	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.01
		Página	1 de 16

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO	Fecha		
		Día	Mes	Año
Ciclo Anual 2026	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	02	10	2026

Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	**Representante de la Alta Dirección**	EDWIN OMAR JAIMES RICO

Nombre(s) del Equipo Auditor	Cargo
SANDRA MARCELA OMAÑA SUÁREZ	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	• El equipo mostró compromiso con el cumplimiento de los procedimientos y de las actividades del Sistema Integrado de Gestión (SIG). La información solicitada fue entregada oportunamente, organizada y completa, según la verificación del auditor. • En los expedientes revisados se evidenciaron orden, foliación, uso adecuado de formatos y aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD). También se verificaron las comunicaciones y la revisión de las actuaciones antes de su emisión. • Los funcionarios demostraron conocimiento de la política de calidad y de sus responsabilidades. La oficina realiza seguimiento a sus riesgos y acciones de mejora. • Se observó un ambiente laboral favorable y colaboración entre los integrantes del equipo. Según las entrevistas, la redistribución del trabajo ha permitido mantener la atención de los requerimientos dentro de los términos legales, pese a la reducción de personal.

Aspectos Relevantes	• Durante la entrevista, uno de los funcionarios manifestó sentirse incluido y valorado dentro del equipo, y destacó el respeto, la colaboración y las oportunidades de participación en las actividades de la oficina. • Todos los criterios fueron evaluados y verificados por el auditor con el grupo del proceso de Control Interno Disciplinario. • Reserva de la información: se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso. • Se verificó el seguimiento y cierre de la oportunidad de mejora sobre DOFA de 2025 mediante FAC-49 v.01 y Actas 002 y 005 de 2026. Según el Acta 015 del 22 de agosto de 2025, esa auditoría no reportó no conformidades.
Aspectos por Mejorar	• **Criterio 7 y 8** - Numerales 6.2 y 6.2.2. Solicitar al SIG una capacitación sobre el cálculo y registro de los porcentajes de avance del FAC-23 (Planificación, Control y Seguimiento de Actividades). Con lo aprendido, revisar y ajustar los porcentajes incorrectos de los seguimientos realizados. • **Criterio 1** - Numeral 4.1. Completar en la matriz DOFA el apartado de cambios frente al año anterior. Indicar qué situaciones internas y externas cambiaron y cómo afectan el trabajo de la oficina. Si no hubo cambios, registrarlo en la matriz y en el acta del grupo de mejoramiento. • **Criterio 2** - Numeral 4.2. Retomar con el CIADTI la evaluación de una herramienta institucional que facilite el seguimiento de expedientes, el escaneo, las copias de seguridad y el envío seguro de archivos. • **Criterio 9** — Numeral 7.1.4. Solicitar al área de SST la valoración del puesto de trabajo del funcionario con discapacidad, identificar las adecuaciones necesarias y gestionar los ajustes recomendados para favorecer condiciones de seguridad, comodidad y accesibilidad. • **Criterio 10** - Numeral 6.3. Registrar en el FAC-49 (Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua) los cambios de personal y las acciones adoptadas para mantener el servicio. Incluir las necesidades de personal, la entrega de información a quienes ingresan y los resultados de la redistribución del trabajo. • **Criterio 14** - Numeral 7.5.3. Solicitar al CIADTI apoyo para disponer de almacenamiento institucional y una herramienta autorizada para enviar archivos de gran tamaño, que protejan la información reservada y permitan mantenerla disponible durante el tiempo requerido. Conservar los controles y registros existentes de acceso y copias de seguridad, y comprobar que los respaldos permitan recuperar la información. • Asimismo, coordinar con Archivo Central la disponibilidad de espacio y las fechas para realizar las transferencias documentales. • **Criterio 20** — Numeral 8.7. Revisar y ampliar el FAC-50 (Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio no Conforme) para incluir otras fallas posibles del servicio disciplinario, además de los errores de digitación, como errores de notificación, incumplimiento de términos, comunicaciones enviadas a destinatarios equivocados o divulgación no autorizada de información reservada. Definir cómo se detectan, quién las atiende, qué tratamiento corresponde y cómo se registran cuando ocurran.

