

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 1 de 25

INFORME DE AUDITORÍA /SEGUIMIENTO

Fecha de emisión del Informe	Día:	03	Mes:	02	Año:	2026
------------------------------	------	----	------	----	------	------

1. INFORMACIÓN GENERAL:

Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	Gestión Documental –Gestión Administrativa y Legal
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Líderes de proceso Umayor
Objetivo de la Auditoría:	Desempeñar y observar las disposiciones del artículo 76 de Ley 1474 de 2011 reglamentado por el artículo 5° del Decreto 2641 de 2012, a través del seguimiento de los canales institucionales de servicio al ciudadano con el fin de verificar la oportunidad en el trámite y respuesta de las solicitudes recibidas. Procesar y analizar los datos derivados de las PQRSFD recibidas por la Institución Universitaria Mayor de Cartagena para detectar tendencias de desempeño y establecer, en caso de ser necesario acciones de mejora e implementación de indicadores de gestión que fortalezcan la toma de decisiones.
Alcance de la Auditoría:	Evaluar la gestión y el tratamiento dado por la Institución Universitaria Mayor de Cartagena a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias - PQRSFD recibidas durante el segundo semestre de 2025, verificando la eficacia y oportunidad de las acciones tomadas.
Criterios de la Auditoría:	La ejecución de la auditoría se fundamenta en el marco legal vigente y la normativa interna de la Institución. La evaluación se llevará a cabo mediante la revisión de soportes documentales y digitales, aplicando las siguientes técnicas: Pruebas de recorrido: Para verificar la trazabilidad y flujo de los procesos.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 2 de 25

	Inspección y análisis documental: Revisión exhaustiva de los documentos requeridos y facilitados.
--	---

1.1 INTRODUCCION

En cumplimiento de sus funciones y de conformidad con el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina Asesora de Control Interno presenta el Informe de Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de agosto y el 31 de diciembre de 2025.

El objetivo de este informe es evaluar el desempeño institucional en términos de oportunidad, suficiencia y calidad de las respuestas emitidas, así como formular recomendaciones que fortalezcan el mejoramiento continuo de la Entidad. Este ejercicio se enmarca en el artículo 23 de la Constitución Política, que garantiza el derecho de toda persona a presentar peticiones respetuosas y obtener pronta resolución.

Para garantizar este derecho, la Institución Universitaria Mayor de Cartagena (UMAYOR) ha dispuesto los siguientes canales de recepción:

Presencial: Ventanilla Única.

Correo electrónico: a.ventanillaunica@umayor.edu.co y notificacionesjudiciales@umayor.edu.co.

Web: <https://umayor.edu.co/pqrs>. Y Chat Bot: CARO

El presente documento detalla el comportamiento estadístico de los requerimientos recibidos, ofreciendo un análisis por dependencia y una visión global de la gestión institucional. Así mismo, incluye un análisis comparativo con el segundo semestre de 2024 para medir la evolución en la atención al ciudadano.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 3 de 25

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General:

Asegurar el cumplimiento de los lineamientos del artículo 5° del Decreto 2641 de 2012, a través del seguimiento de los canales oficiales de atención al ciudadano y la efectividad de la gestión de PQRSDF.

1.2.2 Específicos:

- Realizar el seguimiento a los mecanismos institucionales de atención al ciudadano, con el propósito de verificar la eficacia y oportunidad en la gestión y respuesta a los requerimientos presentados.
- Analizar la información recopilada, con el fin de identificar las variables de desempeño asociadas a la atención de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias (PQRSFD) tramitadas por la Institución Universitaria Mayor de Cartagena.
- Sugerir indicadores de gestión en caso de evidenciar debilidades en el proceso mejora continua.
- Verificar la efectividad de los controles asociados a las unidades evaluadas y el alcance auditado.
- Generar informe producto del seguimiento y la evaluación aplicada

1.3 ALCANCE

Evaluar la gestión y el tratamiento dado por la Institución Universitaria Mayor de Cartagena a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias - PQRSFD recibidas durante el segundo semestre de 2025, verificando la eficacia y oportunidad de las acciones tomadas.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 4 de 25

1.4 MARCO LEGAL

TIPO	NORMA JURÍDICA	DISPOSICIÓN / LINEAMIENTO
CONSTITUCIÓN COLOMBIA 1991	POLÍTICA DE	La Constitución es norma de normas. Prevalece sobre cualquier otra norma jurídica.
LEYES	Ley 87 de 1993	Normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado.
	Ley 1474 de 2011	Estatuto Anticorrupción: Normas para fortalecer la prevención, investigación y sanción de la corrupción.
	Ley 1712 de 2014	Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
	Ley 1755 de 2015	Regula el Derecho Fundamental de Petición.
	Ley 1757 de 2015	Promoción y protección del derecho a la participación democrática y Rendición de Cuentas.
DECRETO LEY	Decreto Ley 2195 de 2022	Adopta medidas en materia de Transparencia, Prevención y Lucha contra la Corrupción.
DECRETOS	Decreto 2573 de 2014	Lineamientos generales de la estrategia de Gobierno en línea / Gobierno Digital.
	Decreto 124 de 2016	Reglamenta el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Sustituye Tít. 4 Dec. 1081/2015).
	Decreto 1122 de 2024	Reglamenta el Art. 73 de la Ley 1474 de 2011 (modificado por Art. 31 Ley 2195 de 2022).
GUÍAS TÉCNICAS	Guías DAFP	- Guía de Administración de Riesgos y Diseño de Controles. - Guía para la gestión del riesgo de corrupción (2015).
	MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión: Marco de referencia para dirigir, planear y controlar la gestión.

