

**RECTORÍA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN
GESTIÓN DOCUMENTAL
I Semestre 2025**

Presentación

La Oficina de Control Interno OCI en cumplimiento del Plan de trabajo 2025 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en cumplimiento del rol de seguimiento conferido por la Ley 87 de 1993, en concordancia con el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, con observancia de los lineamientos establecidos en la Circular 05 de 2005 de la Comisión Nacional del Servicio Civil C.N.S.C., en el Artículo 75 del Acuerdo 006 de 2006 y en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, determina “Con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las Oficinas de Planeación, los Jefes de las Oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorías u otros mecanismos que validen los porcentajes de logro de cada compromiso”.

Lo anterior, acorde con lo reglamentado en el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.7. “Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. (...) PARÁGRAFO 1º. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera (...)”; al igual que el contenido el artículo 2.2.21.5.3 “De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control (...)”.

La OCI realizó la verificación de las evidencias suministradas por la dependencia y evaluó el avance de la implementación de las acciones de:

1. *Plan de Acción:* Seguimiento a las metas del Plan de Desarrollo Institucional Versión 01, publicado por la Oficina de Desarrollo y Planeación.
2. *Plan de Mejoramiento:* Se efectuó seguimiento a la eficacia de las acciones, contrastando las evidencias que soportan su cierre y/o reformulación. En este proceso se verificó el soporte documental presentado por la dependencia y cuando aplicó, la información publicada en el sistema ISOLUCIÓN. La Oficina de Control Interno dejó registrado el resultado de este seguimiento en dicho aplicativo.
3. *Gestión del Riesgo:* Se realizó seguimiento a los riesgos de gestión y de corrupción, considerando la información registrada en el aplicativo ISOLUCIÓN y los lineamientos definidos por la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad.

1. Seguimiento Plan de Acción

A continuación, se describe el indicador en el marco de la gestión estratégica y las acciones que contribuyen a posibilitar su cumplimiento desde la gestión operativa.

Cuadro 1. Reporte de cumplimiento de indicadores estratégicos y acciones operativas

GESTIÓN ESTRATÉGICA			GESTIÓN OPERATIVA	
EJE	INDICADOR	% Cumplimiento	N. Acciones	Promedio % Cumplimiento
Eje 3. Casa Digna	Número de series y subseries documentales digitalizados anualmente	0%	5	22.5%
Promedio de Cumplimiento				22.5%

Las cinco series y subseries definidas en el indicador son: Nóminas, Actas de graduación IPN, Programas Académicos IPN, Historias Académicas de graduados hasta 1969 y Actas CIARP. Se alcanzó un 94,08% en el alistamiento de 100.000 folios, no obstante, en el proceso de organización, los avances son del 4,22% en historias laborales y del 14,43% en historias académicas, lo que muestra que el alistamiento no avanza de manera recíproca con la organización y no resulta del todo claro en la descripción del reporte a corte del segundo trimestre del año hasta dónde llega cada una de estas tareas. La digitalización iniciará en julio de 2025, por lo que, la Oficina de Control Interno verificará la evidencia en el segundo semestre del año.

Se evidencia que la gestión estratégica tiene un 0% de cumplimiento, en tanto no se ha iniciado el proceso de digitalización conforme a las acciones desarrolladas durante el primer semestre del año 2025.

2. Planes de Mejoramiento

La Oficina de Control Interno revisó el informe de seguimiento a la gestión de la dependencia e informe de auditoría del año 2024, contrastó la información reportada por la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad, verificó los registros en el aplicativo ISOLUCIÓN y las evidencias suministradas por la dependencia. A continuación, se presentan los resultados del seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas:

Cuadro 2. Seguimiento a planes de mejoramiento

HALLAZGO	ESTADO	OBSERVACIÓN
H02-GDO-2022	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN. Actividades por culminar en el mes de Noviembre de 2025, presentan avances parciales.
H06-GDO-2022	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN. Actividades por culminar en el mes de Noviembre de 2025.
GDO- NC01-2024	Cerrado	La OCI registro el cierre en el sistema ISOLUCIÓN.
GDO- NC02-2024	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN. Actividades por culminar en el mes de Noviembre de 2025, presentan avances parciales.
GDO-OM01-2024	Abierto	No se ha realizado el plan de mejoramiento derivado de la auditoría interna del 2024.
GDO-OM02-2024	Abierto	No se ha realizado el plan de mejoramiento derivado de la auditoría interna del 2024.

3. Gestión del Riesgo

El Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental (GDO) cuenta con dos riesgos de gestión (GDO1 y GDO2) y un riesgo de corrupción (GDO4), ajustado en 2024 en articulación con la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad, quedando sin efecto el riesgo inicialmente definido como GDO3.

Riesgo	Tipo	Cantidad/Controles
GDO01	Riesgo de Gestión	1
GDO02	Riesgo de Gestión	1
GDO04	Riesgo de Corrupción	5

Riesgo GDO1: Asociado a las deficiencias en el registro e instrucción de comunicaciones sin el lleno de requisitos de acuerdo con la normatividad vigente. Para este riesgo, se identificaron tres controles, respecto de los cuales la dependencia presentó evidencias. Entre ellas se encuentran correos electrónicos de verificación de procedimientos, capacitaciones en el aplicativo Papiro-Cloud y actividades de sensibilización e inducción a los servidores públicos, soportadas en presentaciones y correos de invitación remitidos en 2025.

