	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.01
		Página	1 de 11

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
01	SERVICIO DE ASISTENCIA EN TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN			28	9	2026
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	**Representante de la Alta Dirección**	EDWIN OMAR JAIMES RICO			
Nombre(s) del Equipo Auditor		**Cargo**				
YULIETH ROCIO HERRERA RUIZ		AUDITOR INTERNO				

Objetivo(s)	**Alcance**
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 y la normatividad interna y externa aplicable en cada uno de los procesos identificados en la Universidad de Pamplona.	Auditorías Internas a 25 procesos entre los que se encuentran de Direccionamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control que integran el SIG y se encuentran documentados en el Centro Interactivo, Auditorías Especiales y de Entes de Control.
Documentos de Referencia (Criterios)	Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, ISO 19011:2018, Resolución No. 1054 del 20 de diciembre de 2024 "Política Institucional de Gestión y Administración del Riesgo", MECI, PCI-10 Auditorías Internas de Calidad, Decreto 1072 de 2015, Formatos, Documentación de los Procesos vigente, Matriz de Requisitos Legales, FCI-19 "Plan de Acciones Correctivas", Mapas de Riesgos, Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, Matriz de Comunicación, Matriz de Partes Interesadas, identificación de las cuestiones internas y externas, Centro Interactivo.	

Fecha de Apertura	Día	Mes	Año	Fecha de Cierre	Día	Mes	Año
	07	09	2026		12	11	2026

Aspectos Relevantes	• Se resalta la disposición y actitud colaborativa del líder y del equipo auditado, lo cual facilitó el acceso oportuno a la información y la verificación de las evidencias requeridas. • Se evidencia un ambiente laboral agradable en el sitio de trabajo del proceso. • Se evidencia conocimiento consolidado de las actividades y procesos ejecutados, respaldado por la experiencia de varios integrantes del equipo. • Se adelantan acciones de actualización documental y cambios al proceso con acompañamiento del Sistema Integrado de Gestión (SIG), evidenciando compromiso con la mejora y la alineación institucional.

Aspectos por Mejorar	1. Fortalecer la Matriz de Requisitos Legales del proceso, revisando la normativa aplicable a la prestación de servicios tecnológicos, seguridad digital, protección de datos, servicios digitales, accesibilidad y publicación de información, según corresponda. Se recomienda diferenciar las obligaciones institucionales de aquellas cuya gestión corresponde directamente al proceso, facilitando su identificación, aplicación y seguimiento. 2. Fortalecer la apropiación de la Política de Calidad, los objetivos de calidad y los compromisos del Sistema Integrado de Gestión por parte de todos los integrantes del equipo, promoviendo su participación activa en la aplicación de los procedimientos, el cumplimiento de las responsabilidades asignadas y el desarrollo de las actividades de seguimiento y mejora. Para ello, se recomienda aprovechar los espacios de reunión del Grupo de Mejoramiento para reforzar la comprensión de que la gestión de la calidad es un compromiso compartido, que involucra a todos los integrantes del proceso y no exclusivamente a quien ejerce las funciones de enlace o coordinación con el SIG. 3. Fortalecimiento de la integración y el trabajo colaborativo: promover espacios de comunicación, participación e integración entre los integrantes del grupo auditado, que contribuyan al fortalecimiento de las relaciones interpersonales, el bienestar y el trabajo colaborativo, favoreciendo un ambiente adecuado para el desarrollo de las actividades del proceso. 4. Mantener actualizada la información publicada en la página web del proceso, verificando periódicamente su vigencia, integridad y coherencia con los servicios ofrecidos, los canales de atención y las orientaciones necesarias para facilitar la presentación y gestión de las solicitudes de los usuarios. 5. Fortalecer el seguimiento a los Planes de Acciones Correctivas, verificando que las acciones formuladas respondan a las causas de los hallazgos, se implementen conforme a lo planificado y cuenten con evidencias que permitan evaluar su eficacia. Se recomienda diferenciar el avance de ejecución de las actividades de la efectividad de las acciones implementadas, asegurando que el cierre de los planes se sustente en la verificación de los resultados alcanzados y en la atención de las causas que originaron los hallazgos.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**8.2.2** Determinación de los requisitos para los productos y servicios	Se evidenció la actualización de la Matriz de Requisitos Legales mediante reunión de grupo de mejoramiento, registrada en el *Acta No. 04 del 2 de marzo de 2026*. El proceso manifestó que algunas normas de carácter institucional (Política de Gobierno Digital) no se incluyen por ser gestionadas a nivel general, según lo indicado por la Profesional Esperanza Gamboa.
CONFORMIDAD	**5.2** Política de Calidad	En entrevista con el líder y el equipo de trabajo, se evidenció conocimiento sobre la Política de Calidad y los objetivos institucionales, así como sobre el aporte del proceso al desarrollo de las actividades de la Universidad. No obstante, se identifica la oportunidad de fortalecer su socialización periódica en los espacios de reunión del Grupo de Mejoramiento, favoreciendo su apropiación y recordación por parte de todos los integrantes.
CONFORMIDAD	**5.3** Establecimiento de Roles, Responsabilidades y Autoridades	Se evidencia claridad en el rol del Líder del Proceso y su responsabilidad frente al Sistema de Gestión de la Calidad. Los funcionarios y contratistas entrevistados demuestran experiencia y conocimiento de los procesos que ejecutan, así como de sus responsabilidades dentro de estos.

