

DOCENCIA

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 3

FECHA DE LA AUDITORÍA:	5 de mayo de 2025
OBJETIVO:	Verificar el grado de conformidad de todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6.
ALCANCE:	Todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión
CRITERIOS:	NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6., Manual de Calidad, y los demás documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de Procesos que soportan los Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación de la Institución universitaria mayor de Cartagena

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Flor María Pérez Meléndez	Carolina Torres Narvaez

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Instalación de la auditoría. 2. Realización de auditoría interna siguiendo el ciclo PHVA aplicando muestreo selectivo de evidencias según las actividades que desarrollan en el proceso de docencia. 3. Análisis de evidencias presentadas por el líder del proceso auditado. 4. Entrevista con los responsables del proceso auditado para evidenciar su estado de avance dentro de la institución. 5. Resumen de auditoría (Observaciones y fortalezas del proceso). 6. Reunión de cierre.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: • Se observó que el líder del proceso y su equipo de trabajo tienen conocimiento del proceso y su disposición para dar respuesta y entregar las evidencias, la auditoría se desarrolló en un ambiente de cordialidad. • Se observó fluidez en la comunicación de todo el equipo. • El equipo reconoce el cumplimiento de la política integrada de gestión y su aporte en el proceso de docencia.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 3

- Se resalta el compromiso con la mejora continua para el buen funcionamiento de las actividades establecidas en el proceso.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

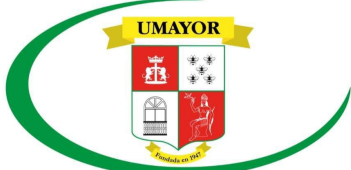
- Se recomienda revisar y actualizar el proceso atendiendo todos los cambios que han surtido como mejora continua: caracterización, procedimientos, formatos, indicadores y la matriz de riesgo.
- La organización de las evidencias en sus diferentes formatos para facilitar la entrega oportuna.
- La importancia de que el líder se asegure que el personal nuevo conozca sobre el SIG y utilice los formatos establecidos.
- Cerrar las acciones de mejora del año 2024, para evitar la acumulación de las que surgen producto de auditorías vigentes.

NO CONFORMIDADES				
Nº	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5	Docencia	El procedimiento PR-DO-PC-005 establece dentro de sus actividades presentar propuesta ante el Comité Curricular presentando el registro FT-DO-PC-010	La Facultad de Administración y Turismo presentó actualización del currículo de la asignatura Teoría Económica, no se evidencia el diligenciamiento del formato FT-DO-PC-010 tal como lo establece el procedimiento
2	7.5	Docencia	El proceso no mantiene la información documentada para soportar la operación de sus procesos Se observó que en el Procedimiento PR-DO-DI-06 Transferencias no se ejecutan actividades establecidas en el mismo	La Facultad de Administración y Turismo realizó transferencia a un grupo de estudiantes de Tecnología en Gestión Empresarial, sin embargo, no se evidencia el diligenciamiento del formato FT-DO-DI-013 como lo establece el procedimiento

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 3

ANEXOS

INVESTIGACIÓN

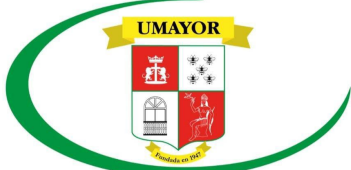
 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 4

FECHA DE LA AUDITORÍA:	3 de junio de 2025
OBJETIVO:	EVALUAR LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ISO 9001: 2015, RESOLUCIÓN 0312 DE 2019, REQUISITOS LEGALES E INSTITUCIONALES PARA EL PROCESO GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN
ALCANCE:	INVESTIGACIÓN
CRITERIOS:	ISO 9001:2015 Requisitos Legales e Institucionales

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
LEIDY LUZ HADECHINI MEZA	NESTOR LUIS RODRIGUEZ BARRIOS

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Instalación de Auditoría y presentación de todos los asistentes. 2. Realización de auditoría interna siguiendo el ciclo PHVA establecido en la caracterización del proceso. Se aplicó muestreo selectivo de evidencias en los procedimientos según las entradas y salidas contempladas en la caracterización y los procedimientos asociados. La trazabilidad fue realizada con estudiantes de distintos programas académicos. 3. Análisis de evidencias presentadas por el líder del proceso auditado. Se verifican evidencias físicas y digitalizadas para los procedimientos de opciones de grado, financiación de proyectos, publicación de libros y revistas. - Se solicitó información para envío por correo electrónico de manera posterior a la auditoría con el ánimo de complementar el informe. 4. Retroalimentación al equipo auditado sobre los resultados preliminares de la auditoria, precisando las fortalezas y los aspectos por mejorar en el proceso. 5. Cierre de la auditoría. Firma de registro de asistencia por parte de todos los asistentes.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: - Se evidencia amplio conocimiento y manejo del Sistema de Gestión de la Calidad para el proceso Investigación, por parte del líder del proceso y de su equipo de trabajo. - El equipo reconoce el lugar del proceso frente al cumplimiento de la política integrada de gestión y su aporte para promover un desarrollo integral centrado en el bienestar de sus colaboradores. - Se evidenció buena actitud, disposición para la escucha y la recepción de comentarios por parte del auditado y todo su equipo de trabajo.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 4

- Se realizó trazabilidad para los procedimientos que contempla la caracterización evidenciando disponibilidad de la información y buena receptividad para hacer entrega de los insumos solicitados.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Actualizar y publicar el Acuerdo de Investigación (Acuerdo 40 del 12 de julio de 2024) con base en los cambios estructurales recientes, de manera que se refleje con claridad la conformación actual del equipo responsable, así como la distribución real de funciones entre los líderes de investigación y los líderes de investigación formativa. Esta actualización permitirá restablecer la coherencia entre el marco normativo y la operatividad del proceso, garantizando el control y seguimiento desde la Dirección de Investigaciones e Innovación sobre las actividades de formación investigativa y de investigación formativa desarrolladas en las Facultades.
- Realizar la actualización integral de la información publicada en la página web institucional, incluyendo cada uno de los micrositos destinados a brindar información general al público. Esta acción debe garantizar que los contenidos reflejen de manera veraz, actualizada y coherente los procesos, servicios y responsables institucionales, contribuyendo así a la transparencia y acceso a la información.
- En la caracterización del proceso se menciona la estrategia extracurricular de Proyectos de Aula, ejercicio que fue reformado y actualmente se denomina “Estrategia curricular”. Se sugiere actualizar la caracterización del proceso y hacer revisión del alcance de la estrategia, así como la responsabilidad que tiene el área de Investigación sobre el ejercicio de esta.
- Diseñar e implementar una estrategia o procedimiento institucional que permita concertar, centralizar y acceder a la información del personal docente contratado con horas de investigación en las diferentes Facultades Académicas. Esta herramienta facilitará el seguimiento a los planes de trabajo individuales y permitirá articular los resultados de investigación con el cumplimiento del Plan de Acción Institucional.
- Se hizo trazabilidad del procedimiento PR-IV-007 Opción de grado mediante muestreo aleatorio de los listados de estudiantes que suscribieron su opción de grado en 2024 y 2025. Se sugiere:

Apoyar el ejercicio de la Opción de Grado de Semilleros de Investigación con la expedición de una Lineamientos Institucionales de Semilleros de Investigación, de modo que, todo docente que cree un semillero pueda gozar del respectivo acompañamiento de Investigación o del área que se designe en cuanto alcance del trabajo, compromisos de docentes y semilleristas, trabajo final por entregar, lineamientos para la presentación de este, plazos, entre otros aspectos.

Renovar repositorio institucional de trabajos de opciones de grado. A la fecha, no se cuenta con una memoria histórica de los trabajos que los estudiantes han presentado de conformidad con las líneas que alimentan los grupos de investigación. Es conveniente mantener actualizada esta

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 4

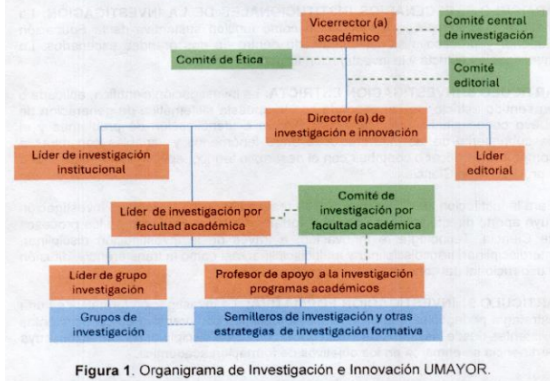
información con fines de registro, renovación de registros y acreditaciones de programas académicos.

El equipo de Investigación solicita la creación una estrategia o procedimiento de verificación de la Opción de Grado de Diplomados que esté a cargo de Extensión y Proyección Social, toda vez que, desde el área se envía el consolidado de estudiantes que optan por esta opción, pero no se ejerce ningún tipo de actuación durante el desarrollo de los diplomados. No obstante, de manera posterior se les solicita dar visto bueno a todos los estudiantes que cursaron diplomados dependiendo exclusivamente de la información que sea suministrada.

- Agregar el procedimiento “PR-IV-008-Procedimiento para edición y publicación de libros con el sello editorial Umayor”, en la caracterización del proceso. Fue auditado, se realizó trazabilidad, no obstante, no se encuentra relacionada en el aparte de Documentos Internos. El equipo auditado manifiesta que a la fecha se dio apertura de la convocatoria de publicación de libros, pero no cuenta con personal dedicado a la labor de gestión editorial, frente a la revisión, evaluación, diagramación, edición, entre otras labores inherente a la gestión editorial.
- Actualizar y poner en funcionamiento el sistema Open Journals System (OJS) de la revista institucional, garantizando su operatividad y adecuación a los estándares de gestión editorial. De forma complementaria, se recomienda asignar o contratar personal responsable y capacitado para asumir las labores de gestión editorial, con el fin de asegurar la eficiencia, calidad y periodicidad en el proceso de recepción, evaluación y publicación de manuscritos conforme al procedimiento PR-IV-006 “Publicación en revistas seriadas o indexadas”.
- Se realizó trazabilidad al procedimiento “PR-IV-002 procedimiento para la presentación de propuestas para acceder a recursos de financiación”. El equipo auditado manifiesta que a la fecha se dio apertura a la Convocatoria Interna de financiación de proyectos de investigación y actualmente se encuentran en la búsqueda de profesionales expertos en las áreas de los proyectos para iniciar la etapa de revisión y evaluación. Se recomienda la creación de los Lineamientos institucionales para la supervisión técnica y financiera de los proyectos financiados, recordando que la falta de control podría generar riesgos con alto impacto sobre las asignaciones que cada docente investigador recibiría para la ejecución de las actividades planteadas.

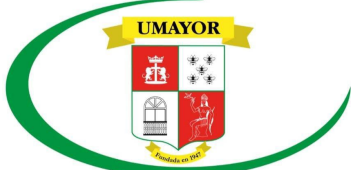
NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 4 de 4

1	7.5.2	INVESTIGACIÓN	Se evidencia falta de congruencia entre la estructura organizativa establecida en el Acuerdo de Investigación (Acuerdo 40 de 2024) y la operatividad actual del proceso. Los líderes de investigación asignados en el acuerdo han asumido, además, el rol de líderes de investigación formativa y se han integrado a las Facultades Académicas, lo cual ha generado desarticulación funcional y falta de control por parte de la Dirección de Investigación sobre las actividades relacionadas con la formación investigativa y la investigación formativa.	Acuerdo 40 de 12 de julio del 2024 Estructura organizacional del sistema de investigación (artículo 10):  Figura 1. Organigrama de Investigación e Innovación Umayor. Hallazgo Equipo actual adscrito al proceso de investigación: - Director de Investigación Equipo de investigación que depende de las Facultades Académicas - Líder de Grupo de Investigación - Líder de Investigación - Profesores de apoyo a la investigación por programas académicos Actores que, durante 2025, no reportan contratación: - Líder editorial - Líder de investigación institucional
---	-------	---------------	--	--

ANEXOS

EXTENSIÓN

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 6

FECHA DE LA AUDITORÍA:	13/05/2025
OBJETIVO:	Verificar la conformidad del proceso de extensión con los requisitos establecidos por la Norma ISO 9001:2015 y los lineamientos institucionales, evaluando la eficacia del sistema de gestión para asegurar la calidad en la planificación, ejecución, control y evaluación de programas, proyectos y actividades de extensión.
ALCANCE:	Desde la identificación de las necesidades de las partes interesadas hasta la evaluación del impacto de los proyectos y actividades de extensión, incluyendo prácticas profesionales y formación continua.
CRITERIOS:	ISO 9001:2015

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Adriana Aguirre Campo	Adriana Aguirre Campo Daniel Mejía Triviño

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
- Revisión documental del proceso de extensión - Entrevistas a responsables de proyectos, prácticas y formación continua - Verificación de registros y evidencias de planeación y ejecución - Análisis de indicadores de cobertura, pertinencia y cumplimiento - Revisión de mecanismos de control y seguimiento de actividades

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: El proceso de extensión demuestra una clara orientación hacia la responsabilidad social universitaria, alineada con la promesa de valor institucional. Se evidencia una intención estratégica de impactar positivamente en comunidades vulnerables mediante proyectos de alto valor social. Esta orientación se refleja en los objetivos del proceso, en la formulación de los proyectos de intervención, y en la priorización de necesidades sociales reales, lo que permite fortalecer la pertinencia de la labor universitaria en su entorno.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 2 de 6

- Se encuentran definidos y documentados los pasos para la liberación de productos y resultados de los proyectos, programas de formación continua y practicas que realiza el proceso, lo cual permite garantizar el cumplimiento de los requisitos acordados con las partes interesadas. Esta liberación incluye mecanismos de verificación del cumplimiento de objetivos, entrega formal de productos, y validación de resultados por parte de la comunidad o entidad beneficiaria. La existencia de estos procedimientos aporta al control de la calidad y al cierre efectivo de cada iniciativa desarrollada.
- La ejecución de los proyectos de extensión evidencia una integración activa entre la docencia, la investigación y la proyección social, promoviendo la participación directa tanto de docentes como de estudiantes. Esta vinculación no solo potencia la formación integral del estudiante, sino que también garantiza que las intervenciones cuenten con un respaldo académico y técnico adecuado. La sinergia entre los actores académicos permite un aprendizaje experiencial, fortalece las competencias profesionales de los estudiantes, y aporta soluciones pertinentes a las problemáticas abordadas.
- La formación continua está alineada con necesidades sociales y demandas del entorno
- Participación activa de estudiantes en escenarios reales, facilitando el aprendizaje práctico
- Fortalecer los mecanismos de supervisión y seguimiento institucional durante el desarrollo de la práctica.
- Se evidencia una organización estructurada y sistemática en la planificación, ejecución y seguimiento de los programas de formación continua y prácticas profesionales. Esta organización permite una trazabilidad clara del proceso, desde la identificación de necesidades hasta la entrega de resultados, lo cual fortalece el cumplimiento de los requisitos de calidad institucional y de la norma ISO 9001:2015. Respecto a las prácticas profesionales, la información está organizada de manera que permite hacer seguimiento al proceso completo: desde la postulación del estudiante, la asignación del lugar de práctica, la verificación del perfil del cargo, hasta los informes de seguimiento y evaluación de desempeño. Esta organización facilita tanto el acompañamiento académico como la intervención oportuna ante desviaciones, aportando a la formación integral del estudiante y al fortalecimiento de los lazos con el sector externo. La disponibilidad y el orden de la información en ambos componentes constituyen una buena práctica institucional que apoya la toma de decisiones, la rendición de cuentas y el aseguramiento de la calidad del proceso de extensión.
- Durante el desarrollo de la auditoría se evidenció que el líder del proceso de extensión posee un conocimiento profundo y actualizado sobre todas las etapas, actividades, indicadores y resultados asociados al proceso. Este manejo integral de la información incluye tanto aspectos estratégicos como operativos, lo que le permite articular con eficacia las acciones del proceso con los objetivos institucionales y responder con claridad a los requerimientos de auditoría.
- Se destaca como fortaleza la implementación de un software que automatiza la generación de certificados, permite a los docentes cargar sus notas de forma directa y facilita el seguimiento financiero de los programas. Esta herramienta contribuye a la eficiencia operativa, mejora la



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 3 de 6

trazabilidad de la información académica y administrativa, y optimiza los tiempos de respuesta en los procesos de formación continua.

- Se resalta como fortaleza la programación de diplomados en periodos intersemestrales, lo cual permite evitar cruces con las clases regulares de los estudiantes. Esta estrategia favorece una mayor participación, optimiza el uso del tiempo académico y demuestra una planificación flexible y alineada con las necesidades de la comunidad estudiantil.