Fuente: Elaborado por el auditor.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 5 de 25

1.5 METODOLOGIA

La metodología aplicada se articuló en tres fases estratégicas: Planeación, Ejecución y Resultados. Este enfoque estructurado busca establecer una hoja de ruta clara que facilite la evaluación objetiva y promueva la mejora continua de los procesos auditados. A continuación, se detalla el desarrollo de cada etapa:

FASES	ACTIVIDAD PRINCIPAL	DETALLE DE LA ACTIVIDAD
PLANEACIÓN	1. Definición Estratégica	Definición de objetivos, alcance y criterios de la auditoría.
	2. Instrumentación	Diseño de papeles de trabajo.
	3. Análisis Preliminar	Verificación y análisis preliminar de la información proporcionada por las unidades auditadas.
EJECUCIÓN	1. Validación	Validación de integridad y coherencia de los registros, así como la oportunidad de respuesta.
	2. Gestión de Riesgos	Identificación y valoración de riesgos y controles clave.
	3. Hallazgos	Identificación de brechas de control y oportunidades de mejora.
RESULTADOS	1. Conclusión	Conclusión y documentación de resultados.
	2. Informe	Elaboración del Informe Final.
	3. Comunicación	Publicación y divulgación a partes interesadas.

Fuente: Elaborado por el auditor.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 6 de 25

1.6 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA Y/O SEGUIMIENTO

En este capítulo se presentan las principales observaciones derivadas del seguimiento a las PQRSDF realizado durante el segundo semestre del año por la oficina de control Interno, arrojando un análisis de comportamiento mensual y un comparativo entre vigencias, con el fin de identificar variaciones significativas en el volumen de requerimientos, sus posibles causas y tendencias. Así mismo, se evalúa la calidad de las respuestas emitidas por las dependencias responsables, valorando su oportunidad, pertinencia y claridad.

Para facilitar la comprensión de los resultados, se hace uso de gráficos y tablas, que permiten evidenciar de forma visual el desempeño institucional en materia gestión de PQRSDF en el semestre evaluado.

A continuación, se presenta una tabla con el número de solicitudes recibidas durante el primer semestre, desagregadas por mes, que permite observar la evolución del comportamiento institucional en este aspecto.

Tabla 1. Comportamiento Mensual

COMPORTAMIENTO MENSUAL PQRSDF		
MES	VOLUMEN (2025)	PORCENTAJE
Julio	422	31%
Agosto	61	4%
Septiembre	246	18%
Octubre	236	17%
Noviembre	255	18%
Diciembre	159	12%
TOTAL	1379	100%

Fuente: Elaborado por el auditor

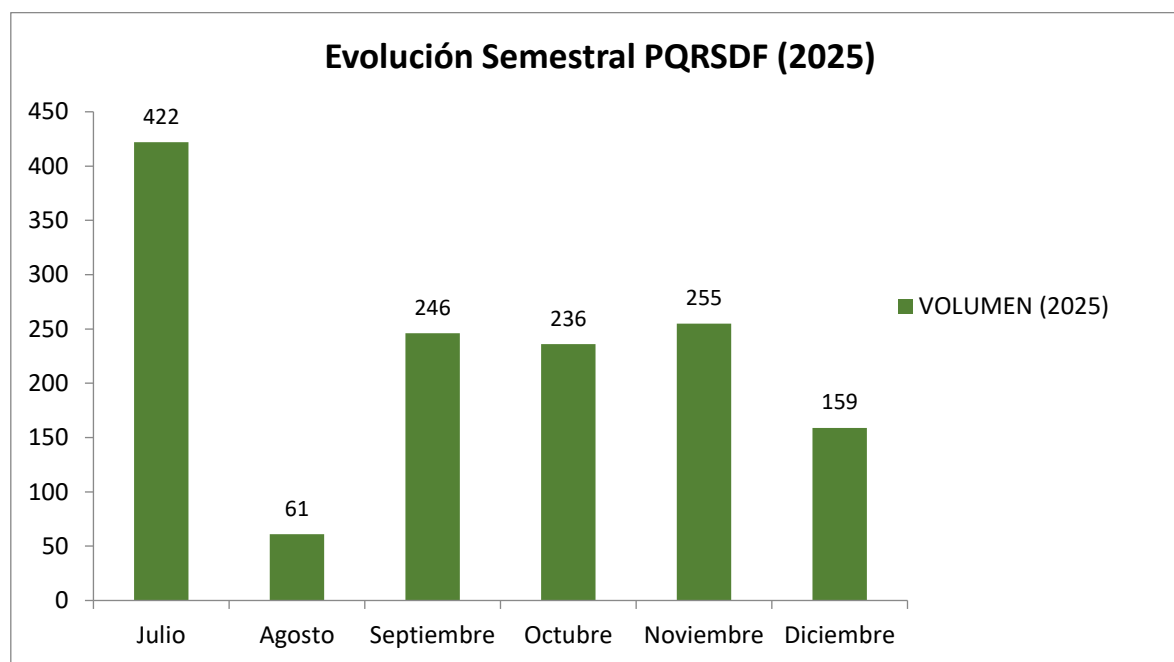
Como se puede observar, durante el segundo semestre de 2025, se gestionaron un total de 1.379 solicitudes y se evidenció una tendencia general a la baja en el volumen de PQRSDF recibidas; esto puede tener como origen, la implementación de la casilla de preguntas frecuentes en el micrositio de atención al ciudadano.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 7 de 25

Si bien, el periodo inició con el punto más álgido con 422 requerimientos en julio, concentrando el 31% del total semestral. A partir de allí, se logró una reducción sostenida del 13,6% con un mínimo en agosto con 61 casos.

Adicional a lo mencionado, es importante señalar que uno los factores verificables del descenso, obedecen a disminución exponencial de PQRSDf recibidas en agosto, obedecer a la falta de trazabilidad efectiva de los reportes por parte de la oficina encargada del monitoreo y consolidación de estos trámites y al cambio de sistema de recepción. Se pasó de la plataforma Ticket a Orbis.

