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

## INFORME DE AUDITORÍA /SEGUIMIENTO

<b>Fecha de emisión del Informe</b>	<b>Día:</b>	29	<b>Mes:</b>	09	<b>Año:</b>	2025
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

<b>Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):</b>	Planeación Institucional – Seguimiento y Medición
<b>Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):</b>	Adriana Aguirre Campo
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	<p>Evaluar y verificar el grado de cumplimiento de las políticas, procedimientos, estrategias, normas internas y externas en la gestión realizada por los procesos de Planeación Institucional/ Seguimiento y Medición, con el fin de medir la eficacia, la eficiencia, y garantizar el cumplimiento y aplicación de la normatividad vigente, de acuerdo al rol de evaluación y seguimiento y el rol de enfoque hacia la prevención; teniendo en cuenta que se orienta hacia una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Institución con el fin de cumplir sus objetivos organizacionales.</p>
<b>Alcance de la Auditoría:</b>	<p>Verificación y evaluación del proceso segundo semestre 2024 y hasta el 31 de mayo de 2025 con relación a los procedimientos Fortalecimiento Del Modelo Integrado De Planeación PR-SM-011, Revisión por la Dirección PR-SM-006, Administración de Riesgos y Oportunidades PR-SM-007, Elaboración y Seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública PR-PI-012, Gestión de Estadísticas Institucionales PR-PI-013</p> <p>Evaluar la gestión de riesgo de gestión, corrupción, fiscal, tecnológico y fraude, entre otros.</p> <p>Evaluar la efectividad de los controles a través del análisis de su diseño, ejecución y no materialización de los riesgos.</p>

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 2 de 23

### Criterios de la Auditoría:

Para el alcance y despliegue de esta auditoría, se tomó como referente el marco legal vigente, así como lo reglamentado por la Institución y que es aplicable al proceso. El desarrollo de esta se da a través de la confrontación legal con los soportes documentales y digitales facilitados por la Oficina de Planeación Institucional, la utilización de las siguientes herramientas:

- o Prueba de recorrido
- o Inspección y análisis de los documentos requeridos.


Lo anterior, permitió evaluar el proceso y poder entender con mayor exactitud el desarrollo de las actividades a cargo de la oficina auditada.

## 1.1 INTRODUCCION

En el marco del Programa Anual de Auditorías para la vigencia 2025, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 20 de febrero de 2025, se programó una auditoría a los procesos de Planeación Institucional y Seguimiento y Medición. El objetivo de esta auditoría fue verificar el grado de cumplimiento de las normas, políticas, procedimientos, estrategias y regulaciones tanto internas como externas en la gestión realizada por dichos procesos.

La auditoría interna de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena se lleva a cabo de manera independiente y objetiva, con el fin de contribuir al mejoramiento del funcionamiento institucional. Este proceso está orientado a la evaluación de los procedimientos, la eficacia de los controles de riesgos y la identificación de oportunidades de mejora.

El presente informe presenta los resultados obtenidos del proceso de verificación, análisis y evaluación de la información proporcionada por el líder del proceso auditado y su equipo de trabajo. Además, se detallan los objetivos, el alcance y los criterios utilizados durante la auditoría, la cual se realizó conforme a las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, esperando que sirva como base para la implementación de acciones de prevención, corrección y mejora continua, con el propósito de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la normativa aplicable al proceso auditado.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 3 de 23

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 General:

Evaluar y verificar el grado de cumplimiento de las políticas, procedimientos, estrategias, normas internas y externas en la gestión realizada por el proceso de Planeación Institucional/ Seguimiento y Medición, con el fin de medir la eficacia, la eficiencia, y garantizar el cumplimiento y aplicación de la normatividad vigente, de acuerdo al rol de evaluación y seguimiento y el rol de enfoque hacia la prevención; teniendo en cuenta que se orienta hacia una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Institución con el fin de cumplir sus objetivos organizacionales.

### 1.2.2 Específicos:

Verificar el cumplimiento a las políticas de riesgos y sus controles.


Lograr resultados de auditoría oportunos con el fin de informar y tomar las acciones correctivas y preventivas a que haya lugar.

## 1.3 ALCANCE

Verificación y evaluación del proceso segundo semestre 2024 y hasta el 31 de mayo de 2025 con relación a los procedimientos Fortalecimiento Del Modelo Integrado De Planeación PR-SM-011, Revisión por la Dirección PR-SM-006, Administración de Riesgos y Oportunidades PR-SM-007, Elaboración y Seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública PR-PI-012, Gestión de Estadísticas Institucionales PR-PI-013


Evaluar la gestión de riesgo de gestión, corrupción, fiscal, tecnológico y fraude, entre otros.