CONFORMIDAD	**4.4.1 a** Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos	Se evidencia conocimiento de las entradas y salidas del proceso conforme a la caracterización *HAC-13 Caracterización Proceso Servicio de Asistencia en Tecnologías de Información*, identificándose de forma detallada entradas tales como normatividad, solicitudes del cliente y planificación de actividades.
CONFORMIDAD	**6.2** Establecimiento de objetivos de calidad y planificación para lograrlos	El Líder del Proceso y el equipo de trabajo conocen el aporte del proceso a los objetivos de calidad institucionales, los cuales se encuentran publicados, evidenciándose claridad sobre cómo las actividades del proceso contribuyen a su cumplimiento.
CONFORMIDAD	**6.2.2** Planificación detallada de los objetivos de calidad	El proceso cuenta con planificación documentada mediante el formato *FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades*, verificándose el cumplimiento de las actividades propuestas según el *Acta N.º 007 del 1 de julio de 2026*. Se evidenció seguimiento mensual mediante actas de grupo de mejoramiento, con ausencia de las correspondientes a los meses de mayo y junio, compensada con dos reuniones en los meses de abril y julio. Se soporta igualmente la elaboración del Mapa de Riesgos del proceso, con fecha de elaboración y aprobación del 28 de enero de 2026. Frente a la actividad de reuniones de seguimiento con el SIG para verificar avances y efectividad de las acciones del mapa de riesgos, el proceso dejó constancia en la misma *Acta No. 007* de que dichas reuniones no han sido programadas por parte del SIG.
CONFORMIDAD	**4.1** Comprensión del contexto de la organización	El Líder del Proceso y el equipo de trabajo identifican con claridad las cuestiones internas y externas de la organización, reconociendo como debilidad la rotación de personal y como fortaleza la experiencia del equipo. Este contexto fue documentado mediante el *Acta No. 002 del 29 de enero de 2026.*
CONFORMIDAD	**4.2. a.** Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Se tiene claro por parte del líder del proceso y el equipo de trabajo las partes interesadas como docentes, estudiantes, instituciones, este de control en el proceso los cuales están previamente identificadas con sus necesidades y los que esperan del proceso de servicio tecnológico, lo cual corresponde a lo identificado en la matriz de Necesidades y expectativas de las partes interesadas.
CONFORMIDAD	**7.1.4.** Verificación del ambiente en los procesos humanos, físicos, sociales, psicológicos	Se evidenciaron condiciones adecuadas en la infraestructura física del sitio de trabajo, incluyendo mobiliario y equipos de cómputo. Asimismo, se indicó que las actividades se desarrollan, por lo general, dentro del horario laboral establecido, salvo aquellas labores de soporte en sitio que, por su naturaleza, pueden requerir jornadas extendidas. En cuanto al ambiente social, se percibe un trato respetuoso entre los integrantes del equipo. No obstante, se identifica la oportunidad de fortalecer los espacios de interacción y comunicación, favoreciendo el bienestar y el trabajo colaborativo.
CONFORMIDAD	**6.3.** Planificación de los cambios	El proceso diligencia el formato *FAC-49 v.02 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua,* evidenciándose un cumplimiento del 7,3 % del plan, así como la actualización de los procedimientos *PCA-03 Realización de Soporte Tecnológico* (validado el 8 de septiembre de 2026) y PCA-04 “Planeación y Ejecución de Capacitaciones Técnicas y/o Funcionales, validado el 24 de septiembre de 2026. El bajo porcentaje de ejecución se sustenta en la falta de respuesta oportuna por parte del SIG, evidenciada mediante los correos de seguimiento reiterados por el proceso el 28 de noviembre de 2025, 12 de diciembre de 2025, 25 de febrero de 2026, 17 de marzo de 2026 y 13 de agosto de 2026, mediante los cuales se solicita la revisión y aprobación de los procedimientos pendientes.

