	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	CÓDIGO: FO-ESC-04	
		VERSIÓN: 05	PAGINA: 1 de 4
	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	FECHA: 10/09/2018	
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA	VIGENCIA: 2018	

FECHA: 12/09/2019

AREA(S) O PROCESO(S) AUDITADO(S): Gestión Documental

CRITERIOS DE AUDITORIA: Información documentada, norma ISO 9001:2015, MECI:2014 y normatividad interna y externa aplicable al proceso.

RESPONSABLE(S) DEL(LOS) PROCESO(S): Jefe de archivo y correspondencia

NOMBRE DEL AUDITADO: Luis Ernesto Romero

NOMBRE DE AUDITOR LIDER Y AUDITORES DE APOYO: Clara Natalia Rozo (L) y Carolina Zea

NOMBRE DEL ASESOR DE CONTROL INTERNO: Eliana Andrea Vaca Rojas

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN DE AUDITORIA		REUNIÓN DE CIERRE		
Día: 02	Mes:09	Año: 2019	Desde: 02/09/2019	Hasta: 09/09/2019	Día:12	Mes:09	Año:2019

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de la caracterización, procedimientos y demás información documentada al proceso. Revisar el cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable al proceso.

ALCANCE DE LA AUDITORIA

Comprende desde la verificación de la caracterización del proceso, procedimientos y demás información documentada, hasta la normatividad interna y externa aplicable al proceso, vigencias 2018 y 2019.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

Nº DE HALLAZGO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN	EVIDENCIA	CRITERIO	NOMBRE DEL AUDITOR
CP-GDO-NC01	No conformidad	No se evidenció la formulación del plan de conservación documental y del plan de preservación digital definidos en el programa de gestión documental y en el manual del Sistema Integrado de conservación.	No se encontró evidencia	ISO 9001:20015 numeral 7.5.1 información documentada.	Natalia Rozo
CP-GDO-NC02	No conformidad	No se evidenció el suministro de los recursos necesarios para la operación y control del proceso de gestión documental por parte de la Universidad.	Se evidenció el archivo central de la Universidad sin espacio para realizar transferencia y conservación documental y ausencia de personal con conocimiento en el manejo de archivo de	ISO 9001:2015 Numeral 7.1	Natalia Rozo

			acuerdo a la ley 594 del 2000.		
CP-GDO-NC03	No conformidad	No se evidenció programa anual de los archivos de gestión como lo especifica la Resolución Rectoral 2123 del 2002.	No se encontró evidencia.	Resolución Rectoral 2123 del 2002, artículo 2.	Natalia Rozo
CP-GDO-NC04	No conformidad	No se evidenció que el comité interno de archivo se esté reuniendo trimestralmente como lo indica la Resolución Rectoral 0275 del 2014.	Primera sesión acta 01 realizada el 03 de marzo del 2018 y segunda sesión acta 02 realizada el 09 de octubre del 2018, para la vigencia 2019 se realizó sesión, acta 01 el 09 de julio.	Resolución Rectoral 0275 del 2014, artículo 3 numeral 19.	Natalia Rozo
CP-GDO-NC05	No conformidad	No se evidenció el seguimiento de la percepción del cliente ya que el proceso no cuenta con una herramienta que permita identificar su grado de satisfacción frente a los servicios que ha prestado durante las vigencias 2018 y 2019.	No se encontró evidencia	ISO 9001:2015, numeral 9.1.2	Natalia Rozo
CP-GDO-NC06	No conformidad	No se implementan herramientas para evaluar y controlar las deficiencias que se presentan en el Proceso de Gestión Documental.	No se encontró evidencia.	MECI:2014 principio de autogestión	Natalia Rozo

VERIFICACION DE INDICADORES DEL PROCESO AUDITADO

Se verifican los indicadores de gestión establecidos en el proceso y se evidenciaron los siguientes resultados:
Indicador #01: Visitas a los archivos de gestión de la universidad: Se verifica que el indicador se encuentra debidamente actualizado con su respectivo análisis de resultados y evidencia.
Indicador #02: Nivel de implementación de las tablas de retención documental: Se verifica que el indicador se encuentra debidamente actualizado con su respectivo análisis de resultados y evidencia.
Indicador #03: Tiempo de entrega de la correspondencia: Se verifica que el indicador se encuentra debidamente actualizado con su respectivo análisis de resultados y evidencia.