En la siguiente grafica se presenta la evolución semestral en barras para mejor visualización del comportamiento:



Fuente: Elaborado por el auditor

Ahora bien, es necesario desagregar el volumen por tipo de requerimientos recibidos para verificar la tendencia y el comportamiento ciudadano - entidad, a través de naturaleza de las solicitudes. En este sentido se muestran los siguientes resultados:

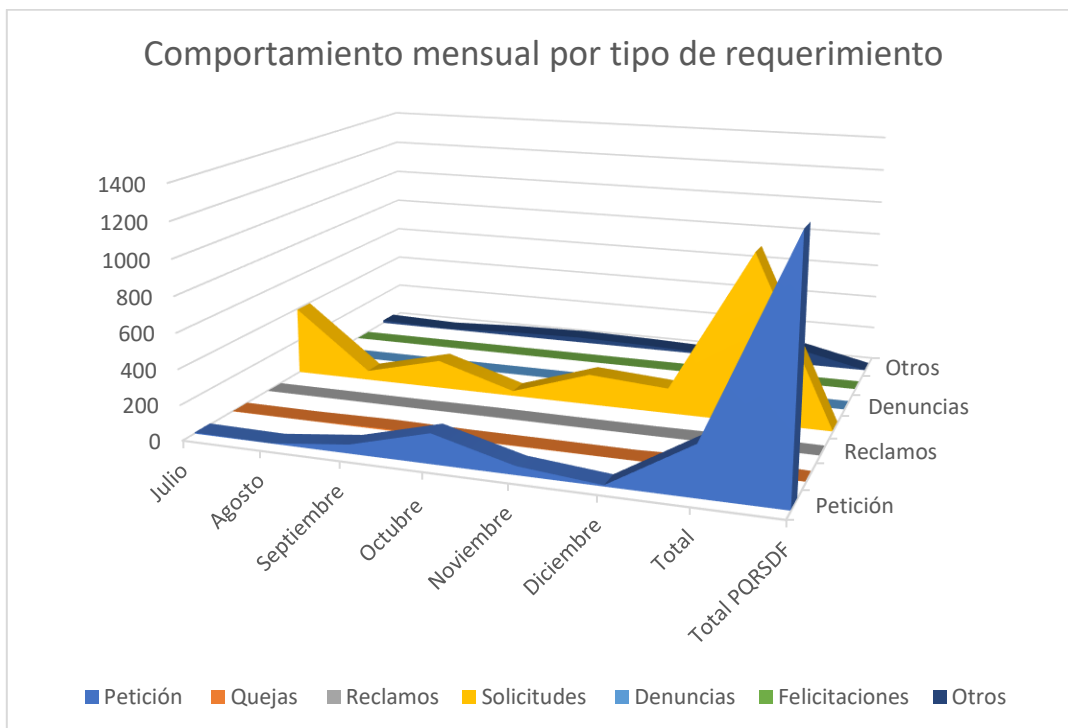
	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 8 de 25

Tabla 2. Discriminación por tipos de requerimientos

DISCRIMINACIÓN POR TIPOS DE REQUERIMIENTOS							
Mes	Petición	Quejas	Reclamos	Solicitudes	Denuncias	Felicitaciones	Otros
Julio	6	2	0	397	0	0	17
Agosto	1	1	0	55	0	0	4
Septiembre	50	7	0	165	0	0	23
Octubre	168	2	3	29	0	0	31
Noviembre	49	2	1	177	0	0	22
Diciembre	7	0	0	145	0	0	7
Total	281	14	4	968	0	0	104
TOTAL PQRSDF	1371						

Fuente: Elaborado por el auditor

Como se observa en la tabla anterior y la siguiente gráfica, el mayor numero de requerimientos estuvo concentrado en el tipo denominado solicitudes con un total de 968, lo que representa el 70% de lo recibido en el segundo semestre de 2025. Seguido a esta, se encuentra las peticiones con un porcentaje de 20%.



Fuente: Elaborado por el auditor

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 9 de 25

Tabla 3. Comportamiento por proceso y/o dependencia mensual

Dependencia/ Proceso	JUL	AGT	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total D/P	% Semestral
Admisión Registro y Control	72	4	44	79	62	28	289	20,96%
Biblioteca	2	2	1	0	0	1	6	0,44%
Bienestar Universitario	1	0	5	5	0	1	12	0,87%
Calidad Académica	0	0	1	1	0	0	2	0,15%
Centro de Desarrollo Curricular	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Centro de Extensión y Proyección Social	9	4	3	26	4	4	50	3,63%
Centro de Lenguas	13	6	3	2	4	7	35	2,54%
Centro de Relaciones Interinstitucionales	2	0	3	3	1	0	9	0,65%
Control Interno	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Egresados	1	0	4	2	1	2	10	0,73%
Facd de Administración y Turismo	146	26	85	49	95	85	486	35,24%
Facd de Arquitectura e Ingeniería	20	4	12	6	8	7	57	4,13%
Facd de Ciencias Sociales y Educación	32	3	5	4	4	5	53	3,84%
Gestión Administrativa y Legal	6	0	8	12	19	7	52	3,77%
Gestión de las Comunicaciones	4	1	6	6	0	0	17	1,23%
Gestión de Contratación y Compras	6	0	8	4	1	0	19	1,38%
Gestión Documental	0	0	7	8	2	1	18	1,31%
Gestión Financiera	82	9	8	8	22	1	130	9,43%
Gestión de Proyectos	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Gestión del Talento Humano	6	0	8	9	14	3	40	2,90%
Infraestructura	2	0	11	4	2	0	19	1,38%
Investigación e Innovación	5	0	1	0	1	0	7	0,51%
Medios Educativos	0	0	10	0	0	1	11	0,80%
Planeación Institucional	0	0	3	0	2	0	5	0,36%
Rectoría	0	2	1	3	3	0	9	0,65%
Soporte y Desarrollo Tecnológico	3	0	2	1	4	1	11	0,80%
Vicerrectoría Académica	8	0	7	1	4	2	22	1,60%
Vicerrectoría Administrativa y Financiera	2	0	0	3	2	3	10	0,73%
Total	422	61	246	236	255	159	1.379	100

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 10 de 25

Total en porcentajes Mensual	30,60	4,42	17,84	17,11	18,49	11,53	100,00	
-------------------------------------	--------------	-------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	--

Fuente: Elaborado por el auditor

El análisis mensual por dependencia/procesos evidenció que tres de ellas concentran el 65,6% del total de solicitudes, lo que refleja que la carga operativa en atención al usuario se centra principalmente en la Facultad de Administración y Turismo, Admisiones Requisito y Control y Gestión Financiera.