Aspectos por Mejorar	• **Criterio 21** – Numeral 9.1.1. Corregir y conciliar los cálculos y registros del indicador de prevención y sensibilización, del indicador de PQRSD y del FAC-49. Documentar los criterios de cálculo y establecer controles de validación antes de reportar los resultados. • ✓ Crear e implementar nuevos indicadores que permitan evaluar la eficacia del proceso de Control Interno Disciplinario, por ejemplo: oportunidad de las actuaciones disciplinarias, seguimiento al riesgo de prescripción, aprendizaje en prevención y sensibilización y eficacia de las acciones de mejora. Seleccionar los indicadores según los objetivos y competencias del proceso y definir sus fichas técnicas, responsables, periodicidad, línea base y metas. Registrar y analizar los resultados para orientar la mejora del proceso. • **Criterio 6 y 24** - Numerales 6.1.2 y 9.1.3 e. Explicar cómo aplica el riesgo de discriminación a la oficina, qué acciones se realizan para prevenirlo y qué resultados permiten comprobar que esas acciones funcionan.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	4.1 Comprensión de la Organización y de su Contexto	El proceso identificó y analizó las situaciones internas y externas que pueden afectar el cumplimiento de sus funciones mediante la matriz DOFA. La revisión quedó registrada en el Acta 002 del 29 de enero de 2026. Los resultados se utilizaron para actualizar el mapa de riesgos y planificar las actividades del FAC-23 (Planificación, Control y Seguimiento de Actividades), según el Acta 004. **Evidencia registrada** **Documentos:** Acta 002 del 29 de enero de 2026, análisis DOFA y Mapa de Riesgos 2026; Acta 004 del 19 de febrero de 2026 y FAC-23. El análisis del contexto se utilizó para actualizar y aprobar el mapa de riesgos. **Seguimiento a la mejora de 2025:** el Acta 002 del 29 de enero de 2026 identifica fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas y utiliza ese análisis para actualizar y aprobar el mapa de riesgos. El Acta 005 del 27 de febrero de 2026 declara superada la acción sobre DOFA. El cierre de esa acción no elimina la mejora de 2026 sobre diligenciar el apartado de cambios de la DOFA frente a la vigencia anterior, que permanece sin completar.

CONFORMIDAD	4.2 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas	El proceso tiene identificadas las personas, dependencias y autoridades relacionadas con el proceso, así como sus necesidades y requisitos. Esta información se encuentra en HAC-13 (Caracterización del Proceso), PCD-02 (Función Preventiva) y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario), y fue revisada mediante el Acta 004. FDE.CP-01 (Matriz de Flujos de Información) establece cómo se realizan las comunicaciones. En los expedientes revisados se verificaron el seguimiento, organización y protección de la información reservada. **Evidencia registrada** **Documentos:** HAC-13, PCD-02 (Función Preventiva) v.02, PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) v.02, FDE.CP-01 actualizada en febrero de 2026 y Acta 004 del 19 de febrero de 2026. Comprobación práctica: varios expedientes físicos anonimizados, organizados y foliados, con formatos diligenciados y seguimiento por expediente, correo y Excel. **Entrevista:** se explicó la recepción de peticiones, la revisión de competencia y la protección de la reserva. **Reserva de la información:** se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.
CONFORMIDAD	4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos (4.4.1 – 4.4.2)	En el registro HAC-13 (Caracterización del Proceso) define el objetivo, alcance, entradas, actividades, responsables, salidas e interacción con otras dependencias. En los PCD-02 (Función Preventiva) y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario), versión 02, detallan las actividades preventivas y disciplinarias. Los expedientes revisados permiten comprobar su ejecución y la conservación de los registros. **Evidencia registrada** **Documentos:** HAC-13, PCD-02 (Función Preventiva) v.02 y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) v.02. **Comprobación práctica:** expedientes físicos con carpetas organizadas según las TRD, foliación y formatos correctamente diligenciados. Las notas iniciales mencionan FCD-100 (Auto de Indagación Previa), FCD-119 (Auto que Ordena la Práctica de Pruebas de Oficio), FCD-98 (Auto de Apertura de Investigación Disciplinaria), FCD-130 (Comunicación Decisiones Interlocutorias con Forma Especial) y FCD-134 (Notificación Personal de Decisiones Interlocutorias con Forma Especial). Se observó seguimiento del estado de los procesos en Excel y mediante correo electrónico. Los códigos y nombres se identificaron en el portal oficial del SIG. **Reserva de la información:** se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.