CONFORMIDAD	**7.4.** Comunicación	El equipo de trabajo identifica los elementos de comunicación establecidos en el formato *FDE.CP-01 Matriz de Flujos de Información y Comunicación,* utilizando canales como el correo electrónico y WhatsApp; se identifica como oportunidad de mejora la actualización de la página web del proceso.
CONFORMIDAD	**7.5.2.** Creación y actualización de la documentación	Durante la revisión documental se evidenció que el proceso gestiona formalmente ante el Sistema Integrado de Gestión (SIG) las necesidades de actualización de su documentación, identificando los ajustes requeridos en sus procedimientos y realizando las gestiones administrativas correspondientes. Como evidencia de lo anterior, se presentan las solicitudes y reiteraciones remitidas desde el correo pmo.ciadti@unipamplona.edu.co, con fechas del 28 de noviembre de 2025, 12 de diciembre de 2025, 25 de febrero de 2026, 17 de marzo de 2026 y 13 de agosto de 2026. En estas comunicaciones se solicita información sobre el estado y avance de los trámites de actualización documental, evidenciando el seguimiento realizado por el proceso y su compromiso con la actualización de la documentación conforme a las necesidades de la operación.

NO CONFORMIDAD	**7.5.3.2 b y d.** Control de la información documentada	En la revisión documental, se identificó que el procedimiento *PCA-05 Planificación del Proceso*, en el ítem "Administración de Formatos", relaciona el formato *FCA-20 Plan de Logros de Objetivos*. Sin embargo, se evidenció que este formato no se encuentra asociado a ningún procedimiento y tampoco se encuentra registrado en el *FAC-03 Listado Maestro de Formatos.* En el procedimiento *PCA-14 Seguimiento de Proyectos Suscritos en el CIADTI*, se evidenció que el proceso utiliza el archivo *"lyRCE.xlsx*" como herramienta para registrar y realizar seguimiento a los proyectos. La información registrada en dicho archivo corresponde a datos requeridos en el formato controlado *FCA-17 v.04 Identificación y Requisitos de los Clientes Externos;* sin embargo, el procedimiento *PCA-14* no identifica ni referencia expresamente el archivo *"lyRCE.xlsx*" con el código y versión del formato *FCA-17 v.04*. Se evidencia una inconsistencia entre la herramienta operativa y la documentación controlada, dado que el proceso utiliza el archivo "lyRCE.xlsx" en lugar del formato *FCA-17 v.04*, diligenciando de manera parcial únicamente la hoja *"Convenios"* y dejando sin registrar las demás secciones contempladas (*Financiero*, *Contratos OPS*, *Viáticos* y *Proyección de Recaudos vs. Gastos*). Se evidenció inconsistencia documental entre el procedimiento *PCA-12 Realización de Cambio de Correo y/o de Contraseña de Vortal,* que referencia el formato *FCA-13 versión 01, y en el FAC-03 v.02* Listado Maestro de Formatos, donde figura registrado como FCA-13 v.02. (versión 02). Se evidencia inoportunidad en el control de cambios: aunque el proceso solicitó actualizaciones al SIG durante el presente año, desde 2021 se requirió la actualización de formatos sin que a la fecha de la auditoría se hayan formalizado los cambios