VERIFICACION AL MAPA RIESGOS DEL PROCESO AUDITADO

Se revisan las acciones establecidas en los seguimientos del mapa de riesgo para la vigencia 2018 y se evidencia cumplimiento, las acciones para la vigencia 2019 se han cumplido de manera parcial ya que éstas se realizan semestralmente.

VERIFICACION PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES

Nota: *El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoria la eficacia de las acciones correctivas que reporten cumplimiento en el plan de mejoramiento asociado al proceso.*

Se verifica el siguiente hallazgo encontrado por visita del Ministerio de Educación:

Hallazgo No 4: Se evidenció el manejo inadecuado de los archivos, incumpliendo la Ley 594 de 2000 reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 4124 de 2004, 1100 de 2014.

Acción Correctiva: 1. Sensibilizar a través de: Conversatorios, Página Web y Boletín Interno al personal de las diferentes dependencias de la Universidad sobre organización y administración de los soportes documentales, de acuerdo a la normatividad archivística.

Actividad 1. Capacitar al personal directivo sobre el manejo de los archivos, mediante una lista de asistencia a iniciar desde el 01 de mayo al 01 de junio 2019. Se evidenciaron capacitaciones para el personal sobre el manejo de archivo en los meses de enero a marzo, debido a que no se realizaron en las fechas de mayo a junio, **se cierra esta acción con su respectiva actividad, aunque no fue eficaz.**

Acción correctiva 2: Ejecutar la Guía de manejo de plagas y roedores.
Actividad 2: Socializar e implementar la guía de manejo de plagas y roedores, mediante lista de asistencia y ejecutar el cronograma de control integrado de plagas, a iniciar desde el 01 de mayo al 01 de junio 2019. No se encontró evidencia de la realización de esta actividad, por tanto, **continúa abierta.**

FORTALEZAS DEL PROCESO AUDITADO

El proceso ha cumplido de manera parcial con el objetivo del proceso a través de la mejora continua de su gestión.
Se evidencio un buen manejo en la archivación de la correspondencia interna y externa

DEBILIDADES DEL PROCESO AUDITADO

*El proceso no cuenta con personal capacitado en el manejo de tablas de retención documental y en la ley 592 del 2000 que permitan contribuir a la gestión eficaz de su gestión.
*El proceso no cuenta con el espacio suficiente para centralizar el archivo que maneja la Universidad de los Llanos, lo que ha dificultado la transferencia documental de archivos que cumplieron su ciclo en las respectivas dependencias.
*Se presenta demora en el proceso de ajuste y actualización de la tabla de retención documental por la falta de personal que apoye las respectivas correcciones.
*El proceso cuenta con un plan de acción PINAR pero este se encuentra desactualizado.

CONCLUSIÓN GENERAL

En el proceso de auditoría se verificó que el proceso cumple con su objetivo de manera parcial ya que se identificaron 6 no conformidades y aspectos por mejorar.
Frente al manejo de archivo con respecto a la ley 594 del 2000, el personal que hace parte del proceso carece de conocimiento de la citada ley.
Se verificó que el proceso no ha recibido visita por parte del Archivo General de la Nación para verificar el manejo del archivo en la Universidad de los Llanos.
El hallazgo número 04 identificado en la visita del Ministerio de Educación se cumple de manera parcial ya que se ha realizado la primera acción pero queda pendiente la segunda acción correctiva, ya que su cumplimiento es en colaboración con otro proceso.

ANEXOS
N/A

NATALIA POZO F.

FIRMA AUDITOR LIDER

AUDITADO

FIRMA ASESOR (A) DE CONTROL INTERNO