Al verificar el porqué de esta tendencia, se encontraron factores muy relacionados a la misionalidad de la entidad:

1. Facultad de Administración y Turismo: Con el 35.2% de solicitudes, es el centro de estudio con mayor población estudiantil.
2. Admisión Registro y Control: Representa el 21%, siendo natural dado que es el primer puente al ingreso a la institución.
3. Gestión Financiera: Al igual a la anterior, con el 9.4%, hace parte esencial del ingreso a través de las matrículas financiera y el pago de inscripciones.

También se debe destacar que dependencia como Control Interno, Gestión de Proyectos y Centro de Desarrollo Curricular no registraron ninguna solicitud en todo el semestre. Lo anterior, también puede ser observado el siguiente gráfico:

CODIGO	FT-SC-005
VERSION	1
FECHA	03/02/2025
PAGINA	Página 11 de 25

PQRSDF CONTESTADAS OPORTUNAMENTE II SEMESTRE 2026 POR DEPENDENCIA									
Dependencia	JUL	AGT	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total	Cumpto	Repr % Sem respuestas
Admisión Registro y Control	72	4	44	79	58	23	280	96,89	21,47
Biblioteca	2	2	1	0	0	1	6	100,00	0,46
Bienestar Universitario	1	0	5	4	0	1	11	91,67	0,84
Calidad Académica	0	0	1	1	0	0	2	100	0,15
Centro de Desarrollo Curricular	0	0	0	0	0	0	0	-	-
Centro de Extensión y Proyección Social	7	4	3	26	4	1	45	90	3,45
Centro de Lenguas	13	6	3	2	4	7	35	100	2,68

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 12 de 25

Centro de Relaciones Interinstitucionales	2	0	3	3	1	0	9	100	0,69
Control Interno	0	0	0	0	0	0	0	-	-
Egresados	1	0	4	2	1	2	10	100	0,77
Facd de Administración y Turismo	138	26	85	47	95	74	465	95,68	35,66
Facd de Arquitectura e Ingeniería	17	4	12	6	8	3	50	87,72	3,83
Facd de Ciencias Sociales y Educación	31	3	4	3	4	5	50	94,34	3,83
Gestión Administrativa y Legal	6	0	1	12	3	7	29	55,77	2,22
Gestión de las Comunicaciones	4	1	6	6		0	17	100	1,30
Gestión de Contratación y Compras	6	0	8	4	1	0	19	100	1,46
Gestión Documental	0	0	7	8	2	1	18	100	1,38
Gestión Financiera	82	9	8	8	22	1	130	100	9,97
Gestión de Proyectos	0	0	0	0	0	0	0	-	-
Gestión del Talento Humano	6	0	8	9	14	3	40	100	3,07
Infraestructura	2	0	11	4	2	0	19	100	1,46
Investigación e Innovación	5	0	1	0	1	0	7	100	0,54
Medios Educativos	0	0	10	0	0	1	11	100	0,84
Planeación Institucional	0	0	3	0	2	0	5	100	0,38
Rectoría	0	2	1	3	3	0	9	100	0,69
Soporte y Desarrollo Tecnológico	3	0	2	0	4	0	9	81,82	0,69
Vicerrectoría Académica	8	0	7	1	4	2	22	100	1,69
Vicerrectoría Administrativa y Financiera	2	0	0	2	2	3	6	60	0,46
Total	408	61	238	230	235	135	1304	94,56%	

Fuente: Elaborado por el auditor.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 13 de 25

La tabla permite determinar un cumplimiento satisfactorio por parte de la entidad en el tiempo de respuesta con un 94,56%, el cual representa 1304 respuestas contestadas dentro del término legal sobre las 1379 recibidas.

Ahora bien, al desglosar los datos por dependencia, se realizaron las siguientes observaciones conforme a los resultados mas relevantes:

Se destaca un desempeño eficiente de 15 dependencias con un resultado de respuesta oportuna del 100%, resaltando entre ellas las siguientes:

Gestión Financiera: Con un volumen considerable de solicitudes respondió al 100%

Centro de Lenguas: Su comportamiento eficiente se mantiene semestre a semestre.

Admisión Registro y Control y la Facultad de Administración y Turismo: áreas de mayor eficacia en relación a la carga, con un cumplimiento del 96,89% y 95,68% respectivamente.

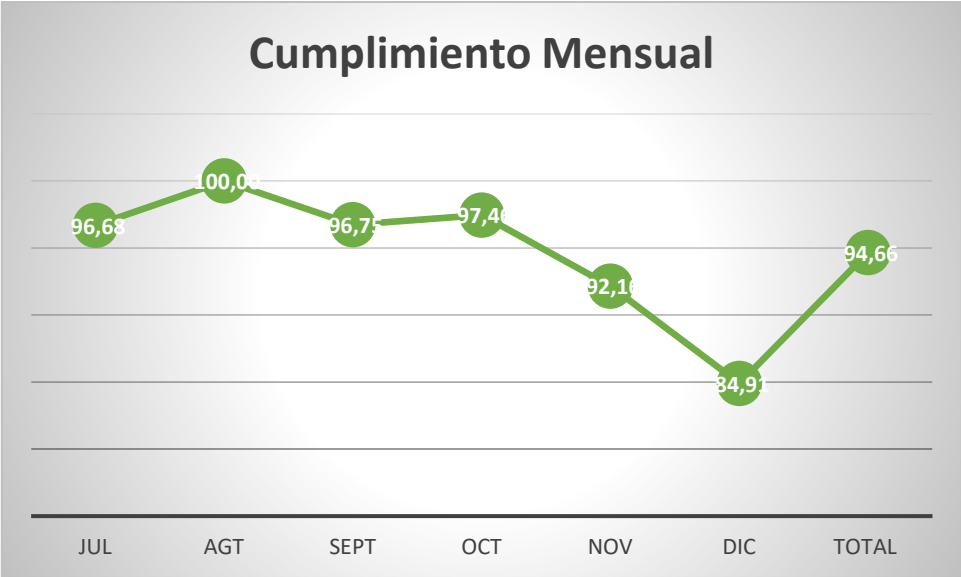
Gestión Administrativa y Legal, Vicerrectoría Administrativa y Financiera y Soporte y Desarrollo Tecnológico, son los procesos de menor cumplimiento en la tabla con un 55,77%, 60,00% y 81,82, correspondiente.