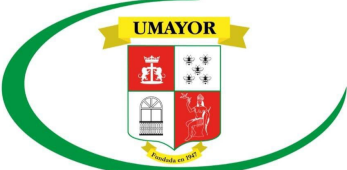
OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Actualmente, la evaluación del desempeño de las organizaciones externas es parcial o reactiva. Se sugiere implementar una herramienta periódica de retroalimentación y verificación, que incluya criterios de calidad, pertinencia, y condiciones adecuadas para el desarrollo de las prácticas profesionales.
- La evaluación del impacto social de los proyectos aún depende en gran medida de percepciones y no siempre se soporta con datos sistemáticos. Se recomienda fortalecer el uso de indicadores definidos (como cambio en condiciones de vida o cumplimiento de objetivos específicos), mediante herramientas de medición periódicas.
- Promover la integración de los proyectos sociales a las líneas de investigación institucionales lo cual fortalecería la coherencia del proceso con la función misional de investigación y generaría mayor valor agregado a las comunidades beneficiarias.
- Se presenta la oportunidad de ampliar la oferta de formación continua, extendiéndola no solo a los estudiantes internos, sino también al sector externo, incluyendo profesionales, empresas y la comunidad en general. Esta ampliación permitiría diversificar la población beneficiaria, aumentar la cobertura institucional y generar nuevas fuentes de ingresos para la institución, fortaleciendo así su impacto social y económico.
- Definir un número específico de horas que debe cumplir cada estudiante en sus prácticas sociales para asegurar que la experiencia sea significativa y cumpla con los objetivos del programa académico. Además, es necesario fortalecer el mecanismo de evaluación de dichas prácticas mediante un sistema claro y robusto que permita valorar de manera integral el desempeño del estudiante. Paralelamente, desde la Oficina de Extensión se debe establecer un proceso formal para validar que la asignación de proyectos o actividades en las prácticas sociales esté alineada con el programa académico que cursa el estudiante, garantizando así la pertinencia y relevancia de la experiencia práctica.
- Fortalecer el seguimiento y la organización de toda la documentación asociada a los proyectos sociales. Es fundamental establecer mecanismos claros para la recolección, sistematización y conservación de la información, garantizando su trazabilidad, disponibilidad y calidad. Esto

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 4 de 6

implica definir los tiempos, responsables y formatos estandarizados para el registro de actividades. • Actualizar de los procedimientos institucionales para reflejar correctamente los responsables actuales de los procesos. Por ejemplo, en uno de los documentos revisados aún se menciona al software "Was" como responsable, cuando dicha función se desempeña en el aplicativo "Ulices". Mantener la información documentada actualizada y alineada con la realidad operativa contribuye a una comunicación clara, evita errores en la ejecución de los procesos y fortalece la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
--

NO CONFORMIDADES				
Nº	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
	7.2	Extensión	La organización no documenta la información necesaria de las personas que realizan bajo su control un trabajo que afecta al desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; asegurarse de que estas personas sean competentes, con base en una educación, formación o experiencia apropiadas.	PR-EX-002 Desarrollo de programas de formación continuada Programa de formación continuada Mypime desarrollado en el año 2024 no cuenta con perfil docente
	8.5.1		La organización ha implementado la prestación del servicio bajo condiciones no controladas.	No se evidencian soportes de las actividades programadas en el proyecto Resiliente para el año 2025, específicamente el listado de asistencia (FT-EX-017) del taller de formación en apoyo emocional y la capacitación en emprendimiento

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 5 de 6

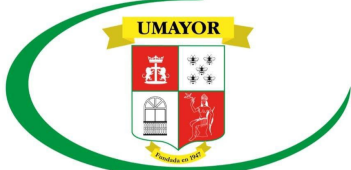
				realizadas en el mes de marzo. Esta no conformidad es reiterativa en relación al informe de auditoria externa año 2023.
	7.5.1		La organización debe asegurar que la información documentada sea adecuada, controlada y disponible donde y cuando se necesite	- La estudiante Yuliana Suárez, que realiza prácticas bajo el convenio con la empresa Optiturs, no cuenta con el certificado laboral que especifique las funciones realizadas, incumpliendo lo establecido en el procedimiento de prácticas. (PR-EX-004) - La estudiante Yurlenis Martínez no presenta hoja de vida firmada y las funciones principales realizadas no están definidas en el formato oficial establecido. (FT-EX-040) - La estudiante Marcela Coneo, del programa de Operación Turística, no evidencia afiliación a la ARL, requisito indispensable según el procedimiento de prácticas. (PR-EX-004) Se evidenció inadecuado control

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 6 de 6

				sobre la organización en la gestión y archivo de la información relacionada con los proyectos, lo que dificulta la trazabilidad, el acceso oportuno y la confiabilidad de los datos necesarios para la toma de decisiones y el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad. El formato de horarios no se encuentra registrado en el SIG.
--	--	--	--	--

ANEXOS

BIENESTAR UNIVERSITARIO

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 4

FECHA DE LA AUDITORÍA:	Mayo 8 de 2025
OBJETIVO:	EVALUAR LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN,ISO 9001: 2015
ALCANCE:	Proceso de Bienestar Universitario
CRITERIOS:	ISO 9001:2015 y demás requisitos legales e institucionales, como los documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de los procesos.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
ADRIANA AGUIRRE CAMPO	CARINA ISABEL FERNANDEZ MONTES NESTOR LUIS RODRIGUEZ BARRIOS

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Revisión de Caracterización, indicadores, matriz de riesgo y oportunidades, cronograma de actividades, procedimientos, plan de acción

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: La buena disposición del líder de proceso, así como la de todo el equipo para la auditoría. La mayoría de la información fue encontrada de forma organizada y las muestras solicitadas se facilitaban de forma rápida. En cumplimiento de las observaciones derivadas de la auditoría anterior, se ha consolidado un cronograma único de actividades aplicable a todas las áreas. Adicionalmente, se actualizó el formato

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 4

FT-BU-008 con la inclusión de una columna para el registro del número de cédula de los estudiantes, con el fin de mejorar la trazabilidad y el control de la participación.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Durante el proceso de verificación de la ejecución de actividades, se identificó una discrepancia en las fechas registradas respecto al cronograma establecido. Esta inconsistencia se atribuye a situaciones imprevistas que afectaron la ejecución conforme a lo planificado. En consecuencia, se recomienda incorporar una sección de observaciones en el formato FT-BU-008 (Registro de Asistencia de Actividades) para documentar estos casos, incluyendo la justificación correspondiente y la sede en la que se llevó a cabo la actividad reprogramada.

Indicadores

En cuanto a los indicadores estos se presentaron los del 2024, debido a que se cargan a finales de cada semestre, sin embargo, el indicador **TASA DE ESTUDIANTES EN RIESGO ATENDIDOS y APOYO PARA FOMENTO DE LA PERMANENCIA**, aunque se cumplió la meta del 70% que es la establecida, el margen de estudiantes sin atención es alto, por lo cual se recomienda una medida para la atención y seguimiento oportuno

Procedimientos:

- PR-BU-006 Identificación de estudiantes con riesgo para la permanencia
- PR-BU-008 Identificación de factores de riesgos estudiantes de nuevo ingreso

Si bien los procedimientos en mención se encuentran relacionados con el área de Bienestar Institucional, es una oportunidad de mejora actualizarlos teniendo en cuenta que la institución cuenta con la política de gratuidad y alcaldía planeación, lo cual hace que los estudiantes prácticamente estén cancelando un monto bajo en la matrícula. En virtud de lo anterior, se recomienda que estos procedimientos sean revisados por el responsable del proceso de Permanencia, con el fin de

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 4

actualizarlos y alinearlos a las actividades, responsabilidades y condiciones específicas de dicho proceso.

Aunque esta situación podría interpretarse como una no conformidad respecto a la implementación de los procedimientos definidos, se propone gestionarla como una oportunidad de mejora. Esto permitirá el rediseño de los procedimientos bajo criterios de pertinencia, eficacia y coherencia con las necesidades institucionales y los requisitos del sistema de gestión de calidad.

En el Procedimiento PR-BU-008 Identificación de factores de riesgos estudiantes de nuevo ingreso, se sugiere revisión con el SIG debido a que se observa que no hay secuencia en la estructura del procedimiento, ver foto anexa. (para tener en cuenta en las acciones a realizar en cuanto a este procedimiento)

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia

ANEXOS

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 4 de 4

3. RESPONSABLE

Coordinador de permanencia

4. DEFINICIONES

5.

Procedimiento: Forma especificada de realizar una actividad

Caracterización estudiantil: Detección de diversas características o rasgos de la población de acuerdo con las diversas condiciones de los grupos o personas evaluadas

Seguimiento: Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso

Permanencia estudiantil: Retención de estudiantes producto de acciones interrelacionadas que procuran mantener a quienes se han vinculado a los programas de formación académica, realizando esfuerzos institucionales desde diferentes enfoques.

6. CONTENIDO

5.1 GENERALIDADES

Foto procedimiento PR-BU-008

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LEGAL

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 4

FECHA DE LA AUDITORÍA:	07 Mayo de 2025
OBJETIVO:	Verificar el adecuado cumplimiento de los controles establecidos para la mitigación de riesgos del proceso de Gestión Administrativa y Legal, con el fin de medir el desempeño y la mejora de la eficacia y eficiencia.
ALCANCE:	El alcance de la auditoría al proceso de Gestión Administrativa y Legal cubre los siguientes aspectos: Evaluar los riesgos internos y externos, verificar el avance del cumplimiento del P.A. verificar el cumplimiento de las actividades, aplicación de los mecanismos de seguimiento y la autoevaluación de los procedimientos adscritos al proceso.
CRITERIOS:	Criterios NTC-ISO 9001:2015, Manual de Calidad, y demás requisitos legales e institucionales, como los documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de los procesos.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Adriana Aguirre Campo	Yelis del Pilar Rosero Guerrero Sindy Vásquez

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
- Se realiza la presentación por parte del equipo auditor, indicando que la presente auditoría es proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría, se recalca que las auditorías internas, denominadas en algunos casos auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de la propia organización, con el objeto de identificar oportunidades de mejoras y preparar a la institución para las futuras auditorías externas. - Se indica que la jornada será desarrollada bajo las directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la ISO 19011:2018 y la verificación del cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001:2015 mediante el ciclo PHVA, el enfoque incluyó la revisión de documentación, entrevistas al personal clave y observación de actividades. - Se realizó la revisión de los documentos del proceso, iniciando con la caracterización del proceso con aras de validar la operatividad del proceso mediante el ciclo PVHA; así como también la revisión

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 2 de 4

- Se destaca de los actores que ejecutan actividades en el área que intervienen en la gestión Administrativa y Legal y que apoyaron el proceso de auditoría, quienes mostraron la disposición para atender los requerimientos y brindar la información necesaria, permitiendo así un proceso de auditoría adecuado y efectivo.
- El equipo de Gestión Administrativa y Legal, apropia la Política del SIG, roles y responsabilidades, así como también la caracterización del proceso, los procedimientos y formatos adscritos al mismo
- Se evidencian gestiones en el proceso de administración, sistematización, unificación y traslados de los PQRS a la dependencia de Gestión Documental.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Se recomienda actualización de la información documental y/o actividades relacionadas con el proceso
- Se recomienda tener la matriz de partes interesadas del proceso
- Se recomienda realizar un análisis DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas) considerando las partes interesadas del proceso. Este análisis proporcionará una comprensión más completa del contexto del proceso y ayuda a identificar oportunidades y desafíos relevantes.
- Se recomienda indexar dentro el archivo de FT-AL-001, Versión Fecha 06/03/25, un instructivo de diligenciamiento el cual es crucial para garantizar que la información se registre de manera precisa y coherente. Esto ayuda a evitar errores, confusiones y a asegurar que la normativa se aplique correctamente, optimizando la gestión documental y el cumplimiento de las obligaciones legales.
- Se recomienda a la socialización y difusión de las políticas disciplinarias, asegurando que todo el personal reciba, comprenda y acepte dichas políticas.
- Se recomienda incluir evidencia de la socialización de las políticas disciplinarias al personal, como registros de capacitaciones, firmas de recepción o confirmaciones electrónicas.
- Se recomienda la emisión del un instructivo para el correcto diligenciamiento del normograma por parte de los líderes de proceso
- Se destaca que el proceso tiene actualizado la matriz de riesgos de corrupción del 22/04/25, sin embargo, se recomienda realizar seguimiento al área de planeación que es el encargado cargar la matriz actualizada recibida por partes de los procesos
- Se recomienda tener la trazabilidad del acta donde el autodiagnóstico de MIPG es retirado del proceso quedando como válido el diligenciamiento del FURAG en las fechas estipuladas.
- Se recomienda trabajar de manera articulada con el SIG con el objeto de validar y dar cierre a las acciones correctivas o de mejoras identificadas para el año 2024 y que a la fecha no presentan cambio en el visualizador; pero sin embargo se evidencia adelantos en la gestión de las acciones mejoras.

NO CONFORMIDADES



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 3 de 4

N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.2	Gestión administrativa a y legal	No se evidencia la adecuada socialización ni se dispone de documentación que respalde la comunicación formal de las políticas disciplinarias al personal. Esta situación limita la capacidad de la organización para garantizar que todos los colaboradores tengan conocimiento y comprensión efectiva de dichas políticas, tal como lo requiere el Procedimiento de Procesos Disciplinarios (PR-AL-001), afectando la conformidad con los requisitos internos y la mejora continua del sistema de gestión.	PR-AL-001 (V3 del 29/03/2023) Procedimiento de procesos disciplinarios
	7.5.3.2	Gestión administrativa a y legal	El proceso carece de la información documentada necesaria y apropiada para respaldar su funcionamiento adecuado, así como para evidenciar que los productos y servicios cumplen con los	No se encontraron registros debidamente firmados en ninguna de las actividades establecidas en el Procedimiento para Abrir Procesos Disciplinarios en Curso (PR-AL-001, versión 3, 29/03/2023). Esta falta de firma afecta la validez y trazabilidad de documentos clave como actas, oficios y auto.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 4 de 4

			requisitos establecidos en el Sistema de Gestión de Integral	No se encontraron los registros como los indica el procedimiento en la actividad #5 Acta de Comité Disciplinario - Acta de Cierre
	8.2.3.1	Gestión administrativa a y legal	El proceso carece de la revisión de los requisitos para los productos y servicios con el objeto de identificar, mantener actualizados y cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables, lo cual se traduce en la necesidad de contar con una matriz o normograma legal que facilite esta gestión	1.No se evidencia Acta de Reuniones que avala la Actividad “Revisar fuentes de información” según PR-AL-004 el cual garantiza el cumplimiento de la acción. 2. No se evidencia en el portal Institucional el FT-AL-001, Versión Fecha 06/03/25, en la plataforma institucional https://umayor.edu.co/institucional/normatividad/ se registra un formato distinto al que se está difundiendo y utilizando. 3.No se evidencia la actividad “Evaluar cumplimiento de requisitos legales” según el PR-AL-004, cuyo responsable es el equipo auditor, oficina de control interno y como producto o registro informe de auditoría sobre la evaluación de cumplimientos de los requisitos legales. 4.No se evidencia la actividad “Documentar acciones de mejoras efectivas según el PR-AL-004, con responsabilidad en los líderes de proceso y cuyo producto o registro son las acciones de mejoras que se administran en el FT-SM-003.

ANEXOS

ADMISIÓN, REGISTRO Y CONTROL

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 2

FECHA DE LA AUDITORÍA:	08-05-2025
OBJETIVO:	EVALUAR LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ISO 9001: 2015, DECRETO 1072 DE 2015 CAPÍTULO 6, RESOLUCIÓN 0312 DE 2019, REQUISITOS LEGALES E INSTITUCIONALES.
ALCANCE:	Proceso de Admisión, registro y control
CRITERIOS:	ISO 9001:2015, y demás requisitos legales e institucionales, como los documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de los procesos.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Adriana Aguirre	Sandra Simanca Palencia

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Se da inicio a la auditoria del proceso de Admisión registro y control el día 8 de mayo de 2025, en la oficina del proceso, con la finalidad de validar el cumplimiento de requisitos de la ISO 9001:2015. Atendió la auditoria el responsable del proceso con su equipo de trabajo, quienes dieron respuesta los requerimientos solicitados. - Breve explicación del objetivo de la auditoria. - Realización de auditoría interna aplicando muestreo selectivo de información documentada siguiendo el ciclo PHVA. - Validación de evidencias objetivas frente al requisito normativo - Cierre de auditoria (Observaciones, no conformidades detectadas y fortalezas del proceso)

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: Se evidenció buena actitud, disposición para la escucha y la recepción de comentarios por parte del auditado y todo su equipo de trabajo. Se evidencia amplio conocimiento y manejo del Sistema de Gestión de la Calidad para el proceso Admisión Registro y Control, por parte del líder del proceso y de su equipo de trabajo.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 2

El equipo reconoce el lugar del proceso frente al cumplimiento de la política integrada de gestión y su aporte para promover un desarrollo integral centrado en el bienestar de sus colaboradores.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Revisión y ajuste de las metas establecidas en los indicadores del proceso.
- Revisión y actualización de los procedimientos (en definiciones, actividades, entre otros) para que estén acordes a la realidad del proceso.
- Establecer mecanismos para medir la eficiencia en los tiempos de respuesta en los canales de atención (Whatsapp y plataforma CARO), toda vez que no es posible validar la oportunidad de la respuesta por parte de la dependencia.
- Establecer mecanismos para garantizar la seguridad de la información en sinergia con la oficina de Soporte y Desarrollo Tecnológico.

