	Informe de Auditoría Interna	Código	FCI-42 v.01
		Página	1 de 9

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
Ciclo 2026	GESTIÓN DOCUMENTAL			14	10	2026
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	**Representante de la Alta Dirección**	EDWIN OMAR JAIMES RICO			
Nombre(s) del Equipo Auditor		**Cargo**				
MABEL JOHANNA CORONEL ACEVEDO		AUDITORA INTERNA				

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**
	7	09	2026		12	11	2026

Aspectos Relevantes	Se destaca la disposición del proceso para suministrar oportunamente la información y las evidencias documentales requeridas durante el desarrollo de la auditoría interna, facilitando la verificación del cumplimiento de los requisitos y criterios establecidos. Se resalta la actitud receptiva, disposición y colaboración de los integrantes del proceso de Gestión Documental durante la auditoría, evidenciada en la atención a los requerimientos, el suministro de información y la participación en las actividades de verificación.
Aspectos por Mejorar	Se recomienda revisar y fortalecer la planificación anual del proceso de Gestión Documental, incorporando de manera integral las actividades normativas, técnicas y operativas que deben desarrollarse durante la vigencia, entre ellas, la revisión, actualización y publicación de los instrumentos archivísticos cuando corresponda, el seguimiento a su implementación, las jornadas de capacitación, el cronograma de transferencias documentales y las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento de las responsabilidades del proceso. Asimismo, se deben establecer responsables, fechas de ejecución y mecanismos de seguimiento que permitan verificar su cumplimiento. Se recomienda fortalecer la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones correctivas formuladas para el tratamiento

Aspectos por Mejorar	de las no conformidades, considerando que se evidenció el incumplimiento de los plazos establecidos y la existencia de acciones pendientes de ejecución situación que limita la verificación de su implementación y la evaluación oportuna de su eficacia para prevenir la recurrencia de las no conformidades. ***Acción inmediata propuesta:*** Revisar el estado de las acciones correctivas pendientes, analizar las causas de los incumplimientos, establecer fechas de ejecución viables y asegurar su cumplimiento, dejando los respectivos registros y evidencias de seguimiento. Se recomienda fortalecer la descripción de las actividades y controles establecidos en el procedimiento de Radicación y Distribución de Documentos, incorporando los mecanismos de seguimiento y trazabilidad implementados mediante el aplicativo institucional, así como los registros y verificaciones que permiten controlar la recepción, radicación, distribución y entrega de las comunicaciones oficiales. Lo anterior, con el fin de asegurar que el procedimiento documentado refleje las prácticas y controles que actualmente desarrolla el proceso. Se recomienda complementar la matriz de requisitos legales y normativos del proceso, teniendo en cuenta que, si bien se evidenció su actualización dentro de los plazos establecidos, no se encuentran incorporadas algunas disposiciones institucionales aplicables, como la Resolución 1122 y la resolución relacionada con la adopción de la estrategia de cero papel, es necesario garantizar que la matriz incluya la normativa interna y externa pertinente, facilitando su identificación, seguimiento y evaluación de cumplimiento. ***Acción inmediata propuesta***: Revisar y actualizar la matriz, incorporando las disposiciones institucionales aplicables y verificando su vigencia, pertinencia y requisitos asociados. Se recomienda revisar y precisar las responsabilidades relacionadas con la recepción, radicación, distribución y entrega de las citaciones emitidas por el Consultorio Jurídico, con el propósito de establecer claramente las competencias del proceso de Gestión Documental y de las demás dependencias involucradas, garantizando la trazabilidad, oportunidad y control de dichas comunicaciones. Se recomienda gestionar de manera prioritaria la evaluación de la capacidad de almacenamiento y las condiciones físicas del Archivo Central de la Universidad, considerando el alto nivel de ocupación identificado durante la auditoría, esta situación requiere definir e implementar medidas que permitan prevenir la saturación de los espacios, asegurar condiciones adecuadas de conservación documental y garantizar la disponibilidad e integridad de la información institucional. Se recomienda establecer y documentar las responsabilidades, competencias y controles relacionados con los procesos de disposición final y eliminación documental, precisando las dependencias encargadas de emitir los conceptos técnicos, ambientales y jurídicos que resulten aplicables, así como las instancias responsables de su revisión y autorización, lo anterior, con el fin de garantizar que estas actividades se desarrollen conforme a las disposiciones archivísticas vigentes y a los instrumentos de retención y valoración documental aprobados

