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

Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
Ciclo 2026	COMUNICACIÓN Y PRENSA			28	10	2026
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	**Representante de la Alta Dirección**	EDWIN OMAR JAIMES RICO			
Nombre(s) del Equipo Auditor		**Cargo**				
MARITZA CONSTANZA GAMBOA		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	**1. Compromiso con el seguimiento y la gestión del proceso:** Se destaca la realización periódica de reuniones del Grupo de Mejoramiento, en las cuales se revisan los indicadores, el avance de las actividades planificadas, la gestión de riesgos y el cumplimiento de los compromisos. Esta dinámica evidencia una práctica de seguimiento y autocontrol que favorece la identificación de situaciones que requieren atención y el mantenimiento de la trazabilidad de la gestión. **2. Compromiso y dedicación del equipo en la visibilidad institucional:** Se reconoce la labor y dedicación del personal de la Oficina de Comunicación y Prensa para atender las múltiples actividades, eventos y requerimientos institucionales, que implican labores de planeación, diseño, cubrimiento, producción y divulgación de contenidos. Este trabajo se refleja en la actividad desarrollada en los diferentes canales institucionales y redes sociales, contribuyendo a visibilizar las iniciativas académicas, culturales, investigativas y administrativas, así como los logros y acontecimientos que fortalecen la proyección y el reconocimiento de la Universidad de Pamplona. **3. Iniciativas para fortalecer la organización y el control de las actividades:** Se destaca la iniciativa de implementar una herramienta en Excel para organizar y realizar seguimiento a las actividades de la Oficina, los compromisos asignados y sus avances. Esta propuesta refleja el interés por mejorar la planificación, el control y la trazabilidad de las actividades desarrolladas, así como por contar con información organizada que facilite el seguimiento de la gestión.

Aspectos por Mejorar	**1. Requisito 8.2.1, literal e) – Comunicación con los usuarios:** Fortalecer las estrategias de comunicación y sensibilización dirigidas a las partes interesadas, especialmente a los programas académicos, sobre la importancia de solicitar con la debida anticipación los servicios de Comunicación y Prensa. Esto permitirá favorecer una mejor coordinación de las actividades, prever situaciones que puedan requerir atención excepcional y evitar que las solicitudes de última hora afecten el cumplimiento de la programación establecida o la disponibilidad del personal del proceso. **2. Toma de conciencia – Importancia del reporte y la articulación institucional:** Es importante que el proceso tome conciencia de la responsabilidad que implica reportar oportunamente los indicadores y seguimientos trimestrales al Sistema Integrado de Gestión (SIG). Si bien el Grupo de Mejoramiento realiza reuniones periódicas y dispone de información sobre el avance de sus actividades, estos resultados deben ser comunicados formalmente a las instancias correspondientes, pues constituyen insumos fundamentales para evaluar la gestión, identificar oportunamente desviaciones y orientar la toma de decisiones de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. En este sentido, es importante comprender que los sistemas y mecanismos institucionales de gestión, planeación y control —SIG, Sistema de Control Interno (SCI), Sistema de Planeación Estratégica Institucional (SPEI), FURAG e informes a los organismos de control— se encuentran articulados y se nutren de la información que generan los procesos. Por tanto, reportar oportunamente no es solamente atender un requerimiento del SIG, sino contribuir a la transparencia, el seguimiento y el mejoramiento integral de la Universidad. **3. Articulación de los instrumentos para la planificación y seguimiento de actividades:** Se recomienda fortalecer la articulación entre la herramienta de seguimiento implementada por la Oficina de Comunicación y Prensa y el formato institucional FAC-23, teniendo en cuenta que este último dispone de un espacio para registrar las acciones adicionales que surjan durante la vigencia y que no hayan sido contempladas en la planificación inicial. Si bien la herramienta Excel constituye una iniciativa que contribuye a organizar y controlar las actividades de la Oficina, es importante evitar la duplicidad de registros y asegurar que las actividades adicionales también queden incorporadas en el instrumento institucional de planificación y seguimiento. De esta manera, se garantiza su trazabilidad, se visibiliza la gestión realizada y se dispone de información completa para el seguimiento institucional. **4. Fortalecimiento del análisis y aprovechamiento de la información:** Se recomienda fortalecer el análisis de los resultados de los indicadores de satisfacción del cliente, la gestión de PQRDS y las estadísticas que genera la Oficina sobre las actividades y servicios que desarrolla, tales como la participación en eventos virtuales y el uso de plataformas institucionales. Si bien esta información se recopila y se suministra a las dependencias y programas que la requieren, es importante avanzar hacia su análisis periódico, de manera que permita identificar tendencias, niveles de participación, alcance de las actividades, necesidades de los usuarios y oportunidades de mejora. Para ello, se sugiere complementar los registros con porcentajes, datos comparativos y muestras representativas, según corresponda, así como documentar las conclusiones derivadas de su análisis y las decisiones o acciones que puedan surgir de estos resultados