CONFORMIDAD	5.2 Conocimiento y aplicación de la Política de Calidad	El Acta 003 del 30 de enero de 2026 registra la socialización de la política y los objetivos de calidad. En las entrevistas, los funcionarios explicaron cómo contribuyen a su cumplimiento mediante sus funciones, el uso de los procedimientos, la reserva de la información y la custodia de los expedientes. **Evidencia registrada** **Documento:** Acta 003 del 30 de enero de 2026, socialización de política y objetivos de calidad. **Entrevistas:** el equipo explicó su aporte mediante el cumplimiento del deber funcional, los procedimientos, la elaboración de documentos, la reserva procesal y la custodia de expedientes.
CONFORMIDAD	5.3 Responsabilidades y Autoridades del Proceso	El registro HAC-13 (Caracterización del Proceso) y los procedimientos PCD-02 (Función Preventiva) y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario), versión 02, establecen quién realiza cada actividad y quién tiene autoridad para decidir. Se diferencian las funciones de liderazgo, instrucción, juzgamiento y apoyo. El auditor verificó estas responsabilidades con el grupo del proceso de Control Interno Disciplinario. **Evidencia registrada** **Documentos:** HAC-13, PCD-02 (Función Preventiva) v.02 y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) v.02, con responsables de liderazgo, instrucción, juzgamiento y apoyo. Conocen la asignación de funciones; la comunicación y suplencia estaban planteadas como comprobación de entrevista. La posterior aclaración del auditor confirma que todos los criterios fueron evaluados y verificados.
CONFORMIDAD	6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades (6.1.1, 6.1.2)	El Mapa de Riesgos 2026 identifica riesgos, medidas de control, responsables y acciones de seguimiento. Las Actas 002, 007, 014 y 016 registran la revisión de estas acciones. La matriz informa que los controles han sido eficaces y que los riesgos no se materializaron durante el periodo evaluado. El auditor verificó la gestión de riesgos y oportunidades. **Evidencia registrada** **Documentos:** Mapa de Riesgos 2026 y Actas 002, 007, 014 y 016. La matriz contiene acciones, responsables, controles, seguimiento y evaluación de efectividad; reporta controles eficaces y riesgos no materializados. La precisión sobre el riesgo de no discriminación se mantiene como oportunidad de mejora.
CONFORMIDAD	6.2 Objetivos de la Calidad y Planificación para Lograrlos	El Acta 003 identifica cómo aporta el proceso al objetivo institucional de fortalecer la gestión organizacional. El FAC-23 (Planificación, Control y Seguimiento de Actividades) relaciona las actividades que se realizan para contribuir a este objetivo. Las Actas 004, 010 y 016 registran su seguimiento. **Evidencia registrada Documentos:** Acta 003, que relaciona el aporte al fortalecimiento de la gestión organizacional; FAC-23 y seguimientos de las Actas 004, 010 y 016.

CONFORMIDAD	6.2.2 - Planificación de actividades para cumplir los objetivos	El FAC-23 (Planificación, Control y Seguimiento de Actividades) establece las actividades, responsables, fechas y evidencias del trabajo planificado. Las Actas 004, 010 y 016 muestran que la oficina revisa su ejecución. **Evidencia registrada** **Documento:** FAC-23, con actividades, responsables, cronograma, evidencias y porcentajes de avance. Seguimientos: Actas 004, 010 y 016.
CONFORMIDAD	6.3 Planificación de los Cambios	El FAC-49 (Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua) y las Actas 007, 012 y 015 registran cambios en documentos, tecnología y personal, así como su seguimiento. En la entrevista se explicó que la redistribución de funciones y expedientes permitió mantener la atención del servicio. **Evidencia registrada** **Documentos:** FAC-49 v.02 elaborado según Acta 004 del 19 de febrero; Actas 007, 012 y 015, seguimiento y reprogramación. La mejora sobre DOFA de la auditoría de 2025 se registró en el FAC-49 v.01 elaborado mediante Acta 015 del 22 de agosto de 2025. Su ejecución se evidencia en el Acta 002 del 29 de enero de 2026 y su cierre en el Acta 005 del 27 de febrero de 2026. Este FAC-49 de seguimiento a 2025 es distinto del FAC49 v.02 citado para la planificación de 2026. **Entrevista:** se informó reducción de personal, redistribución de funciones y expedientes, necesidad de tres a cuatro apoyos adicionales y solicitudes a la Alta Dirección. El cambio de personal del Acta 015 de 2026 no se incorporó expresamente en FAC-49.
CONFORMIDAD	7.1.4 Ambiente de trabajo para desarrollar las actividades	Durante la visita y las entrevistas se evidenció un ambiente laboral favorable y colaboración entre los integrantes del equipo. Sin embargo, se identificó la necesidad de adecuar el puesto de trabajo del funcionario con discapacidad a sus necesidades, con apoyo del área de Seguridad y Salud en el Trabajo. **Evidencia registrada:** Se observaron mobiliario y equipos de cómputo nuevos. Los funcionarios manifestaron condiciones favorables de bienestar y uno de los integrantes expresó sentirse incluido y parte activa del equipo. Esta percepción positiva no sustituye la necesidad de contar con un puesto de trabajo adecuado a sus condiciones.

