



PROCESO AUDITADO:	PLANEACIÓN, COMUNICACIONES Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
PROCEDIMIENTOS AUDITADOS	FECHA DE LA AUDITORIA
*Seguimiento y Revisión al PEI Formato FPI-01 *Seguimiento Planes de acción Formato FPI-19 *Seguimiento FEM-04 Plan de Mejoramiento año 2025 *Seguimiento Riesgos por proceso Formato FPI-04 MAPA DE RIESGOS 2025. *Indicadores por procesos de Calidad Seguimiento a los Indicadores por Proceso FPI- 03 Tablero de Indicadores. 2025.	VIGENCIA TERCER TRIMESTRE 2025
AUDITOR LIDER	EQUIPO AUDITOR
Arley de Jesús Ramírez Patiño-Jefe Oficina de Control Interno Auditor Líder	Arley de Jesús Ramírez Patiño-Jefe Oficina de Control Interno Auditor Líder
AUDITADO:	
Líder del Proceso: Personero Municipal	

OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Evaluar el Proceso de Planeación Institucional la formulación, articulación y seguimiento de los planes, programas y metas institucionales para asegurar la coherencia estratégica, la asignación eficiente de recursos y la toma de decisiones informada que contribuya al cumplimiento de la misión y cumplimiento de objetivos establecidos PEI de la entidad.

Garantizar la eficacia, eficiencia y economía en las operaciones institucionales mediante la verificación, evaluación y mejora continua de los procesos, la gestión del riesgo y el control documental, asegurando custodia, conservación y disponibilidad de la información para la toma de decisiones y el cumplimiento de la misión pública. (Objetivo del Sistema de Control Interno (basado en Art. 209, Ley 87 de 1993 y Decretos 1083/2015; Decreto 1499/2017)

Optimizar la gestión de las comunicaciones institucionales y los servicios tecnológicos mediante el desarrollo, actualización y protección de los sistemas de información, garantizando oportunidad, seguridad, interoperabilidad y soporte técnico para fortalecer la transparencia, la interacción con la ciudadanía y el desempeño operativo de la entidad.

ALCANCE DE LA AUDITORIA

Aplica desde la revisión y actualización de la plataforma estratégica de la entidad hasta el seguimiento de las políticas, planes y programas institucionales, incluyendo la verificación de resultados, el control de avances y la implementación de acciones de mejoramiento continuo





ESTABLECIDOS POR LA Entidad SGC derivadas de su evaluación.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (CRITERIOS DE AUDITORIA)

FGD - 09 Listado maestro de documentos internos

FGD-10 Listado maestro de documento externos - Normograma

(Leyes, Normas, ISO 9001-2015, MIPG Política y Objetivos de Calidad, Manual de Calidad, caracterización, procedimientos y documentos asociados al proceso, reglamentación vigente, procedimientos, objetivo, alcance y criterios definidos)

RESUMEN DE LA AUDITORÍA:

1. Se llevo a cabo la reunión de Apertura en la oficina Control Interno y con el acompañamiento del Asesor de planeación estratégica Institucional, Jhony Alexander Zapata, se socializo el plan de auditoría, se expuso de manera clara la forma como se realizarían las actividades durante el proceso auditor, se confirmaron los canales de comunicación, y se brindó la oportunidad para hacer preguntas y aclaraciones pertinentes sobre el alcance de la auditoria
2. Como marco normativo se tuvo como referencia la descrita en listado maestro formato FGD - 09 Listado maestro de documentos internos; formato FGD-10 Listado maestro de documento externos - Normograma del SGC
3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA (CRITERIOS DE AUDITORIA) y manual de Funciones y Competencias Laborales de la Personería de Itagüí
4. Se solicito información pertinente, sobre la gestión documental y Recibida la información, se procede a verificar el contenido de la misma
5. Se llevo a cabo entrevistas,
6. con base en el análisis de la información de consolidación y de seguimiento a informes trimestrales a planes de acción vigencia 2025, de cada una de las áreas misionales y procesos de apoyo de la entidad
7. Posteriormente se recoge más información y evidencias pertinentes para el proceso auditor de diferentes fuentes: - actas de reuniones, fuente de consulta plataforma SISGED, fuentes del sistema de gestión SGC Indicadores de Gestión, plan de mejoramiento y matriz de riesgos vigencia 2025
8. Se examinaron las evidencias presentadas durante el desarrollo de la auditoria
9. Se procede a realizar el informe de auditoría.