Riesgo GDO2: Posibilidad de pérdida reputacional por incorrecta gestión y aplicación del proceso técnico archivístico, debido a personal reducido o no idóneo para aplicar la Tabla de Retención Documental (TRD) en archivos de oficina y a la inadecuada gestión de documentos físicos y/o electrónicos, ocasionada por baja frecuencia en las actividades de eliminación y/o transferencia documental en las dependencias. Frente a este riesgo, la dependencia implementa controles como la aprobación anual del cronograma de transferencias documentales por el Comité de Archivo y Gestión Documental, la remisión de memorandos a responsables de gestión documental, la realización de capacitaciones, las evidencias de procesos de transferencia y eliminación documental, y la asignación de funcionarios responsables. La evidencia aportada, correspondiente al primer semestre de 2025, confirma la ejecución de dichos controles.

Riesgo GDO4: Pérdida, ocultamiento, sustracción, destrucción o utilización indebida de información por parte de un servidor público en beneficio propio o de un tercero. Este riesgo se soporta en causas como debilidades en la seguridad y contraseñas débiles. Para su mitigación se implementaron controles relacionados con la tabla de permisos y perfiles del gestor documental, la socialización del manual de uso del aplicativo, reportes de creación de nuevos usuarios con la debida aceptación de términos de confidencialidad, y capacitaciones relacionadas con la gestión segura de la información. La dependencia aportó como evidencia correos electrónicos de solicitud de creación de usuarios, cronogramas de capacitación y reportes de aceptación de términos y condiciones de los nuevos usuarios en el primer semestre de 2025, lo que confirma la implementación de los controles definidos.

4. Conclusiones y Recomendaciones:

4.1 Plan de Acción: Se recomienda al proceso de Gestión Documental precisar el alcance y nivel de avance de las actividades de alistamiento y organización, de manera que exista coherencia entre ambas y se facilite el seguimiento del indicador, con el fin de facilitar la verificación del seguimiento que realizará la Oficina de Control Interno en el segundo semestre del año 2025.

4.2 Planes de Mejoramiento:

De acuerdo con los resultados se identifica que:

Tipo	Total	Cerrados	Abiertos
Aspectos por Mejorar	2	0	2
No Conformidades	2	1	1
Oportunidades de Mejora	2	0	2
TOTAL	6	1	5

1. H02_GDO_2022: Se identificó que el Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental cuenta con un profesional vinculado mediante el Contrato de Prestación de Servicios CPS-279 de 2025, encargado de revisar, ajustar e implementar el Sistema Integrado de Conservación (SIC) y el Plan Institucional de Archivos (PINAR), con la aprobación del Comité de Archivo y Gestión Documental. En la evidencia presentada, específicamente en otro de los hallazgos registrados en el sistema ISOLUCIÓN (OM80), aparece un plan de trabajo en el que se incluyen dichas actividades, pero sin fechas definidas para su cumplimiento, lo que impide identificar una programación clara por parte del contratista. No obstante, al contrastar con el plan de mejoramiento, sí se evidencian fechas establecidas: la primera actividad —revisar, ajustar e implementar el SIC— tenía como plazo el 19 de febrero de 2025 y no presenta avances ni programación concreta, mientras que la segunda —revisar, ajustar y presentar el PINAR— tiene como fecha límite el 28 de noviembre de 2025, pero tampoco registra avances. Esta situación genera una falta de congruencia entre lo estipulado en el plan de mejoramiento y lo presentado en el plan de trabajo del contratista, por lo que la Oficina de Control Interno realizará seguimiento en el segundo semestre de 2025 y recomienda que se defina un cronograma claro en el plan de trabajo que permita garantizar el cumplimiento oportuno de las obligaciones contractuales.

No se recomienda reformular, aun cuando no se cumplió la fecha para una de las actividades propuestas en el Plan de Mejoramiento, dado que estas obligaciones están sujetas al contrato de prestación de servicios, por lo que se requiere el cumplimiento del 100% de las actividades. En este sentido, la garantía de ejecutar dichas actividades permitirá realizar el respectivo cierre en el segundo semestre de 2025.

2. H06_GDO_2022: En el plan de mejoramiento se identifican dos actividades. La primera consiste en incluir en el plan de trabajo de algunos funcionarios del Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental las actividades de verificación y seguimiento al plan de mejoramiento del proceso. Se reporta un cumplimiento del 100%, pero aún no se ha realizado la publicación del registro de asignación en el formato de concertación de objetivos (FOR-GTH-044), por lo cual no se evidencia cómo se formalizó la asignación sin el respectivo documento de soporte. La segunda actividad corresponde a programar dos jornadas de sensibilización en el Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental sobre el proceso y el Sistema Integrado de Gestión. En este caso no se registran avances en el periodo evaluado; no obstante, considerando que la fecha de compromiso establecida es el 28 de noviembre de 2025, se insta para que se formalice esta responsabilidad a la funcionaria y se determinen las jornadas de control y sensibilización en relación con el Sistema Integrado de Gestión.

3. Frente a los hallazgos derivados de la auditoría interna del 2024, **GDO_OM01_2024 y GDO_OM02_2024**, es necesario elaborar los respectivos planes de mejoramiento. Según la información suministrada por la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad, únicamente se exceptúan de esta obligación aquellas oportunidades que provienen de acontecimientos externos al proceso, los cuales pueden favorecer el cumplimiento de los objetivos institucionales.

4.3 Gestión del Riesgo: Los riesgos asociados a la gestión documental se encuentran gestionados dentro del alcance y nivel de responsabilidad del Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental. Aunque a nivel institucional subsisten riesgos inherentes en materia de manejo documental, pérdida de información o uso inadecuado de documentos, se verificó que el grupo implementa los controles definidos y estos resultan suficientes en su ámbito de competencia y nivel de responsabilidad. De acuerdo con la verificación realizada, no se materializó ninguno de los riesgos.

Cordialmente,



YESID HERNANDO MARÍN CORBA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: Angela Calderón
Fecha: 29/08/2025

Aprobó: Yesid Hernando Marín Corba
Fecha:
OCI/240