrada la serie PROYECTOS para el grupo de documento electrónico y preservación digital y el grupo de Innovación y apropiación de tecnologías de la Información Archivística. Para el caso de la Subdirección de</p>

	<p>Tecnologías de la Información Archivística y Documento Electrónico TIADE, se evidencia la serie denominada PROYECTOS, sin embargo en la TRD de la Subdirección está estipulada como OBSERVATORIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, se le indica al personal auditado tomar las medidas de corrección pertinentes de acuerdo a lo establecido en el GRF-M-02 Manual de Políticas de Seguridad de la Información, numerales 9.2.1 Identificación de activos y 9.2.2 Calificación de Activos.</p> <p><b>Observación 4.</b> La Subdirección de Tecnologías de la Información Archivística y Documento Electrónico, TIADE y su Grupos en ejercicio de sus funciones realiza desarrollos de software, tal es el caso de desarrollo de encuestas del AGN para censo PMA, que centralice la información de las Entidades, se le indica al personal auditado tomar las medidas correspondientes pertinentes de acuerdo a lo establecido en la norma ISO 27001 numeral A. 14.1.1 Análisis y especificación de requisitos de seguridad de la información se deben incluir en los requisitos para nuevos sistemas de información o mejoras a los sistemas de información existentes.</p> <p><b>Observación 5.</b> De acuerdo a lo observado en el mapa de riesgos de la subdirección de Tecnologías de la Información Archivística y Documento Electrónico TIADE, se evidencia la identificación del riesgo de seguridad de la información “usufructo ilegal de la información por parte de terceros o del personal de la Entidad”, aplicado al proceso “Desarrollo de la Política Archivística, misional que apoya la Subdirección TIADE, sin embargo, se recomienda identificar y controlar los riesgos que puedan afectar la ejecución del proceso de la Subdirección de tecnologías y sus grupos. Adicional a lo anterior de acuerdo con entrevistas se identifican riesgos de seguridad que no se encuentran documentados en el mapa de riesgos, se le indica al personal auditado tomar las medidas correctivas de acuerdo con lo establecido en la norma ISO 27001:2013 numeral 6.1.2 Evaluación de riesgos de la seguridad de la información c1. Identifique los riesgos.</p>
<p><b>Evaluación , Seguimiento y control</b> Hugo A. Rodríguez A.</p>	<p><b>Observación 1.</b> Se evidencio que han transcurrido dos meses sin realizar un arqueo a la caja menor y Tesorería la última fue realizada el día 31 de julio de 2017. Se recomienda realizar arqueos periódicos y sorpresivos por funcionarios designados por el Jefe de la Oficina de Control interno, diferentes de quienes manejan las cajas menores, con el fin de garantizar que las operaciones estén debidamente sustentadas, que los registros sean oportunos y adecuados y que los saldos correspondan; constatando los recursos asignados a las cajas menores, realizando el conteo físico, el control y seguimiento a cada uno de los rubros presupuestales autorizados en las respectivas comunicaciones de apertura.</p> <p>Lo anterior con el fin de evitar que puedan presentarse irregularidades con el manejo del efectivo o la legalización de la caja menor.</p>

El proceso con mayor número de hallazgos fue Administración del Acervo Documental, donde se evidencian siete (7) No conformidades relacionadas con calidad y una (1) de seguridad de la información y cinco (5) observaciones.

## FORTALEZAS:

- ✓ El sistema Integrado de Gestión actualiza anualmente los procedimientos del AGN.
- ✓ El equipo auditor elabora las listas de verificación de acuerdo con el proceso auditar.
- ✓ Se realiza capacitación para de actualización para los auditores de Calidad
- ✓ El equipo auditor tiene la experiencia e idoneidad en el ejercicio de Auditorias.
- ✓ El equipo Auditor aplica los procedimientos y métodos de auditoria establecidos.
- ✓ El equipo auditor anualmente elabora plan de auditorías para ser aprobado en Comité de Control Interno.
- ✓ La Información del SIG se encuentra de acuerdo con la norma técnica de calidad.

## Conclusiones:

- ✓ Actualizar al equipo auditor en Normas Internacionales de Auditoria.
- ✓ Implementar los requisitos establecidos en SIG, para la obtención de resultados eficaces, eficientes y efectivos.



- ✓ Continuar con el mejoramiento continuo y la autoevaluación por parte de los líderes de procesos.
- ✓ Fortalecer el compromiso de los líderes de proceso en el cumplimiento y aplicación de los procedimientos del SIG.
- ✓ Mejorar los tiempos de respuesta de las acciones preventivas y correctivas halladas en los procesos, por parte de los líderes de procesos.



**HUGO ALFONSO RODRÍGUEZ ARÉVALO**  
Jefe Oficina de Control Interno

Elaborado por: Carmen Alicia Danies Hernández - Oficina de Control Interno