REUNIÓN DE APERTURA



Fuente: Reunión de Apertura 20/11/2024

Elaboró: Arley de J Ramírez Patiño- Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: se anexa planilla de asistencia de la reunión de apertura

Se informa que se realizara de manera presencial y virtual por los medios establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la entidad, se procede a dar lectura al programa de auditoría, basado en el ciclo PHVA: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, recurrente que se utiliza para evaluar, analizar, establecer acciones de mejora y hacer seguimiento a los procesos de Planeación estratégica establecidos por la entidad y en PEI año 2025-2028,

Para esta auditoría se aplicó un cuestionario orientado a identificar la forma en que el Líder del Proceso y su equipo asesor garantizan el cumplimiento del Procedimiento de Planeación. Las preguntas estuvieron enfocadas en evaluar la implementación de dicho procedimiento dentro de los procesos, procedimientos y actividades que desarrolla la dependencia, con el fin de verificar la adecuada articulación, seguimiento y aplicación de los lineamientos estratégicos establecidos.

De la misma forma el seguimiento planes de mejoramiento, de los hallazgos y observaciones presentadas en auditorias anteriores producto de diferentes fuentes de detección, la gestión de riesgos asociados a los procesos y verificación de la aplicación de los siguientes procedimientos establecidos mediante el SGC, que se relacionan a continuación:



CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



**Personería
Itagüí**

Que el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en su sesión realizada el 27 de enero de 2025, aprobaron el Programa Anual de Auditorías Internas y de Calidad para la vigencia 2025. Y adoptado mediante Resolución Nro. 015 del 27 de enero "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PROGRAMA ANUAL INSTITUCIONAL DE AUDITORÍAS INTERNAS Y DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO PARA LA VIGENCIA 2025 DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE ITAGÜÍ"

MAPA DE PROCESOS



**Personería
Itagüí**





DESARROLLO:

1. Seguimiento y Revisión al PEI Formato FPI-01 Plan de Acción vigencia 2025

El proyecto 0101 avanzó en la modernización tecnológica, fortalecimiento institucional y mejora de la gestión estratégica de la Personería de Itagüí. Se actualizó e inició la implementación del PETI 2025–2028, consolidando capacidades digitales y alineando la infraestructura tecnológica con las necesidades institucionales. Se desarrolló la política de Gobierno Digital y se implementaron herramientas tecnológicas clave para mejorar la prestación de servicios y el acceso ciudadano.

Se publicaron informes periódicos y datos estadísticos que fortalecen la transparencia y la rendición de cuentas. Las estrategias de promoción institucional lograron avances significativos en posicionamiento y difusión, mientras que el mantenimiento de la certificación ISO 9001 garantizó la continuidad del Sistema de Gestión de Calidad.

Se realizó seguimiento a los planes institucionales, apoyo en contratación y participación activa en eventos de derechos humanos.

Finalmente, se ejecutaron acciones de descentralización mediante programas comunitarios que acercaron la oferta institucional a diversos sectores del municipio.

Cumplimiento Política de Seguridad y Privacidad de la Información (FTI-05)

Durante el periodo evaluado, la Personería Municipal de Itagüí logró un cumplimiento del 100% en los lineamientos establecidos en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información. Se mantuvo actualizado el inventario de activos, se documentaron roles y responsabilidades en el PETI y cada líder de proceso aseguró la clasificación, custodia y protección de la información.

La gestión del riesgo se ejecutó conforme al Sistema de Gestión de Calidad, mientras que los incidentes de seguridad fueron atendidos oportunamente mediante los procedimientos PTI-01 Mantenimiento de Equipos de TI, y Reportes suministrados por el equipo de apoyo (ingenieros) FTI-02. Asimismo, se fortaleció el uso adecuado de la plataforma tecnológica, garantizando controles sobre navegación, correo electrónico, acceso remoto y uso de equipos institucionales.

Se cumplió la socialización obligatoria de políticas en inducción y se tiene programado para segundo semestre de la vigencia 2025 el proceso de reinducción de parte de la Alta dirección reinducción, así como la aplicación de medidas antes, durante y después de la relación laboral. La contratación incorporó cláusulas y acuerdos de confidencialidad para mitigar riesgos asociados.