NO CONFORMIDADES

N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5.3.2	Admisión, registro y control	Durante la visita realizada por la Institución Madre Laura el 28 de marzo de 2025, se evidenció el diligenciamiento incompleto del formato FT-AD-012 Reporte de Interesados, correspondiente al registro de dicha visita. El documento presentaba campos obligatorios sin llenar, entre ellos: Tipo y número de documento, correo electrónico, colegio donde se graduó y programa de interés, lo cual afecta la integridad del registro y el cumplimiento de los procedimientos establecidos para el control del proceso. El formato de informe no corresponde al formato FT-AD-013 Reporte de visitas a feria o eventos, toda vez que el registro actual no tiene cabezote y se encuentran en hojas membretadas.	FT-AD-012 Reporte de Interesados FT-AD-013 Reporte de visitas a feria o eventos
2	9.1.1 (d)	Admisión, registro y control	El proceso no realiza la medición, análisis y evaluación de los resultados de su indicador en la periodicidad establecida	FT-SM-022 Ficha Técnica de Indicadores (Proceso de Admisión, registro y control)

ANEXOS

GESTIÓN DOCUMENTAL

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 6

FECHA DE LA AUDITORÍA:	08 de mayo del 2025
OBJETIVO:	Evaluar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en el proceso de Gestión documental, identificando fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo del SIG en la Institución Universitaria Mayor de Cartagena.
ALCANCE:	Auditoría al proceso de Gestión documental, incluyendo caracterización, procedimientos y formatos relacionados al proceso.
CRITERIOS:	• Norma ISO 9001:2015 • Procedimientos institucionales • PINAR • Caracterización

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Abel Geovani Guzman Puerta	Sindy Vasquez

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Instalación de Auditoría 2. Realización de auditoría interna siguiendo el ciclo PHVA con apoyo de la caracterización del proceso de Gestión documental 3. Revisión y verificación de los procedimientos correspondiente al proceso de Gestión documental



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 2 de 6

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

FORTALEZAS:

Durante el desarrollo de la auditoría al proceso de Gestión Documental, se identificaron las siguientes fortalezas relevantes, las cuales reflejan buenas prácticas institucionales y madurez en la implementación del sistema de gestión:

a. **Liderazgo técnico-operativo efectivo:**

Se evidenció un alto dominio conceptual, normativo y procedimental por parte del líder del proceso y su equipo de trabajo, lo cual garantiza la adecuada ejecución de las actividades bajo su responsabilidad. Esta fortaleza se atribuye al liderazgo estratégico del director del proceso, quien ejerce una delegación eficaz de funciones y brinda acompañamiento permanente a los niveles técnico y operativo, lo que fortalece la gestión y asegura la alineación con los objetivos institucionales.

b. **Actitud proactiva ante la auditoría:**

El equipo de trabajo auditado demostró una actitud abierta, colaborativa y receptiva frente a las observaciones y recomendaciones emitidas por el equipo auditor. Esta disposición facilitó un ambiente de trabajo transparente y participativo, y refleja un alto nivel de compromiso con la mejora continua del proceso.

c. **Compromiso institucional:**

Se destaca el compromiso institucional, reflejado en el proceso de Gestión del Talento Humano, con la mejora permanente de las condiciones laborales de los colaboradores. Este compromiso se materializa en acciones concretas de capacitación, incentivos, reconocimiento, seguimiento y evaluación, las cuales contribuyen positivamente al fortalecimiento del clima organizacional en la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, en coherencia con las metas establecidas en su Plan de Desarrollo Institucional.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Durante la auditoría al proceso de Gestión Documental, se identificaron diversas situaciones que, si bien no constituyen no conformidades, representan oportunidades claras para fortalecer el sistema de gestión, mejorar la eficiencia operativa y asegurar la conformidad con los requisitos normativos y legales aplicables:

a. Fortalecimiento del marco de planificación estratégica del proceso:

Se reconoce la iniciativa de la actual directora del proceso al realizar un diagnóstico situacional al momento de asumir el cargo, lo cual permitió tomar decisiones informadas y reorientar el plan de acción.

b. Actualización normativa y documental pendiente:

Se encuentra en proceso de actualización la política del proceso de Gestión Documental, acción que resulta fundamental para asegurar la alineación con los lineamientos vigentes del Archivo General de la Nación y el marco normativo interno. Se recomienda priorizar esta actualización y su socialización institucional, de manera que los actores involucrados dispongan de lineamientos claros y actualizados.

c. Reubicación del procedimiento de PQRS:

Se evidenció que el procedimiento institucional para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) se encuentra actualmente bajo la responsabilidad de la Secretaría General. Sin embargo, por su naturaleza y trazabilidad documental, dicho procedimiento debería estar gestionado desde el proceso de Gestión Documental. Aunque desde el área auditada ya se ha solicitado formalmente el traslado correspondiente mediante comunicación electrónica dirigida al Sistema Integrado de Gestión (SIG), se recomienda realizar seguimiento a dicha solicitud para asegurar el cierre efectivo del ajuste organizacional.

d. Validación de Tablas de Retención Documental (TRD):

Se verificó que las Tablas de Retención Documental están en proceso de convalidación desde el mes de abril, habiendo sido enviadas formalmente al director administrativo del Archivo General de la Nación. Se recomienda realizar seguimiento proactivo al trámite, así como preparar al personal sobre su implementación una vez se obtenga la aprobación, con el fin de garantizar su adecuada aplicación y cumplimiento legal.

e. Actualización del formato FT-GC-004:

Se identificó que el formato institucional FT-GC-004, utilizado dentro del proceso de gestión documental, requiere actualización para reflejar adecuadamente las condiciones actuales del procedimiento y garantizar su coherencia con los lineamientos del sistema de gestión de calidad. Se recomienda su revisión y validación por parte de las áreas responsables, a fin de evitar errores en el diligenciamiento y asegurar la trazabilidad de la información.

f. Publicación y actualización de formatos en el micrositio institucional:

Durante la auditoría se evidenció que algunos formatos relacionados con la gestión documental no se encuentran actualizados en el micrositio institucional disponible en la página web. Esta situación puede generar uso indebido de versiones obsoletas por parte de los usuarios internos o externos. Se recomienda establecer un mecanismo de control y verificación periódica de los documentos disponibles en el portal, asegurando que estén en su versión vigente y autorizada.

g. Actualización del mapa de riesgos del proceso:

Se constató que el mapa de riesgos asociado al proceso de Gestión Documental requiere actualización, ya que no refleja de forma completa las condiciones actuales del entorno ni los controles existentes. Se recomienda revisar y ajustar la matriz de riesgos en articulación con la oficina de planeación o el área de control interno, con el fin de fortalecer la gestión del riesgo operativo, legal y tecnológico en el marco del proceso.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 5 de 6



NO CONFORMIDADES

Nº	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5.3	Gestión Documental	la organización debe controlar la información documentada para asegurarse de que esté disponible y sea adecuada para su uso, cuando y donde se necesite, y que esté protegida contra pérdidas de confidencialidad, uso indebido o pérdida de integridad. Asimismo, los procedimientos internos del sistema de gestión establecen que todos los campos obligatorios del formato FT-GD-012 deben ser diligenciados de forma completa y veraz.	Durante la revisión de registros asociados a la gestión de correspondencia, específicamente el formato FT-GD-012 , se evidenció que en varios formatos no se diligenció el campo correspondiente al nombre del remitente . Esta omisión impide corroborar quién fue el responsable del envío de la correspondencia, afectando la trazabilidad del documento y el cumplimiento del control documental establecido.
2	7.5.3	Gestión Documental	De acuerdo con la cláusula 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015 , la organización debe asegurarse de que la información documentada	Durante la revisión de los mecanismos de difusión documental, se evidenció que algunos formatos vinculados al proceso de gestión documental no se encuentran



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

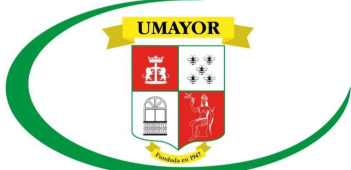
VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 6 de 6

			se encuentre disponible, controlada, protegida y distribuida de forma adecuada, garantizando que sólo se utilicen versiones vigentes y autorizadas. Asimismo, los procedimientos internos del sistema de gestión exigen mantener actualizados los documentos en los medios de difusión institucional.	actualizados en el micrositio institucional alojado en la página web oficial. Esta situación representa un riesgo potencial de uso de versiones obsoletas por parte de usuarios internos o externos, lo cual puede generar inconsistencias en la aplicación de procedimientos o el registro de información.
3				
4				
5				

GESTIÓN FINANCIERA

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 24/04/2021
		PÁGINA: 1 de 2

FECHA DE LA AUDITORÍA:	4/06/2025
OBJETIVO	Verificar el grado de conformidad de todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6.
ALCANCE:	Todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión
CRITERIOS:	NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6., Manual de Calidad, y los demás documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de Procesos que soportan los Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación de la Institución universitaria mayor de Cartagena

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Adriana Aguirre	María José Torres Posada

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Se realizó revisión y verificación de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 a través de la revisión de documentación y entrevista al auditado.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:
• Demuestra un dominio sólido de los procedimientos financieros, incluyendo planificación presupuestaria, ejecución y control, alineándose con normativas legales y políticas institucionales; además de la integración de las personas a apoyan el proceso. • Se evidencia una estructura operativa clara y procedimientos estandarizados para la gestión de tramites que agiliza procesos y mejora la atención a las unidades académicas y administrativas. • Cumple de manera oportuna con sus responsabilidades ante entes de control y proveedores, evitando sanciones y fortaleciendo su reputación institucional.
OPORTUNIDADES DE MEJORA

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 24/04/2021
		PÁGINA: 2 de 2

- Actualizar y documentar continuamente los procesos financieros y normativos para mantener la alineación con cambios legales y regulatorios.
- A pesar de contar con procesos eficientes, se pueden fortalecer mediante el uso de herramientas tecnológicas como flujos de trabajo digitales, firmas electrónicas y seguimiento en tiempo real.
- Aunque se cumple con las obligaciones, es posible anticipar y mitigar riesgos mediante sistemas de alertas tempranas.

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia

ANEXOS

EGRESADOS

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO : FT-SM- 017
		VERSIÓN : 2
		FECHA : 13/06/2024
		PÁGINA : 1 de 5

FECHA DE LA AUDITORÍA:	14-May-2025
OBJETIVO:	Verificar el grado de conformidad del proceso de EGRESADOS del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6.
ALCANCE:	Proceso de Egresados
CRITERIOS:	NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6., Manual de Calidad, y los demás documentos que se encuentren descritos en la caracterización del proceso de EGRESADOS de la Institución universitaria mayor de Cartagena

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Ing. Johnny de Jesús Mendoza Doria jmendezad@umayor.edu.co	Daniel Mejía Triviño a.ambiental@umayor.edu.co

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
En este ejercicio de auditoría se realizaron las siguientes actividades: 01:00 p.m. Gestión para apartar el espacio académico en el aula A109, para el desarrollo de la auditoría en el horario programado de 02:00 p.m. a 05:00 p.m. 02:00 p.m. Inicio de la auditoría con la presentación del equipo auditor designado para este proceso y los responsables del proceso como auditados: - Johana Pineda Portacio - Coordinadora de Egresados - c.egresados@umayor.edu.co - Carlos Pimentel Aguilar – Profesor de Apoyo a Egresados - a.egresados1@umayor.edu.co 02:10 p.m. Introducción de parte del auditor líder aclarando que en esta auditoría se realizará la verificación del cumplimiento de los requisitos del proceso y no el desempeño de los responsables del proceso, para lo cual será necesario registrar las evidencias que responden a cada uno de los requisitos 02:20 p.m. Desarrollo de la auditoría siguiendo el ciclo PHVA en el proceso, para lo cual se ha iniciado con la verificación de la caracterización del proceso, desde el formato OD-EG-001 v4 del 14/06/2023 02:30 p.m. Diligenciamiento del registro FT-SM-039 Lista de verificación de auditorías internas v1 del 29/04/2025, el cual ha sido preparado previamente por el equipo auditor como una guía para la auditoría. 04:30 p.m. Resumen de hallazgos concertados con los auditados 05:00 p.m. Cierre de la auditoría con los agradecimientos por parte del Equipo Auditor a los Auditados.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO : FT-SM- 017
		VERSIÓN : 2
		FECHA : 13/06/2024
		PÁGINA : 2 de 5

Realizad la verificación de los siguientes documentos, entre otros:

- MA-SM-001 Manual de calidad, v8 del 22/02/2023
- OD-EG-001 Caracterización del proceso, v4 del 14/06/2023
- PR-EG-001 Procedimiento para realizar el estudio de impacto y pertinencia a egresados graduados en su v1 del 14/09/2023
- PR-EG-002 Procedimiento de seguimiento de egresados, v2 del 25/5/2024
- FT-EG-001 Cronograma de actividades, v1 del 27/09/2022
- FT-SM-025 Matriz de partes interesadas, v3 del 26/08/2024

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

FORTALEZAS:

- La disponibilidad de la documentación actualizada en la web de Umayor facilita el acceso y consulta de la misma, asegurando el control de la información documentada.
- El objetivo del proceso está claramente definido y alineado con los objetivos institucionales.
- La líder del proceso tiene claridad de las mejoras que debe realizar para mejorar en el cumplimiento de los requisitos del mismo, lo cual se debe a que fue la auditora interna del mismo proceso en la auditoría interna anterior realizada en el año 2024 cuando no pertenecía al mismo.
- La dinámica y buena actitud de los auditados frente a las acciones que ejecutan, teniendo conciencia de lo que falta para optimizar el proceso y lograr los objetivos del mismo, considerando que los líderes del proceso son egresados de UMayor con gran sentido de pertenencia.
- Se establecen los canales de comunicación con las diversas partes interesadas.
- Los esfuerzos por establecer estrategias que permitan la localización de los egresados y motiven su participación con ocasión del crecimiento y transformación institucional a institución universitaria.
- Los esfuerzos de la líder del proceso para integrarse con los líderes de egresados de otras instituciones universitarias de la región y del país, para aprovechar su experiencia y buenas prácticas en el ejercicio de la gestión eficaz de egresados hacia resultados de impacto que responda a las exigencias del Ministerio de Educación y a la legislación vigente.