en los formatos de los procedimientos PCA-05, PCA-10, PCA-11, PCA-12, PCA-13 y PCA-14. Lo anterior evidencia deficiencias en la identificación, control, diligenciamiento y trazabilidad de la información documentada del proceso, incumpliendo los requisitos del *numeral 7.5.3.2 (literales b y d) de la norma ISO 9001:2015 Control de la información documentada*. Se enfatiza que la existencia de trámites de actualización en curso ante el Sistema Integrado de Gestión, no exime al proceso de la obligación de aplicar y diligenciar en su totalidad las versiones oficialmente aprobadas y vigentes, hasta tanto no se formalice y publique su respectiva modificación.

NO CONFORMIDAD	**8.1.** Planificación y Control Operacional	Se evaluó la aplicación del procedimiento *PCA-03 v.06 Realización de Soporte Tecnológico,* específicamente los numerales 2.1 Recepción de la solicitud y 9.1 Cierre de la solicitud. Durante la revisión de una muestra de 50 CAT con estado diferente a Cerrado, con fecha de registro entre el 1 de enero y el 30 de marzo de 2026, se identificaron las siguientes situaciones: • CAT 90-44413, Liquidaciones, con fecha 26/02/2026, Cliente Univ. de Córdoba. - Estado registrado • CAT 90-44398, Liquidaciones, con fecha 25/02/2026, Cliente Univ. de Córdoba. - Estado registrado • CAT 90-44347, Admisiones, con fecha 18/02/2026, Cliente Univ. de Córdoba. - Estado registrado Para estos casos, no se encontró evidencia de asignación, análisis, direccionamiento ni avance hacia las etapas posteriores de gestión de la solicitud o justificación documentada que permitiera establecer las razones de la falta de continuidad en su atención. • CAT 90-44562, Egresado Administrador, con fecha 16/03/2026 Cliente Fundación Universitaria Juan de Castellanos. - Estado Fin Interno • CAT 90-44353, Admisiones, con fecha 19/02/2026, Cliente Univ. de Córdoba. - Estado Fin Interno Para estos casos no se evidenció el cierre de la solicitud o evidencia de las gestiones realizadas con el cliente para confirmar la satisfacción con la respuesta suministrada o para efectuar el cierre conforme a los mecanismos establecidos en el procedimiento. Se evidencia un incumplimiento del requisito 8.1 Planificación y Control Operacional, debido a fallas en el seguimiento y cierre de las solicitudes de soporte. Lo anterior se sustenta en la falta de evidencia de la continuidad en la atención de solicitudes registradas y del cumplimiento de las actividades de gestión con el cliente para su formal cierre, conforme a lo establecido en los numerales 2.1 y 9.1 del procedimiento PCA-03 v.06.
CONFORMIDAD	**8.2.1 a.** Comunicación con el cliente	Se evidenció que el proceso mantiene mecanismos de comunicación con los clientes a través de diferentes canales, entre ellos mensajería instantánea, correo electrónico institucional y página web, facilitando el suministro de información y la atención de sus requerimientos. Fortalecer la actualización periódica de la información publicada en la página web del proceso, procurando que sea vigente, completa y coherente con los servicios ofrecidos y los canales disponibles para los usuarios.