**Personería
Itagüí**

**INFORME DE AUDITORÍA
INTERNA**

Código:FEM-09

Versión: 05

Fecha: 01/09/2024

Política de Uso Adecuado de los Recursos de la Plataforma de TI

Durante el periodo evaluado se evidenció un cumplimiento del 100% en los lineamientos establecidos para el uso adecuado de la plataforma de TI de la Personería Municipal de Itagüí. Las cláusulas contractuales y los controles institucionales garantizaron que servidores públicos y contratistas cumplieran las restricciones sobre actividades ilegales, acceso no autorizado, instalación de software, uso del correo electrónico y conservación de la información.

Se fortalecieron mecanismos de monitoreo, filtrado de navegación, control de acceso, protección de contraseñas y administración de cuentas, asegurando que los privilegios se otorgaran únicamente por necesidad funcional. Igualmente, se mantuvo la aplicación de medidas antes, durante y después de la relación laboral, mitigando riesgos asociados al factor humano.

Los procesos de seguridad física, protección de equipos y verificación de la configuración tecnológica operaron sin desviaciones, contribuyendo a la integridad, disponibilidad y confidencialidad de los activos de información institucionales.

2. Seguimiento Planes de acción Formato FPI-19



**Personería
Itagüí**

**INFORME DE AUDITORÍA
INTERNA**

Código:FEM-09

Versión: 05

Fecha: 01/09/2024

DELEGATURA:		DESPACHO - PERSONERO MUNICIPAL									
LINEA ESTRATÉGICA:		DIRECCIÓN Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA									
OBJETIVO:		Ejecutar los procesos institucionales de manera eficiente y eficaz conforme a los recursos disponibles, optimizando las capacidades institucionales para el cumplimiento asegurando el acatamiento de sus responsabilidades legales y administrativas, e impulsando la transformación mediante la modernización tecnológica y de i									
PROGRAMA		Gestión y Dirección Institucional.									
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	CÓDIGO DEL INDICADOR	INDICADOR DE PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	PESO PORCENTUAL INDICADOR	META PROGRAMADA (N° Plan Indicativo)	UNIDAD DE MEDIDA	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PESO PORCENTUAL	
		010101	Módulos de tecnologías de información y comunicaciones actualizados-(PETI) 2025-2028.	Actualizar el plan Estratégico de Tecnologías de la información conforme al uso y desarrollo de las tecnologías en la Personería de Itagüí, donde se define la dirección y gestión de los recursos tecnológicos, las prioridades, objetivos y líneas de acción, para apoyar y mejorar la misión institucional, los procesos internos y la prestación de servicios a la comunidad.	14,28%	0.50	Número	01010101	Actualizar el plan estratégico de las tecnologías de la información	50%	
								01010102	Implementar el plan estratégico de las tecnologías de la información	50%	
		010102	Herramientas tecnológicas para el control público implementadas - Modernización tecnológica	El indicador refleja la capacidad de la entidad para ofrecer servicios públicos digitales accesibles, eficientes y seguros, garantizando la participación ciudadana y el acceso a trámites electrónicos de manera transparente, cumpliendo los estándares técnicos establecidos en la Resolución 1519 de 2020 MINTIC para la Sede Electrónica, lo cual incluye diseño, funcionalidad, seguridad, usabilidad y accesibilidad, así como el desarrollo e implementación del QR Institucional el cual servirá de acceso fácil e inmediato a nuestra plataforma, la creación de la política de gobierno digital, la emisión de certificados electrónicos post-atención y la renovación de equipos de computación e	14,28%	0.25	Número	01010201	Elaborar la política de gobierno digital	60%	
								01010202	Implementar de nuevas herramientas tecnológicas para el fortalecimiento institucional	40%	
		010103	Informes publicados -	Desarrollo y la publicación de información clave sobre la gestión de la Personería de Itagüí, reflejada en cifras y datos relevantes para la ciudadanía. Las actividades	14,28%	5	Número	01010301	Realizar publicación trimestral de los de la ejecución del plan estratégico institucional	70%	

Fuente: FPI-19 Seguimiento Plan de Acción II trimestre FIN

Gestión y Dirección Institucional

Durante la vigencia, la Delegatura del Despacho del Personero Municipal avanzó de manera consistente en el fortalecimiento institucional y la modernización tecnológica, se implemento LA POLITICA DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD PRIMER SEMESTRE (FTI-05 CUMPLIMIENTO)



Así mismo, asegurando una ejecución equilibrada de los proyectos estratégicos. Se actualizaron los componentes del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y se implementaron herramientas DE MEJORAS digitales sistema SIEGED orientadas a la mejora de la eficiencia administrativa.

