

**CIUDAD Y FECHA.** Bogotá 02 de Octubre de 2017

**1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD QUE GENERA EL INFORME:**

Seguimiento Planes de Mejoramiento vigencias 2015 y 2016.

**2. OBJETO DEL INFORME:**

Comunicar el estado de avance e implementación de las actividades contenidas en los planes de mejoramiento vigencias 2015 y 2016, producto de los hallazgos detectados en las auditorias de gestión realizadas a los procesos que pertenecen al Sistema Integrado de Gestión de la Entidad y la Subdirección de Tecnologías de la Información Archivística y Documento Electrónico.

**3. RESUMEN:**

El objetivo de los planes de mejoramiento, es promover que los procesos internos de las entidades se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo.

Los planes de mejoramiento consolida las acciones de mejoramiento que van a cumplir las áreas para atacar las causas del hallazgo detectado producto de las auditorias de gestión realizadas por la Oficina de Control Interno

**4. CONTENIDO:**

La Oficina de Control Interno dentro del proceso de Evaluación Seguimiento y Control, cuenta con el procedimiento ESC-P-01 Seguimiento a Planes de Mejoramiento y con el formato ESC-F-05 Plan de Mejoramiento. Con base en estos documentos se realiza la verificación de las acciones de mejoramiento establecidas por los procesos, producto de los hallazgos detectados en el ejercicio de la auditoria interna.

DEPENDENCIA/ÁREA/PROCESO:

OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

1. N°	2. VIGENCIA	3. DETALLE DEL ORIGEN	4. TIPO DE HALLAZGO	5. FECHA IDENTIFICACIÓN HALLAZGO	6. DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	7. CAUSA(S) DEL HALLAZGO	8. RIESGO IDENTIFICADO	9. DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA	10. ACTIVIDADES/ DESCRIPCIÓN	11. UNIDAD DE MEDIDA	12. CANTIDAD / UNIDAD DE MEDIDA	FECHA		15. PLAZO EN SEMANAS
												13. INICIAL	14. FINAL	
1														
2														

El formato se envía a los responsables de cada proceso o área auditada, con el registro de los hallazgos detectados; el propósito del mismo es, que los responsables identifiquen las causas, el riesgo que se genera o que es posible que suceda y las acciones de mejora para subsanar el hallazgo.

La Oficina de Control Interno, realizará el seguimiento a las acciones de mejora y actividades descritas, con el fin de que las mismas hayan sido implementadas y dar cierre cuando se hayan cumplido. Así mismo se analiza si estas acciones fueron o no efectivas para superar los hallazgos.

A continuación se presenta el resumen de auditorías de gestión realizadas en la vigencia **2015**:

PROGRAMA GENERAL DE AUDITORIAS 2015		
ALCANCE	OBJETIVOS	Nº PROCESOS AUDITADOS
Evaluar la Administración del Riesgo del proceso, verificar y valorar los Indicadores de Gestión.	Establecer el grado de apropiación de gestión del riesgo y la medición indicadores del proceso.	13 Sub. TIADE
	Determinar la correcta identificación los riesgos del proceso.	
	Evaluar la eficacia, eficiencia efectividad de la medición de indicadores de gestión.	
HALLAZGOS IDENTIFICADOS GENERALES A TODOS LOS PROCESOS		
Riesgos inherentes al proceso sin identificar y/o actualizar, acorde con lo establecido en la Guía metodológica para la gestión del riesgo.		
Falta medición y seguimiento a la gestión a través de indicadores de gestión del proceso. No se evidencian resultados de mediciones que permitan tomar decisiones y generar estrategias a partir de los resultados.		

A partir del cierre de auditorías de cada vigencia, se enviaron a las áreas los planes de mejoramiento para su posterior envío a la Oficina de Control Interno para el respectivo seguimiento.