CONFORMIDAD	**8.2.1 b y c** Comunicación con el cliente. Proporcionar información.	Se evidenció la documentación y seguimiento de la retroalimentación y las PQRS recibidas durante el período evaluado. Como evidencia, se revisó el Acta No. 008 del 31 de julio de 2026, en la cual se registró el análisis de los resultados correspondientes al segundo trimestre, reportando la recepción de una (1) PQRS, de la cual se efectuó la gestión y atención correspondiente, alcanzando un cumplimiento del 100 %. La evidencia revisada demuestra que el proceso realiza seguimiento a las PQRS recibidas, documenta su gestión y analiza los resultados obtenidos, permitiendo verificar la atención de las solicitudes y el cumplimiento de los mecanismos establecidos para la comunicación y retroalimentación con el cliente.
CONFORMIDAD	**8.5.3.** Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	Se evidenció que el proceso de Soporte Tecnológico dispone de mecanismos de seguridad y control en el Datacenter para la protección de los productos, sistemas e información pertenecientes a los clientes que actualmente cuentan con servicios o que se encuentran en proceso de vinculación. Estos mecanismos permiten salvaguardar la información y los recursos tecnológicos bajo responsabilidad del proceso, contribuyendo a preservar su integridad, disponibilidad y confidencialidad durante la prestación del servicio.
CONFORMIDAD	**8.6.** Liberación de productos y servicios	Se evidenció que el proceso realiza la liberación de los productos y servicios conforme a los mecanismos establecidos. Como parte de la verificación, se tomó una muestra documental en la que se revisó el *Acta No. 003 de Entrega y Aceptación del Producto* correspondiente al cliente Universidad de Córdoba, evidenciándose la formalización de la entrega y aceptación del producto por parte del cliente en octubre de 2025.
CONFORMIDAD	**8.7.** Control Producto No conforme	Durante el periodo auditado no se evidenciaron productos o servicios no conformes. En consecuencia, no se identificaron situaciones que permitieran evidenciar la necesidad de aplicar acciones para prevenir su uso o entrega no intencionada.
CONFORMIDAD	**9.1.2** Satisfacción del Cliente	Se evidenció que el proceso realiza seguimiento a la percepción y satisfacción de los clientes mediante encuestas institucionales aplicadas a través de los canales establecidos, incluido el código QR. Como evidencia, se revisó el Acta No. 008 del 31 de julio de 2026, en la cual se documentaron y analizaron los resultados diferenciados de clientes internos y externos, correspondientes al 97,45 % y 60 %, respectivamente. Frente al resultado de los clientes externos, inferior a la meta establecida del 70 %, el proceso identificó una oportunidad para fortalecer la calidad del servicio. Lo anterior evidencia la realización de actividades de seguimiento y medición de la percepción del cliente, así como el análisis de los resultados obtenidos.
CONFORMIDAD	**7.3.** Toma de Conciencia	Durante las entrevistas se evidenció que los integrantes del grupo conocen sus funciones y responsabilidades y reconocen su relación con las actividades del proceso. Como oportunidad de fortalecimiento, se recomienda reforzar la comunicación sobre los objetivos del Sistema Integrado de Gestión y la contribución de las actividades del proceso a su cumplimiento, favoreciendo una mayor apropiación por parte de todo el equipo.

CONFORMIDAD	**9.1.3 b.** Grado de satisfacción del cliente Análisis y Evaluación	Se evidenció que el proceso realiza seguimiento, análisis y evaluación de los resultados de sus indicadores mediante los reportes del Sistema de Seguimiento a la Planeación Estratégica Institucional (SPEI), relacionados con el número de convenios y proyectos. Como evidencia, se verificó un avance del 80% con corte al 14 de agosto de 2026, así como los registros y formatos asociados al seguimiento, entre ellos el *FAC-23 Planificación y seguimiento de las actividades* planteadas y el *FAC-49 Plan de Gestión y Mejora Continua*. Asimismo, se revisó el *Acta No. 008 del 31 de julio de 2026*, en la cual se documenta el seguimiento y análisis de los resultados. Lo anterior evidencia que el proceso analiza y evalúa la información obtenida del seguimiento de sus indicadores y utiliza estos resultados como insumo para el control y mejora de su gestión.