Evaluar la efectividad de los controles a través del análisis de su diseño, ejecución y no materialización de los riesgos.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 4 de 23

#### 1.4 MARCO LEGAL

Normatividad / Criterios de Revisión	Descripción
<b>Constitución Política</b>	Constitución Política de la Republica de Colombia 1991
<b>Decreto 1083 de 2015</b>	Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública
<b>Decreto 1499 de 2017</b>	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015
<b>Ley 87 de 1993</b>	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
<b>Decreto 2106 de 2019</b>	Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública
<b>Ley 1474 de 2011</b>	Ley Anticorrupción - Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
<b>Ley 1712 de 2014</b>	Por medio del cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional.
<b>Decreto 1081 de 2015</b>	Reglamentación de la ley 1712 de 2014, en lo referente a la gestión de la información pública.
<b>Resolución 1519 de 2020</b>	Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.
<b>Circular No. 1802 de septiembre de 2021</b>	A través de la cual se implementa la Resolución 1519 de 2020.
<b>Norma ISO 9001:2015</b>	Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos
<b>Norma ISO 27001:2013</b>	Sistema de Gestión de la Seguridad de la información
<b>Norma ISO 14001:2015</b>	Sistema de Gestión Ambiental
<b>Norma ISO 45001:2018</b>	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>Modelo Integrado de Planeación y Gestión</b>	El cual da respuesta los Requisitos del Decreto 1499 de 2017

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 5 de 23

<b>Resolución 812 de 2024</b>	Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la Institución.
<b>Guía de para la Gestión por Procesos</b>	Herramienta esencial para la generación de valor público, lo que implica el fortalecimiento de la capacidad de gestión y la mejora en el desempeño.
<b>Manual del Sistema Integrado de Gestión</b>	Por el cual se determina el alcance del Sistema Integrado de Gestión (SIG) implementado en Institución Universitaria Mayor de Cartagena


Fuente: Elaboración del auditor.

## 1.5 METODOLOGIA

- Ejecución del procedimiento de auditoría interna.
- Verificación ocular de la documentación del proceso
- Prueba de recorrido.
- Solicitud de información adicional, requerida dentro del análisis de los procesos.
- Identificación y valoración de riesgos y controles clave del proceso
- Identificación de posibles brechas de control y oportunidades de mejoramiento.
- Concluir y documentar resultados.

## 1.6 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA Y/O SEGUIMIENTO

Este capítulo presenta los aspectos más relevantes identificados durante el desarrollo de la auditoría a los Procesos de Planeación Institucional y Seguimiento y Medición, así como los resultados obtenidos tras la verificación y análisis de la información suministrada por el área auditada. A través de este ejercicio se evaluó el cumplimiento de las normas legales, políticas institucionales y controles internos aplicables, con el fin de determinar el grado de conformidad del proceso frente al marco normativo y a los objetivos institucionales.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 6 de 23

La auditoría permitió evidenciar tanto fortalezas como oportunidades de mejora, las cuales se detallan en este apartado. Así mismo, hallazgos que fueron estructurados conforme a los criterios de auditoría definidos y se sustentan en la información documental, entrevistas y observaciones realizadas durante el proceso.

La exposición de estos resultados busca facilitar la toma de decisiones informadas, fomentar la mejora continua y apoyar el fortalecimiento de los controles internos en el proceso auditado.

### **GESTIÓN POR PROCESO CONFORME AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG**

De acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) La gestión por procesos es un enfoque estratégico que busca organizar y orientar las actividades de las entidades públicas con base en procesos claramente definidos, interrelacionados y alineados con el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la generación de valor para los ciudadanos, mediante la administración sistemática de sus procesos y su mejora continua.

Conforme a lo descrito es oportuno citar la Guía de para la Gestión por Procesos emitida por la Función Pública, mediante la cual se define la gestión por procesos como uno de los ocho principios fundamentales de la gestión de la calidad. Su importancia radica en que los resultados se logran con mayor eficiencia cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan de manera integrada como un proceso.

Adoptar un enfoque basado en procesos aporta múltiples beneficios a las organizaciones, tanto públicas como privadas, entre los cuales se destacan:

- Facilita la orientación hacia el cliente o, en el caso del sector público, hacia el usuario, que generalmente es la ciudadanía.
- Mejora la eficacia y la eficiencia en la ejecución de las actividades.
- Contribuye a estructurar de manera ordenada las acciones dentro de la organización.
- Permite un mejor seguimiento y control de los resultados alcanzados.
- Favorece la planeación, el establecimiento de objetivos de mejora y su cumplimiento.

Ahora bien, una vez se identifiquen los componentes del ciclo de procesos para cada uno de los identificados en la entidad, dicha información debe ser consignada en un formato denominado caracterización.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 7 de 23

Al revisar las caracterizaciones de los procesos auditados, se evidenció que cumplen con los componentes identificados de manera clara, coherente y precisa establecidos en la guía en mención; determinado nombre del proceso, su objetivo, alcance y responsable, etapas claves de la ejecución, requisitos aplicables, indicadores, riesgos, contexto y recursos; sin embargo, al detallar cada uno de estos, se encontraron las siguientes observaciones en lo referente a Planeación Institucional, las cuales se recomienda corregir:

1. No se encuentra relacionados los procedimientos PR-PI- 014 Rendición de Cuentas, el PR- PI-015 Elaboración de Políticas Institucionales, PR- PI-016 Participación Ciudadana, PR-PI-017 Gestión de Información Estadística.
2. Se relaciona el procedimiento PR-PI-003 Seguimiento al Plan de Acción que fue unificado con el PR-PI-002, al cual le fue ampliado su objetivo y alcance, quedando desde septiembre de 2024 como Elaboración y Seguimiento al Plan de Acción.
3. Se relaciona el procedimiento PR-PI-011 Fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación, el cual fue eliminado y su objeto y alcance fue abarcado por el Sistema Integrado de Gestión en el PR-SM-11.