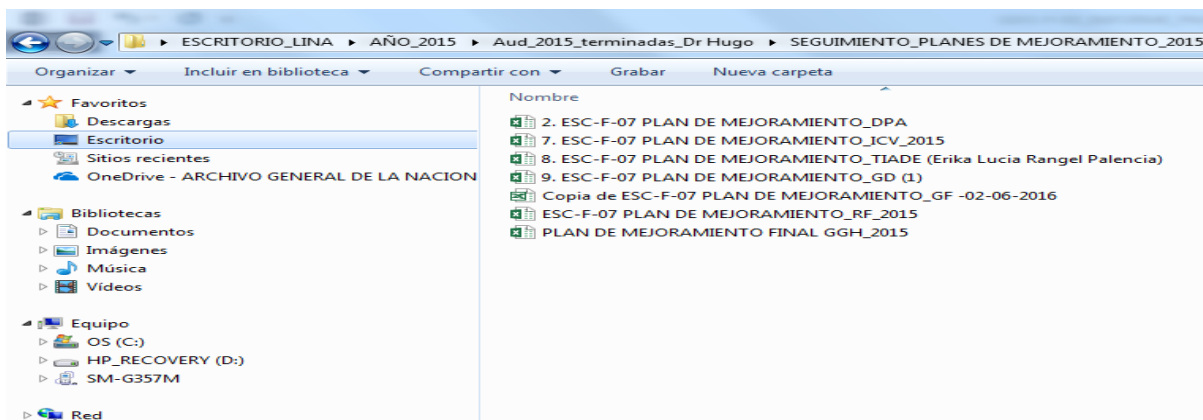
Para la vigencia **2015**, se enviaron 14 planes de mejoramiento.

Nombre
1. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_GE_2015
2. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_DPA_2015
3. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_GH
4. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_GF_OK
5. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_RF_OK
6. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_SIG
7. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_ICV_OK
8. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_TIADE_OK
9. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_GD
10. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_GCA
11. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_AAD
12. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_SNA_2015
13. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_GJ
14. ESC-F-07 PLAN DE MEJORAMIENTO_2015_GSA

De los cuales, fueron enviados a la Oficina de Control Interno los siguientes procesos:

Desarrollo de la Política Archivística

Inspección, Control y Vigilancia  
Gestión Documental  
Gestión Financiera  
Gestión de los Recursos Físicos  
Gestión Humana  
Subdirección TIADE



Las acciones de mejoramiento establecidas en los planes abarcaron la vigencia 2016.

## SEGUIMIENTO

Dentro del seguimiento realizado a los planes de mejoramiento de las vigencias 2015 y 2016, se obtuvo los siguientes resultados de acuerdo a los criterios de evaluación establecidos:

### Criterios de Evaluación:

ACCIÓN EFECTIVA	% CUMPLIMIENTO	CRITERIO DE EVALUACIÓN
<b>Grado Alto</b>	<b>5</b>	Descripción de actividades que corrigen las causas del hallazgo.
		Cierre total de los hallazgos establecidos (cumplimiento de todas las acciones de mejora propuestas)
		Cumplimiento del tiempo establecido en el plan de mejoramiento.
		Existen evidencias de cumplimiento.
		Acción cerrada
<b>Grado Medio</b>	<b>3</b>	Descripción de actividades genéricas que no contribuyen a prevenir las causas que generan el hallazgo
		Cierre parcial de los hallazgos establecidos (cumplimiento de algunas acciones de mejora propuestas)
		Cumplimiento de acciones por encima del tiempo establecido
		No existen evidencias documentales que permitan valorar la implementación de las acciones descritas.
		Acción abierta

<b>Grado Bajo</b>	<b>1</b>	Incumplimiento de los criterios establecidos
		Acción abierta

En la **vigencia 2015**, se presentaron acciones correspondientes a mejorar la gestión de riego en cada uno de los procesos.

Los procesos que enviaron los planes de mejoramiento a la Oficina de Control Interno fueron:

Desarrollo de la Política Archivística  
Inspección Control y Vigilancia  
Gestión Documental  
Gestión de Recursos Físicos  
Gestión Financiera  
Gestión Humana  
Subdirección de TIADE