Aspectos por Mejorar	Se recomienda realizar un análisis técnico de las condiciones de infraestructura, almacenamiento y conservación del Archivo Central, con el fin de definir e implementar alternativas que permitan proteger el patrimonio documental de la Institución. Entre las estrategias por evaluar se encuentran la adecuación o ampliación de los espacios de almacenamiento, el fortalecimiento de los controles de conservación preventiva y, cuando sea técnica y normativamente procedente, la implementación de procesos de digitalización o microfilmación. Estas acciones deben articularse con el Sistema Integrado de Conservación y los instrumentos archivísticos institucionales, garantizando la integridad, disponibilidad y preservación de la información. Se recomienda garantizar el cumplimiento de la periodicidad y las fechas establecidas para las sesiones del Comité de Archivo, de conformidad con la normativa aplicable y las disposiciones institucionales vigentes. Asimismo, se requiere revisar y actualizar los actos administrativos que regulan su conformación, funciones y funcionamiento, asegurando su articulación con la normativa archivística vigente. De igual manera, se deben fortalecer los mecanismos de control y seguimiento a las decisiones y compromisos establecidos por este organismo, garantizando su ejecución oportuna y la disponibilidad de las respectivas evidencias de cumplimiento. Se recomienda fortalecer la articulación de los indicadores establecidos en el Plan Institucional de Archivos (PINAR) con los lineamientos de seguimiento, medición, análisis y evaluación definidos por el SIG. Lo anterior, teniendo en cuenta que, si bien el proceso de Gestión Documental cuenta con indicadores en dicho instrumento, es necesario armonizar su formulación, metas, periodicidad de medición, responsables y mecanismos de seguimiento, con el fin de garantizar una evaluación integral del desempeño del proceso, facilitar la toma de decisiones y promover la mejora continua. Se recomienda fortalecer el análisis y la evaluación de la eficacia de las acciones establecidas para el tratamiento de los riesgos identificados en el proceso, lo anterior, teniendo en cuenta que, si bien en el primer seguimiento a la matriz de riesgos se registra la evaluación de su eficacia, durante la auditoría se identificaron situaciones que evidencian la materialización de algunos de estos riesgos. Por tanto, es necesario revisar la pertinencia y eficacia de los controles implementados, analizar las causas de su materialización y establecer las acciones adicionales que correspondan para prevenir su recurrencia y fortalecer la gestión de riesgos del proceso. Se recomienda fortalecer los mecanismos de control y verificación de los consecutivos asignados a los registros documentales del proceso, teniendo en cuenta que durante la auditoría se identificaron dos actas de reunión con el mismo número consecutivo (N.º 010), correspondientes a los meses de abril y julio. Se recomienda fortalecer el seguimiento y establecer acciones frente a los procesos que no han atendido oportunamente las solicitudes de actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD), situación que ha retrasado la atención de las recomendaciones del Archivo General del Departamento y el trámite de aprobación de este instrumento archivístico.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
NO CONFORMIDAD	4.4.1 a) Sistema de Gestión de la Calidad y Sus Procesos	Se evidencia que, aunque el proceso de Gestión Documental cuenta con una caracterización documentada en el HAC-13, esta no identifica de manera clara y completa las entradas requeridas y las salidas esperadas del proceso, asimismo, se identifican debilidades en la articulación de las actividades con el ciclo PHVA, particularmente en lo relacionado con la planificación, elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de los instrumentos archivísticos contemplados en el Acuerdo 001 del 2024 y demás actividades establecidas en la normativa aplicable, situación que evidencia deficiencias en la definición y estructuración del proceso, lo que dificulta establecer una relación coherente entre sus entradas, actividades y resultados esperados, así como realizar un adecuado seguimiento y evaluación de su desempeño.
NO CONFORMIDAD	4.4.2 a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos; b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	Se evidencia que, aunque el proceso de Gestión Documental cuenta con información documentada para apoyar su operación, esta requiere revisión, actualización y fortalecimiento para asegurar su correspondencia con las actividades desarrolladas y la normativa archivística vigente. Entre los documentos que requieren revisión se identifican los instructivos IGT-01 v.07 Radicación, Distribución y Control de Documentos; IGT-03 v.04 Organización del Archivo Central e IGT-05 Reconocimiento, Uso y Aplicación de las Tablas de Retención Documental de la Universidad de Pamplona. Asimismo, se identifican actividades relevantes que no se encuentran suficientemente desarrolladas en la documentación del proceso, particularmente las relacionadas con la planeación y administración de la gestión documental, producción y normalización de documentos institucionales, consulta, préstamo y acceso a documentos de archivo, conservación preventiva de documentos físicos y preservación digital a largo plazo, entre otras. Esta situación evidencia debilidades en la adecuación y actualización de la información documentada frente a los lineamientos establecidos en el Decreto 1080 de 2015 y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, lo que limita la estandarización de las actividades, la definición de responsabilidades y controles, así como la disponibilidad de información documentada suficiente para respaldar y demostrar que el proceso se desarrolla conforme a lo planificado.
NO CONFORMIDAD	7.1.3 La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y	Se evidencia que, aunque el proceso de Gestión Documental dispone de un espacio físico destinado al funcionamiento del Archivo Central de la Universidad de Pamplona, este presenta condiciones insuficientes de infraestructura, reflejadas en la sobreocupación de las áreas de almacenamiento, disponibilidad limitada de estantería y falta de espacios adecuados para la recepción y organización de las transferencias documentales.