Ahora bien, teniendo en cuenta las indicaciones impartidas a todos los procesos de la entidad, por parte de Seguimiento y Medición, se sugiere modificar la estructura de la caracterización del proceso de Planeación Institucional, siguiendo la línea de espacios o documentos donde puede ser encontrada la información, mas no el registro de manera detallada. Esto con el fin, de que los mismos no queden desactualizados cada que se produzca un cambio no sustancial.

Por otra parte, para que los procesos operen de manera correcta, ágil y dinámica, deben crear o modificar procedimientos, los cuales son el conjunto de instrucciones, relaciones y secuencias de tareas necesarias para ejecutar las actividades de un proceso. Su función es controlar y orientar las acciones de la entidad, ya que detallan de manera ordenada y paso a paso lo que debe realizarse dentro estos. En este sentido, se resalta la creación del procedimiento PR-PI-017 Gestión de Información Estadística, evidenciándose cambios significativos en la funcionabilidad y operatividad estadística de la organización.

Así mismo, al hacer trazabilidad con el PR-SM-001, se observó que en el control de modificaciones en fecha 19/05/2025 se estableció: “Se añade columna de Número a

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 8 de 23

*cada actividad en el numeral 5.2 procedimiento.”; sin embargo, al revisar la sección 5.1.4 Esquema de los Procedimientos, en el punto 5.2 Procedimiento, no se encuentra fijado este cambio. Por tanto, se aprobó y se está implementando en los procedimientos creados a partir de la fecha, sin existir un desarrollo o descripción en el documento.*

Es pertinente indicar que el objetivo de este procedimiento es establecer la metodología para la gestión de la información documentada, lo cual debe garantizar, entre otros, su integridad y trazabilidad. Es por esto que, al no tener desarrollado correctamente el punto en cuestión (5.2), podría generarse un desequilibrio en la estructuración de este documento interno. La unidad auditada, Seguimiento y Medición deberá realizar el cambio de manera efectiva en el esquema de procedimientos.


## INDICADORES DE PROCESO

El monitoreo y control de los procesos organizacionales exige contar con mecanismos que permitan evaluar objetivamente su rendimiento. En este sentido, los indicadores de procesos representan herramientas fundamentales para valorar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de las acciones ejecutadas.

En este orden, la aplicación de indicadores facilita el seguimiento de los avances institucionales, la detección oportuna de debilidades y la toma de decisiones informadas, fortaleciendo la mejora continua.

Así las cosas, se presenta el análisis arrojado de la evaluación de a los indicadores de las unidades evaluadas:

Proceso	Tipo de Indicador	Nombre del indicador	Análisis y Observación
Planeación Institucional	Eficacia	Porcentaje ejecución Plan de Desarrollo	Se observó que el proceso realiza la actividad de manera cuatrimestral, efectuando seguimiento al cumplimiento de las metas y actividades por parte de los procesos. Del desarrollo de la verificación se tiene como resultado un informe por periodo establecido. Se sugiere revisar el indicador por que se cumple considerablemente por encima de la meta.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 9 de 23

	Eficacia	Cumplimiento Política de Transparencia y Acceso a la Información	Se evidenciaron las acciones tomadas por el proceso, mediante la asignación de responsable de la política de transparencia, así como la optimización de la página institucional y el micrositio Participa. Estando alineados a los parámetros establecidos. Como resultado, se observó la rendición ante la Procuraduría del Índice de Transparencia y Acceso a la información, con un cumplimiento de 100% de la gestión.
	Eficacia	Cumplimiento del Plan de Racionalización de Tramites	Se encontraron inicialmente debilidades en la gestión y un cumplimiento relativamente por debajo de lo establecido; sin embargo, al cierre del informe se evidenciaron acciones de mejora encaminadas a la optimizar el proceso de trámites y, por ende, la medición efectiva del mismo.
	Eficacia	Índice de Cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Publica	Se identificó el proceso cumple con la ejecución de las actividades propuestas para el indicador a través de seguimientos cuatrimestrales con consolidación de resultados en un informe por periodo evaluado.
<b>Seguimiento y Medición</b>	Eficacia	Porcentaje de auditorías efectuadas	Se observó el cumplimiento del indicador. Evidenciándose la programación y ejecución del proceso de auditoría interna.
	Eficacia	Eficacia acciones de mejora	La métrica es anual y no se ha reportan evidencias para esta vigencia. En cuanto al periodo 2024 se evidenció cumplimiento del mismo y la restructuración de indicador de semestral a anual, siendo pertinente teniendo en cuenta el sobrecumplimiento.
	Eficacia	Cumplimiento Plan de Trabajo Anual Ambiental	Se verificó el cumplimiento del indicador mediante la ejecución de total de las actividades establecida en el Plan de Trabajo Anual Ambiental. Se considera pertinente evaluar el indicador porque el cumplimiento está por encima de la meta y esta conducta es reiterativa en relación al segundo semestre de 2024.
	Eficacia	Cobertura capacitación sensibilización ambiental de y	Se evidenció el cumplimiento del indicador, con la ejecución de jornadas de capacitación realizadas en el primer semestre de 2025. Al igual que el indicador anterior, el cumplimiento estuvo por encima de la meta y el comportamiento es constante de acuerdo a la evaluación de métrica en el segundo semestre de 2024.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 10 de 23