OPORTUNIDADES DE MEJORA



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO : FT-SM- 017

VERSIÓN : 2

FECHA : 13/06/2024

PÁGINA : 3 de 5

- Los responsables del proceso tienen la oportunidad de conocer con mayor detalle los requisitos de la planificación institucional y la participación del proceso de egresados en la misma, ya que lo consideran como responsabilidad de la alta dirección, lo cual permitirá su aporte a la optimización y una mejor alineación de lo planificado con el hacer del proceso. Entre otros, no tienen claridad en la importancia y aporte de los egresados y del sector productiva en el contexto externo requerido por el 4.1 de la ISO 9001:2018: “Comprensión de la organización y de su contexto” y del 4.2 de la ISO 9001:2008: “Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas”
- Es posible que se mejore la alineación del objetivo del proceso de egresados con los indicadores del proceso, lo cual asegura la medición y seguimiento del mismo.
- El proceso de egresados tiene la oportunidad de revisar y actualizar su documentación: la caracterización, los procedimientos, los formatos, contexto interno y externo, necesidades y expectativas de las partes interesadas, matriz de riesgos y oportunidades, los indicadores, entre otros. Esta revisión garantizará que toda la documentación esté alineada con las necesidades actuales y mejores prácticas, asegurando así la eficiencia y eficacia en los procesos.
- Con el ánimo de agilizar la optimización del proceso de egresados, es necesario que se aprueben e implementen los documentos que han sido actualizados, como resultado de las auditorías previas internas y del certificador Icontec, lo cual debe ser una gestión permanente y dinámica que responda a las necesidades internas y externas del proceso.
- El proceso tiene la oportunidad de mejorar la redacción del alcance definido en la caracterización del proceso, en el cual se hace referencia al “Plan de Egresados” y el auditado dice que es el mismo “Plan de Acción de Egresados”, el cual forma parte de un documento no controlado al no estar codificado ni cumplir con los requisitos de la documentación de SIG.
- Es posible implementar mecanismos que permitan evaluar la satisfacción de los egresados con respecto a las diferentes actividades. Además, se recomienda identificar el medio más utilizado por los egresados para informarse sobre dichas actividades. Esto permitirá ajustar las estrategias de comunicación y mejorar la calidad de las actividades ofrecidas.
- Centralizar el control de la información de egresados considerando que egresados se articula con las facultades, investigación, bienestar universitario, admisiones, planeación, entre otros procesos, para lo cual es posible que se implemente un mecanismo sistematizado de recolección y análisis de la información que facilite el registro de los egresados en cualquier lugar que se encuentren.
- Es importante realizar un seguimiento cuantitativo de los egresados que se benefician de los convenios disponibles para esta población. Esto permitirá evaluar de manera precisa y permanente el impacto y la eficacia de los convenios, así como identificar posibles áreas de mejora en la promoción y el acceso a estos recursos por parte de los egresados.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO : FT-SM- 017

VERSIÓN : 2

FECHA : 13/06/2024

PÁGINA : 4 de 5

- Optimizar el procedimiento PR-EG-002, adicionando como última actividad la socialización y retroalimentación a las partes interesadas del informe de egresados, es muy importante que surjan compromisos y se establezcan acciones de mejora que apunten a la gestión que se realizan a los egresados.
- En el estudio de análisis de las tendencias, necesidades y líneas de desarrollo de las facultades de UMayor en el contexto regional, nacional e internacional realizado en 2024, se observa el tamaño de muestra para cada facultad sin discriminación por cada uno de los programas, con lo cual es posible mejorar el análisis de los resultados en cada uno de ellos y establecer planes de mejora que respondan a las solicitudes de los egresados.
- Optimizar la base de datos de los egresados, con respecto a la información que registran, como se está canalizando, quien avala cuando es compartida por las partes interesadas, es necesario revisar el tema de la política de tratamiento de datos.
- El proceso puede revisar la gestión de la intermediación laboral para asegurar que no se incurra en actividades que no son propias de la Institución. Esto garantizará que todas las acciones estén alineadas con el propósito y las competencias de la Institución, evitando desvíos y manteniendo el enfoque en sus responsabilidades principales.
- Optimizar los indicadores del proceso: El indicador TASA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS con meta 70% semestralmente. No aporta a la eficacia del proceso debido a que la actualización de datos es una actividad del día a día y es posible establecer un método de cálculo que determine la tasa con base en la población de egresados por programa. El indicador TASA DE OCUPACIÓN LABORAL: Es un indicador general y puede ser por tipo de programa, su fórmula de cálculo no es clara al no disponer de un horizonte en el tiempo. Es posible la revisión de la fórmula de este indicador, con lo cual se garantizará que el cálculo sea preciso y adecuado para medir de manera efectiva la ocupación laboral de los egresados. La revisión de la fórmula ayudará a asegurar que los datos obtenidos reflejen con precisión la situación laboral de los egresados y permitan una evaluación más precisa de los resultados.
- El proceso tiene la oportunidad de realizar el análisis de cada indicador con datos completos, especificando cantidades y los programas que participan, con lo cual se puede lograr una evaluación más precisa y detallada del desempeño, facilitando la identificación de áreas de mejora y la toma de decisiones informadas.
- El proceso puede limitar los años para la recuperación de la información de los egresados, con la finalidad que así se haga la medición y se presenten informes.
- Cierre de acciones correctivas y de mejora: Al verificar el cierre de la no conformidad de la auditoría interna del 2024, se observa en la acción de aprovechamiento de información de OLE que el registro de asistencia de presentación OLE del 21-Mar-2025 no tiene diligenciado los campos de facilitador, intensidad horaria y firmas de facilitadores.
- El FT-FM-009 V.7 25-Nov-2024 de Seguimiento y Medición puede ser mejorado colocando la columna de ESTADO al final, después del cumplimiento de la eficacia de cada una de las Acciones de Mejora, para indicar si la acción está abierta o cerrada.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO : FT-SM- 017
		VERSIÓN : 2
		FECHA : 13/06/2024
		PÁGINA : 5 de 5

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	8.2.2	Egresados	El proceso no ha determinado los requisitos para los productos y servicios de los egresados.	Se evidencia incumplimiento del PR-EG-001 procedimiento para realizar el estudio de impacto y pertinencia a egresados graduados en su v1 del 14/09/2023, al no disponer del mismo a partir del diseño o actualización de la encuesta de estudio de impacto y pertinencia realizado por el director de investigación, la difusión del formulario para egresados y el sector productivo, entrega de resultados el área de investigación para la realización del informe, análisis de los momentos 0, 1 y 5, plan de acción y socialización del análisis de empleabilidad.

ANEXOS

PR-EG-001 Procedimiento para realizar el estudio de impacto y pertinencia a egresados graduados en su v1 del 14/09/2023.

INFRAESTRUCTURA

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 24/04/2021
		PÁGINA: 1 de 3

FECHA DE LA AUDITORÍA:	Viernes 6 de junio de 2025
OBJETIVO	Verificar el grado de conformidad de todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6.
ALCANCE:	Proceso Gestión de la Comunicación
CRITERIOS:	NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6., Manual de Calidad, y los demás documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de Procesos que soportan los Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación de la Institución universitaria mayor de Cartagena.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Auditor Líder: Adriana Aguirre	Amparo Diaz Bonfante Acompañante: Julieth Paola Ahumado Franco

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Se realizó revisión y verificación de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 a través de la revisión de documentación y entrevista al auditado.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: - El líder tiene muy claro el objetivo del proceso y su alcance. - Se pudo evidencia que la líder tiene pleno conocimiento de su proceso, la organización de la documentación requerida de cada uno de sus formatos, esta presta a recibir recomendaciones y sugerencias. - Se pudo evidenciar el cumplimiento de la norma en su proceso. - La líder del proceso cuenta con un equipo apropiado en su proceso, con el rol que cada uno cumple en el proceso. - La líder mantiene constantemente las mejoras del proceso a medida que se van presentando situaciones que ameritan el cambio. - La líder del proceso de Infraestructura se basa en el plan de desarrollo Institucional para sus actividades se toman de hay y anualmente se elabora un plan de acción, está sujeto a unas metas

y unas actividades que están en el plan de Desarrollo. Con base en el se realiza el plan de acción de Infraestructura.

- Explica que tiene un plan de control que actualmente está cubriendo las necesidades de las tres sedes.
- El formato FT-IF-003, se modificará por la necesidad de contar un formato que describa la hoja de vida de cada uno de los elementos, para así tener un mejor control de ellos.

DEBILIDADES

- En el procedimiento PR-IF-001 (Programa de Mantenimiento) está en proceso de actualización el Formato del Recorrido Institucional su registro en el SIG – (recomendación incluir ubicación).
- Está en proceso de elaboración el nuevo formato de solicitudes a través (de WAS y/o Excel). La líder envió correo a Emerson Rivera el día 24 de abril de 2025 y no ha tenido respuesta, el proceso de Soporte y Desarrollo tecnológico, tiene una **No Conformidad** por la demora en la solicitud.
- En el procedimiento PR-IF-002 (Inventario de activos fijos), el procedimiento se encuentra Sistematizado en el software V6. (Compra sistematiza los activos de la Institución y desde Talento Humano se registra los datos de los empleados nuevos. (planta y de libre nombramiento)

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- En el procedimiento PR-IF-002, se pudo evidenciar que el proceso en su totalidad esta sistematizado y está en un plan de mejora, eso es bueno para el proceso de Infraestructura.
- En el procedimiento PR-IF-003, en la actividad correspondiente al Comité de Baja, se encuentra en proceso de Construcción para su implementación.
- La líder explico que su medición se realiza anual y en la Caracterización su medición esta explicita que se debe realizar cada Cuatro (4) meses (expresa la líder que revisara su indicador porque siente que no está midiendo su proceso de manera eficaz)
- Realizar la actualización de la caracterización, procedimientos y formatos del proceso.
- incluir en la caracterización OD-IF-00 PROTOCOLO DE ACCESO AL PERSONAL DE VISITA

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 24/04/2021
		PÁGINA: 3 de 3

- Se recomienda que los procedimientos que están en plan de mejora por Infraestructura queden actualizados para la Auditoría Externa.

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
			El proceso de Infraestructura no tiene NO conformidades.	

INTERNACIONALIZACIÓN

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 4

FECHA DE LA AUDITORÍA:	12 DE MAYO DE 2025
OBJETIVO:	Verificar el grado de conformidad de todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6.
ALCANCE:	Centro de Relaciones Interinstitucionales.
CRITERIOS:	NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capitulo 6., Manual de Calidad, y los demás documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de Procesos que soportan los Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
ADRIANA AGUIRRE	LUZ ELENA RAMÍREZ MEJÍA JULIETH AHUMEDO FRANCO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
• Con el objetivo de llevar acabo las acciones del plan de desarrollo institucional, el 12 de mayo se aplicó la respectiva auditoría interna al Centro de Internacionalización de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena. El líder del proceso, Luis Cassiani y los dos profesionales de apoyo Damelis Mercado y Mateo Roa, tuvieron buena disposición frente a la auditoria. • Se hizo la respectiva presentación de los objetivos de la Auditoria Interna. • Se aplicaron las respectivas preguntas de rigor para verificar el cumplimiento de los procedimientos del proceso. • Se solicitaron las evidencias de las diferentes actividades de los procedimientos que hacen parte del proceso. • Revisión documental de caracterización, políticas, manuales, formatos y procedimientos.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 2 de 4

- Los procesos del CRI cumplen con los propósitos de la política del SIG, mediante la operacionalización de los convenios que contribuyen a la formación integral, profesional de la comunidad educativa Umayor.
- El proceso depende de Rectoría, allí se realizan las Relaciones con otras entidades, reuniones exploratorias, revisión de convenios, materialización de los mismos.
- Se aprecia un alto porcentaje en el indicador de movilidad entrante y saliente proyectado para el 2024.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Se evidencio que la política del proceso se encuentra en construcción, esta normatividad interna es lo que regula muchas de los procesos y funciones que competen al centro de internacionalización.
- Se recomienda el módulo de Movilidad en la plataforma ULISES para optimizar la funcionalidad y usabilidad.
- Se recomienda una gestión más contundente acerca de los objetivos del Centro para que toda la comunidad se informe y participen especialmente los estudiantes, eso enriquece el proceso.
- Se recomienda una gestión más agresiva acerca de los objetivos del Centro para que toda la comunidad se informe y participen otras personas en especial los estudiantes y profesores.
- Se recomienda realizar una revisión y actualización de toda la información documentada del proceso para asegurar que todos los datos sean precisos, actuales y estén alineados con la normativa vigente y las responsabilidades asignadas.
- Se recomienda diseñar un esquema o registro que permita hacer una trazabilidad de los convenios y alianzas ejecutadas o no ejecutadas por facultades académicas, centros y demás dependencias. (CUMPLE PARCIALMENTE).
- Se recomienda el micrositio web, incluidos los documentos adjuntos, para asegurar que la información disponible esté al día y sea fácilmente accesible (CUMPLE PARCIALMENTE)
- Se recomienda revisar y optimizar el módulo de Movilidad en la plataforma institucional (ULISES) para mejorar su funcionalidad y usabilidad. (PARCIAL: A la espera que desde sistema se parametrize el módulo de internacionalización una vez se registren los demás procesos institucionales).
- Controlar la información de un periodo a otro desarrollando planes de mejoramiento, garantizando la consistencia y la calidad de los datos. (CUMPLE PARCIALMENTE)

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 4

- Actualización de la documentación del SIG y micrositos en página web (PARCIAL: en proceso de mesa de trabajo con el SIG y el Centro de Desarrollo Curricular para identificar las actividades y/o alcance de cada proceso)
- Después de escuchar a los funcionarios Luis Cassiani, Damelis Mercado y Mateo quienes son los encargados del proceso de internacionalización institucional, se recomienda una gestión más agresiva acerca de los objetivos del Centro para que toda la comunidad se informe y participen otras personas en especial los estudiantes, eso enriquece el proceso.
- Ajustar en el registro de caracterización los objetivos del proceso deben apuntar concretamente a los logros del centro (Formato OD-IN-001)
- Se recomienda actualizar el objetivo conforme al PEI y las políticas actualizadas del CRI. Cargar las evidencias a la carpeta del SIG conforme a los procedimientos de su proceso.
- Organizar las estadísticas del CRI, a través del CEU referente a las movilidades entrantes y salientes (remotas y presenciales), convenios nacionales e Internacionales.

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	4.2. a	Internacionalización	No conformidad: 4.2 literal a El proceso no evidencia información documentada del procedimiento PR-IN-001, PR-IN-003 y PR-IN-02 de las actividades a completitud de una acción solicitada. No se evidenció actualización de los documentos del proceso desde el año 2021.	Conocen el proceso, lo operacionalizan conforme a las actuales políticas de internacionalización a nivel nacional. El Líder comentó que las políticas del centro están en proceso de actualización conforme a las nuevas exigencias del ME. Planificación y control de los cambios - Cambios documentados del proceso. - Planes de acción de los cambios. - Evaluación de impactos de los cambios.
2	6.2 a	Internacionalización	Tienen identificados sus riesgos y controles en la Matriz	-Valoración de los riesgos. -Seguimiento a los riesgos.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 4 de 4

			de Riesgo anticorrupción y por proceso. Realizan el seguimiento de los mismo de manera trimestral, semestral y anual, sin embargo, falta el diligenciamiento de las observaciones de los riegos del primer cuatrimestre en la Matriz de Riesgo por Proceso.	-Efectividad de los controles.
--	--	--	--	--------------------------------

ANEXOS

CONTRATACIÓN

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 5

FECHA DE LA AUDITORÍA:	3 de Junio del 2025
OBJETIVO:	Verificar la conformidad del proceso de Contratación y compras con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, así como la normatividad legal aplicable al sector público en Colombia,
ALCANCE:	Proceso de Contratación. Abarca las actividades de Planeación, solicitud, análisis, adjudicación, legalización, ejecución y seguimiento de los contratos con énfasis en los principios de transparencia, economía y eficiencia; y la alineación del proceso con los objetivos institucionales y los compromisos del sistema de gestión de calidad.
CRITERIOS:	Norma ISO 19011 de 2018. Procedimientos internos definidos por la Institución. Normas aplicables a la contratación.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Siria B. Cueto Albor	Jesús David Cabrera Hernández.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
- Instalación de la auditoria: Presentación del equipo auditor, Presentación del alcance, objetivos y criterios de auditoría, Presentación del equipo disponible para atender auditoría. - Revisión documental: (Caracterización, manuales o normas, políticas, procedimientos, formatos, planes de adquisición, contratos, Verificación del cumplimiento normativo, Verificación de cumplimiento de procedimientos internos de compras y contrataciones. - Entrevista: Reunión con responsables del proceso (líder del proceso, profesionales de contratación) - Seguimiento a procedimiento Plan Anual de Adquisiciones: muestra del desarrollo Plan Anual de Adquisiciones – PAA-, en cumplimiento de todo el ciclo PHVA. - Seguimiento a procedimiento de contratación: muestra aleatoria (contratos o procesos adelantados) - Verificación de requisitos de legalidad, transparencia, eficiencia, oportunidad - Identificación y socialización de hallazgos.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 5

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:
Buena disposición y actitud del equipo auditado. - Compromiso con la mejora continua. - Comprensión de la importancia del control y la auditoría: Iniciativas internas para mejorar los procedimientos y controles.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
- En la gestión documental del proceso contractual, se debe garantizar la inclusión completa, oportuna y verificable de todos los documentos obligatorios en las plataformas institucionales y oficiales (como SECOP, WEB), en cumplimiento del principio de publicidad establecido en la normatividad vigente. Esto permite asegurar la trazabilidad, la transparencia del proceso y la conformidad con los requisitos del sistema de gestión de calidad. - Se recomienda revisar y actualizar periódicamente los procedimientos del proceso de contratación y compras, con el fin de asegurar su conocimiento, apropiación, cumplimiento y alineación con la normativa existente de acuerdo a las necesidades institucionales y las prácticas reales del proceso. Esta revisión debe incluir la validación por parte de los responsables del proceso y del sistema de gestión de calidad, así como la difusión oportuna a todos los actores involucrados en su aplicación

NO CONFORMIDADES				
Nº	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5.3.1 Ley 80 Dec. 1082/ 2015 (Art. 2.2.1.1.1. 3)	Contratación y Compras	En el proceso de contratación no se garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos para el control de la información documentada. Se evidencian omisiones en la publicación de algunos documentos clave en los procesos contractuales no publicadas en SECOP I. Estas situaciones afectan la trazabilidad, la transparencia (publicidad) y refleja el incumplimiento del principio legal vigente, en contravía de la norma ISO 9001:2015 y la normativa nacional aplicable.	En la verificación directa en el SECOP I del contrato MC-06-2024, se evidenció la no publicación en SECOP I, los documentos correspondientes a varias etapas obligatorias del proceso contractual, tales como: expedición póliza y su aprobación, acta de inicio, acta de liquidación y otros relacionados con la ejecución del proceso contractual (el expediente físico del contrato MC-06-2024, si tiene los documentos). Esta omisión impide la trazabilidad y acceso público a la



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 3 de 5

				información del proceso, vulnerando principios legales y criterios establecidos.
2	ISO 9001: 2015 – Cláusula 7.5.3.2 Ley 80 1993	Contratación y Compras	Se evidencian debilidades en el proceso de contratación en el control de la información documentada relacionada con el Plan Anual de Adquisiciones. Las modificaciones al PAA no cuentan con el respaldo documental requerido (actas debidamente firmadas), lo que contraviene el procedimiento interno establecido y vulnera los principios de legalidad y trazabilidad. Asimismo, no se garantiza que dicha información haya sido revisada y aprobada en cuanto a su conveniencia y adecuación, incumpliendo con lo exigido por el numeral 7.5.3.2 (b) de la norma ISO 9001:2015.	Durante la revisión documental física, de la construcción y aprobación del Plan Anual de Adquisiciones, se evidenció que el PAA ha tenido 4 modificaciones en lo corrido de la vigencia 2025 y falta la validación en las actas 1, 2, 3 y 4 (firmas) por parte de la mayoría de los miembros del comité en las actas que aprueban dichas modificaciones. La falta de suscripción de estos documentos compromete la autenticidad, legalidad y trazabilidad de las decisiones adoptadas en dicho espacio deliberativo.
3	ISO 9001: 2015 (cl. 8.4.1) cl. 9.1.1	Contratación y Compras	No se evidencia por parte de la institución una evaluación efectiva del desempeño de los proveedores contratados, lo que limita la retroalimentación necesaria para implementar acciones de mejora en el proceso de compras, en incumplimiento del numeral 8.4.1 y 9.1.1 de la norma ISO 9001:2015	En la revisión del expediente del contrato MC-06-2024, finalizado, no incluyen un formato de evaluación del proveedor donde se definan explícitamente los criterios a evaluar. Existe Acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato donde no se determinan criterios de una evaluación de proveedores.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
MAYOR DE CARTAGENA

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 4 de 5

ANEXOS

Evidencias N° 1



SECOP I



Agencia Nacional
de Contratación Pública
Colombia Compra Eficiente



COLOMBIA
VIDA

[Términos de uso](#) | [Mapa del sitio](#) | [Preguntas frecuentes](#) | [Contáctenos](#)

[Compradores](#) | [Proveedores](#) | [Colombia Compra](#) | [Circulares](#) | [Transparencia](#) | [Sala de Prensa](#) | [Ciudadanos](#)

Detalle del Proceso Número: MC-05-2025

SOLIJAR - INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA

Información General del Proceso

Tipo de Proceso

Contratación Mínima Cuantía

Estado del Proceso

Celebrado

Asociado al Acuerdo de Paz

No

Documento tipo

No

¿Debe cumplirse con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2045 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?