CONFORMIDAD	7.3 Toma de Conciencia - Conocimiento del personal sobre su contribución al SIG	Las Actas 002, 003, 004, 007, 009, 013 y 015 registran la participación del equipo en temas de política de calidad, objetivos, riesgos, controles y resultados. Las entrevistas y la revisión de varios expedientes anonimizados permitieron comprobar que los funcionarios conocen sus funciones y aplican los procedimientos correspondientes. **Evidencia registrada** **Actas:** 002 del 29 de enero, contexto y riesgos; 003 del 30 de enero, política, objetivos y responsabilidades; 004 del 19 de febrero, compromisos SIG; 007 del 20 de marzo, seguimiento; 009 del 7 de abril, PQRSD; 013 del 15 de julio, indicadores y prevención; 015 del 28 de julio, compromisos, seguridad de información y redistribución. **Entrevista y práctica:** comprensión de política y funciones, y aplicación de formatos en los expedientes anonimizados revisados. **Reserva de la información:** se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.
CONFORMIDAD	7.4 Comunicación - Comunicaciones internas y externas	El registro FDE.CP-01 (Matriz de Flujos de Información) y el Acta 004 establecen qué información se comunica, quién lo hace, por qué medio y con qué frecuencia. Los correos y los expedientes anonimizados revisados permiten seguir las comunicaciones y notificaciones realizadas. Según las entrevistas, la información se mantiene bajo custodia de la oficina y solo se entrega a personas autorizadas, con intervención de las jefaturas competentes. **Evidencia registrada** **Documentos:** FDE.CP-01 y Acta 004 del 19 de febrero; correos al SIG y avisos de confidencialidad; disposiciones de reserva en PCD-03 (Procedimiento Disciplinario). Comprobación: comunicaciones y notificaciones de los expedientes. **Entrevista:** los expedientes permanecen en la oficina, la consulta se limita a personas autorizadas y las aclaraciones son suministradas por la jefatura de Control Interno Disciplinario o de Juzgamiento, según corresponda. **Reserva de la información:** se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.

CONFORMIDAD	7.5.2 Identificación, revisión y aprobación de documentos	Los Procedimientos PCD-02 (Función Preventiva) y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario), versión 02, incluyen código, nombre, versión, fechas, responsables, aprobación e historial de cambios. HAC-13 (Caracterización del Proceso) está publicada en el portal del SIG. La leyenda de copia no controlada corresponde a la copia descargada o impresa; no demuestra incumplimiento cuando el documento original se mantiene bajo control institucional. **Evidencia registrada** **Documentos:** PCD-02 (Función Preventiva) v.02 y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) v.02, con nombre, código, versión, paginación, responsables, aprobación, validación, fechas e historial; HAC-13 v.00 publicada en el portal institucional. Las copias consultadas provienen del portal oficial del SIG y presentan la leyenda de copia no controlada.
CONFORMIDAD	7.5.3.2 b y d - Conservación, protección y respaldo de la información	Los expedientes físicos anonimizados revisados se encontraron organizados y foliados, con los documentos y formatos correspondientes diligenciados. La oficina mantiene controles de acceso, custodia y seguimiento de los procesos mediante Excel y correo electrónico. La información digital se conserva en un computador de la oficina y se respalda en un correo adicional. Se identifica la oportunidad de fortalecer su almacenamiento, recuperación y envío mediante herramientas institucionales autorizadas, con apoyo del CIADTI. **Comprobación y evidencia registrada** Se revisaron varios expedientes físicos anonimizados, con carpetas organizadas según las Tablas de Retención Documental (TRD), foliación y formatos diligenciados. Se verificó la existencia de registros de acceso y de copias de seguridad. Durante la entrevista se informó que los archivos de gran tamaño se envían mediante plataformas gratuitas cuyos enlaces tienen disponibilidad limitada. También se indicó que algunas cajas documentales no se han transferido a Archivo Central por falta de espacio. **Reserva de la información:** La revisión se realizó sobre varios expedientes anonimizados, sin mencionar ni verificar los nombres de las personas involucradas. La comprobación se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso, preservando la reserva de la información.