<b>Observaciones Generales:</b>	<p>Se constató el seguimiento a los indicadores por parte de los procesos evaluados y las evidencias que permitieron verificar el cumplimiento de lo descrito en las métricas consignadas en las respectivas matrices.</p>
	<p>Se recomienda implementar indicadores de efectividad que permitan evaluar si los resultados alcanzados corresponden con los objetivos trazados, más allá cumplimiento de actividades. Ofreciendo una visión clara del impacto de la gestión, facilitando la toma de decisiones estratégicas, la identificación de oportunidades de mejora y la alineación entre las acciones y las metas institucionales.</p>
	<p>Se sugiere evaluar los indicadores con sobrecumplimiento, determinando si la meta ya es insuficiente o es necesario ajustar o reevaluar el indicador para mejorar la eficiencia.</p>

Fuente: Elaboración del auditor – matrices de Indicadores de los procesos


## GESTIÓN DEL RIESGO

Dando continuidad a la articulación requerida en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, es pertinente manifestar que las entidades públicas deben formular metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que se busca atender o satisfacer (análisis del contexto), evitando proposiciones genéricas que dificulten su cuantificación, así como definir los posibles riesgos asociados al cumplimiento de dichas prioridades.

Por otra parte, la gestión del riesgo debe entenderse como un proceso sistemático y continuo que involucra la identificación, evaluación, tratamiento y supervisión de los riesgos que una institución enfrenta para lograr sus objetivos.


En consecuencia, se vislumbra que la identificación y valoración de riesgos, forma parte integral del desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos institucionales y de su implementación mediante la toma de decisiones cotidianas en cada uno de los procesos.

En este sentido, para la actividad de auditoría, es necesario verificar y analizar el comportamiento del proceso, en la identificación y valoración de sus riesgos, así como los controles establecidos para mitigar los mismos; con el fin de determinar si existen debilidades en la gestión de estos y si la deficiencia ha conllevado a la materialización de algún riesgo contemplado.

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 11 de 23

Así las cosas, es pertinente exponer los riesgos identificados en el proceso, no sin antes indicar que, en algunos casos, se pueden advertir o avizorar riesgos no previstos y tratados por este:

GESTIÓN DEL RIESGOS			
Planeación Institucional			
Riesgos de Gestión	Verificación de Controles	Riesgos de Corrupción	Verificación de Controles
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por incumplimiento de los objetivos institucionales debido a la inadecuada formulación del direccionamiento estratégico y planes tácticos	Se verificó el cumplimiento de los controles y la no materialización de este riesgo.	Posibilidad de modificar los planes, proyectos o actividades institucionales, dirigiéndolos a una destinación diferente a la establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, con el fin de favorecer a terceros y comprometer la transparencia y el cumplimiento de los objetivos institucionales	Se encuentra identificado y controlado el riesgo adecuadamente. No fueron encontradas debilidades en su tratamiento.
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por la inadecuada toma de decisiones debido al suministro de información errónea o incompleta a las partes interesadas	Se observó la aplicación de los controles y no fueron encontradas debilidades o masterización en el riesgo tratado.	Posibilidad de alterar la información institucional que debe ser reportada ante entes externos, con el objetivo de beneficiar a terceros y comprometer la veracidad, transparencia y confiabilidad de la gestión institucional.	Se encuentra identificado y controlado el riesgo adecuadamente. No fueron encontradas debilidades en su tratamiento.
Seguimiento y Medición			
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por incumplimiento a los requisitos ISO debido a la obsolescencia de la información documentada	En el proceso auditor no fueron evidenciados factores indicativos de debilidades.	Alterar u ocultar la información real del desarrollo de los procesos en favorecimiento propio o de un servidor en particular	Se evidencia un control efectivo del riesgo; sin embargo, deberá mejorar la estructuración del control establecido, puesto no refleja a cabalidad la actividad desempeñada por el proceso.
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por inadecuada toma de decisiones debido a indicadores que no aportan valor a los procesos	No existen materialización del riesgo y se evidencia cumplimiento de los controles establecidos.		


 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 12 de 23

<p>Posibilidad de pérdida económica y reputacional por disminución de índice de desempeño institucional debido a la apropiación de las políticas institucionales MIPG por cada uno de los líderes</p>	<p>Se sugiere la estructuración (redacción) del riesgo. De acuerdo con las actividades de control se enfoca a la mitigación de la <b>no</b> apropiación de las políticas. En cuanto a los controles se observó no solo el cumplimiento sino las evidencias de buenas prácticas en la implementación de estrategias para disminuir la probabilidad de materialización.</p>		
<p>Posibilidad de pérdida económica y reputacional por ineficacia en el cierre de las acciones correctivas debido a la baja apropiación de los líderes de los procesos en el cumplimiento de los requisitos de los estándares ISO</p>	<p>Al igual que el riesgo anterior, se evidencia implementación de estrategias para el cumplimiento de los controles y estos se consideran adecuados.</p>		

Fuente: Elaboración del auditor – Matriz de Riesgos procesos auditados.