	servicios.	Asimismo, se identifican debilidades en las condiciones necesarias para garantizar la adecuada conservación, manejo y custodia del patrimonio documental institucional, particularmente en lo relacionado con la implementación y seguimiento de medidas de control de plagas, limpieza y desinfección, así como de planes de prevención y atención de emergencias. Estas situaciones evidencian deficiencias en la disponibilidad y mantenimiento de la infraestructura requerida para la operación eficaz del proceso, generando riesgos para la integridad, conservación, seguridad y disponibilidad de la documentación institucional, así como dificultades para el desarrollo adecuado de las actividades archivísticas.
CONFORMIDAD	6.1.1 y 6.1.2 Acciones para abordar riesgos y Oportunidades	Se evidencia que el proceso de Gestión Documental realiza la identificación, análisis y valoración de los riesgos asociados a sus actividades, mediante la aplicación de los instrumentos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión, asimismo, se verifica que la revisión y aprobación de los riesgos correspondientes a la vigencia 2026 se encuentran documentadas en el FAC-08 Acta de Reunión 01, correspondiente al mes de enero de 2026, lo que demuestra la aplicación de mecanismos institucionales para la gestión de riesgos y la planificación de acciones orientadas a su tratamiento.
CONFORMIDAD	8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 8.2.3.1 d) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios;	Se evidencia que el proceso de Gestión Documental realiza la revisión y actualización de la matriz de requisitos legales y reglamentarios aplicables, mediante metodología desarrollada en el Grupo de Mejoramiento, esta actividad inició el 25 de febrero de 2026, según consta en el FAC-08 Acta de Reunión N.º 04, y culminó el 9 de marzo de 2026, conforme a lo registrado en el formato FAC-08 Acta de Reunión N.º 07, Lo anterior demuestra la implementación de mecanismos para la identificación, revisión y actualización de los requisitos normativos relacionados con las actividades del proceso.
CONFORMIDAD	6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de calidad	Se evidencia que el proceso de Gestión Documental realiza la planificación de sus actividades mediante el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, en el cual se establecen las acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos y compromisos del proceso. Asimismo, se verifica que dicha planificación fue revisada y aprobada por el Grupo de Mejoramiento, dejando constancia en el FAC-08 Acta de Reunión, correspondiente a la vigencia 2026.
CONFORMIDAD	7.5.2 Información documentada	Se evidencia que el proceso de Gestión Documental adelanta actividades de revisión y actualización de los procedimientos establecidos, mediante espacios de trabajo del Grupo de Mejoramiento, según consta en el FAC-08 Acta de Reunión N.º 16 del 23 de septiembre de 2026, durante esta actividad se realiza la revisión de la información documentada, considerando los requisitos de identificación, descripción, formato, revisión y aprobación en cuanto a su conveniencia y adecuación, de acuerdo con los lineamientos institucionales establecidos.
CONFORMIDAD	8.1 Planificación Operacional	Se evidencia que el proceso de Gestión Documental implementa mecanismos de planificación y control operacional para el desarrollo de sus actividades, mediante la aplicación de los procedimientos documentados y la utilización de registros que permiten verificar la ejecución, organización, seguimiento y trazabilidad de las operaciones archivísticas.