CONFORMIDAD	8.1 Planificación y Control Operacional	El documento PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) establece las etapas, responsables, términos, formatos y controles de las actuaciones disciplinarias. En los expedientes anonimizados revisados se comprobó la elaboración de autos, las notificaciones y publicaciones que correspondían, y la conservación de las constancias después de retirar las publicaciones. La conformidad corresponde a las actuaciones examinadas en la muestra. **Evidencia registrada** **Documento:** PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) v.02. **Comprobación y entrevista:** elaboración de auto con FCD-98 (Auto de Apertura de Investigación Disciplinaria), comunicación mediante FCD-130 (Comunicación Decisiones Interlocutorias con Forma Especial), notificación personal y publicación de edicto cuando corresponde. Se indicó que las constancias se incorporan al expediente después de retirar la publicación de la cartelera o del medio electrónico. El correo del 25 de agosto de 2025 registra solicitud y confirmación del retiro de publicaciones vencidas como antecedente documental, no como evidencia de fechas de todos los casos de 2026. **Reserva de la información:** se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.
CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el cliente	**a) - Información a usuarios y partes interesadas** Mediante el formato FDE.CP-01 (Matriz de Flujos de Información) define los canales para comunicar información a los usuarios y partes interesadas. Las entrevistas y los registros de seguimiento permiten identificar cómo se recibe y orienta cada comunicación, manteniendo la reserva de la información. **Evidencia registrada** **Documentos:** FDE.CP-01 y PCD-03 (Procedimiento Disciplinario). **Entrevista:** se informa a las partes sobre la reserva de la información; la consulta del investigado se atiende en el despacho y las aclaraciones se suministran por la jefatura competente. **Comprobación:** comunicaciones y notificaciones incorporadas al expediente revisado. **Reserva de la información:** se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.

		b y c - Recepción y trámite de comunicaciones y quejas Las comunicaciones recibidas por correo se revisan para determinar si son competencia de la oficina. Cuando corresponden al proceso disciplinario, se asignan y se tramitan; cuando no corresponden, se trasladan a la dependencia competente. Las bases de seguimiento y las Actas 009 y 013 respaldan el control de estas comunicaciones. **Evidencia registrada** **Documentos:** bases de seguimiento de PQRSD y Actas 009 y 013. **Entrevista:** las comunicaciones y denuncias ingresan principalmente por correo electrónico; se revisa la competencia, se conforma y asigna los expedientes cuando corresponde o se traslada a la dependencia competente, dejando registro de la actuación y preservando la reserva.
CONFORMIDAD	8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	La FAJ-15 (Matriz de Requisitos Legales) de 2026 identifica los requisitos legales aplicables al proceso. El Acta 004, el correo enviado al SIG y la validación del 5 de junio respaldan su revisión y actualización. **Evidencia registrada** **Documentos:** FAJ-15 actualizada para 2026, Acta 004 de aprobación, correo de remisión al SIG y constancia de validación del 5 de junio. El registro inicial identifica estos soportes como evidencia de actualización y validación de requisitos legales.
CONFORMIDAD	8.5.3 - Protección de documentos y datos recibidos de terceros	El documento PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) y el mapa de riesgos establecen cómo recibir, identificar, custodiar y proteger documentos y datos entregados por terceros. La revisión de varios expedientes anonimizados y la verificación del auditor con el grupo de la oficina de Control Interno Disciplinario respaldan el cumplimiento en la muestra examinada. **Evidencia registrada** **Documentos:** PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) y Mapa de Riesgos, controles sobre recepción, identificación, conservación y protección de documentos y datos. Comprobación: varios expedientes físicos anonimizados organizados, foliados y con formatos diligenciados. Entrevista: los expedientes permanecen en la oficina y el acceso se limita a personas legalmente autorizadas. No identifican pérdida o daño concreto de bienes de terceros. Reserva de la información: se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.