Al verificar estos resultados, se constató que la baja en la oportunidad de respuesta mas representativa, obedece a un alto volumen de derechos de petición, que permeaban a varios procesos y con un numero de preguntas promedios entre las 80 a 100 y no solo de vigencias en curso, sino hasta de 5 años atrás. Adicional estos fueron presentados de manera seguida. Uno seguido del otro, lo que llevó al proceso a encargado a tomar estrategias que vieron reflejados los resultados al final de la gestión.

Ahora bien, el cumplimiento mensual institucional tuvo una tendencia de cumplimiento sobresaliente que porcentualmente se puede observar en la siguiente tabla y gráfica:

PQRSDF CONTESTADAS OPORTUNAMENTE II SEMESTRE 2026							
Mes	JUL	AGT	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total
Porcentaje de Cumplimiento	96,68	100	96,7	97,5	92,2	84,9	94,6

Fuente: Elaborado por el auditor.



Fuente: Elaborado por el auditor.

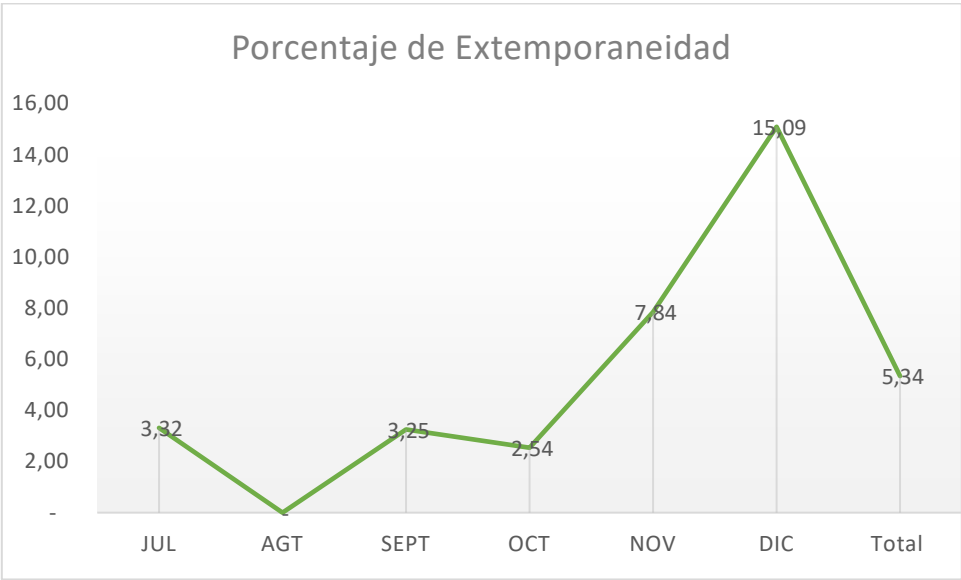
Es importante indicar que el factor de la pequeña baja en la tendencia presentada en el mes de diciembre, responde a la suspensión de actividades y vacaciones colectivas en la entidad el 19 diciembre de 2025.

De los anterior se destaca que la no oportunidad de respuesta en el segundo semestre de 2025, corresponde a un 5,22%, desagregados mes a mes así:

PQRSDF NO CONTESTADAS OPORTUNAMENTE II SEMESTRE 2025							
MES	JUL	AGT	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total
Porcentaje de Extemporaneidad	3,32	-	3,25	2,5	7,8	15	5,3

Fuente: Elaborado por el auditor.

En la siguiente grafica de observa la tendencia antes explicada:



Fuente: Elaborado por el auditor.

Comparativo de comportamiento entre vigencias 2024-2025

Al realizar el análisis comparativo entre 2024 y 2025 en lo concerniente al segundo semestre de las vigencias, se evidencia que hubo una leve mejora en la oportunidad de respuesta con un 2,3% y, por tanto, una pequeña disminución de la respuesta extemporánea a los requerimientos recibidos, ya que se pasó de 120 en 2024 a 72 en 2025; no obstante, debemos seguir con la implementación de estrategias de atención efectiva al ciudadano.

Comparativo II Semestre entre vigencias				
Año	2024	2025	2024	2025
Mes	Oportuno		Extemporáneo	
Julio	218	408	8	14
Agosto	277	61	26	0
Septiembre	89	238	7	8
Octubre	225	230	19	6
Noviembre	343	235	21	20
Diciembre	289	135	39	24
Total	1441	1307	120	72
Porcentajes	92,3%	94,6%	7,7	5,4%

Fuente: Elaborado por el auditor.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 16 de 25



Fuente: Elaborado por el auditor.