Como se puede evidenciar en la tabla anterior, en los procesos evaluados, se encuentran identificados y tratados los riesgos asociados a la corrupción y a la gestión, los cuales se encuentran adecuadamente controlados mediante las medidas establecidas.

No se identificaron riesgos asociados a aspectos fiscales, tecnológicos o de fraudes, ni se vislumbró la materialización de estos ni de eventos relacionados; sin embargo, se recomienda mantener una vigilancia continua y realizar la identificación de estos posibles riesgos, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7, con el fin de fortalecer aún más el sistema de gestión y anticiparse a posibles contingencias futuras.

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 13 de 23

## **ANÁLISIS Y REVISIÓN DE DATOS/ INFORMACIÓN**

En el marco del alcance definido para la auditoría, se procedió con la revisión detallada de la información proporcionada por la unidad auditada. Esta fase se llevó a cabo a través de una matriz de chequeo, herramienta clave que permitió sistematizar y consolidar los diversos factores relevantes para la auditoría, entre lo que se puede citar, entrega oportuna de datos, análisis y verificación y, observaciones y/o recomendaciones en los casos que hubiera lugar.


Para facilitar el análisis, se realizó una revisión independiente de cada uno de los procedimientos establecidos en el alcance de la auditoría y se definieron tres áreas clave: las oportunidades de entrega de la información, la evaluación del cumplimiento y la identificación de debilidades o áreas de mejora. A continuación, se detallan lo correspondiente:

### **Fortalecimiento Del Modelo Integrado De Planeación**

En atención al procedimiento de Fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación, se evaluaron las acciones implementadas por la unidad auditada orientadas a consolidar y mejorar los procesos institucionales, de conformidad con los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

En este orden, se verificó que la unidad auditada ha realizado un diagnóstico institucional, elemento fundamental para identificar con precisión las necesidades y prioridades organizacionales para el logro de los objetivos. Esto a través de la ejecución y seguimiento constante de planes de mejoramiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, lo que contribuye a la delimitación de responsables y metas para la obtención de resultados, que serán medibles a mediano plazo con la evaluación del Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión aplicado por el Departamento Administrativo de la Función Públicas a las entidades del Estado.

Así mismo, y como punto relevante, se evidenció la creación de una Guía para la construcción de Políticas Institucionales, contribuyendo a la armonización del sistema, mediante lineamientos claros y específicos para el desarrollo eficiente y eficaz de la misma, alineándose a lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.22.3.3, especialmente en el numeral 3: *“Desarrollar una cultura*

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 14 de 23

*organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua” y, el decreto 1075 de 2015, sección 3, condiciones de calidad, artículo 2.5.3.2.3.1.3., que determina que las instituciones de educación superior deben incluir en su estructura, entre otras, la fijación de políticas institucionales.*

Ahora bien, al verificar las actividades del procedimiento se evidenció que la actividad seis describe reuniones cuatrimestrales con los líderes de dimensión; sin embargo, el registro es el plan de mejoramiento, siendo oportuno establecer la documentación de la reunión, por ejemplo, con un acta o registro de asistencia.

### **Administración de Riesgos y Oportunidades**

Al revisar objeto y alcance del PR-SM-007 se determinó que tiene como finalidad establecer los lineamientos necesarios para identificar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, generando una visión sistémica e integral de la gestión del riesgo en todos los procesos y procedimientos de la Institución, permitiendo su incorporación como una práctica transversal que fortalezca la toma de decisiones y contribuya a una cultura organizacional preventiva.

En ese sentido, el análisis debe partir de la Política de Administración del Riesgo, ya que esta traduce en una manifestación formal de la alta dirección sobre su compromiso y postura frente a la gestión del riesgo dentro de la organización. De acuerdo con lo establecido en la NTC ISO 31000 numeral 3.4, esta política representa la declaración de intenciones generales y principios que orientan la manera en que la entidad aborda los riesgos.

Al implementar esta política, se definen los lineamientos concretos para el tratamiento, control y seguimiento de los eventos, permitiendo que estos se gestionen de forma estructurada, coherente y alineada con los objetivos estratégicos de la institución.

Que, al revisar la información presentada por la dependencia auditada, se observó la elaboración de un documento independiente, con aquellos aspectos que no habían sido desarrollado en lo que hasta hoy se tiene como esta política; aprobada y adoptada por la entidad en la resolución 416 de 23 de mayo de 2023.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 15 de 23

No obstante, lo anterior, se verificó que el proyecto de la política fue presentado ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en donde fue aprobada; sin embargo, uno de los miembros con voto, manifestó que todas las políticas institucionales deben ser adoptadas ante el Consejo Directivo. En este orden, al realizar trazabilidad, teniendo en cuenta el Estatuto General y las normas aplicables, se sugiere que se revise la información, puesto que la obligatoriedad debe fijarse sobre aquellas de carácter académico, más cuando el trámite de esta, por norma es del resorte del comité en mención.