		Durante la auditoría se realizó la verificación de los siguientes procedimientos y evidencias: **1. IGT-01 v.07 – Radicación, Distribución y Control de Documentos** Se verificó la aplicación del procedimiento mediante la revisión de los siguientes registros y controles: - FGT-02 – Radicación, Distribución y Control de Documentos Externos: verificación de los radicados consecutivos del N.º 275 al 292. - FGT-04 – Radicación, Distribución y Control de Documentos por Correo Certificado: revisión de los registros N.º 9864, 9866, 9867, 12, 14, 16, 17, 47, 49, 56 y 58. - Verificación de carpetas debidamente clasificadas según el tipo de radicación y organizadas cronológicamente, facilitando la identificación y consulta de los documentos. - Verificación de la utilización de un consecutivo único de radicación como mecanismo de identificación y control documental. A partir de las evidencias revisadas, se identifican mecanismos de organización, control, conservación y protección de los registros generados durante la ejecución del procedimiento, que contribuyen a garantizar la trazabilidad de las comunicaciones oficiales. **2. IGT-03 v.04 – Organización del Archivo Central** Se verificó la aplicación del procedimiento mediante la revisión de registros asociados a la organización, transferencia, inventario y disposición de documentos, entre los cuales se encuentran: Transferencias e inventarios documentales: - FGT-08 – Formato Único Documental y Transferencia de los Archivos de Gestión al Archivo Central: registro del 6 de febrero de 2026, correspondiente a la Oficina de Rectoría. - FGT-08 – Formato Único Documental y Transferencia de los Archivos de Gestión al Archivo Central: registro que presenta ausencia de fecha e identificación del proceso responsable, situación que requiere fortalecimiento en el diligenciamiento y control de los registros. - FGT-05 – Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión: registro del 2 de septiembre de 2025, correspondiente al CREAD Casanare. Disposición final y eliminación documental: Se verificaron registros relacionados con la gestión de solicitudes y actuaciones de eliminación documental:

		- Sede Villa del Rosario – Consultorio Jurídico: proceso de eliminación documental iniciado el 27 de abril de 2026, documentado mediante el formato FAC-08 Acta de Reunión N.º 001, el cual se encontraba en trámite al momento de la revisión. - Facultad de Salud – Programa de Terapia Ocupacional: actuación relacionada con eliminación documental del 16 de febrero de 2026, registrada en el formato FAC-08 Acta de Reunión N.º 001. Adicionalmente, se verificó la utilización de una base de datos interna para el registro, identificación y control de la documentación administrada por el Archivo Central, facilitando su clasificación, organización y seguimiento. **3. IGT-05 – Reconocimiento, Uso y Aplicación de las Tablas de Retención Documental de la Universidad de Pamplona** Se verificó la aplicación del procedimiento mediante la revisión de las solicitudes de actualización de las Tablas de Retención Documental remitidas a los diferentes procesos institucionales, evidenciando actividades orientadas a su revisión y adecuación de acuerdo con las necesidades de gestión documental de las dependencias. Conclusión del hallazgo: Las evidencias revisadas permiten identificar la aplicación de procedimientos y controles operacionales como se encuentran actualmente establecidos, relacionados con la radicación de comunicaciones oficiales, organización de archivos, transferencias documentales, inventarios y gestión de las Tablas de Retención Documental.
CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el Cliente literal c. obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes	El proceso de Gestión Documental dispone de mecanismos de comunicación con sus usuarios a través de los cuales se facilita el acceso a la información institucional y se reciben Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Sugerencias (PQRSDF) relacionadas con los servicios prestados. Asimismo, cuenta con un micrositio institucional en la página web de la Universidad de Pamplona, mediante el cual se pone a disposición del público información e instrumentos asociados a la gestión documental.
CONFORMIDAD	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación 9.1.1	Se verifica que el proceso cuenta con indicadores definidos en el Programa PINAR 2026-2028 y además con las fichas de indicadores institucionales de quejas y satisfacción del cliente.
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del cliente	Se evidencia que el proceso de Gestión Documental realiza seguimiento a la percepción y satisfacción de sus usuarios mediante la medición del indicador institucional de Satisfacción del Cliente. Como evidencia, se verificó el FAC-08 Acta de Reunión N.º 010 del 28 de julio de 2026, en el cual se documentan los resultados de la medición y seguimiento del indicador