CONFORMIDAD	8.6 Revisión y autorización de actuaciones antes de emitirlas.	En el documento PCD-03 (Procedimiento Disciplinario) establece que las actuaciones deben ser revisadas y firmadas por el responsable competente antes de enviarlas o notificarlas. Durante la auditoría se verificó quién proyecta, revisa y aprueba los documentos. La entrevista confirmó que la jefatura autoriza las respuestas antes de su emisión. **Evidencia registrada** **Documento:** PCD-03 (Procedimiento Disciplinario), revisión, aprobación y firma antes de comunicar actuaciones. **Comprobación:** se verificó quién proyecta y quién revisa los documentos. **Entrevista:** se indicó que la jefatura conoce y autoriza las respuestas de la oficina y que los funcionarios no pueden emitirlas sin su revisión previa. **Reserva de la información:** se verificaron varios expedientes de forma anonimizada. No se mencionaron ni se verificaron nombres de las personas involucradas, por la reserva de la información. La revisión se centró en las actuaciones, documentos, formatos y controles del proceso.
CONFORMIDAD	8.7 Control de las Salidas No Conformes 8.7.1, 8.7.2	El FAC-50 (Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio no Conforme) contempla el tratamiento de errores de digitación. En la entrevista se informó que no se presentaron salidas no conformes durante el periodo evaluado. El auditor verificó el criterio. Las hojas sin registros corresponden a la ausencia de fallas reportadas y, por sí solas, no demuestran incumplimiento. Evidencia registrada **Documento:** FAC-50, con errores de digitación en autos y comunicaciones como salida no conforme y hojas de reporte sin diligenciar. **Entrevista:** el equipo manifestó que no se presentaron salidas no conformes y señaló la obligación de cumplir términos legales. Esta manifestación se registra como declaración del equipo; no constituye por sí sola prueba de ausencia de cualquier falla. La ampliación del formato se mantiene como mejora.

ASPECTO DE MEJORA	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación	El proceso de Control Interno Disciplinario dispone de indicadores, registros y herramientas para realizar el seguimiento y la medición de sus actividades. Se identifican aspectos que requieren mejora inmediata para fortalecer la exactitud y trazabilidad de la información y evaluar la eficacia de la gestión disciplinaria y de las actividades de prevención y sensibilización. **Aspectos por mejorar:** **Validación del indicador de prevención y sensibilización.** Revisar la diferencia entre el resultado del recálculo, correspondiente al 100,91 %, y el 100 % registrado en la ficha del indicador y en el Acta 013 del 15 de julio de 2026. Documentar la explicación de la diferencia, verificar la fórmula y realizar los ajustes correspondientes. **Trazabilidad de los datos.** Diferenciar claramente el número de asistentes a las actividades, las personas que respondieron el FCD-145 —Evaluación del Evento de Prevención y Sensibilización— y las respuestas favorables utilizadas en el cálculo. Garantizar la correspondencia entre los registros de soporte y los resultados reportados. **Consistencia del indicador de PQRSD.** Conciliar el total de quejas registrado en el encabezado del indicador del segundo trimestre con el detalle que lo soporta, aclarando cuáles corresponden a asuntos disciplinarios y cuál es su tratamiento dentro del indicador. **Cálculo del avance del FAC-49.** Revisar y ajustar la fórmula del porcentaje de avance del FAC-49 —Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua— para incluir todas las acciones registradas que correspondan al período evaluado. **Creación de nuevos indicadores de gestión y eficacia.** Crear e implementar indicadores acordes con los objetivos y las competencias del proceso de Control Interno Disciplinario, considerando: **Oportunidad de las actuaciones disciplinarias:** porcentaje de actuaciones realizadas dentro de los términos aplicables, respecto de aquellas cuyo término vencía en el período. **Seguimiento al riesgo de prescripción:** porcentaje de expedientes identificados en riesgo de prescripción que cuentan con revisión y seguimiento documentados. **Aprendizaje en prevención y sensibilización disciplinaria:** porcentaje de participantes con evaluación válida que alcanzan el criterio de aprendizaje previamente definido. **Eficacia de las acciones de mejora:** porcentaje de acciones cuya evaluación corresponde al período que cumplen los criterios de eficacia establecidos, incluidas las registradas en el FAC-49 cuando aplique. Elaborar las fichas técnicas de estos indicadores, definiendo objetivo, fórmula de cálculo, fuente de información, responsable, periodicidad, línea base, meta y criterios de interpretación. Diferenciar las etapas de instrucción y juzgamiento según las competencias de la oficina y establecer reglas para los períodos sin casos evaluables. **Evidencia:** Hoja auxiliar y ficha del indicador de prevención y sensibilización; Acta 013 del 15 de julio de 2026; registros de asistencia y formularios FCD-145; indicador de PQRSD del segundo trimestre; y fórmula de avance del FAC-49.