No

¿El contrato incluye el suministro de bienes y servicios distintos a alimentos?

No

¿El contrato está asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017?

No

Régimen de Contratación

Estatuto General de Contratación

Grupo

[E] Productos de Uso Final

Segmento

[S3] Ropa, Maletas y Productos de Aseo Personal

Familia

[S310] Ropa

Clase

[S31010] Camisas y Blusas

Detalle y Cantidad del Objeto a Contratar

CONTRATAR LA DOTACIÓN DE UNIFORMES (PRENDAS DE VESTIR Y CALZADO) DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CANTIDADES REQUERIDAS PARA LOS EMPLEADOS DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA.

Cuánta a Contratar

\$ 22.987.000

Moneda de Pago

Peso Colombiano

Tipo de Contrato

Compraventa

Tipo de Gasto

Funcionamiento

Fuentes de Financiación

Fuente	Otro Recurso	Valor
Recursos propios		\$22.987.000

Respaldo Presupuestal Asociado al Proceso

Tipo de respaldo presupuestal	Número del respaldo presupuestal	Cuánta del respaldo presupuestal
CDP	109	\$ 22.987.000

Ubicación Geográfica del Proceso

Departamento y Municipio de Función

Relicario - Cartagena

Registro Presupuestal del Compromiso (R.P.)	Código	Fecha	Valor		
819		28-03-2025	\$18.155.830		
Código Rubro Presupuestal					
Nombre Rubro Presupuestal					
Valor Rubro Presupuestal					
Documentos del Proceso					
Nombre	Descripción	Tipo	Tamaño	Versión	Fecha de Publicación del Documento (dd-mm-aaaa)
Adición	PRORROGA 1		79 KB	1	06-05-2025 03:35 PM
Documento Adicional	ESTUDIO PREVIO PRORROGA 1		106 KB	1	06-05-2025 03:35 PM
Documento Adicional	NOTIFICACION SUPERVISIÓN		77 KB	1	28-03-2025 03:59 PM
Oferta Seleccionada	OFERTA ECONOMICA		123 KB	1	28-03-2025 03:59 PM
Documento Adicional	RP		20 KB	1	28-03-2025 03:59 PM
Comunicación de Aceptación	COMUNICACION DE ACEPTACION DE LA OFERTA		299 KB	1	28-03-2025 03:59 PM
Informe de evaluación	INFORME DE EVALUACION		310 KB	1	28-03-2025 02:21 PM
Documento Adicional	ACTA DE CIERRE		240 KB	1	21-03-2025 03:25 PM
Documento Adicional	ESTUDIO TECNICO PARA LA DOTACION UNIFORMES		618 KB	1	18-03-2025 09:03 AM
Documento Adicional	ANEXOS A LA INVITACION		248 KB	1	18-03-2025 09:03 AM
Invitación	INVITACION PUBLICA		1.50 MB	1	18-03-2025 09:03 AM
Documento Adicional	ESTUDIO DE MERCADO		281 KB	1	18-03-2025 09:03 AM
Documento Adicional	ACUERDO COLECTIVO		2.53 MB	1	18-03-2025 09:03 AM
Documento Adicional	ANALISIS DE SECTOR		952 KB	1	18-03-2025 09:03 AM
Documento Adicional	CDP		79 KB	1	18-03-2025 09:03 AM
Documento Adicional	ESTUDIOS PREVIOS		549 KB	1	18-03-2025 09:02 AM
Hitos del Proceso					
Descripción del Hito		Fecha y Hora de Ocurrencia			
Creación de Proceso		18 de March de 2025 09:02 A.M.			
Celebración de Contrato		28 de March de 2025 03:58 P.M.			
Adición al contrato		06 de May de 2025 03:34 P.M.			

[Ver Reporte Modificaciones](#)



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
MAYOR DE CARTAGENA

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 5 de 5

Evidencias N°2

ACTA 03
COMITÉ DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN

FECHA: Febrero, 12 de 2025
HORA: 2:00 P.M.
LUGAR: Sala de Juntas

ASISTENTES
JUAN ALBERTO ARRAUT CAMARGO - Rector
RAFAEL HÉRAZ BELTRAN - Secretario General
RALDO GRANADOS BRACAMONTES - Vicerrector Administrativo y Financiero
ANDRIAN CAÑATE MANCERA - Director de Contratación y Compras
YEIM VILARDO CÁNO - Coordinadora de Compras

ORDEN DEL DIA

1. Llamado a lista y verificación del quórum.
2. Aprobación arriendo de cocina para el programa de Gastronomía.
3. Aprobación Proceso Competitivo Decreto 092 de 2017 Semana Umayor.
4. Aprobación adquisición de Cámaras de seguridad y torniquetes.
5. Aprobación servicios de mantenimiento y/o reparación de aires acondicionados.
6. Proposiciones y varios.
7. Cierre.

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA

1. Llamado a lista y verificación del quórum.
Siendo las 2:00 P.M., damos inicio al comité de compras y contratación, llamando a lista a los integrantes, estando presente todos con derecho a voz y voto.

2. Aprobación arriendo de cocina para el programa de Gastronomía.
La Coordinadora de Compras, expone que se cita al comité de compra para evaluar la viabilidad de arrendar una cocina que ofrezca un servicio educativo integral que permita el desarrollo de actividades, generación de competencias laborales general y específicas para la preparación y cocción de alimentos, aprendizaje del manejo de la cadena de frío para carne, almacenamiento y conservación de frutas y verduras, preparación de platos y recetas nacionales e internacionales para los estudiantes del programa Tecnología en Gestión Gastronomía y Gastronomía. Teniendo en cuenta la necesidad de este programa se aprueba esta solicitud.

3. Aprobación Proceso Competitivo Decreto 092 de 2017 Semana Umayor.
Se propone la realización de una agenda académica y cultural, diseñada para conmemorar la historia, los logros y el legado de la institución, así como su impacto en la construcción identitaria del Caribe Colombiano. Es una oportunidad para fortalecer el vínculo entre la academia y la comunidad exterior, al tiempo que se promueve el reconocimiento de las expresiones culturales y artísticas que conforman la identidad del Caribe Colombiano.

A través de este espacio de integración nacional, se busca visibilizar el patrimonio integral de la región, promoviendo el entendimiento y la valoración de las tradiciones, saberes y prácticas que han dado forma a la cultura local, y que hoy representan un recurso invaluable tanto para la academia como para el desarrollo del sector turístico y la gestión del patrimonio.

Con este enfoque integral, la Semana Umayor pretende ser un proceso de construcción colectiva de conocimiento y reflexión sobre la importancia de preservar y promover las manifestaciones culturales que han sido parte del Caribe Colombiano a lo largo del tiempo. Además, se fomentará los lazos de cooperación con entidades externas, como organizaciones culturales, académicas y turísticas, en pro de un desarrollo regional sostenible que respete y potencie los valores autóctonos.

4. Aprobación adquisición de Cámaras de seguridad y torniquetes.
Actualmente, la sede 3 no cuenta con un sistema de torniquetes ni cámaras de seguridad adecuadas, lo que genera vulnerabilidades en el control de acceso del personal y en la supervisión de las instalaciones.

5. Aprobación servicios de mantenimiento y/o reparación de aires acondicionados.
Dentro del plan de mantenimiento 2025, se encuentra establecido la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo según se requiera para los aires acondicionados, igualmente, de su periodicidad sea trimestral, en los siguientes meses: en marzo, junio, septiembre y diciembre.

- Mantenimiento preventivo equipos de aires acondicionados sistemas VRF instalados y equipos 3 a 1, el cual consiste en el equipo, limpieza integral externa, lubricación, ajuste y calibración para lo cual mínimo se deben realizar las siguientes actividades: En el área mecánica, lubricar motores, ajustar tornillerías. En el área eléctrica, tener medidas de voltaje, amperaje y debecambiar o revisar los componentes eléctricos e electrónicos tales como: contactores, relés, variadores, capacitores, sensores de temperatura, sensores de humedad y sensores de presión. En el área carga y estanqueidad de los sistemas, revisar la presión del refrigerante, niveles de aceite, reparar fugas de refrigerante y de vapor mediante la carga de aceite y gas refrigerante al equipo de aire acondicionado.

CENTRALIZADO: Revisión de parámetros de operación otro tipo de dispositivos externos original de la marca o tablero de control centralizado de todos los sistemas. Los insumos necesarios para realizar dichas actividades están incluidos.

• El total de los equipos a tener en cuenta es el siguiente:
o Condensadores VRF 58 unidades.
o Evaporadores de VRF 53 unidades.
o Filtros 3 a 1 15 unidades.

6.- Proposiciones y varios.

7. Cierre de Reunión
Siendo las 2:30 P.M. se da por finalizado el comité de compras y contratación.

Se firma en constancia de asistencia y participaron en el comité.

RAFAEL HÉRAZ BELTRAN
Secretario General

ANDRIAN CAÑATE MANCERA
Director de Contratación y Compras

JUAN ALBERTO ARRAUT CAMARGO
Rector

RALDO GRANADOS BRACAMONTES
Director Administrativo y Financiero

YEIM VILARDO CÁNO
Coordinadora de Compras

Se firma en constancia de asistencia, participación y aprobación en el comité.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 11

FECHA DE LA AUDITORÍA:	14 de mayo y 21 de mayo del 2025
OBJETIVO:	Evaluar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en el proceso de Gestión del Talento Humano, identificando fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo del SIG en la Institución Universitaria Mayor de Cartagena.
ALCANCE:	Auditoría al proceso de Gestión del Talento Humano, incluyendo actividades de selección, vinculación, inducción, reinducción, capacitación, bienestar laboral, evaluación, desvinculación del personal y el SGSST.
CRITERIOS:	• Norma ISO 9001:2015 • Procedimientos institucionales del proceso de Talento Humano • Estatuto Profesorado y Estatuto General • Documentos y registros del SIG • Requisitos legales aplicables

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Mayra Velasco	Dianick Taborda

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Instalación de Auditoría 2. Realización de auditoría interna siguiendo el ciclo PHVA con apoyo de la caracterización del proceso de Gestión del Talento Humano 3. Revisión y verificación de los procedimientos correspondiente al proceso de Gestión del Talento Humano y SST 4. Revisión y verificación de los procedimientos correspondiente a SST

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:
a) El Líder del Proceso y su equipo de trabajo mostraron dominio conceptual y legal en cuanto a los roles y tareas desempeñadas por cada profesional responsable del proceso. Esto se atribuye al liderazgo del director, quien delega y hace acompañamiento a las funciones asociadas tanto a nivel táctico como operativo. b) El equipo demostró una excelente disposición, receptividad y flexibilidad ante las recomendaciones y sugerencias efectuadas durante el desarrollo de la auditoría.

- c) Se resalta el compromiso que tiene la Institución y por ende el proceso de Gestión del Talento Humano de mantener, gestionar y mejorar las condiciones laborales de sus empleados con elementos asociados a la capacitación, incentivos, reconocimientos, seguimiento, evaluación y otros elementos que permiten mejorar el clima organizacional en la Umayor en pro de su Plan de Desarrollo Institucional.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

De forma generalizada se recomienda hacer una revisión detallada y exhaustiva de uso correcto de signos de puntuación, uso correcto de mayúsculas y minúsculas, validación de la secuencia correcta de la enumeración y de literales empleados en la documentación que respalda el accionar del Proceso de Gestión del Talento Humano (caracterización, procedimientos, formatos, indicadores, matriz de riesgo), toda vez que se evidencio en ocasiones uso incorrecto de estos en la información presentada.

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OD-TH-003

- a) En la actividad “Definir plan de bienestar laboral”, se recomienda ajustar la denominación de la actividad y su respectiva salida en la caracterización del proceso OD-TH-003, sustituyendo el término "plan de bienestar" por "programa de bienestar", conforme a la práctica real del proceso y a la terminología utilizada por el equipo responsable.
- b) Se identificó que en la etapa correspondiente al "Hacer" del ciclo PHVA, la caracterización del proceso OD-TH-003 incluye tres actividades cuya redacción no utiliza verbos en infinitivo, lo cual dificulta reflejar con precisión la acción que se ejecuta. Las actividades observadas son:
- ✓ Ejecución del plan de bienestar laboral.
 - ✓ Trámite de certificados laborales, historias laborales o bonos pensionales.
 - ✓ Desvinculación del talento humano.

De acuerdo con las buenas prácticas en la documentación de procesos, especialmente en caracterizaciones, las actividades deben ser expresadas en infinitivo para denotar acciones claramente (*por ejemplo: Ejecutar el plan de bienestar laboral, Tramitar certificados laborales, Desvincular talento humano*). Se recomienda ajustar la redacción de estas actividades utilizando verbos en infinitivo, a fin de mantener coherencia con los principios de claridad, precisión y orientación a la acción en la documentación del sistema integrado de gestión.

1. Procedimiento de Selección PR-TH-001, versión 13 del 23/04/2024

- a) Punto 4 definiciones: Profesor de cátedra, se recomienda actualizar esta conceptualización conforme a lo establecido en el estatuto profesoral mencionando con precisión el número mínimo y máximo de horas que se le asigna al profesor de cátedra; lo anterior con la finalidad de evitar ambigüedades.

- b) En el ítem correspondiente a los responsables, se hace referencia de forma general al “Vicerrector” sin especificar si se trata del Vicerrector Académico o del Vicerrector Administrativo, o si ambos participan en alguna etapa del procedimiento.

Con el fin de garantizar la asignación clara de responsabilidades y evitar ambigüedades que puedan afectar la ejecución eficaz del procedimiento, se recomienda especificar claramente cuál de los vicerrectores interviene o, en su defecto, indicar de manera expresa si la responsabilidad es compartida. Esta mejora contribuye al cumplimiento del numeral 5.3 de la norma ISO 9001:2015, el cual establece la necesidad de asegurar que se asignen, comuniquen y comprendan las responsabilidades y autoridades dentro de la organización.

- c) Actualmente, la recolección de las necesidades de personal profesoral se realiza a través del correo electrónico. Durante la auditoría, se evidenciaron demoras en la identificación de las solicitudes debido al alto volumen de correos presentes en las bandejas de entrada, lo cual dificulta la trazabilidad y el acceso oportuno a la información.

Se recomienda sistematizar el proceso de recolección de necesidades de personal profesoral mediante el uso de herramientas digitales o formularios estructurados que permitan centralizar la información, mejorar la trazabilidad, facilitar su análisis y reducir los tiempos de búsqueda.