La entidad consolidó publicaciones periódicas de la personería en cifras datos confiables y de fácil confirmación institucionales, fortaleció la imagen corporativa mediante campañas de divulgación y

Se mantuvo la certificación de calidad ISO 9001. Asimismo, se efectuó seguimiento continuo a los planes institucionales y se brindó acompañamiento a los procesos de contratación, garantizando la transparencia y el cumplimiento normativo.

En materia de participación, se ejecutó la agenda de eventos y se desarrollaron estrategias de descentralización como Un Café con el Personero y La Personería en tu Barrio, acercando la oferta institucional a la ciudadanía y promoviendo escenarios de diálogo y control social.

SEGUIMIENTO PLAN INDICATIVO-

Avance Plan Estratégico Institucional

Durante el primer semestre, el proyecto Innovación y Gestión Integral para el Fortalecimiento Institucional alcanzó un avance acumulado del 43%, evidenciando un progreso significativo frente al 15,74% reportado en marzo. Los indicadores priorizados muestran desempeño favorable: la actualización del PETI avanzó al 40%, mientras que la modernización tecnológica alcanzó el 30%, fortaleciendo la infraestructura digital.

En materia de transparencia y acceso a la información, la publicación de informes institucionales llegó al 50%. Las estrategias de posicionamiento de la imagen institucional reportaron un 36% de ejecución, contribuyendo a la visibilidad de la entidad.

El seguimiento a documentos de planeación alcanzó el 50%, garantizando control y articulación de los planes institucionales. La participación en eventos y escenarios de promoción de derechos logró un avance del 50%, reafirmando la presencia activa de la entidad en espacios regionales y nacionales.

La estrategia de descentralización institucional avanzó al 45%, fortaleciendo la cercanía con la ciudadanía.





3. Seguimiento FEM-04 Plan de Mejoramiento año 2025

Estado de la Acción por Proceso – Primer Semestre 2025					
Proceso		Acciones Cumplidas		Acciones en Proceso	
Planeación institucional	11	Nro. (1,4,5,6,8 y 9)	6	Nro. (2,3,7,10,11)	5
Atención al usuario (4)	4	Nro. (1 y 4)	2	Nro. (2 y 3)	2
Promoción y protección de derechos humanos (3)	3	Nro. (1,2 y 3)	3	N/A	0
Intervención penal y familia (1)	1	Nro. (1)	1	N/A	0
Vigilancia administrativa y de la conducta oficial (5)	5	Nro. (1,2,3,4 y 5)	5	N/A	0
Gestión de la comunicación (2)	2	N/A	0	Nro. (1 y 2)	2
Gestión documental (0)	0	N/A	0	N/A	0
Gestión de Bienes y Servicios (6)	6	Nro. (1 y 2)	2	Nro. (3,4,5 y 6)	4
Talento Humano (1)	1	N/A	0	Nro. (1)	1
Evaluación y mejoramiento (7)	7	Nro. (1,2,3,4 y 6)	5	Nro. (5 y 7)	2
Tecnologías de la información (5)	5	Nro. (1,2,3 y 5)	4	Nro. (4)	1
Promoción y protección de derechos colectivos y del ambiente (0)	0	N/A	0	N/A	0
Totales	45	0	28	0	17

Fuente/: Formato-FEM- 04 Plan de Mejoramiento. 2025-construcción propia
Elaboró: Arley de Jesús Ramírez Patiño-Jefe Oficina de control Interno

Plan de Mejoramiento Primer Semestre – Vigencia 2025

El seguimiento al Plan de Mejoramiento evidencia un avance significativo en la gestión institucional durante el primer semestre de 2025. De las 45 acciones programadas, 28 se encuentran cumplidas y 17 permanecen en ejecución, reflejando un nivel de avance favorable en la implementación de mejoras.

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

El proceso muestra un avance sólido: 11 acciones cumplidas y 6 en ejecución, reflejando control estratégico y seguimiento continuo. Las acciones pendientes (5 restantes) requieren priorización para asegurar el cierre oportuno y mantener la coherencia con los objetivos institucionales.

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

Se evidencia cumplimiento total de 2 acciones, mientras 2 permanecen en ejecución. El avance es equilibrado, pero se requiere fortalecer tiempos de implementación para garantizar oportunidad en la difusión institucional y continuidad de los procesos comunicacionales.



TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

El proceso presenta alto desempeño: 5 acciones cumplidas y 1 en ejecución, consolidando avances en modernización y soporte técnico. La acción pendiente demanda revisión técnica y de recursos para garantizar el cierre eficiente y evitar rezagos en la transformación digital. El balance general confirma progresos sostenidos y orienta las acciones pendientes hacia la mejora continua.

4. Seguimiento Riesgos por proceso Formato FPI-04 MAPA DE RIESGOS 2025.

N.º	Proceso	Tecnología	Estratégico	Cumplimiento	Operativo	Corrupción	Total Riesgos	Estado 1er Semestre 2025
1	Planeación Institucional	0	1	1	1	2	5	No materializados
2	Atención al Ciudadano	0	0	1	1	2	4	No materializados
3	Promoción y Protección de Derechos Humanos	0	0	1	1	2	4	No materializados
4	Intervención en Procesos Penales y de Familia	0	0	1	1	1	3	No materializados
5	Vigilancia Administrativa y de la Conducta Oficial	0	0	2	0	2	4	No materializados
6	Gestión de las Comunicaciones	0	0	1	1	1	3	No materializados
7	Gestión Documental	0	0	1	2	2	5	No materializados
8	Gestión de Bienes y Servicios	0	0	1	2	3	6	No materializados
9	Gestión del Talento Humano	0	0	1	1	1	3	No materializados
10	Evaluación y Mejoramiento	0	0	1	1	1	3	No materializados
11	Tecnología de la Información	3	0	0	2	1	6	No materializados
12	Promoción y Protección de Derechos Colectivos y del Ambiente	0	0	1	2	5	8	No materializados
—	Riesgos Transversales (Todos los procesos)	0	0	0	0	5	5	No materializados
	Totales	3	1	12	15	28	59	No materializados
	Porcentaje de participación	5,08%	1,69%	20,34%	25,42%	47,46%	100,00%	

Fuente: FPI-04 MAPA DE RIESGOS. 2025. SGC Papeles de trabajo del Auditor.

Elaboró: Arley de J Ramírez Patiño-Jefe Oficina de Control Interno

Gestión de Riesgos, Primer Semestre 2025

Durante el primer semestre de 2025, ninguno de los 59 riesgos identificados se materializó, evidenciando control preventivo y efectividad en las acciones de mitigación. El proceso de Planeación Institucional registró 5 riesgos, principalmente operativos y de cumplimiento, gestionados oportunamente. En Gestión de las Comunicaciones, los 3 riesgos asociados a difusión y oportunidad informativa permanecieron controlados. En Tecnologías de la Información, aunque se identificaron 6 riesgos, incluyendo 3 tecnológicos, todos fueron contenidos gracias a medidas de seguridad y continuidad operativa. Finalmente, los riesgos transversales (5) no presentaron incidentes, demostrando articulación institucional y madurez en la gestión integral del riesgo.



5. Indicadores por procesos del sistema de Calidad Seguimiento a los Indicadores por Proceso FPI- 03 Tablero de Indicadores. 2025.

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO

1. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

El proceso cumplió el seguimiento a la planeación, gestión de riesgos y compromisos de dirección. Se verificó la ejecución presupuestal con resultados dentro de los parámetros definidos. Los indicadores muestran un cumplimiento estable y sin riesgos materializados en el semestre.

5. GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

Se cumplió con la publicación oportuna de la información institucional y la difusión de comunicaciones internas y externas. Los indicadores evidencian eficacia en la divulgación y participación, sin hallazgos críticos y con gestión adecuada de los canales oficiales.

10. TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

El proceso mostró cumplimiento del Plan Estratégico de TI, la Política de Seguridad y la normativa de transparencia. Se garantizó disponibilidad de la información y atención a requerimientos. Los indicadores reflejan eficacia y ausencia de incidentes críticos o riesgos materializados.

Durante el periodo evaluado PRIMER SEMESTRE AÑO 2025, se observó un cumplimiento promedio superior al 80 % en la mayoría de los procesos estratégicos, destacando la adecuada planeación y seguimiento de las actividades operativas. No obstante, algunos componentes presentan brechas relacionadas con la disponibilidad de recursos, la oportunidad en la ejecución de tareas transversales y la articulación interdependencial. La gestión evidenció fortalezas en el control interno y la implementación de acciones correctivas oportunas.