Es oportuno citar que, con la presentación y aprobación ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la política, se subsanó una de las observaciones evidenciadas en la auditoría realizada en la vigencia 2024, que señaló la aprobación de esta ante otro comité.

Ahora bien, es pertinente manifestar que con la Guía de Gestión Integral del Riesgo V7 aprobada en septiembre de 2025, deberán conciliarse los aspectos señalados con los nuevos lineamientos establecidos por esta, con relación a la administración del riesgo en las entidades públicas.

En cuanto a las actividades descritas por el procedimiento, se observó que presentaron evidencias de los informes de gestión de riesgos y oportunidades (actividad 6) para el periodo alcance de la auditoría, los cuales deben ser generados de manera cuatrimestral de acuerdo con lo dispuesto por el proceso. Así mismo, los registros presentados como soporte de socialización no corresponden a lo puntualizado en la actividad citada. El documento es una alista de asistencia con objeto la socialización de lineamientos para actualizar caracterización, matrices de riesgos, avances de los procesos en gestión de indicadores y acciones de mejora y no la del informe.

### **Revisión por la Dirección**

Así mismo, como parte del proceso de auditoría, se evaluó el procedimiento de Revisión por la Dirección, el cual tiene como objetivo estudiar la conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua del Sistema Integrado de Gestión Institucional con la dirección estratégica de la organización.

El procedimiento se inicia con la elaboración de una estrategia que define la forma en que se desarrollará la revisión. Que, al verificar la documentación aportada por el auditado, no se encontró registro de ello, puesto que lo entregado corresponde a la presentación (PowerPoint) con la consolidación y resultado del ejercicio realizado.

 <p>UMAYOR INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 16 de 23


Teniendo en cuenta que la actividad uno (1) describe el diseño de una estrategia para la Revisión por la Dirección, pero su registro no la contempla, se analizó la relevancia y oportunidad de la elaboración de esta, concluyendo que es pertinente contar con un plan definido y formalmente documentado para la ejecución de este procedimiento. La existencia de este plan permitirá una implementación adecuada y, por ende, el cumplimiento efectivo de los parámetros establecidos. En este sentido, se sugiere al proceso responsable implementar acciones de mejora orientadas a fortalecer la planificación de la revisión correspondiente a la vigencia en curso y de ser necesario, modificar el registro.

Ahora bien, al evaluar el ejercicio correspondiente a la vigencia 2024, se constató el cumplimiento tanto de los objetivos definidos en el procedimiento como de los requisitos establecidos en las normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. El proceso se desarrolló de manera adecuada, incluyendo la consolidación de la información, la presentación y la socialización de los resultados y, el levantamiento de planes de mejora (Seguimiento y Medición y Talento Humano), cumpliendo con el propósito, la frecuencia mínima y las entradas y salidas requeridas para la Revisión por la Dirección.

En cuanto a la estructura del procedimiento, se considera pertinente validar de manera general la coherencia entre la descripción de las actividades y los registros asociados. Por ejemplo, en el numeral tres (3) se menciona elaboración de un informe preliminar como resultado; sin embargo, el registro corresponde a un acta. De igual forma, en la actividad seis (6) se indica que debe publicarse el informe en la página web institucional, pero lo que se divulga realmente es el acta generada en la actividad cinco (5), documento asociado al procedimiento. Esto también se refleja en la actividad uno (1), donde se hace referencia a una estrategia que no se refleja como producto.

### **Gestión de Estadísticas Institucionales**

Teniendo en cuenta la metodología de análisis planteada se verificó el procedimiento Gestión de Estadísticas Institucionales, entendiendo que su adecuada implementación contribuye activamente a la consolidación de la memoria institucional y al fomento de una cultura organizacional orientada al uso de datos y análisis como estrategia importante para una administración pública eficiente.

 <p>UMAYOR INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 17 de 23


En este sentido, el análisis se enfocó en la evaluación de la pertinencia, eficacia y cumplimiento no solo del procedimiento sino en general del proceso estadístico de la entidad, mediante la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora que permitan optimizar su desarrollo en la entidad.

En este orden, se verificó que el proceso auditado ha logrado avances importantes en el fortalecimiento de la gestión estadística. Un hito destacado en este aspecto es la creación del Centro Estadístico Umayor (CEU), el cual se ha posicionado como un elemento estratégico para la consolidación y entrega de información clave relacionada con las actividades académicas y administrativas de la institución, así como, en la mejora de la capacidad de análisis y toma de decisiones basada en datos.

Adicionalmente, durante la inspección ocular al micrositio de la unidad, se identificó la implementación del procedimiento Gestión de la Información Estadística (código PR-PI-017), el cual, a simple vista podría parecer muy similar al procedimiento PR-PI-008; no obstante, cumple una función diferente; el PR-PI-008 está enfocado en la entrega de información estadística tanto a actores internos como externos, mientras que el PR-PI-017 se orienta a la consolidación de dicha información dentro de la entidad, lo que claramente permitirá a largo plazo robustecer el servicio prestado por el procedimiento objeto de revisión.