- d) El procedimiento establece en su alcance que *“la selección de personal tendrá como alcance la escogencia de profesores de cátedra, ocasionales y los nombramientos en provisionalidad de la institución.”* No obstante, al revisar el contenido del procedimiento, no se evidencia de manera clara ni detallada la descripción de las actividades aplicables para la selección del personal nombrado en provisionalidad.

Para garantizar la coherencia entre el alcance declarado y las actividades desarrolladas, así como para asegurar la trazabilidad de los procesos y el cumplimiento de los requisitos documentales (ISO 9001:2015, cláusulas 4.4.1 y 7.5.1), se recomienda emitir una nota aclaratoria que precise cómo se gestiona la selección para los nombramientos en provisionalidad, o elaborar un procedimiento complementario/ alternativo que describa las etapas, responsables y registros específicos asociados a dicho tipo de vinculación.

2. Procedimiento de Inducción y Reinducción PR-TH-002, versión 10 del 09/09/2022

- a) En la actividad "Realizar inducción o reinducción", el procedimiento establece que los registros correspondientes a estas actividades se gestionan mediante correo electrónico y formularios de Google Forms. No obstante, durante la auditoría se evidenció que, en la práctica, también se utiliza la plataforma WAS a través de código QR como medio alternativo para el registro de asistencia.

- b) Con el fin de garantizar la coherencia entre la documentación del sistema y la operación real del proceso, se recomienda actualizar el procedimiento, incorporando explícitamente la plataforma WAS como herramienta complementaria para la recolección y gestión de los registros de asistencia en las actividades de inducción y reinducción.
- c) Se evidenció que en los pies de página del procedimiento aparece como responsable de la elaboración el cargo "Director de Recursos Humanos", el cual no corresponde con la denominación vigente, que es "Director de Talento Humano".
- d) Se recomienda revisar y actualizar el alcance del procedimiento de inducción y reinducción, ya que actualmente se indica que finaliza con la firma del formato de asistencia; sin embargo, el procedimiento contempla etapas adicionales como la evaluación de la actividad y la presentación del nuevo servidor público ante la dependencia correspondiente. Además, se observa que el alcance no menciona explícitamente la reinducción, a pesar de estar incluida en el desarrollo del procedimiento. Esta actualización permitirá reflejar con mayor precisión la secuencia real de actividades y asegurar la coherencia entre la documentación del sistema y la práctica operativa.
- e) Durante la auditoría, la líder del proceso informó sobre la realización de inducciones extemporáneas, aplicadas a profesores que ingresan fuera del calendario establecido para las jornadas masivas de reinducción. Para estos casos, se implementa una estrategia alternativa mediante inducciones pregrabadas, considerada como una buena práctica para garantizar la transmisión de la información institucional.

Sin embargo, se evidenció que esta modalidad no está documentada en el procedimiento actual, por lo cual se recomienda incluir formalmente esta práctica dentro del procedimiento, definiendo claramente su aplicabilidad, responsables, medios utilizados y registros asociados.

f. Documentos Referenciados: Se recomienda actualizar las categorías señaladas en este ítem o apartado, toda vez que menciona documentos derogadas tales como:

- Estatuto General Colegio Mayor de Bolívar
- Documento: Estatuto Docente Colegio Mayor de Bolívar
- Documento: Estatuto General Colegio Mayor de Bolívar

- g. Se identificó que en ítem 6 de documentos referenciados se incluye el formato "Registro de asistencia FT-RH-002". Sin embargo, este código no corresponde con la codificación vigente, siendo el formato correcto "Registro de asistencia FT-TH-002".

Se recomienda actualizar el código del formato referenciado en el procedimiento, a fin de asegurar la coherencia.

3. Procedimiento de Evaluación de desempeño docente PR-TH-003, versión 6 del 22/06/2021

- a) Se recomienda clarificar de manera consistente el uso de los términos "docente" y "profesor" tanto en la denominación del procedimiento como en su desarrollo. Actualmente, se evidencian inconsistencias en la terminología utilizada, lo que puede generar ambigüedad en la interpretación y aplicación del procedimiento.
- b) Se recomienda actualizar la información del responsable en el pie de página de la aprobación del documento, ya que actualmente figura como "Director de Planeación y Mejoramiento de la Calidad", un cargo que no corresponde a la estructura organizacional vigente. El cargo correcto, es "Director de Planeación".
- c) Se recomienda actualizar el procedimiento en lo relacionado con la herramienta utilizada para la evaluación docente, ya que en la última evaluación realizada durante el primer periodo de 2025 se evidenció el uso del aplicativo ULISES, mientras que el procedimiento aún hace referencia al sistema WAS, el cual ha sido reemplazado.
- Es fundamental que el procedimiento refleje con exactitud las herramientas actualmente implementadas, a fin de garantizar la coherencia entre la documentación y la práctica operativa, así como facilitar el cumplimiento de las actividades por parte de los responsables del proceso.
- d) Se recomienda detallar en el procedimiento las acciones específicas relacionadas con la formulación de planes de mejoramiento para los profesores que obtienen resultados deficientes en el proceso de evaluación, haciendo especial énfasis en que dicha medida aplica exclusivamente para los profesores de planta en propiedad.
- e) Se recomienda ajustar la numeración y el orden secuencial de los ítems descritos en el procedimiento, ya que actualmente se presentan inconsistencias en el uso de las viñetas numéricas, lo cual puede dificultar la comprensión lógica y cronológica de las actividades.
- f) Se recomienda actualizar el ítem 6 "Documentos referenciados" del procedimiento, ya que actualmente se hace referencia al Estatuto General de la Institución Tecnológica Colegio Mayor de Bolívar, denominación que fue modificada desde el año 2021, cuando la institución adoptó el carácter académico de Institución Universitaria y el nombre oficial de Institución Universitaria Mayor de Cartagena.
- g) Ítems de documentos referenciados: se recomienda actualizar las categorías señaladas en este ítems o apartado, toda vez que menciona documentos derogadas tales como:
- Estatuto General Colegio Mayor de Bolívar
 - Documento: Estatuto Docente Colegio Mayor de Bolívar
 - Documento: Estatuto General Colegio Mayor de Bolívar
- h) Se identificó que, en el procedimiento vigente, la actividad correspondiente al "Planear inducción y reinducción" no contempla lo establecido en el Estatuto Profesor, específicamente lo indicado en el Parágrafo del Artículo 103, el cual dispone que: *"Cada proceso de capacitación será evaluado conjuntamente entre el Decano de Facultad y la Dirección de Talento Humano."*

Con el fin de asegurar la alineación del procedimiento con los lineamientos institucionales y promover una planificación participativa y pertinente de los programas de formación, se recomienda incluir como etapa inicial de la planeación la realización de mesas de trabajo o espacios de evaluación conjunta entre los Decanos de Facultad y la Dirección de Talento Humano, orientados a valorar la pertinencia de las acciones de capacitación.

4-Procedimiento de Plan de Capacitaciones PR-TH-005, versión 7 del 13/09/2022

- a) Se recomienda corregir el cargo del responsable en el procedimiento. Actualmente figura como "Director de Talento Humana", cuando la denominación correcta del cargo es "Director de Talento Humano"
- b) Se recomienda actualizar la información del responsable en el pie de página de la aprobación del documento. Actualmente figura como "Director de Planeación y Mejoramiento de la Calidad", un cargo que no corresponde a la estructura organizacional vigente. El cargo correcto, es "Director de Planeación".
- c) Actualizar las referencias institucionales incorrectas, como "Colegio Mayor de Bolívar", y utilizar la denominación vigente: Institución Universitaria Mayor de Cartagena, en coherencia con el cambio de carácter académico otorgado desde el año 2021.

5- Procedimiento de Elaboración de Nomina PR-TH-007, versión 8 del 09/06/2022

- a) Se recomienda actualizar integralmente el procedimiento, ya que las actividades descritas no reflejan de manera adecuada la realidad operativa del proceso. En particular, se identifican vacíos en la definición de los responsables, en la descripción de las verificaciones realizadas a la nómina y en la incorporación de los sistemas de información actualmente utilizados. Se sugiere que el procedimiento sea ajustado para incluir con precisión:
 - ✓ Las actividades efectivamente realizadas.
 - ✓ Los cargos responsables de cada una.
 - ✓ Las herramientas tecnológicas que soportan la gestión del proceso de nómina.

Esto garantizará coherencia entre la documentación y la operación real, mejorará la trazabilidad del proceso y contribuirá al cumplimiento eficaz de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

- b) Actualizar las referencias institucionales incorrectas, como "Colegio Mayor de Bolívar", y utilizar la denominación vigente: Institución Universitaria Mayor de Cartagena, en coherencia con el cambio de carácter académico otorgado desde el año 2021.

6- Procedimiento de Vinculación PR-TH-008, versión 12 del 26/07/2023

- a) Definir y documentar el plazo máximo para la entrega del plan de trabajo por parte del personal de planta, con el objetivo de asegurar su integración oportuna en la programación institucional, facilitar su seguimiento y contribuir a la planificación eficaz de las actividades formativas.
- b) Actualizar las referencias institucionales incorrectas, como “Colegio Mayor de Bolívar”, y utilizar la denominación vigente: Institución Universitaria Mayor de Cartagena, en coherencia con el cambio de carácter académico desde 2021.
- c) Se recomienda modificar el formato del plan de trabajo anual con el fin de evidenciar el cumplimiento y de seguimiento de las fechas de entrega por parte del personal de planta. Actualmente, el formato no permite verificar de forma clara si los plazos establecidos se están cumpliendo, lo que dificulta su seguimiento y control.
- d) Ajustar el alcance del procedimiento, reemplazando el término “contrato laboral” por “vinculación laboral”, para mantener precisión y coherencia terminológica con el régimen legal aplicable.
- e) Se recomienda detallar de forma clara y específica los responsables del equipo de Talento Humano en cada una de las actividades descritas en el procedimiento de vinculación. Actualmente, en el ítem 3 de “Responsable”, se menciona de manera general al “equipo de Talento Humano”, sin identificar los cargos o roles concretos que intervienen en cada etapa del proceso.
Precisar los responsables por actividad contribuirá a mejorar la trazabilidad de las funciones, garantizará una adecuada asignación de responsabilidades y facilitará la ejecución y el seguimiento del procedimiento conforme a lo establecido en el sistema de gestión de calidad.
- f) Teniendo en cuenta lo que dice el alcance del procedimiento, el cual incluye el ingreso a nómina, se recomienda revisar y actualizar el detalle del procedimiento para incorporar las actividades específicas relacionadas con el ingreso a nómina. Esto permitirá que el procedimiento refleje de manera completa y clara todas las etapas del proceso, garantizando la trazabilidad, el control y el cumplimiento efectivo de esta etapa fundamental en la gestión del talento humano.

7. Procedimiento de PR-TH-009 – Entrega de Puesto de Trabajo.

- a) Se recomienda validar el alcance de este procedimiento toda vez que actualmente reza que aplica a todo el personal de la Institución con contrato laboral con Umayor.
- b) Se recomienda especificar en el procedimiento a quién debe solicitarse la eliminación de accesos o claves y quién es el responsable del soporte tecnológico, a fin de garantizar el cierre seguro del perfil del servidor saliente.

- c) Incluir la actividad de aprobación o visto bueno del jefe inmediato dentro del proceso de entrega del cargo, como mecanismo de verificación formal.
- d) Establecer acciones de mejora y control en los casos donde no se realice la entrega formal del cargo por salidas temporales, como vacaciones.

8-Procedimiento de Selección de Personal por Prestación de Servicios PR-TH-010, versión 4 del 11/10/2022.

- a) Se recomienda ajustar la numeración y el orden secuencial de los ítems descritos en el procedimiento. Actualmente se presentan inconsistencias en el uso de las viñetas numéricas, lo cual puede dificultar la comprensión lógica y cronológica de las actividades.

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **OD-TH-006**

Se recomienda articular la caracterización del SG-SST con la caracterización del proceso de Talento Humano, para evidenciar la relación funcional y operativa entre ambos procesos y evitar duplicidad o incongruencias en los documentos.

9.Procedimiento de Exámenes Médicos Ocupacionales PR-TH-PRL-003, Versión 2 del 22/06/2021

- a) Se recomienda ajustar el procedimiento a la estructura y formato definidos institucionalmente para los procedimientos, asegurando coherencia con la documentación del sistema integrado de gestión, tanto en su forma como en el contenido.
- b) Alinear el procedimiento con la práctica actual de la entidad, garantizando que esté conforme con lo efectivamente realizado y con los requerimientos normativos en materia de exámenes médicos ocupacionales.

10. Procedimiento de Permisos de Trabajo y Análisis de Trabajo Seguro (ATS), Versión 2 del 22/06/2021

Se recomienda ajustar el procedimiento a la estructura y formato definidos institucionalmente para los procedimientos, asegurando coherencia con la documentación del sistema integrado de gestión, tanto en su forma como en el contenido.

Revisar el formato anexo al procedimiento, ya que no cumple con la plantilla institucional vigente de indicadores y presenta el logo incorrecto: "Institución Universitaria Mayor de Bolívar".

Se recomienda actualizar la información del responsable en el pie de página de la aprobación del documento, ya que actualmente figura como "Director de Planeación y Mejoramiento de la Calidad", un cargo que no corresponde a la estructura organizacional vigente. El cargo correcto, es "Director de Planeación".

Además, se evidencia que el procedimiento no se aplica actualmente en la institución, por lo cual se recomienda su eliminación o actualización, conforme a lo manifestado por el responsable del área.

INDICADORES DEL PROCESOS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

- a) Se sugiere incluir un nuevo indicador que permita analizar la participación de los profesores en los procesos de formación, desagregado por facultad o programa académico. Esto facilitará una toma de decisiones más precisa y orientada al fortalecimiento de competencias, según las necesidades específicas de cada área. Lo anterior obedece a dar cumplimiento con la información requerida ante trámites de registro calificado y procesos de acreditación- re acreditación de programas académicos.

RIEGO DEL PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

- a) En relación con el indicador de “inoportunidad en el pago de nómina”, se recomienda ampliar su alcance para que no solo evalúe la oportunidad en la fecha de pago, sino también la calidad de la información utilizada en el proceso de nómina. Esto implica garantizar que los pagos sean no solo oportunos, sino también consistentes y correctos, evitando reprocesos derivados de errores en los valores cancelados a los trabajadores.

NO CONFORMIDADES

Nº	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5.1 a) y b)	Gestión del Talento Humano	La organización debe incluir la información documentada que el sistema de gestión de la calidad requiere, y la necesaria para tener confianza en que los procesos se llevan a cabo según lo planificado.	El procedimiento PR-TH-001 “Selección”, en su sección correspondiente al proceso de inducción y reinducción, establece que: <i>“Se debe realizar reinducción solo en las temáticas de SST en casos especiales: Licencias, Incapacidades mayores a 15 días, vacaciones, Incapacidades por A.T.”</i> Durante la auditoría, se solicitó evidencia documental de las reinducciones realizadas a tres profesoras que regresaron de su licencia de maternidad (<i>Neda Álvarez Ortega, Isamar Cassiani del Toro y Elicia Canoles Morelos</i>). No se presentó evidencia de que dicha actividad se hubiera realizado, ni registros que justifiquen su omisión.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 10 de 11

				Se incumple el criterio documentado por la propia organización al no evidenciar la ejecución de la actividad de reinducción según los casos definidos como obligatorios en el procedimiento.
2	8.5.1 7.5.2	Gestión del Talento Humano	Se evidenció que las actividades descritas en el procedimiento de selección de personal por prestación de servicios no se están llevando a cabo conforme a lo documentado. Entre las actividades no cumplidas se encuentran: el reclutamiento con mínimo tres candidatos y por ende la realización de entrevistas a estos.	Durante la auditoría no se encontraron registros que evidencien la ejecución de actividades tales como el reclutamiento con mínimo tres candidatos y por ende la realización de entrevistas descritas en el procedimiento de selección de Personal por prestación de servicios(este hallazgo aplicó con todas las OPS que se encuentran contratadas en la Umayor para el II período 2024 y I período 2025).
3	9.1.3 (d)	Gestión del Talento Humano	Se evidencio ausencia de cumplimiento de lo expuesto en el estatuto profesoral artículo 106 , específicamente en el parágrafo que señala: cada proceso de capacitación será evaluado conjuntamente entre el decano de la facultad y el director de talento humano.	Durante la auditoría no se encontraron registros que evidencien la ejecución de esta actividad descritas en el estatuto profesoral. Normatividad institucional a la cual se le debe dar cumplimiento. (Este hallazgo se presentó para el II período 2024 y I período 2025) El proceso no analiza y evalúa los datos y la información que surgen por seguimiento y medición, toda vez que no evalúan si lo planificado se ha implementado de forma eficaz.
4	7.5.2 7.5.3	Gestión del Talento Humano	Durante la auditoría se evidenció que los procedimientos del proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) no se encuentran estructurados conforme al formato y lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión institucional. Se observaron inconsistencias en la presentación y contenido de los documentos, y en algunos casos, se identificó el uso	Se verificaron los procedimientos documentados del proceso de SST y se constató que presentan una estructura diferente a la establecida en el formato oficial del Sistema Integrado de Gestión. Además, algunos procedimientos aún contienen el logotipo de la Institución Tecnológica Colegio Mayor de Bolívar, lo que indica que no han sido actualizados ni adaptados a la imagen institucional vigente. Esta situación puede generar confusión, dificultar la trazabilidad documental y afectar la correcta aplicación y control de los



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

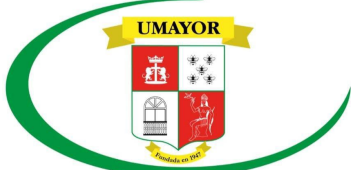
PÁGINA: 11 de 11

			del logotipo anterior correspondiente a la Institución Tecnológica Colegio Mayor de Bolívar, el cual ya no es válido para la actual Institución Universitaria Mayor de Cartagena.	procedimientos dentro del sistema de gestión.
5	7.5.3.2	Gestión del Talento Humano	El proceso no mantiene la información documentada idónea para soportar la operación de sus procesos y para demostrar la conformidad de los productos y servicios frente a temas de SST(COPPAST)	Se evidencia en el acta con fecha de 24 de enero ausencia de diligenciamiento del punto 2 denominado lectura y aprobación del acta anterior y revisiones de compromisos No se evidencia señalamiento de ausencia de algunos miembros que no asistieron a la reunión como por ejemplo Flor Pérez para el año 2024, en el punto 1 del acta verificación del quórum. El acta también carece de información o espacio en blanco que solicita en el numeral 4 capacitaciones en SST. No se evidencia retroalimentación de las estrategias o acciones que se toman frente a la accidentalidad en el COPPAST.