RESULTADOS PLATAFORMA CARO

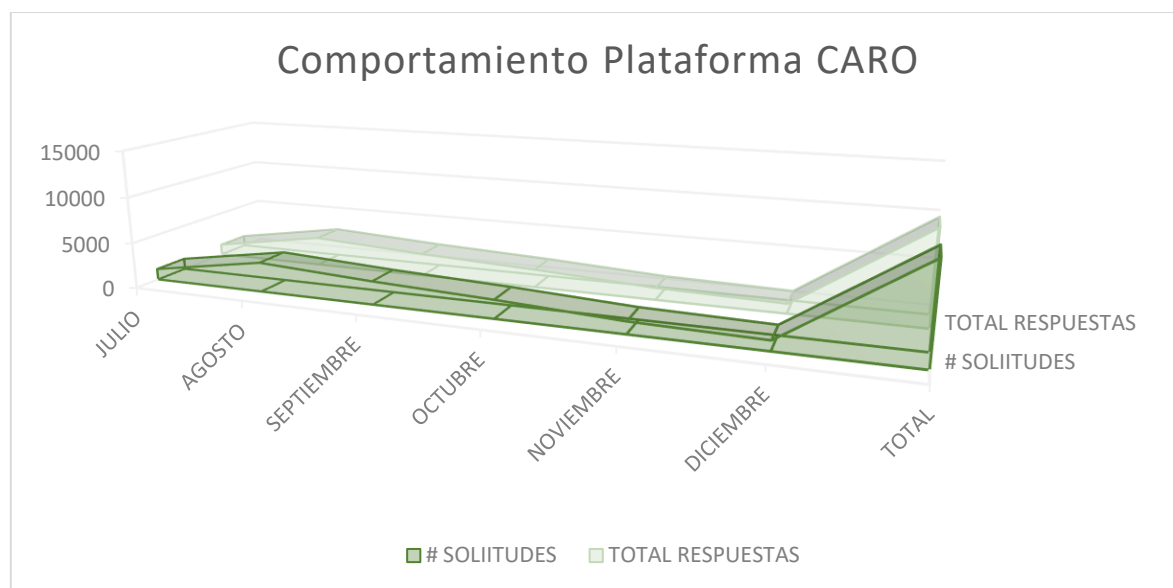
Es este punto es importante señalar que este un canal de comunicación que inicia a través de una conversación de BotChat en la página web institucional y se redirecciona a un asesor. El mayor número de usuarios que utiliza este medio de atención al ciudadano son los estudiantes y los interesados en inscribirse a las carreras de Umayor.

REGISTRO PLATAFORMA CARO II PERIODO 2025					
MESES	# SOLIITUDES	CONTESTADAS EN LINEA	PERDIDAS PLATAFORMA	CONTESTADA POR CORREO	TOTAL RESPUESTAS
JULIO	1200	1187	13	13	1200
AGOSTO	3.200	3.100	100	100	3.200
SEPTIEMBRE	2.500	2.350	150	150	2.500
OCTUBRE	1.980	1.830	150	150	1.980
NOVIEMBRE	1.300	1.023	277	277	1.300
DICIEMBRE	1.052	1.032	20	20	1.052
TOTAL	10.032	9335	697	697	10.032

Fuente: Elaborado por el auditor.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 17 de 25

Para el segundo semestre 2025 se registró un alto volumen de solicitudes con el pico más alto en el mes de agosto con 3.200, con una concentración del 31% del total de las recepcionadas. Paralelamente, se reflejó un promedio mensual de 1892 requerimientos en el periodo evaluado.



Fuente: Elaborado por el auditor.

Conforme a los datos suministrados por el proceso de Admisiones, Registro y Control, quienes ejercen el control de respuesta de la plataforma, se evidenció un cumplimiento excelente, ya que se le dieron respuesta al total de solicitudes presentadas. Aun, en los casos en que por problemas en el sistema o fallas eléctricas se suspenda la comunicación con el usuario, se tiene como estrategia contestarle al ciudadano mediante el correo registrado al inicio de la atención.

Paralelamente, en el proceso de auditoría, se reflejó la necesidad de solicitar un usuario de consulta que permita realizar un seguimiento efectivo y verificar el comportamiento de oportunidad y calidad de las respuestas, ya que por ser un canal diseñado para brindar una atención inmediata puede ser también un factor generador de riesgos reputacionales.

Para finalizar es importante indicar que, al realizar trazabilidad con el proceso que dirige la Ventanilla Única, área encargada de la recepción de requerimientos, se constató que no tienen injerencia o articulación con el trámite desempeñado

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO		CODIGO	FT-SC-005
			VERSION	1
			FECHA	03/02/2025
			PAGINA	Página 18 de 25

mediante este canal consultas, por lo que se deberá reevaluar tan situación, ya que al no existir un procedimiento específico o controles establecidos se podría incurrir en riesgos no identificados y valorados.

TRASLADO POR COMPETENCIAS

Para la vigencia 2025 segundo semestre no se registraron traslados por competencias, por tanto, no es verificable el proceso.

ARCHIVO POR DESISTIMIENTO TACITO

No fueron verificables el archivo por desistimiento tácito de que trata la Ley 1755 de 2015 artículo 17; sin embargo, si se reportan casos en que es necesario dar cierre a las solicitudes por falta de ampliación de información por parte de requirente.

El proceso encargado deberá tomar las acciones necesarias para iniciar la implementación y tramite de archivos conforme a los parámetros legales.

ANALISIS DE LA GESTIÓN DESEMPEÑADA POR EL AREA DE VENTANILLA ÚNICA

La labor desempeñada por el área de Ventanilla Única en la gestión de los tramites de PQRSDF ha demostrado significativos avances, teniendo como logro principal para el periodo evaluado, la implementación de un sistema específico para el manejo de los requerimientos realizados por la ciudadanía.

No obstante, se reflejan debilidades en la trazabilidad y consolidación de reportes de PQRSDF y falta de controles para su debido manejo. Lo anterior, resulta de la entrega inicial de información incompleta, falta de correspondencia entre un reporte y otro y falencias en la trazabilidad de los datos analizados para los informes.

Al revisar y verificar los informes mensuales entregados a Control Interno por el proceso de Gestión Documental, se evidenciaron inconsistencias en los reportes presentados y omisión en el mes de agosto en la desagregación de requerimiento por dependencia. Se omitieron las PQRSDF recibidas por las facultades; sin embargo. Aunque se constató que las omisiones fueron involuntarias durante la

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO		CODIGO	FT-SC-005
			VERSION	1
			FECHA	03/02/2025
			PAGINA	Página 19 de 25

consolidación manual, esto evidencia una falta de mecanismos de validación y control sobre los datos analizados.