INFORME DE AUDITORÍAS ANTERIORES

Se evidencian avances significativos y de seguimiento plan de mejoramiento, en la planificación de acciones para abordar riesgos y oportunidades del Sistema de Gestión de la Calidad. Aunque se fortaleció la identificación del contexto y se mejoró la diferenciación entre factores internos y externos, persisten brechas en la inclusión de riesgos reales de mayor ocurrencia, el registro formal de su tratamiento y la articulación con cambios en la dirección estratégica. La capacitación en NTC ISO 9001:2015,. Queda pendiente para la vigencia 2026 la actualización integral de la matriz FPI-04 Mapa de Riesgos, incorporando riesgos por proceso, riesgo fiscal y el alineamiento completo con los objetivos institucionales.





N°	
N°.	1.FORTALEZAS
1	Capacidad de liderazgo y direccionamiento estratégico de la Alta dirección del equipo de apoyo: Los líderes de proceso cuentan con conocimiento y experiencia para identificar riesgos, y proponer acciones orientadas al mejoramiento continuo.
2	Disponibilidad de información: registros que permiten evidenciar la ejecución de actividades por procesos y el seguimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad..
3	Compromiso institucional: La entidad demuestra una participación activa de los responsables de proceso, facilitando la implementación de acciones y el seguimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
2.DEBILIDADES/OPORTUNIDADES DE MEJORA	
1	Aunque existen criterios establecidos, no se dispone de mecanismos formales y estandarizados para el control, registro y evaluación de la eficacia de las acciones correctivas y de mejora, lo que genera variaciones entre procesos y limita la trazabilidad y consistencia del sistema.
N°	2. NO CONFORMIDADES
	REQUISITO
	N/A
N°	3. OBSERVACIONES Y/O MEJORAS

1	<p>Observación: Se identifica el riesgo de presentar deficiencias en la ejecución de acciones correctivas y de mejora por proceso, en razón a que no se evidencia un seguimiento estructurado ni criterios uniformes para verificar la eficacia de las acciones implementadas con el propósito de atacar la causa raíz que dio origen a la observación presentada, con origen en diferentes fuentes de detección, criterio (cláusulas 6.1, se enfoca en la planificación proactiva para abordar riesgos y oportunidades que afectan al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y Cláusula 10.2 detalla cómo gestionar las no conformidades y tomar acciones correctivas para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencias, asegurando la mejora continua del SGC de la ISO 9001:2015).</p> <p>Causa: No se cuenta con un procedimiento suficientemente fortalecido para la gestión de acciones correctivas, causa, efecto y de acciones de mejora efectivas, debido a la falta de criterios de evaluación, definición clara de responsabilidades, tiempos establecidos y mecanismos de seguimiento sistemáticos de parte de cada uno de los líderes de procesos, lo cual limita la verificación de su eficacia y aumenta la probabilidad de materialización del riesgo identificado que se torna repetitivo.</p>
----------	---



Si bien se encuentran los criterios definidos para la gestión de acciones correctivas y de mejora, no se han establecido mecanismos formales y estandarizados para su control, registro y evaluación de eficacia. Esta situación genera variaciones en la aplicación entre los procesos y limita la trazabilidad de las acciones implementadas.

Efecto:

Esta situación puede derivar en recurrencia de no conformidades, débil control del desempeño de los procesos, afectación de los resultados planificados y disminución de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

CONCLUSIONES /RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA

CONCLUSIONES

1. La estructura organizacional y el Proceso de Planeación Institucional mostraron estabilidad operativa, sin desviaciones que afectaran la formulación, ejecución y seguimiento de los planes, programas y políticas institucionales.
2. Durante el periodo evaluado no se evidenciaron incidentes que comprometieran la seguridad de la información, la imagen institucional o la integridad de los procesos evaluados.
3. Los controles implementados en comunicaciones internas, externas y TIC resultaron adecuados para prevenir materialización de riesgos.

RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA

1. Fortalecer el seguimiento y la verificación del Proceso de Planeación Institucional para asegurar consistencia metodológica, sostenibilidad de los controles **y mejora continua** en la formulación y evaluación de planes de mejoramiento políticas, planes y resultados de cumplimiento a los objetivos establecidos Planes de Acción en cumplimiento del PEI 2025-2028
2. Fortalecer la vigilancia continua de los sistemas tecnológicos para anticipar vulnerabilidades y garantizar actualización permanente.
3. Consolidar estrategias de comunicación interna y externa orientadas a mantener la claridad, oportunidad y protección reputacional.

FIRMA DEL AUDITOR LÍDER 

FIRMA AUDITADO: _____

FECHA DE ENTREGA DEL INFORME: 30/12/2025 _____