		Mejora inmediata requerida: Revisar, corregir y conciliar los cálculos y registros señalados, actualizar los informes afectados y establecer controles de validación antes de reportar los resultados. Crear e implementar los nuevos indicadores para evaluar la oportunidad de la gestión disciplinaria, el seguimiento al riesgo de prescripción, el aprendizaje alcanzado y la eficacia de las acciones de mejora. La capacitación solicitada al SIG puede apoyar la formulación y validación de las fichas técnicas. Registrar las mejoras en el instrumento institucional aplicable, establecer responsables y fechas de cumplimiento, y conservar las evidencias de implementación y verificación de resultados.
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente	El proceso utiliza el FCD-145 (Evaluación del Evento de Prevención y Sensibilización) para conocer la opinión de los participantes en las capacitaciones y actividades preventivas. Durante la auditoría se verificaron el formato y los registros de estas actividades, evidenciando cumplimiento en este servicio. Para las actuaciones disciplinarias, la oficina documentó el retiro del indicador de satisfacción en el Acta 020 del 12 de noviembre de 2024, debido a la naturaleza de sus funciones de investigación y control. Esta decisión corresponde a ese indicador específico. **Evidencia registrada** Se revisaron el FCD-145, los registros de actividades preventivas y el Acta 020 del 12 de noviembre de 2024. Durante la entrevista, el equipo explicó que recoge la opinión de los participantes en las capacitaciones, mientras que el indicador de satisfacción no se utiliza para evaluar las actuaciones disciplinarias.
CONFORMIDAD	9.1.3 Análisis y Evaluación	**b) - Análisis de la percepción de los usuarios** El proceso realiza seguimiento a la percepción de participantes en actividades preventivas mediante el FCD-145 (Evaluación del Evento de Prevención y Sensibilización). El auditor verificó el criterio de seguimiento y análisis en el alcance de estas actividades. El Acta 020 del 12 de noviembre de 2024 documenta la decisión de retirar el indicador del servicio disciplinario por la naturaleza de sus funciones. La conformidad aquí descrita corresponde a las actividades preventivas revisadas. **Evidencia registrada** **Documentos:** FCD-145 (Evaluación del Evento de Prevención y Sensibilización), registros de actividades preventivas y Acta 013 del 15 de julio de 2026 sobre indicadores y resultados de prevención y sensibilización. El Acta 020 del 12 de noviembre de 2024 respalda la decisión sobre el indicador del servicio disciplinario. Las diferencias de cifras del indicador se registran como mejora inmediata en el numeral 9.1.1; no se confunden con ausencia del mecanismo de percepción.

	Continuación… 9.1.3	**e - Evaluación del resultado de las acciones sobre riesgos y oportunidades** El Mapa de Riesgos 2026 y las Actas 002, 007, 014 y 016 registran el seguimiento y la evaluación de las medidas adoptadas para tratar riesgos y oportunidades. La matriz informa resultados eficaces y ausencia de materialización de riesgos. El auditor verificó la evaluación de estas acciones durante la auditoría. **Evidencia registrada** **Documentos:** Mapa de Riesgos 2026 y Actas 002, 007, 014 y 016 sobre formulación, ejecución, revisión y actualización. La matriz reporta controles eficaces y riesgos no materializados. La oportunidad de mejora sobre no discriminación se presenta aparte.
CONFORMIDAD	10.1 - Identificación y ejecución de oportunidades de mejora	El proceso registró y atendió la oportunidad de mejora de la auditoría de 2025 relacionada con la actualización de la matriz DOFA. La acción se planificó y siguió mediante el FAC49 (Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua). El análisis del contexto se utilizó para actualizar los riesgos del proceso en 2026 y el grupo de mejoramiento declaró superada la acción. **Evidencia registrada** **Documentos:** Acta 015 del 22 de agosto de 2025: socialización de la oportunidad de mejora. FAC-49 v.01, elaborado mediante Acta 015 del 22 de agosto de 2025: registro, responsables, fechas y seguimiento de la acción; cumplimiento reportado del 100 %. Acta 002 del 29 de enero de 2026: análisis DOFA y actualización del mapa de riesgos. Acta 005 del 27 de febrero de 2026: revisión y declaración de cierre de la acción sobre DOFA. Estos soportes demuestran el tratamiento de esta mejora específica; no se presentan como cierre de no conformidades de 2025.
CONFORMIDAD	10.2 No Conformidad y Acción Correctiva (10.2.1, 10.2.2)	El Acta 015 del 22 de agosto de 2025 registra que los 22 requisitos evaluados en la auditoría de ese año fueron conformes y que no se identificaron no conformidades. Por tanto, no hubo acciones correctivas derivadas de esa auditoría para verificar. El proceso realizó seguimiento a la oportunidad de mejora sobre actualización de la matriz DOFA mediante el FAC-49 (Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua). El Acta 002 del 29 de enero de 2026 evidencia el análisis del contexto y la actualización del mapa de riesgos. El Acta 005 del 27 de febrero de 2026 registra que el grupo de mejoramiento consideró superada esta acción. Este cierre corresponde a una oportunidad de mejora, relacionada con 10.1 y 10.3, y no a una no conformidad de 2025. La mejora inmediata del numeral 9.1.1 de la auditoría de 2026 debe registrarse y seguirse mediante el FAC-49 o el instrumento institucional aplicable, con responsables, plazos y verificación de resultados.