Así mismo, se hace necesario verificar los centros de recepción de PQRSDF, ya que no existe uniformidad entre los señalados en los reportes y los consignados en los informes mensuales entregados por el proceso de Gestión Documental, lo que dificulta la evaluación y parametrización de los resultados.

Se resalta el compromiso a la mejora continua demostrado por el área y la implementación de estrategias tendientes a mejorar los resultados en la gestión, entre los que se destaca las capacitaciones al personal de la institución, el seguimiento a las respuestas a través de alertas y la implementación de preguntas frecuentes para disminuir el número de solicitudes, buscando disminuir el volumen y carga de respuestas a las dependencias.

Con relación a Orbis, si bien su implementación es un gran logro, se debe seguir en el proceso de mejoramiento de la plataforma, llevando a que esta obedezca realmente a las necesidades del proceso y los requerimientos legales. Esto a través de la parametrización basada en criterios normativos y el arrojo de información que busque cumplir con los requerimientos institucionales.

También es importante destacar la responsabilidad de Gestión Documental en el adecuado manejo del modelo de gestión por proceso al actualizar el Procedimiento Gestión y Trámite de Comunicaciones Internas - PR-GD-001, llevando su operatividad y repuesta, al trámite de PQRSDF a través del sistema ORBIS.

Por último, se invita al proceso a cargo, a tomar las observaciones, sugerencias y oportunidades a través de un plan de mejoramiento que ayude a fortalecer los resultados.

ANÁLISIS DE LOS RIESGOS ASOCIADOS

Los riesgos representan eventos potenciales que podrían comprometer el cumplimiento de los objetivos estratégicos, normativos y los estándares de calidad institucional. Su identificación oportuna es clave para anticipar escenarios adversos

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 20 de 25

y desplegar acciones preventivas o tomar de decisiones orientadas a minimizar su probabilidad de ocurrencia y mitigar su impacto.

Que para analizar los riesgos asociados al trámite de PQRSDF, se debe tener en cuenta que Ventanilla Única, área encargada de su gestión, pertenece al proceso de Gestión Documental, que, a su vez en el orden organizacional de la entidad, tiene como línea directa el proceso de Gestión Administrativa y Legal, por tanto, se verificaron y analizaron los eventos identificados y valorados por estas unidades con relación al procedimiento evaluado

Riegos de Gestión

En los riesgos de gestión solo se encuentra identificado un riesgo y lo declara el proceso de Gestión Documental:

Posibilidad de pérdida económica y reputacional por respuestas extemporáneas de PQRSDF debido a inadecuado uso de los canales de atención

Controles:

1. *El coordinador de Gestión Documental realiza seguimiento mensual a través del sistema de PQRSDF emitiendo las alarmas a los procesos correspondientes.*
2. *El coordinador de Gestión Documental realiza el registro de las respuestas enviadas de los PQRS a los usuarios mensualmente.*

Observaciones de Control Interno: Se recomienda ampliar el alcance del riesgo determinando la posibilidad del evento, a las respuestas sin cumplimiento de los criterios de calidad y pertinencia.

Riesgo de Corrupción

En cuanto a los riesgos de corrupción, solo se identifica un riesgo y se encuentra establecido en el proceso de Gestión Administrativa y Legal:

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 21 de 25

Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para admitir y gestionar una PQRSDf sin el lleno de requisitos, o no dar respuesta de la misma en los términos de ley

Controles:

- 1. El profesional Universitario con funciones de atención de la ventanilla única mensualmente realiza un análisis y seguimiento del consecutivo y registros utilizados para la radicación de las PQRSDf a través de un informe, en el evento que se encuentre una anomalía se levantará un acta que se socializará con el líder del proceso y el SIG para que tomen las acciones correspondientes.*
- 2. El profesional Universitario con funciones de atención de la ventanilla unica, semestralmente socializará el manejo y gestión de las PQRSDf al personal y grupos de valor de Umayor a través de circulares, publicación en página web y capacitaciones. En el evento de que los funcionarios no participen de las actividades convocadas se emitirá una alerta a la Dirección de Talento Humano para que se tomen las acciones pertinentes.*
- 3. El profesional Universitario con funciones de atención de la ventanilla unica, trimestralmente solicitará al Web master la publicación de los canales institucionales para la recepción de solicitudes de Umayor en el sitio web de la entidad.*

Observaciones de Control Interno: El riesgo se considera adecuado y se ajusta a los parámetros de estructuración de estos; nos obstante, se sugiere ampliar el control numero dos estableciendo que el reporte a la Dirección de Talento Humano para acciones pertinentes no se limite a la no asistencia de capacitaciones y se extienda al incumplimiento en las respuestas de PQRSDf sin justa causa.

En cuanto al control tres se sugiere evaluarlo, ya que con la casilla de atención al ciudadano se subsana la operación que debe desempeñar el Web Master. Se puede enfocar en la revisión de percepción ciudadana a través de la encuesta de satisfacción que se encuentra en el micrositio.

Riesgos para considerar (identificación y valoración)

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO		CODIGO	FT-SC-005
			VERSION	1
			FECHA	03/02/2025
			PAGINA	Página 22 de 25

En el marco del seguimiento y la evaluación realizada al trámite de PQRSDf, se identificaron otros eventos asociados a este proceso, los cuales, si bien no inciden en la efectiva atención al ciudadano, si representan un riesgo en la operatividad interna y la gestión de la información, por lo que se sugiere valorar su pertinencia:

1. Riesgo de integridad y confiabilidad o inexactitud de la información reportada

Descripción sugerida: Probabilidad de presentar datos discrepantes en los informes y reportes presentado internamente debido a falta de validación de información o falta de controles, lo que podría generar errores en la toma de decisiones institucionales y de perdida reputacional.