Ahora bien, es importante indicar que la implementación de un procedimiento debe no solo considerar la necesidad de la prestación, sino que este debe estructurarse de manera adecuada y, al revisar el PR-PI-008, se considera que quedan vacíos en la escala de ejecución. Por ejemplo:

1. Se determina la identificación de una fuente de información de acuerdo con las variables encontradas, pero no se considera un registro para la actividad. Este por ser un procedimiento que gira en torno a la consolidación de datos contar con todos los soportes de la gestión realizada.
2. En la actividad denominada: verificar completitud y enviar la información, queda inconcluso cual debería ser el proceder del responsable en caso de no contar con la integridad de la información solicitada. Se limita la descripción, a indicar que se volverá a revisar lo recolectado, pero no que pasa después de esto: se termina el flujo, se niega el requerimiento, se le reporta al solicitante de la imposibilidad, etc.
3. Así mismo, en la actividad validar la información, no se considera que pasaría si el solicitante realiza observaciones dentro del término establecido (3 días). Que, al consultarlo con la unidad auditada, indicó que a la fecha nunca ha recibido una observación pero que, en caso de efectuarse, el solicitante debe

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 18 de 23


pasar un correo con la misma y se procede a revisar y hacer los ajustes en caso de ser necesario. Esto deberá documentarse en el procedimiento.

### **Programa de Transparencia y Ética Pública**

Como resultado del proceso de revisión al Programa de Transparencia y Ética Pública, se identificaron avances importantes en la promoción de una cultura institucional basada en la integridad, la rendición de cuentas y la participación ciudadana.

Así mismo, se reconocieron debilidades en la ejecución de la estrategia, consideradas propias del contexto de transición del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano a este programa; sin embargo, se destaca positivamente la decisión de acogerse a este, con el fin de robustecer la confianza de la ciudadanía hacia la entidad. A continuación se señalan la debilidades encontradas:

- La programación de actividades con el cronograma del PTEP V1 vigencia 2025 publicado en la página institucional, se encontraron inconsistencias en las fechas de ejecución.
- Se evidenciaron debilidades en la evaluación de los componentes. Esto por presentarse inconsistencias entre lo valorado: metas – soportes y lo calificado.
- Se observó que el proceso encargado del seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública en su informe, señaló el traslado de actividades sin estar documentadas.
- Levantar actas individuales para lo relacionado al Programa de Transparencia y Ética Pública, con el fin de evitar confusiones con las fechas de cumplimiento. Esto por evidenciarse cambios al cronograma del PTEP en acta de seguimiento a los planes de acción.
- Las evidencias de los registros establecidos deben cumplir con los criterios de pertinencia y coherencia. Lo anterior, por observarse la evaluación inadecuada de registro.
- Revisar la relevancia de adoptar mediante un acto administrado el plan de transparencia y ética pública.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 19 de 23

Estas observaciones deben servir como insumo para fortalecer las acciones futuras del programa y consolidar una cultura organizacional ética y transparente.


## **2. OBSERVACIONES:**

### **2.1 Aspectos generales:**

La actividad de auditoria permitió evidenciar un crecimiento positivo de los procesos de Planeación Institucional y Seguimiento y Medición, 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:**

1. La entidad no cuenta con la adopción de la Política de Administración del Riesgos aprobada en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, posiblemente por vacíos de normas internas resultante de los cambios exponenciales que ha tenido la entidad, vulnerando lo dispuesto en el artículo 2 literal f de la ley 87 de 1993, generando posibles ambigüedades en la toma de decisiones y la falta de declaración formal de la organización en la identificación y tratamiento de sus riesgos. No obstante, como fue descrito en el capítulo de desarrollo de la auditoria, esto deberá conciliarse teniendo en cuenta las nuevas directrices establecidas por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7.
2. El proceso no aportó para el periodo de alcance de la auditoria, los registros de informe, publicación y socialización del seguimiento cuatrimestral a la gestión de riesgos y oportunidades, contemplado en la actividad seis (6) del PR-SM-011, vulnerando lo dispuesto en norma ISO 9001:2015 requisito 7.5.3, probablemente por la rotación de personal del proceso a cargo y falta de revisión de los procedimientos, generando posibles debilidades en la gestión de los riesgos institucionales por la falta de consolidación de resultado del seguimiento.
3. La programación de actividades con el cronograma del PTEP V1 vigencia 2025 publicado en la página institucional presenta inconsistencias en las fechas de ejecución, probablemente por no elaborar una nueva versión del

 <p>UMAYOR INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 20 de 23

cronograma con los ajustes realizados al mismo y por la inobservancia de la Ley 1712 de 2014, Ley 594 de 2000, ISO 9001:2015 numeral 7.5.3.1 lo que podría generar inconsistencias en la evaluación y resultados de los componentes.

4. En el primer informe de seguimiento al Cronograma de Transparencia y Ética Pública se señalaron traslado de actividades sin estar documentadas, probablemente por desconocimiento o inobservancia de la Ley 1712 de 2014, Ley 594 de 2000, ISO 9001:2015 numeral 7.5.3.1 lo que podría generar inconsistencias en la evaluación y resultados de los componentes.
5. Se evidenciaron debilidades en la evaluación de los componentes, reflejando inconsistencias entre lo valorado: metas – soportes y lo calificado, quizás por omisión de la normatividad ISO 9001:2015, posiblemente por la no determinación o falta de parámetros de evaluación, lo que podría generar diferencias en el avance de resultados (seguimiento y auditoria) y confusiones a los líderes de proceso.