		correspondiente al primer semestre de la vigencia 2026, permitiendo conocer la percepción de los usuarios frente a los servicios prestados, evaluar su nivel de satisfacción e identificar oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de la calidad y la atención brindada por el proceso.
CONFORMIDAD	9.1.3 Análisis y evaluación	**b) El grado de satisfacción del cliente.** Los resultados de la medición del indicador de satisfacción de los usuarios se encuentran documentados en el FAC-08 Acta de Reunión N.º 010 del 20 de abril de 2026 (primera medición) y en el FAC-08 Acta de Reunión N.º 010 del 28 de julio de 2026 (segunda medición), en las cuales se registra el análisis realizado en el Grupo de Mejoramiento. **d) Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz.** El seguimiento a la ejecución de las actividades planificadas se realiza mediante el FAC-23, Planificación, Control y Seguimiento de Actividades. Como soporte, se cuenta con el FAC-08 Acta de Reunión N.º 010 del 20 de abril de 2026 y el FAC-08 Acta de Reunión N.º 010 del 28 de julio de 2026, en las cuales se documentan las actividades de seguimiento correspondientes. **e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades.** El seguimiento a los riesgos identificados y a las acciones establecidas para su tratamiento se encuentra documentado en el FAC-08 Acta de Reunión N.º 010 del 20 de abril de 2026 y en el FAC-08 Acta de Reunión N.º 010 del 28 de julio de 2026. Asimismo, la evaluación de la eficacia de las acciones implementadas está registrada en la matriz de riesgos del proceso.
CONFORMIDAD	10.2 – No conformidad y acción correctiva.	Se evidencia que el proceso de Gestión Documental establece acciones de mejora orientadas al tratamiento de las no conformidades y oportunidades de mejora identificadas, según consta en el FAC-08 Acta de Reunión N.º 012 del 15 de octubre de 2025. Asimismo, se verifica la realización de actividades de seguimiento a las acciones formuladas durante la vigencia 2026, cuyos registros se encuentran documentados en las actas de reunión N.º 014 y N.º 009 del mismo año, evidenciando el avance en la implementación de las acciones orientadas al mejoramiento continuo del proceso, pero aún no cerradas en su totalidad.

Conclusiones

Como resultado de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, se evidencian fortalezas en la aplicación de los procedimientos, planificación de actividades, gestión de riesgos y seguimiento de indicadores, destacándose la disposición y compromiso del equipo de trabajo. No obstante, se identificaron tres no conformidades relacionadas con la caracterización del proceso, la actualización de la información documentada y las condiciones de infraestructura del Archivo Central. Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora en la planificación, seguimiento de acciones correctivas, actualización y aprobación de las Tablas de Retención Documental TRD y evaluación de la eficacia de los controles, entre otras.

En consecuencia, se requiere fortalecer la gestión operativa, documental y de seguimiento del proceso, mediante la implementación oportuna de acciones correctivas y el acompañamiento de la Alta Dirección, con el fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos normativos, la mejora continua y la adecuada conservación y protección del patrimonio documental institucional.

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 deberán incorporarse en el FAC-49, Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, y contar con el seguimiento y las evidencias correspondientes, de acuerdo con los mecanismos institucionales establecidos.

Gestión de las No Conformidades

Las no conformidades identificadas en el presente informe deberán ser analizadas y gestionadas por el proceso conforme a lo establecido en las actividades 11 y 12 del procedimiento PCI-10, Auditorías Internas de Calidad. Cuando corresponda, las acciones definidas deberán incorporarse en el FCI-19, Plan de Acciones Correctivas. El proceso deberá efectuar el seguimiento respectivo y remitir las evidencias correspondientes a la Oficina de Control Interno de Gestión, conforme a los mecanismos institucionales establecidos.

Elaboró	Aprobó	Validó
MABEL JOHANNA CORONEL ACEVEDO	ANDREA CAROLINA ARAQUE CHACÓN	MARITZA CONSTANZA GAMBOA
Auditor Interno	Líder Proceso Auditado	Auditor Líder