2. Riesgo de trazabilidad en la consolidación de datos

Descripción Sugerida: Posibilidad de pérdida de la trazabilidad de datos durante la consolidación de las PQRSDf por debilidades en los controles de gestión de información o ausencia de un protocolo consolidación de datos, lo que podría generar dificultades en los seguimientos y limitación de respuesta ante requerimiento de entes de control.

2. OBSERVACIONES:

2.1 Aspectos generales:

La actividad de auditoria permitió evidenciar un crecimiento, reflejando de manera general una optimización en su operatividad; nos obstante, existen debilidades que deberán ser gestionadas con el fin de fortalecer su ejercicio y la alineación de los procesos con los objetivos institucionales

2.2 Observaciones:

Falta de procedimiento y cumplimiento de la ley 1755 de 2015 articulo 17, con relación al archivo por desistimiento tácito por información incompleta por partes del usuario, posiblemente por desconocimiento de la norma, lo que podría ocasionar trámites judiciales, quejas del usuario y perdida reputacional.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO		CODIGO	FT-SC-005
			VERSION	1
			FECHA	03/02/2025
			PAGINA	Página 23 de 25

Se observaron inconsistencias en los informes de seguimiento a PQRSD enviados mensualmente por la oficina de Gestión Documental a Control Interno probablemente por debilidades en los controles de verificación y consolidación de la información lo que podría causar reprocesos internos, errores en la toma de decisiones e inexactitud de la información.

Discrepancias en la información presentada a la oficina de control interno en los reportes mensuales de PQRSD, posiblemente por falta de controles en validación de la información o gestión de esta, lo que podría causar reprocesos internos, errores en la toma de decisiones e inexactitud de la información.

Falta de trazabilidad de los datos utilizados para la generación de los informes presentados y publicados por el proceso de Gestión Documental, posiblemente por falta de controles y debilidades en la consolidación, lo que podría generar pérdida reputacional

Se evidenció la no articulación de la plataforma CARO con el Sistema de PQRSD, posiblemente por debilidades en la comunicación interna y la sinergia de los procesos, lo que podría causar pérdida reputacional y reproceso.

3. CONCLUSIONES

La implementación de Orbis marca un hito en la mitigación de riesgos derivados de la manipulación manual, al fomentar procesos automatizados, trazables y confiables. No obstante, es imperativo que el área responsable ajuste la parametrización del sistema para alinearlos plenamente con las exigencias legales vigentes.

Paralelamente, se destacan las acciones emprendidas para fortalecer la gestión de PQRSD, tales como la creación de alertas, el despliegue de circulares internas y la ejecución de capacitaciones periódicas; prácticas que aseguran una atención más oportuna y efectiva.

En cuanto a los resultados de la Ventanilla Única, se observan avances significativos en el control de calidad de las respuestas y el cumplimiento de términos. Sin embargo, persisten retos en la consolidación homogénea de la información y en la optimización de la comunicación interna. La continuidad en estas

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 24 de 25

acciones de mejora será la clave para garantizar la integridad de los datos y la excelencia en el servicio al ciudadano.

4. RECOMENDACIONES

Mantener la aplicación de alertas a los procesos y el monitoreo constante en el cumplimiento de los términos legales.

Implementar y dar cumplimiento las disposiciones de la ley 1755 de 2015 artículo 17, en cuanto al archivo por desistimiento tácito.

Articular la plataforma CARO con el sistema de atención al ciudadano.

Crear controles de verificación y consolidación de información.

Hacer un análisis de riesgos asociados al proceso de trámite en cuanto la consolidación y verificación de información.

Capacitar con relación a Orbis a los funcionarios de la institución de manera periódica.

Capacitar a los funcionarios en lo correspondiente a la importancia de oportunidad de repuesta y calidad de la información suministrada.

Definir en el menú diseñad para la radicación de requerimientos en ORBIS la definición de todas las PQRSDF establecidas por ley.

Establecer como opciones de tipo de PQRSDF solo las establecidas por ley. Las demás podrán ser gestionadas en el parámetro otros.

Unificar los centros de recepción de PQRSDF, existiendo correspondencia entre los indicados en los informes y lo registrado en los reportes mensuales.

5. REPORTE DE MEJORA

Se resalta la diligencia y la articulación estratégica entre las áreas de Gestión Documental y Gestión Administrativa y Legal para la adquisición e implementación del nuevo software de administración de PQRSDF. Esta iniciativa no solo optimiza la capacidad operativa de la entidad, sino que fortalece la confianza, la credibilidad institucional y el compromiso con la excelencia en el servicio.

	INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 25 de 25

Se identifica la oportunidad de fortalecer institucionalmente la trazabilidad y estandarización en la gestión de las comunicaciones recibidas. Esto teniendo en cuenta que muchas ingresan al sistema y son gestionadas a través de correo institucional generando silos de información y, por tanto, no centralización de datos.

Se observa como una oportunidad materializada actualización del procedimiento Gestión y Trámite de Comunicaciones Internas (PR-GD-001) asociado al trámite de las PQRSD alineado a la plataforma ORBIS. Esta acción es fundamental para asegurar la transferencia de conocimiento y la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

6. LIMITACIONES O DIFICULTADES

El proceso presentó limitaciones en la entrega de la información, ya que fueron suministrados diferentes datos por el proceso encargado de la centralización de PQRSD, ocasionando retrasos en consolidación y el análisis de datos, así como la presentación de resultados confiables y entrega final del informe.

Para constancia se firma en Cartagena D.T. y C., a los 10 días del mes de febrero del año 2026.

APROBACIÓN DEL INFORME			
Nombre Completo	Cargo	Responsabilidad	Firma
Elizabeth Diaz Granados Beleño	Directora	Revisión y Aprobación	
EQUIPO DE AUDITORES			
Nombre Completo	Cargo	Responsabilidad	Firma
Maria Juliana Sierra Serpa	Auditor	Análisis de datos y elaboración de informe.	