		Evidencia registrada **Documentos:** Acta 015 del 22 de agosto de 2025: socialización de resultados, ausencia de no conformidades y definición de la mejora sobre DOFA. FAC-49 v.01, elaborado mediante Acta 015 del 22 de agosto de 2025: registro de la mejora, responsables, fechas y seguimiento; reporta cumplimiento del 100 %. Acta 002 del 29 de enero de 2026: análisis DOFA, identificación y aprobación de riesgos. Acta 005 del 27 de febrero de 2026, apartado 4: revisión de la acción y declaración de que fue superada. El correo del 25 de agosto de 2025 confirma el retiro de publicaciones vencidas; respalda el control de publicaciones y no el cierre de la mejora sobre DOFA.
CONFORMIDAD	10.3 Mejora Continua	El proceso registró y atendió la oportunidad de mejora de la auditoría de 2025 relacionada con la actualización de la matriz DOFA. La acción se planificó y siguió mediante el FAC49 (Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua). El análisis del contexto se utilizó para actualizar los riesgos del proceso en 2026 y el grupo de mejoramiento declaró superada la acción. **Evidencia registrada** **Documentos:** Acta 015 del 22 de agosto de 2025 - socialización de la oportunidad de mejora. FAC-49 v.01, elaborado mediante Acta 015 del 22 de agosto de 2025: registro, responsables, fechas y seguimiento de la acción; cumplimiento reportado del 100 %. Acta 002 del 29 de enero de 2026: análisis DOFA y actualización del mapa de riesgos. Acta 005 del 27 de febrero de 2026: revisión y declaración de cierre de la acción sobre DOFA. Estos soportes demuestran el tratamiento de esta mejora específica; no se presentan como cierre de no conformidades de 2025.
CONFORMIDAD	Requisitos ambientales institucionales y SST aplicables a la dependencia	Se verificó que la oficina digitaliza documentos e imprime los que deben conservarse físicamente por la naturaleza del proceso disciplinario. En la entrevista se informó sobre un accidente por caída desde una silla, su reporte a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), la investigación y las medidas adoptadas. El auditor verificó las directrices ambientales y de seguridad y salud en el trabajo aplicables a la dependencia. **Evidencia registrada** **Observación y entrevista:** impresión de documentos disciplinarios que requieren conservación física y digitalización de otros documentos; cajas organizadas según TRD y dificultad de traslado por falta de espacio. **SST:** accidente por caída desde una silla, reporte a la ARL, investigación y tratamiento correspondiente. El auditor aclaró posteriormente que el accidente fue reportado a tiempo y atendido cumplidamente por SST y la ARL.

Conclusiones
Resultado de la auditoría • Se evaluaron los 24 criterios del registro inicial. En este formato se presentan por separado en 29 filas: 28 conformidades y una conformidad con mejora inmediata, correspondiente al numeral 9.1.1. Esta distribución facilita la lectura y no significa que se hayan realizado evaluaciones adicionales. Las demás oportunidades de mejora se presentan en su propia sección. **Mejora inmediata sobre seguimiento y medición** • El proceso de Control Interno Disciplinario debe corregir y conciliar los cálculos y registros de los indicadores y del FAC-49, revisar los informes afectados y establecer controles de validación antes de reportar los resultados. Asimismo, debe crear e implementar indicadores sobre oportunidad de las actuaciones disciplinarias, seguimiento al riesgo de prescripción, aprendizaje en prevención y sensibilización y eficacia de las acciones de mejora. Cada indicador debe contar con ficha técnica y evidencias que permitan verificar sus resultados. **Seguimiento a las mejoras** • Las mejoras deben registrarse y seguirse en el FAC-49 (Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua) o en el instrumento institucional aplicable. Para cada acción deben definirse responsable, fecha de cumplimiento, resultado esperado y evidencias de implementación y verificación de eficacia.

Elaboró	Aprobó	Validó
SANDRA MARCELA OMAÑA SUÁREZ **Auditor Interno**	**Marcos José Enciso** **Líder Proceso Auditado**	**MARITZA CONSTANZA GAMBOA** **Auditor Líder**