ANEXOS

Se adjunta a este informe registros de asistencia de las jornadas desarrolladas.

SOPORTE Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 5

FECHA DE LA AUDITORÍA:	21 de mayo de 2025
OBJETIVO:	Verificar el grado de conformidad de todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6.
ALCANCE:	El alcance de la auditoría interna comprendió la revisión de los procesos y subprocesos ejecutados por el área de Soporte y desarrollo Tecnológico, incluyendo la atención a usuarios, gestión de incidentes y requerimientos, mantenimiento de infraestructura tecnológica, gestión de activos TI, y documentación de procedimientos operativos. La auditoría se centró en las actividades desarrolladas durante el período 2024-2 y 2025-1 y abarcó tanto la verificación del cumplimiento de los requisitos documentales como la evaluación del desempeño operativo y la satisfacción de los usuarios internos.
CRITERIOS:	NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6., Manual de Calidad, y los demás documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de Procesos que soportan los Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación de la Institución universitaria mayor de Cartagena. • Políticas y procedimientos institucionales relacionados con la gestión tecnológica, soporte técnico, atención al usuario y gestión de infraestructura tecnológica. • Lineamientos del PETIC (Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones) • Matriz de riesgos institucional, en lo correspondiente a la operación del soporte tecnológico • Objetivos estratégicos institucionales, con relación a la continuidad operativa y satisfacción del usuario interno.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores – Acompañantes u Observadores
Edna Margarita Piña Barreto	María Alejandra Verbel Solar

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Planificación de la Auditoria



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 2 de 5

2. Se llevó a cabo la reunión de apertura, en la cual se presentó al equipo auditor y al equipo del área de Soporte y Desarrollo Tecnológico, encargado de recibir la auditoría. Durante esta reunión, se expusieron las funciones de cada miembro del equipo auditado:

- ✓ **Indulfo Polo Reyes:** responsable de redes y seguridad, centro de datos, equipos y seguridad digital. Encargado de velar por la seguridad de la institución, tanto a nivel físico como digital.
- ✓ **Mario Patiño:** Webmaster, encargado del PETIC, así como de la creación, gestión y aplicación de políticas tecnológicas.
- ✓ **Pedro Camargo:** Coordinador del área de soporte, con funciones relacionadas con el gobierno digital y la implementación de políticas.
- ✓ **Emerson Rivera:** Coordinador general del área.

3. Se explicó el objetivo y alcance de la auditoría, así como los procedimientos que serían evaluados durante la visita.

4. Evaluación de documentos

- Caracterización del Proceso
- Procedimientos
- Políticas de seguridad informática y gobierno digital.
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y la comunicación (PETIT)
- Revisión de plan de acción y evidencias
- Revisión aleatoria de formatos y su diligenciamiento.
- Inventario de activos tecnológicos

5. Verificación de Cumplimiento Normativo y de Políticas

- Protección de datos personales

6. Evaluación de riesgos y controles

- Análisis y revisión de control de los riesgos

7. Revisión de Indicadores de Desempeño

- Análisis de los indicadores asociados al proceso

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 5

- Evaluación de la periodicidad, confiabilidad y uso de estos indicadores para la toma de decisiones.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

FORTALEZAS:

- **Conocimiento del personal operativo**
Todos los integrantes del equipo demostraron un alto nivel de conocimiento sobre sus funciones y responsabilidades, así como un dominio claro de los procedimientos y sistemas que gestionan. Esto refleja una adecuada capacitación y experiencia en sus respectivos roles.
- **Compromiso del equipo**
Se evidenció una actitud proactiva y colaborativa por parte del personal del área, quienes participaron activamente en la auditoría y brindaron información oportuna y veraz.
- **Capacidad de respuesta inmediata ante hallazgos**
Aunque se detectaron no conformidades relacionadas con la ausencia de documentación de riesgos e indicadores, el equipo mostró una alta capacidad de reacción y disposición para realizar los ajustes de forma inmediata, lo que demuestra flexibilidad y orientación a la mejora continua.
- **Claridad en la asignación de funciones**
Las funciones del personal estuvieron claramente definidas, lo que permitió una comunicación fluida y eficaz durante la auditoría. Cada integrante conocía sus tareas específicas dentro del proceso.
- **Estructura funcional del proceso**
El proceso en general presenta una estructura coherente, con procedimientos establecidos y alineados con los objetivos del área, lo que facilita su ejecución y seguimiento.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- **Actualización y documentación del mapa de riesgos**
Se sugiere fortalecer la gestión del mapa de riesgos mediante la implementación de mecanismos que faciliten su actualización periódica y promuevan su integración activa en la toma de decisiones y el seguimiento del proceso.
- **Fortalecimiento del seguimiento a planes estratégicos y operativos**
Se recomienda fortalecer el seguimiento a los planes estratégicos y operativos mediante la implementación de mecanismos de monitoreo periódico (trimestrales, semestrales o anuales), con el fin de facilitar la verificación del avance, la identificación de oportunidades de ajuste y la toma oportuna de decisiones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos establecidos.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
MAYOR DE CARTAGENA

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: FT-SM- 017

VERSIÓN: 2

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA: 4 de 5

- **Capacitación especializada para auditores en temas TIC**

Se recomienda fortalecer las competencias del equipo mediante capacitaciones técnicas especializadas en tecnologías de la información y comunicaciones (TIC). Esto permitirá mejorar la comprensión de procesos tecnológicos, marcos normativos (como ISO 27001) y herramientas propias del entorno digital, contribuyendo a auditorías más profundas, técnicas y ajustadas al contexto.

- **Medición de la satisfacción**

Se recomienda considerar la implementación de encuestas de satisfacción o formularios de evaluación como herramienta para recopilar retroalimentación de los grupos de interés, lo que permitiría identificar oportunidades de mejora y fortalecer la calidad del servicio ofrecido por el área.

- **Evaluación de cargas laborales y distribución de funciones**

Dado que el líder del proceso estuvo ocupado en múltiples actividades durante la auditoria, se sugiere valorar la realización de una evaluación de cargas laborales y distribución de funciones, con el fin de identificar posibles oportunidades para optimizar la asignación de tareas y, en caso necesario, considerar apoyos adicionales en momentos clave que favorezcan la eficiencia en la gestión del proceso.

- **Actualización de procedimientos y formatos del proceso**

Se recomienda realizar una revisión integral de los procedimientos y formatos del proceso, con el propósito de mantenerlos actualizados frente a los cambios tecnológicos, estructurales y normativos, y asegurar su alineación con los lineamientos establecidos en el plan PETIC.

- Se recomienda establecer la generación de informes Semestrales o anuales que incluyan:

- ✓ Solicitudes recibidas y atendidas.
- ✓ Tiempos de atención vs. tiempos establecidos (SLA).
- ✓ Actividades de mantenimiento preventivo/correctivo.
- ✓ Ejecución de proyectos o avances del PETIC.
- ✓ Reporte de incidentes tecnológicos y acciones correctivas.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 5 de 5

NO CONFORMIDADES				
Nº1	Req 6.1.2	Soporte y Desarrollo Tecnológico	No se evidencian acciones planificadas y documentadas por el proceso para abordar de manera sistemática los riesgos identificados y las oportunidades de mejora, lo cual limita la gestión proactiva y preventiva del proceso.	Evidencia No se evidencia seguimiento al FT-SM-014 Matriz de riesgos y oportunidades

ANEXOS

MEDIOS EDUCATIVOS

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 4

FECHA DE LA AUDITORÍA:	28/05/2025
OBJETIVO:	Evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema integrado de gestión, ISO 9001: 2015
ALCANCE:	Proceso de medios educativos
CRITERIOS:	ISO 9001:2015 y demás requisitos legales e institucionales, como los documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de los procesos.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Yuselis Perez Pajaro	Dilia Morales

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Se recopila información mediante entrevistas a Andrés Montero y su equipo de trabajo, seguimiento a los indicadores del proceso, análisis y observación de registros de los siguientes procedimientos: • PR-ME-001 préstamo de medios educativos • PR-ME-002 préstamo de recurso de información • PR-ME-003 plan de dotación de medios educativos • PR-ME-004 Sistematización del recurso de información • PR-ME-005 Procedimiento para dar de baja al material bibliográfico • PR-ME-006 Creación de aulas virtuales

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 4

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: ➤ Se observa sentido de pertenencia en los auditados y un equipo comprometido con los objetivos comunes; con toda la disposición para suministrar la información requerida.
OPORTUNIDADES DE MEJORA ➤ Aplicar herramientas que midan el grado de satisfacción de los clientes y de esta forma facilitar la toma de decisiones estratégicas para mejorar el rendimiento y la satisfacción de los clientes en el proceso de medios educativos. ➤ La actualización del sistema integrado de gestión permitirá un sistema organizado que pueda mantener el control y el buen funcionamiento de los procesos, se observa que en varios procedimientos se relaciona el software WAS y actualmente están desarrollando la actividad con otro software, en la guía para diseño de ambientes virtuales de aprendizaje GI-ME-001 actualizar el nombre de la institución educativa, en el procedimiento PR-ME-002 préstamo recurso de información eliminar formato FT-ME-004 sanción pedagógica revisar que esa sanción fue derogada este año. ➤ Las acciones de mejora deben documentarse para garantizar la trazabilidad, el cumplimiento normativo y la mejora continua de los procesos, existen ideas para mejorar los procesos, pero deben detallarse para controlar su eficacia. ➤ Revisar la posibilidad de dejar en el procedimiento el uso del libro porque los datos del formato FT-ME-002 Bitácora recurso de información se están diligenciando es en un libro por temas de ahorro de papel y orden de información, pero en el procedimiento se menciona es el registro.

NO CONFORMIDADES

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 4

N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5.3.1	Medios Educativos	En la caracterización no se encuentra actualizado el número y fecha de la política de biblioteca. Resolución 864 de 10 de noviembre 2023 y adicionar resolución 619 del 05 de noviembre de 2021 (AVA)	Caracterización
2	4.4.1	Medios Educativos	El Indicador % de cumplimiento de las solicitudes de los medios educativos periodo 2024-2, no cumple con la meta y se observa que los datos con que se realiza el cálculo no están completos, porque la fórmula mide todos los requerimientos de medios educativos, pero para su cálculo solo están tomando los requerimientos suplidos de video beam, en los análisis del indicador se evidencia que los datos colocados no corresponden al periodo evaluado.	Indicador % de cumplimiento de las solicitudes de los medios educativos

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 4 de 4

3	7.5.3.1	Medios Educativos	El registro FT-ME-006 Solicitud de creación de curso en la plataforma AVA se observa sin firma, se revisaron varios de muestra y no estaban firmados, se manejan mediante correo electrónico, los registros deben ser diligenciados en su totalidad y si se considera no es necesario la firma, solicitar la actualización del registro, adicional conservar los registros archivados, que no toque buscar la información en el correo, sino que se tengan organizados de fácil consulta.	registro FT-ME-006
---	---------	----------------------	--	--------------------

ANEXOS

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 24/04/2021
		PÁGINA: 1 de 2

FECHA DE LA AUDITORÍA:	Jueves 15 de mayo de 2024
OBJETIVO	Verificar el grado de conformidad de todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6.
ALCANCE:	Proceso Gestión de la Comunicación
CRITERIOS:	NTC-ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6., Manual de Calidad, y los demás documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de Procesos que soportan los Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación de la Institución universitaria mayor de Cartagena.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
Auditor Líder: Adriana Aguirre	Elizabeth Herazo Orozco. Acompañante: Yeimi Vilaró Cano

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Se realizó revisión y verificación de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 a través de la revisión de documentación y entrevista al auditado.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS: - Buena disposición, mentalidad abierta y receptividad del líder del proceso y su equipo de trabajo, para recibir recomendaciones y sugerencias. - Hay claridad de las tareas asignadas dentro del rol que cumple cada miembro, - Se evidencia el trabajo en equipo y la organización para adelantar las actividades programadas. - Cuenta con equipos idóneos que le permiten responder a los requerimientos solicitados por la comunidad institucional. - El líder, aunque tiene poco tiempo en el cargo, mostró buena disposición e interés por el proceso de auditoría.
DEBILIDADES

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 24/04/2021
		PÁGINA: 2 de 2

En el procedimiento PR-GC-003 el responsable del proceso se enuncia como “coordinador”, igualmente, en la hoja de ruta aparece en la denominación de responsable el cargo de “Coordinador”. Este debió cambiar a director de acuerdo al cambio de carácter y al Decreto 1330. Se observó incongruencia con la fecha de la versión 7 del documento: aparece 2021 en la hoja de ruta y en la página web institucional aparece 2024.

No se evidencia indicadores que den cuenta de la gestión de nuevas redes sociales creadas, solo se mide el posicionamiento de la institución en la red social Facebook. En la caracterización aparecen 3 indicadores y solo se están midiendo 2 indicadores.

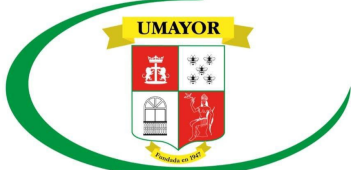
En el procedimiento PR-GC-002 Se recomienda definir el término “contadores” que aparece en la hoja de ruta como un registro.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Revisar los procedimientos con la oficina de Planeación y Mejoramiento de la Calidad para actualizarlos en lo concerniente a la designación del cargo del líder del proceso de acuerdo al cambio del carácter y al decreto 1330. Aplicar encuestas de satisfacción para medir el impacto de la gestión de la comunicación en la institución. Mantener un plan de dotación que permita la continuidad del proceso en cuanto a materiales para su desarrollo.

NO CONFORMIDADES				
Nº	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5.2 Literal C	Gestión de la Comunicación	Se observó desactualización en la designación del cargo del líder en el formato de un procedimiento	Procedimiento PR-GC-003

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 6

FECHA DE LA AUDITORÍA:	23 de mayo de 2025
OBJETIVO:	Evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema integrado de gestión, ISO 9001 en la Institución Universitaria Mayor de Cartagena.
ALCANCE:	Proceso: Seguimiento y Medición Procedimientos: PR-SM-002- Acciones de Mejora, PR-SM-009 – Gestión Ambiental, PR-SM-010 – Gestión del Cambio. Vigencia 2024 -2025
CRITERIOS:	Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y demás requisitos legales e institucionales, en especial los contemplados en la caracterización del proceso auditado.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores – Acompañantes u Observadores
ADRIANA AGUIRRE CAMPO	MARIA JULIANA SIERRA SERPA – LEONARDO PEREZ BUILES

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Conforme al cronograma establecido, se desarrolló la actividad auditora, con presencia del líder del proceso y todo su equipo de trabajo, así como, del auditor líder y el observador asignado: Se dio inicio con la intervención de la auditora, quien manifestó la metodología a emplear y los objetivos del proceso evaluador, señalando como hoja de ruta la caracterización de la unidad auditada y, estableciendo los procedimientos que serian objeto de valoración: PR-SM-002- Acciones de Mejora, PR-SM-009 – Gestión Ambiental, PR-SM-010 – Gestión del Cambio. En este sentido, se realizaron preguntas al líder para determinar su conocimiento y manejo del proceso. Este hizo una breve pero sustanciosa explicación de las actividades desarrolladas por el equipo y las propuestas e innovaciones presentadas a alta dirección para el mejoramiento de la calidad institucional, en la que se destaca la reestructuración del mapa de procesos, el cual, a concepto del auditor, se encuentra alineada con los objetivos institucionales de excelencia a calidad, ya que la nueva organización optimizaría la operatividad de los procesos.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 6

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Seguido, se pasó a la etapa de evaluación de los procedimientos, iniciando por el **PR-SM-002**- Acciones de Mejora, posteriormente se auditó el **PR-SM-009** – Gestión Ambiental el cual presenta varias debilidades tanto de forma, como de fondo. Finalmente, se verificó el **PR-SM-010** Gestión del Cambio, en el cual no pudo constar la operatividad del mismo, ya que no existen solicitudes de cambios. Referente a esto, la unidad auditada manifiesta que el procedimiento se activa con la solicitud de los líderes de procesos; empero, al indagar si tenían conocimiento de que en la entidad se hubieran realizado cambios mayores en la vigencia evaluada, indicaron que sí, pero que los líderes de proceso no lo comunican.