### 3. CONCLUSIONES

El proceso de auditoria permitió una visión integral del estado actual de los procesos auditados, evidenciando tanto las debilidades que requieren atención y mejora, como aquellas prácticas que reflejan cumplimiento y fortalecimiento del sistema de control interno y la gestión por procesos.

Tras la verificación de la información y el análisis de los controles implementados para prevenir la materialización de riesgos, se concluye que los procesos presentan altos niveles de exposición; no obstante, las actividades orientadas a su mitigación permiten mantener bajo control tanto la probabilidad de ocurrencia como el impacto de dichos riesgos.

Así mismo, se constató que Planeación Institucional y Seguimiento y Medición han mejorado exponencialmente con relación a la gestión desempeñada en las vigencias anteriores. Esto se refleja a través de la adecuada sistematización y dinamismo de sus áreas y el fortalecimiento del personal a cargo de las actividades. Si bien hay campos en los que deberán robustecer su ejercicio, esto debe tomarse como una oportunidad de mejora para el crecimiento no solo de sus procesos sino de la entidad en general, teniendo en cuenta la relevancia y enfoque estratégico de su servicio en la organización.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 21 de 23

#### 4. RECOMENDACIONES

Conforme al análisis y evaluación efectuada en el proceso auditor, la oficina asesora de Control Interno formula las siguientes recomendaciones, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de los procesos internos y al mejoramiento continuo de la gestión institucional.

1. Estructurar la caracterización del proceso de planeación institucional de acuerdo los lineamientos impartidos por Seguimiento y Medición (SIG) en cuanto a la unificación de documentos institucionales.
2. Verificar el sentido del riesgo de gestión número tres del proceso de Seguimiento y Medición.
3. Estructurar el control del riesgo de corrupción de Seguimiento y Medición, con el objetivo de que este logre reflejar a cabalidad la actividad de control desempeñada por el proceso.
4. Establecer en la actividad seis (6) del procedimiento PR-SM-11 un registro que documente las reuniones cuatrimestrales con los líderes de dimensión.
5. Establecer en el procedimiento PR-SM-001 – control de información documentada, en el capítulo 5.1.4 Esquema de los Procedimientos, la información registrada en el control de cambios en fecha 19/09/2025, en cuanto a la adición de la columna número a la sección 5.2 Procedimiento.
6. Conciliar y articular los lineamientos de administración del riesgo contemplados en la actualidad por la Institución con las nuevas directrices fijadas por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7.
7. Evaluar en los procedimientos de los procesos auditados las actividades, descripción de estas y sus registros, para determinar la pertinencia, coherencia y cumplimiento a cabalidad de los mismos.
8. Implementar acciones de mejora orientadas a fortalecer la planificación del ejercicio de la Revisión por la Dirección.
9. Versionar los documentos de su gestión de acuerdo a los cambios que fuesen realizados.

	<b>INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO</b>	CODIGO	FT-SC-005
		VERSION	1
		FECHA	03/02/2025
		PAGINA	Página 22 de 23


10. Documentar los cambios efectuados en los planes y/o cronogramas direccionados por los procesos auditados.
11. Establecer parámetros de medición para la evaluación del Programa de Transparencia y Ética Pública.
12. Liderar procesos de capacitación sobre el Programa de Transparencia y Ética Pública.
13. Implementar indicadores de efectividad que permitan evaluar si los resultados alcanzados corresponden con los objetivos trazados.
14. Evaluar los indicadores con sobrecumplimiento, determinando si la meta ya es insuficiente o es necesario ajustar o reevaluar el indicador para mejorar la eficiencia.

## 5. REPORTE DE MEJORA

Se destaca el dinamismo que hoy refleja el proceso de Seguimiento y Medición, así como el fortalecimiento del área de Gestión Ambiental perteneciente a este. Lo que promueve una cultura organizacional en la gestión de procesos y la apropiación de estos en el flujo jerárquico.

Así mismo, es relevante citar la implementación de Centro Estadístico Umayor y general, el crecimiento exponencial de esta extensión del Proceso de Planeación Institucional, ya que con esto la institución hoy puede establecer de manera más eficiente la toma de decisiones basadas en datos.

Desde una perspectiva general, se resalta la organización interna y el compromiso del equipo de planeación, como procesos estratégicos en el acompañamiento y cumplimiento de la metas y resultados fijados por la Institución Universitaria Mayor de Cartagena.

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

## 6. LIMITACIONES O DIFICULTADES

La auditoria presentó varias dificultades que radicaron en el proceso auditor, destacándose la suspensión de contratos y alto volumen de actividades desempeñados por la unidad auditora.

Para constancia se firma en Cartagena D.T. y C., a los 02 días del mes de octubre del año 2025

APROBACIÓN DEL INFORME			
Nombre Completo	Cargo	Responsabilidad	Firma
Elizabeth Díaz Granados Beleño	Director de Control Interno	Aprobado	
EQUIPO DE AUDITORES			
Nombre Completo	Cargo	Responsabilidad	Firma
María Juliana Sierra Serpa	Apoyo a la oficina de Control Interno	Elaboración	