PROCESO	N° TOTAL HALLAZGOS	N° HALLAZGOS CUMPLIDOS	OBSERVACIÓN	CALIFICACIÓN % CUMPLIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN
Desarrollo de la Política Archivística	4	1	De los 3 hallazgos establecidos se cumplió únicamente el hallazgo N°1 (Actualización de mapa de riesgos del proceso. No se evidenció la implementación de acciones de mejora para los hallazgos 2, 3 y 4: Ausencia de control y seguimiento a metas y objetivos estratégicos por parte de la Dirección general (Revisión por la Dirección). No existe medición a través de indicadores que permitan verificar el porcentaje de avance o desviación en metas y generen acciones correctivas oportunas y eficaces. No existe medición del impacto (efectividad) de las normas expedidas, en cuanto a la mejora en la gestión administrativa de las entidades públicas.	3	Abierta
Inspección Control y Vigilancia	5	5	El Grupo de Inspección y Vigilancia implementó las acciones de mejoramiento para los hallazgos establecidos en la auditoría de gestión.	5	Cerrada

PROCESO	N° TOTAL HALLAZGOS	N° HALLAZGOS CUMPLIDOS	OBSERVACIÓN	CALIFICACIÓN % CUMPLIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN
Gestión Documental	2	2	El Grupo de Archivo y Gestión Documental implementó las acciones de mejoramiento para los hallazgos establecidos en la auditoria de gestión.	5	Cerrada
Gestión de Recursos Físicos	5	2	Se evalúa como acción efectiva en grado medio, toda vez que solo se cumplió con la implementación de dos (2) hallazgos.	3	Abierta
Gestión Financiera	3	3	El Grupo de Gestión Financiera implementó las acciones de mejoramiento para los hallazgos establecidos en la auditoria de gestión.	5	Cerrada
Gestión Humana	2	2	El Grupo de Gestión Humana implementó las acciones de mejoramiento para los hallazgos establecidos en la auditoria de gestión.	5	Cerrada

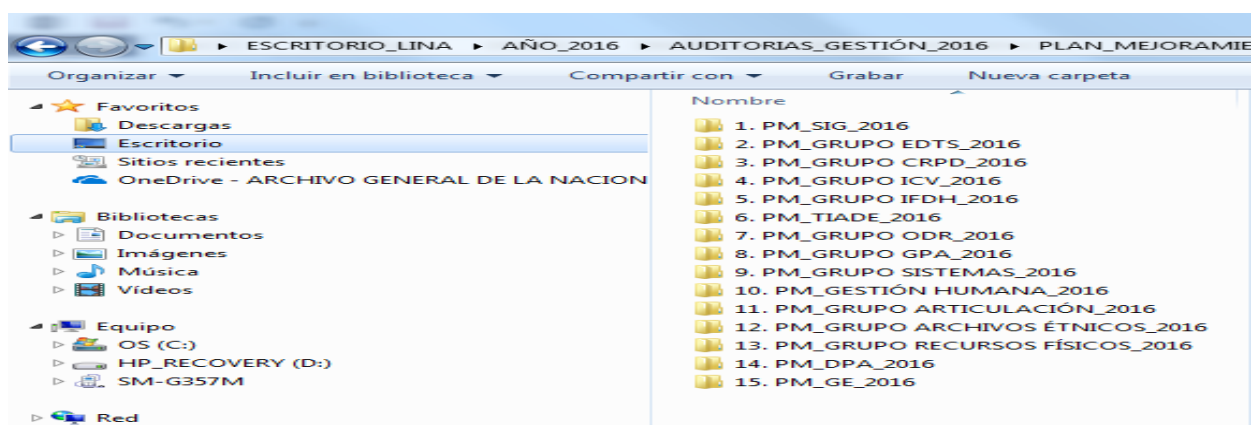
## **DESAFÍOS 2015**

- ✓ Los hallazgos establecidos producto de las auditorias de gestión vigencia 2015, permitieron actualizar el mapa de riesgos institucional, cuyo propósito fue integrar la gestión del riesgo como un elemento transversal a todos los procesos.
- ✓ Si bien la entidad tiene implementados indicadores de gestión estos no eran objeto de seguimiento, análisis y reporte, los hallazgos se establecieron con el fin de orientar a la utilización de los indicadores, como mecanismos de control en actividades relacionadas con la medición de planes, programas y proyectos enfocados a la toma de decisiones que permitan monitorear la gestión y evaluar sus resultados.
- ✓ Promover la metodología establecida en el procedimiento ESC-P-01 Seguimiento a Planes de Mejoramiento, toda vez que algunos de los procesos auditados no envían el instrumento diligenciado a la Oficina de Control Interno para su posterior seguimiento.
- ✓ Generar dentro de las recomendaciones a todos los auditados la capacidad que deben desarrollar todos los servidores públicos de la entidad, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el óptimo cumplimiento de los resultados que se esperan del ejercicio de sus funciones.