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	4.1 Contexto	Mediante Acta No. 001 del 23 de enero de 2026, el Grupo de Mejoramiento realizó la revisión del contexto interno y externo del proceso, a través de la matriz DOFA incorporada en el Mapa de Riesgos, identificando aspectos que pueden incidir en su desempeño. Entre las cuestiones internas se reconocen fortalezas relacionadas con la experiencia y especialización del equipo de trabajo, el manejo de los canales institucionales y la capacidad técnica para la producción de contenidos; así como debilidades asociadas a las limitaciones en la planeación estratégica de contenidos, la dependencia de información suministrada por otras dependencias y las limitaciones tecnológicas. En cuanto al entorno externo, se identifican amenazas relacionadas con los riesgos reputacionales, los cambios en las dinámicas de los medios de comunicación y la exposición pública institucional, así como oportunidades derivadas de la expansión de los entornos digitales, las nuevas herramientas de comunicación y la articulación con medios de comunicación externos. El análisis realizado fue utilizado como insumo para la revisión y actualización del Mapa de Riesgos, considerando las condiciones actuales del proceso.
CONFORMIDAD	4.2 Necesidades y Expectativas de las partes interesadas	El proceso identifica las necesidades y expectativas de sus partes interesadas mediante la matriz institucional FAC-52, considerando los requerimientos de las dependencias que solicitan servicios de comunicación y las necesidades de información de la comunidad universitaria y demás públicos de interés. Lo anterior guarda correspondencia con su función transversal de divulgar la gestión académica, investigativa, administrativa e institucional a través de los diferentes canales de comunicación.
CONFORMIDAD	4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos 4.4.1 – 4.4.2	A través de la caracterización HAC-13 se identifican las actividades, responsabilidades, entradas y salidas, así como las interacciones con los demás procesos. De igual manera, dispone de información documentada, entre ella procedimientos, formatos y manuales, que establece los lineamientos para el desarrollo y control de sus actividades.

CONFORMIDAD	6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades 6.1.1 - 6.1.2	Mediante Acta No. 001 del 23 de enero de 2026, el proceso de Comunicación y Prensa realizó la identificación y revisión de los riesgos asociados al desarrollo de sus actividades, considerando aspectos relacionados con: 1. La pérdida del archivo digital audiovisual y fotográfico. 2. El daño físico de los equipos tecnológicos. 3. La pérdida reputacional por bloqueo de canales institucionales debido al manejo inadecuado de las comunicaciones. 4. Las quejas de los grupos de valor por la difusión de información no veraz o desactualizada. 5. La emisión de mensajes o contenidos que puedan generar situaciones de discriminación o exclusión. 6. El uso indebido de los canales institucionales para favorecer intereses personales o de terceros. Para cada riesgo se identificaron sus causas, consecuencias, controles existentes y valoración del riesgo residual, así como acciones adicionales orientadas a prevenir su materialización y fortalecer los controles. Esta información se encuentra documentada en el Mapa de Riesgos 2026 del proceso, elaborado conforme a los lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión.
CONFORMIDAD	6.2 Objetivos de la Calidad y Planificación Para Lograrlos 6.2.1, 6.2.2	Mediante Actas No. 001 del 23 de enero y No. 002 del 16 de febrero de 2026, se evidenció la revisión y actualización del FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades, de acuerdo con los lineamientos y la estructura documental establecidos por el Sistema Integrado de Gestión. Para la vigencia 2026, el proceso contempla 16 actividades relacionadas con su gestión operativa e institucional, definiendo para estas las evidencias, recursos, responsables y periodos de ejecución, facilitando su planificación y seguimiento durante la vigencia.
CONFORMIDAD	6.3 Planificación de los Cambios	En las Actas No. 001 del 23 de enero y No. 002 del 16 de febrero de 2026 se evidenció la revisión del FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua por parte de la líder del proceso y el grupo de mejoramiento. En la primera reunión se acordó dar continuidad a las actividades del año anterior, actualizando sus fechas de ejecución; posteriormente, se adecuó el formato a la nueva estructura establecida por el SIG, conservando las actividades aprobadas. El plan contempla acciones relacionadas con la actualización de la imagen institucional, la programación de contenidos para redes sociales, la distribución de responsabilidades del equipo y la implementación de una herramienta para el registro y seguimiento de las actividades, estableciendo compromisos para su desarrollo durante la vigencia 2026.