Finalmente, se indicaron cuáles fueron los hallazgos encontrados y se manifestó, que se estudiaría la no conformidad de estos, conforme a los establecido en los criterios empleados en la auditoría.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

FORTALEZAS:

El líder del proceso, junto con su equipo de trabajo, están plenamente empoderados y conforman un grupo responsable, comprometido, colaborador y de confianza, facilitando la segregación de funciones y garantizando respaldo y seguridad durante la auditoría. Se destaca la actitud abierta y receptiva del profesional SIG, antes los hallazgos, recomendaciones y sugerencias recibidas.

Es oportuno manifestar que el proceso, en relación a sus roles, presentó ante el Comité Institucional de Control Interno modificación a la Política de Administración del Riesgo, conforme a los requisitos establecidos en la Guía de Administración del Riesgo V6 y el Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.1.6 literal g.

Así mismo, es importante destacar el avance logrado por el proceso en la consolidación esté en la institución; apuntando a un objetivo claro y constante, enfocado en que el Sistema de Gestión de la Calidad sea una responsabilidad de todos, propiciando de manera efectiva la mejora continua en la organización.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 6

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

Conforme a lo indicado en el desarrollo de la auditoría, se establece como oportunidades de mejora las siguientes:

1. Se sugiere evaluar la completitud del FT-SM-009, en cuanto a el PR-SM-002, actividad: reportar acción correctiva o de mejora "...El profesional SIG revisa la información contenida en el formato de acciones de mejora, radicar asignando consecutivo y registrar en la Matriz de Mejora Continua.", con el propósito de que el formato no solo cumpla con lo determinado en la actividad, sino que además se pueda verificar la fecha en que se radica la acción.
2. Analizar y evaluar el PR-SM-009 – Gestión Ambiental, para determinar la viabilidad o necesidad de separar en procedimientos diferentes lo relacionado a: determinar el contexto institucional, identificar los aspectos ambientales y evaluar el cumplimiento de los requisitos legales ambientales, con el objeto de mejorar la operatividad del Sistema de Gestión Ambiental.
3. Se sugiere mejorar la descripción de la actividad: *determinar el contexto institucional* del proceso procedimiento PR-SM-009, ya que no existe claridad y/o precisión de las fases que referencia, con el fin de que la acción pueda ser desarrollada correctamente.
4. Replicar como buenas prácticas el procedimiento PR-SC-002 o implementar en el PR-SM-009, aquellas que resulte conveniente la efectividad del mismo.
5. Desarrollar acciones o estrategias para que la organización conozca e implemente la gestión del cambio.

Para el procedimiento PR-SM-009 se sugiere:

6. Mejorar la descripción de la actividad: *diseñar programas de gestión ambiental*, puesto que citar tantos programas no es necesario, teniendo en cuenta sólo deben ser ejecutados si son considerados un aspecto ambiental significativo en la MIAVIA. Lo anterior, con el objetivo de que el procedimiento sea lo más claro posible para su desarrollo.
7. La identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales de las sedes Pie de la Popa y Armenia de la entidad, ya que son parte integrante de la institución y deben ser tenidas en cuenta para la toma de decisiones conforme a los resultados arrojados.
8. Revisar la coherencia de la actividad: *evaluar el cumplimiento de los requisitos legales ambientales y de los otros requisitos aplicables a la institución* y su registro, conforme a la descripción dada en la misma, con el objetivo de dejar la trazabilidad requerida.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 4 de 6

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

9. Evaluar y cambiar la secuencia de las actividades siete y ocho, ya que en la operatividad se ejecutan de forma inversa, con el propósito que exista una sinergia entre el procedimiento y su ejecución.
10. Integrar la actividad: *Realizar validaciones de los procedimientos de Emergencia ambiental al Plan de Salud y Seguridad en el Trabajo* teniendo en cuenta la naturaleza de esta, con el fin de fortalecer el Sistema Integrado de Gestión.
11. Revisar la tabla de aprobación, ya que esta no señala quien realizó esta acción y se debe tener claridad de los responsables de la creación de documentos conforme a los procedimientos establecidos en el SIG.
12. Revisar la pertinencia del cuadro que contiene las normas aplicables ya que en el documento no se encuentra relacionado o vinculado a un capítulo específico, con el propósito de mejorar la comprensión de archivo.
13. Verificar los responsables establecidos el procedimiento PR-SM-009 puesto que en la operatividad este está a cargo adicionalmente del profesional SIG y debe existir una correlación entre lo plasmado y lo desarrollado para el aseguramiento efectivo de la calidad.

OBSERVACIONES:

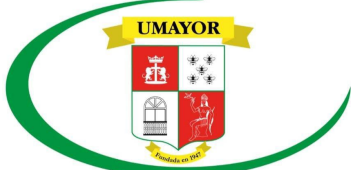
Existencia de debilidades en el control documental, por cuanto, no se tenía claridad de la codificación del FT- SM-035, lo que podría llevar a un incumplimiento de los requisitos 7.5.1 literal b y 7.5.3.1 literal a de la ISO 9001:2015 y es necesario que el personal conozca y maneje todos los documentos del proceso para mantener la estabilidad del SIG.

NO CONFORMIDADES

N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	8.2.3.2 - 10.2.1 literal d ISO 9001:2 015	Seguimiento y Medición	El proceso no evidenció la verificación de la efectividad de las acciones de mejora contemplada en la actividad seis (6) del procedimiento PR-SM-002 y el formato FT-SM-009 incumpliendo	Al revisar la Matriz de Mejoramiento Continuo del proceso de Gestión del Talento Humano, se evidenció que el proceso auditado no tiene documentado la evaluación de la eficacia de las acciones según lo programado como contempla la actividad: <i>verificación de la eficacia</i> del

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 5 de 6

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
			el requisito 8.2.3.2 “La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable: a) sobre los resultados de la revisión...” 10.2.1 literal d cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe... d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.	procedimiento PR-SM-002 y la norma 9001:2015.
2	7.5.3	Seguimiento y Medición	El proceso no controla la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad, puesto que no existe disponibilidad de registros contemplados en el procedimiento PR-SM-009.	Al solicitar las actas soporte de la revisión y aprobación de los resultados del contexto institucional y así como, de la presentación de programas ambientales para aprobación no fueron entregadas por el proceso incumpliendo con lo dispuesto en las actividades: <i>revisar y aprobar los resultados del contexto institucional y presentar programas para aprobación</i> del PR-SM-002
3	7.5.1 literal b - 8.1	Seguimiento y Medición	En el procedimiento PR-SM-009 se observó debilidad en control operacional ya que se ejecuta la actividad once en un periodo diferente al establecido en su descripción, por tanto, el control de la información	La información suministrada como evidencia de la actividad: <i>revisar la ejecución de los programas ambientales</i> del PR-SM-009 no es completamente idónea, puesto que en la descripción de la misma se determina que el seguimiento a la implementación de los programas ambientales se realizará de forma trimestral y al solicitar el registro

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 6 de 6

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
			documental no es completamente idónea.	(informes) se evidenció que en la operatividad se llevada cuatrimestralmente.
4	6.3 - 6.2.1 literal b – 7.3	Seguimiento y Medición	El procedimiento PR-SM-010 Gestión del Cambio no es medible ya que en la institución no existe una cultura de planificación del cambio y, el proceso, si bien tiene identificada esta conducta, no ha tomado las acciones necesarias para la toma de conciencia que contribuyan a mantenimiento y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión.	No se ha desarrollado este procedimiento, lo que no hace posible su medición; sin embargo, tienen conocimiento de que se han generado cambios mayores, pero no han sido comunicados. En cuanto a esto, el proceso no ha tomado acciones que conlleven al mantenimiento y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión de la Institución mediante el uso de mecanismos que contribuyan a la mejora continua de los procesos como lo establece en el objetivo de su caracterización y en la que se puede citar, capacitaciones, asesorías y acompañamientos a los líderes de procesos.

ANEXOS

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 2

FECHA DE LA AUDITORÍA:	Mayo 5 del 2025
OBJETIVO:	Verificar del grado de conformidad de todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena, de acuerdo a los requisitos de la NTC-ISO 9001:2015, 19011:2018 y requisitos propios de la institución.
ALCANCE:	Proceso de Planeación Institucional
CRITERIOS:	ISO 9001:2015, 19011:2018 y demás requisitos legales e institucionales, como los documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de los procesos.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores – Acompañantes u Observadores
Adriana Aguirre	Ruth Mongua

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Se dio la instalación de la auditoria interna a la hora y fecha fijada del proceso Planeación Institucional, en donde se expuso el objetivo y el alcance de la auditoria. Se realizó una revisión de los documentos del proceso: 1. Caracterización. 2. Procedimientos. 3. Indicadores. 4. Riesgos del proceso. 5. Acciones de Mejora. Por último se realizó el cierre de la auditoría, socializando los resultados previos.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:
Se resalta el conocimiento de todos los miembros del equipo de trabajo sobre la caracterización y procedimientos asociados al proceso. En las acciones de mejora se evidenció madurez del proceso y sobre todo el uso de los medios de comunicación de la información.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 2

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Documentar la operacionalización del centro estadístico de Umayor con el fin de asegurar la trazabilidad de la información aquí registrada y las actividades desarrolladas. Extender a todos los procesos la buena practica de la implementación de mecanismos de participación ciudadana y transparencia con el fin de asegurar el cumplimiento de la normatividad legal vigente.

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
		Planeación Institucional	N/A	N/A

ANEXOS

CALIDAD ACADÉMICA

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 2

FECHA DE LA AUDITORÍA:	30 de mayo de 2025
OBJETIVO:	EVALUAR LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ISO 9001: 2015
ALCANCE:	Proceso de Calidad Académica.
CRITERIOS:	ISO 9001:2015 y demás requisitos legales e institucionales, como los documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de los procesos.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
ADRIANA AGUIRRE	CARINA FERNANDEZ MONTES CARLOS SEVERIANO PIMENTEL AGUILAR

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Se realizó revisión y verificación de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 a través de la revisión de documentación y entrevista al auditado.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:
- La disposición del líder de proceso, así como la de todo el equipo para la auditoría, prestos a sugerencias, la escucha activa.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
- Calidad académica: actualización de los procedimientos PR-CA-001 (Autoevaluación Institucional y de Programa) y PR-CA-002 (Acreditación), asegurando que los indicadores asociados sean congruentes con los tiempos efectivos de ejecución de cada proceso. Actualmente, los indicadores planteados no permiten una medición adecuada dado que están diseñados para ser evaluados anualmente. Una revisión y ajuste de estos indicadores favorecería la gestión eficiente y la calidad académica.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 2

NO CONFORMIDADES				
N°	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	7.5.3.1 4.4.2	CALIDAD ACADEMICA Y SIG	La caracterización del proceso no se encuentra actualizada, ya que la versión y fecha consignadas en el documento no coinciden con el registro de control de cambios. Esta discrepancia implica una falta de trazabilidad y control documental conforme a los requisitos normativos de gestión de calidad, afectando la confiabilidad y validez del proceso	Caracterización

ANEXOS

SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 1 de 3

FECHA DE LA AUDITORÍA:	28 de mayo del 2025
OBJETIVO:	Proceso de Seguimiento, control y Evaluación: Asesorar y acompañar a la Dirección en todos los procesos y procedimientos, de forma objetiva e independiente; Fomentando la cultura del control, y contribuyendo al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la Misión Institucional, en los planes, metas y objetivos propuestos, por medio de auditorías, inspecciones, verificaciones y capacitaciones dentro del marco de la Ley.
ALCANCE:	Se inicia con el diseño, aprobación y ejecución de auditorías, seguimiento, control y evaluación para formular las recomendaciones pertinentes, con el objeto de lograr eliminar las causas de las deficiencias en los procesos y mecanismos de gestión estableciendo las acciones o medidas pertinentes.
CRITERIOS:	ISO 9001:2015 y demás requisitos legales e institucionales, como los documentos que se encuentren descritos en las caracterizaciones de los procesos.

EQUIPO AUDITOR	
Auditor Líder	Auditores - Acompañantes u Observadores
JOHANNA TERESA PINEDA PORTACIO	DILIA NIEVES MORALES GALVIS

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
- Instalación de la auditoria en la oficina asignada al proceso: Presentación del equipo auditor dando indicaciones de lo que se evaluaría, aclarando que la auditoria se realizara la verificación del cumplimiento de los requisitos del proceso y no del desempeño de los responsables, por lo cual se verificara las evidencias que responden a cada requisito al cual hace cumplimiento. - Presentación del líder del proceso y equipo disponible para atender auditoria. - Presentación del alcance, objetivos, revisión documental: caracterización, normas, políticas, procedimientos por parte del líder del proceso. - Verificación del cumplimiento normativo. - Verificación de cumplimiento de indicadores, acciones de mejoras, Matriz de riesgo y de corrupción.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA
FORTALEZAS:
- La disposición del líder de proceso, así como la de todo el equipo para la auditoría, prestos a sugerencias, la escucha activa. - Compromiso con la mejora continua y aceptación de las recomendaciones realizadas al proceso.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 2 de 3

- Comprensión de la importancia del control y la auditoria: Iniciativas internas para mejorar los procedimientos y controles.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Se recomienda actualizar la caracterización del proceso, dado que el Alcance no hacen claridad que este inicia desde el Plan de auditorías, al igual que revisar las partes interesadas y el ciclo PHVA.
- Formato de asistencia falta espacios sin diligenciar en referencia a la aprobación del plan de auditoría, quedando pendiente el nombre del facilitador, la intensidad horaria. Igualmente, al revisar el acta de aprobación del plan de auditoria se debe anexar el plan e indicar que el mismo se envía por correo electrónico y es publicado en el micrositio de Control Interno de la página Web Institucional.
- Se sugiere actualizar el formato de cronograma de actividades, dado que no está diligenciado completamente, al mismo le hacen parte las firmas físicamente y tampoco están de manera electrónica. Se le hace una recomendación al líder y por la política de cero papeles de revisar el formato mirar si es necesario que lleve firma dado que todo lo están manejando en archivos drive.
- Se recomienda hacerle seguimiento al plan de auditoría, pues solo remiten un correo electrónico a todos los lideres de proceso, pero no tienen correos de confirmación de recibidos y tampoco hacen reuniones de socialización sea de manera física o remota sincrónica.
- Se evidencia que los formatos no tienen firma ni digitales ni físicas, porque en su gran mayoría estos llevan firma, si esta parte no es diligencia, se sugiere revisar si es necesario dejarlo con la firma dado que no la usan.
- Los formatos FT-SC-002 y FT-SC-008 no se su utilización en los procedimientos, revisar si los mismos los utilizaran dado que tienen fecha de actualización de abril del 2025.
- Se recomienda implementar formato de evaluación de satisfacción del servicio, dada la misma dinámica del proceso y la atención que tienen con usuarios internos y externos.
- Se recomienda revisar los procedimientos actualizados dados que no finaliza el ciclo del mismo y se quedan cortos.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: FT-SM- 017
		VERSIÓN: 2
		FECHA: 13/06/2024
		PÁGINA: 3 de 3

NO CONFORMIDADES				
Nº	Req.	Proceso	Descripción	Evidencia
1	4.4.1	de Seguimiento, Control y Evaluación	Se evidencia FT-SC-001 versión 1 de junio del 2021 no se está utilizando correcto para el seguimiento del plan de mejoramiento del proceso correspondiente al 2024.	Se evidencia en la pagina web de la Institución que estan colgados los informes del plan de mejoramiento en un formato no correspondiente, dado que tienen una actualziación del 2021 versión 1 y suigen utilizando el formato con versión 0 del 2/sept/2016. Es importante desmontar y colgar el formato correcto dado que a todos los procesos que le levantaron este plan estan en el formato no correcto.
2	4.4.1	de Seguimiento, Control y Evaluación	Se evidencia el formato FT-SC-003 memorando de auditoria se encuentra sin firma.	Es recurrente encontrar formatos que llevan firma sin las mismas ni de manera electrónica con firma digital ni de forma física.

ANEXOS