Resumen de auditorías de gestión vigencia **2016**:

PROGRAMA GENERAL DE AUDITORIAS 2016		
ALCANCE	OBJETIVO	Nº PROCESOS AUDITADOS
Auditar el proceso, enfocada a la gestión de los grupos, en cuanto a la planeación y ejecución de dos (2) metas establecidas en el PAD de cada grupo y de las metas establecidas en el Plan Estratégico (si aplica). Así mismo, la verificación de un procedimiento asociado a las metas y los controles establecidos en el mismo. Verificación de uso y funcionamiento de sistemas de información.	Revisar y evaluar un número determinado de las metas programadas en el Plan de Acción de cada grupo, las metas programadas que corresponden al Plan Estratégico de la Entidad para la vigencia de 2016 y los sistemas de información.	13 Sub. TIADE
<b>HALLAZGOS IDENTIFICADOS GENERALES A TODOS LOS PROCESOS</b>		
Incumplimiento en actividades de los planes de acción referente a la actualización de procedimientos, instructivos, etc.; programados por las áreas.		
Incumplimiento en el avance de prioridades estratégicas.		
Incumplimiento en actividades programadas en los planes de acción.		
Incumplimiento en las actividades descritas en los procedimientos establecidos en el Sistema Integrado de Gestión.		
Falta de aplicación de controles con el fin de corregir desviaciones en la gestión y aplicar correctivos a que haya lugar.		
Debilidad en la medición efectiva de indicadores de gestión, implementación de controles y seguimiento a la gestión de la entidad a través de resultados confiables de mediciones estadísticas.		

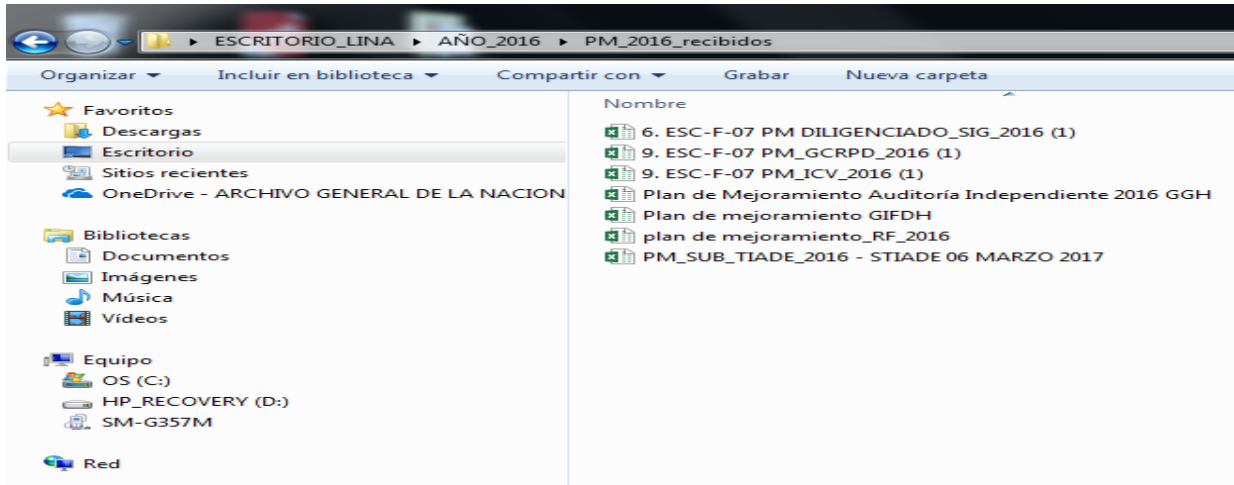
En la vigencia 2016, de acuerdo al alcance establecido para las auditorias se enviaron 15 planes de mejoramiento a los grupos que tuvieron hallazgos producto de la ejecución del proceso de auditoría.