NO CONFORMIDAD	**9.1.3 e.** Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades	Durante la auditoría se evaluó la eficacia de las acciones implementadas frente al riesgo *de manipulación fraudulenta de la información en los aplicativos Academusoft y Gestasoft, relacionada con la gestión de privilegios de usuarios para el favorecimiento de terceros,* y a su vez asociado al hallazgo de auditoría externa sobre la falta de un análisis específico de los riesgos en la gestión de accesos ante licencias, ausencias temporales, terminación de contratos y demás novedades del personal. Como parte de la acción correctiva, el proceso estableció un mecanismo para fortalecer la gestión de las solicitudes de modificación y eliminación de roles mediante un formato. Sin embargo, dicho formato no ha sido formalizado por el SIG, teniendo en cuenta que actualmente la herramienta CAT permite registrar y gestionar este tipo de solicitudes. Así mismo, se evidenció que en el procedimiento PCA-13 Asignación y/o Eliminación de Roles; la gestión de los accesos continúa condicionada a la generación de una solicitud por parte de los responsables de las dependencias, sin evidenciar mecanismos que aseguren la activación oportuna del control ante las diferentes novedades del personal. Durante la verificación se constató que, en algunos casos, los accesos y roles de funcionarios que ya no desempeñaban funciones fueron gestionados, como en los casos de Sandra Omaña, anterior directora de la Oficina de Talento Humano; Zoila Fabiola Ramon, quien ya no labora en la institución; y Judith Cristancho, anterior directora de la Oficina de Registro y Control, a quien se le retiraron los roles asociados a dicho cargo. No obstante, se evidenció que el funcionario Gabriel Pabón, quien dejó de laborar en la institución desde inicios de septiembre de 2026, mantenía activos, a la fecha de la auditoría, los accesos a los aplicativos de Gestión de Talento Humano que tenía asignados durante el ejercicio de sus funciones. Se evidencia incumplimiento del numeral **9.1.3 e**, debido a que las acciones implementadas no han demostrado ser eficaces para controlar el riesgo asociado a la gestión de accesos ante las novedades del personal. El control continúa dependiendo de la solicitud de un tercero, sin alertas, automatización o controles obligatorios que aseguren el retiro oportuno de los accesos, evidenciándose la permanencia de accesos activos en un funcionario desvinculado de la institución.

CONFORMIDAD	**10.2.1.** No conformidad y acción correctiva	Se evidenció que el proceso realiza seguimiento a las no conformidades y acciones correctivas derivadas de auditorías internas y externas, mediante el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas, en articulación con la Oficina de Control Interno. Como evidencia, se revisó el Acta No. 006 del 27 de abril de 2026, en la cual se realizó seguimiento al plan de acciones correctivas de las auditorías interna y externa de la vigencia 2025, incluyendo el hallazgo relacionado con la gestión de privilegios de usuarios en los aplicativos Academusoft y Gestasoft. Se verificaron las acciones planteadas, sus evidencias y las recomendaciones para fortalecer los controles y su seguimiento. Se evidencia conformidad con el requisito 10.2.1, debido a que el proceso establece, implementa y realiza seguimiento documentado a las acciones correctivas derivadas de los hallazgos de auditoría.
CONFORMIDAD	**6.1.2.** Acciones para abordar riesgos y oportunidades	Se evidenció que el proceso determinó e implementó acciones para abordar el riesgo relacionado con la gestión de accesos a los sistemas de información, como resultado de la acción correctiva derivada de la auditoría externa de ICONTEC. Como parte de estas acciones, se elaboró un formato orientado a fortalecer el control y la trazabilidad de las solicitudes de asignación, modificación y eliminación de roles y/o funcionalidades. Durante la auditoría se evidenció que dicho formato se encuentra pendiente de formalización por parte del SIG, debido a que actualmente la herramienta CAT permite registrar y gestionar este tipo de solicitudes. En este sentido, si bien el proceso ha implementado acciones para abordar el riesgo identificado, se requiere fortalecer y complementar los mecanismos establecidos, de manera que permitan asegurar su aplicación y eficacia frente a los diferentes riesgos relacionados con la gestión de accesos.
CONFORMIDAD	**10.3** Mejora Continua	Se evidenció que el proceso realiza seguimiento a las acciones de mejora mediante las reuniones de Grupos de Mejoramiento y el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua. Como evidencia, se revisó el Acta No. 004 del 2 de marzo de 2026, en la cual se documenta el seguimiento a las acciones y actividades de mejora definidas por el proceso. Se evidencia conformidad con el requisito 10.3 Mejora continua dado que el proceso cuenta con mecanismos para identificar, gestionar y realizar seguimiento a las acciones orientadas a la mejora continua.