Los Grupos que enviaron planes de mejoramiento diligenciados a la Oficina de Control Interno fueron:

Oficina Asesora de Planeación para el Sistema Integrado de Gestión

Grupo de Conservación y Restauración del Patrimonio Documental  
 Grupo de Gestión Humana  
 Grupo de Investigación y Fondos Documentales Históricos  
 Grupo de Recursos Físicos  
 Grupo de Inspección y Vigilancia  
 Subdirección de TIADE



En la **vigencia 2016**, los grupos que enviaron planes de mejoramiento presentaron acciones correspondientes a mejorar la gestión administrativa de acuerdo a los hallazgos establecidos producto de las auditorias ejecutadas.

PROCESO	Nº TOTAL HALLAZGOS	Nº HALLAZGOS CUMPLIDOS	OBSERVACIÓN	CALIFICACIÓN % CUMPLIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN
Sistema Integrado de Gestión - Oficina Asesora de Planeación	2	2	La Oficina Asesora de Planeación implementó estrategias para mejorar las actividades y los productos establecidos en su plan de acción.	5	Cerrada
Grupo de Conservación y Restauración del Patrimonio Documental	1	1	El Grupo de Conservación realizó una actualización al procedimiento de Conservación Preventiva.	5	Cerrada
Grupo de Gestión Humana	1	1	El Grupo de Gestión Humana implementó el plan estratégico publicado en el Sistema Integrado de Gestión	5	Cerrada
Grupo de Investigación y Fondos Documentales Históricos	2	1	El Grupo de Investigación implementó en el PAD 2017 la actividad incumplida en el PAD	3	Abierta

PROCESO	Nº TOTAL HALLAZGOS	Nº HALLAZGOS CUMPLIDOS	OBSERVACIÓN	CALIFICACIÓN % CUMPLIMIENTO	CIERRE DE LA ACCIÓN
			2016. "Ejecutar proyectos de investigación con base en fuentes primarias del acervo del AGN y de otros archivos del país sumado al desarrollo de proyectos sobre la atención integral en sala a población con discapacidad". Se ha incumplido con la actividad de actualización de procedimientos.		
Grupo de Recursos Físicos	2	2	El Grupo de Recursos Físicos implemento las acciones de actualización de procedimientos y actualizar el plan de mantenimiento de las instalaciones del AGN.	5	Cerrada
Grupo de Inspección y Vigilancia	2	2	El Grupo de Inspección y Vigilancia implementó las acciones establecidas en cumplimiento de los hallazgos establecidos en el plan de mejoramiento 2016.	5	Cerrada
Subdirección TIADE	1	1	La Subdirección de TIADE trabajó en la documentación de los siguientes procedimientos: Transferencias Electrónicas secundarias; Digitalización; Observatorio TIC; Página Web; Cursos virtuales; y en las caracterizaciones de Sistemas y TIC.	5	Cerrada

### DESAFÍOS 2016

- ✓ Los hallazgos establecidos producto de las auditorias de gestión vigencia 2016, han permitido orientar las actividades establecidas en los planes de acción hacia el cumplimiento de metas estratégicas y metas propias de cada dependencia con entrega de productos tangibles y que impacten y mejoren la gestión interna.



- ✓ El propósito fue mejorar la planeación de cada dependencia hacia la medición y entrega de productos que integren tanto las actividades funcionales, misionales, estratégicas, administrativas y de los sistemas de gestión de la entidad.
- ✓ Continuar recomendando la implementación de acciones de autocontrol a cada uno de los servidores públicos de la entidad independiente de su nivel jerárquico.
- ✓ Determinar si, la no implementación de planes de mejoramiento constituye falta disciplinaria y en caso afirmativo correr traslado a la instancia respectiva.

## 5. CONCLUSIONES:

- ✓ Las acciones que se establecen en el plan de mejoramiento deben atacar directamente las causas de la situación detectada y deben ser realizadas con objetividad con el fin de asegurar el mejoramiento continuo.
- ✓ Al momento de realizar planes de mejoramiento se debe tener en cuenta que estas acciones deben ser no sólo cumplibles, sino que se soporten en un análisis de costo-beneficio.
- ✓ Los Servidores Públicos deben ser conscientes de las responsabilidades frente al Sistema de Control Interno en la entidad.

## APROBADO POR:



**HUGO ALFONSO RODRÍGUEZ ARÉVALO**  
Jefe oficina Control Interno

## ELABORADO POR:

LINA ANDREA CORDON PALENCIA  
Profesional OCI