Conclusiones
Con base en la evidencia revisada, el proceso Servicio de Asistencia en Tecnologías de Información presenta fortalezas relacionadas con el conocimiento operativo del equipo, la disposición para el desarrollo de la auditoría, la gestión de la documentación en actualización, la planificación y el seguimiento de actividades, la atención de PQRS y la implementación de mecanismos de seguimiento y mejora. No obstante, se identificaron tres no conformidades relacionadas con el control de la información documentada, la planificación y el control operacional de las solicitudes de soporte tecnológico, y la eficacia de las acciones implementadas frente al riesgo asociado a la gestión de accesos a los sistemas de información, las cuales requieren el análisis de sus causas y la definición de las acciones correspondientes. Adicionalmente, se identifican oportunidades para fortalecer la apropiación de la Política y los objetivos de Calidad por parte de todos los integrantes del equipo, la revisión de los requisitos legales aplicables, la actualización de la información publicada en los canales de comunicación con los clientes, la integración y el trabajo colaborativo, así como el seguimiento y la evaluación de la eficacia de los planes de acciones correctivas. En este sentido, se considera pertinente continuar fortaleciendo los mecanismos de autocontrol y mejora del proceso, procurando que las actividades planificadas y las acciones implementadas cuenten con evidencia suficiente, respondan a las necesidades identificadas y permitan demostrar resultados efectivos y sostenibles en el tiempo. **Gestión de los Aspectos de Mejora:** Los aspectos de mejora identificados en el presente informe deberán ser analizados y gestionados por el proceso, conforme a lo establecido en el procedimiento PAC-03 Gestión del Cambio y Mejora Continua en los Procesos. Cuando corresponda, las acciones definidas serán incorporadas en el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, de acuerdo con los mecanismos establecidos institucionalmente. El proceso deberá realizar el seguimiento a las acciones que sean determinadas y remitir a la Administración del Sistema Integrado de Gestión las evidencias correspondientes, conforme a los mecanismos establecidos. **Gestión de las No Conformidades:** Las No Conformidades identificadas en el presente informe deberán ser analizados y gestionados por el proceso, conforme a lo establecido en el procedimiento PCI-10 Auditorías Internas de Calidad actividades 11 y 12. Cuando corresponda, las acciones definidas serán incorporadas en el FCI-19 Plan de Acciones Correctivas, de acuerdo con los mecanismos establecidos institucionalmente. El proceso deberá realizar el seguimiento a las acciones que sean determinadas y remitir a la Oficina de Control Interno de Gestión las evidencias correspondientes, conforme a los mecanismos establecidos.

Elaboró	Aprobó	Validó
YULIETH ROCIO HERRERA RUIZ	**ROLANDO QUINTERO PÉREZ**	**MARITZA CONSTANZA GAMBOA**
Auditor Interno	Líder Proceso Au ditado	Auditor Líder