CONFORMIDAD	7.1.6 Conocimientos de la organización	El proceso cuenta con personal calificado en el área de comunicación, cuyos conocimientos y experiencia se fortalecen mediante espacios de capacitación y actualización en tendencias del periodismo, herramientas tecnológicas, programación y seguridad informática. De igual manera, promueve la identificación y aplicación de nuevas herramientas y buenas prácticas para el desarrollo de sus actividades, apoyándose en la documentación de los procedimientos, manuales y demás información institucional que facilita la conservación y transferencia del conocimiento al interior del equipo. Estas prácticas contribuyen al fortalecimiento de las capacidades del personal y al mejoramiento de los productos y servicios de comunicación institucional.
CONFORMIDAD	7.3 Toma de Conciencia	Desde su función transversal, el proceso de Comunicación y Prensa contribuye a la apropiación y conocimiento de la gestión institucional mediante la difusión de información relacionada con los avances, resultados y actividades desarrolladas por la Universidad, facilitando que la comunidad universitaria conozca las acciones y logros institucionales. De igual manera, al mes de octubre se evidencian once (11) actas de reuniones del grupo de mejoramiento, en las cuales se documentan ejercicios periódicos de revisión de actividades, seguimiento a compromisos, análisis de riesgos y planificación de acciones. Esta dinámica refleja el compromiso del equipo por mantener una cultura de participación, revisión permanente y seguimiento a la gestión, favoreciendo el conocimiento de sus responsabilidades y su contribución al mejoramiento continuo del proceso.
CONFORMIDAD	7.4 Comunicación	En desarrollo de su función transversal, Comunicación y Prensa articula la divulgación de las actividades, iniciativas y resultados de la gestión universitaria, dando visibilidad al trabajo de docentes, programas académicos, facultades y unidades administrativas, así como a los logros y avances de la Alta Dirección. Esta labor se desarrolla a través de diferentes canales institucionales y comprende, entre otras actividades, el apoyo comunicativo a la estrategia de Rendición de Cuentas, facilitando el acceso a la información por parte de la comunidad universitaria y demás partes interesadas. Como parte de los mecanismos de control de la comunicación institucional, el proceso dispone de la Matriz de Flujo de Información (FDE.CP-01), utilizada para la revisión, validación y aprobación de los contenidos antes de su publicación en los canales oficiales. Esta práctica fue objeto de seguimiento por parte del grupo de mejoramiento, según consta en el Acta 005 del 15 de abril de 2026, en la cual también se reconoció esta herramienta como evidencia del control aplicado a la información que se divulga.

CONFORMIDAD	7.5 Información Documentada 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.3.1, 7.5.3.2	En la sección Documentos Asociados del Centro Interactivo del Sistema Integrado de Gestión se identificó que Comunicación y Prensa dispone de procedimientos, formatos y manuales que orientan la ejecución de sus actividades y establecen los lineamientos para su desarrollo. Esta documentación se encuentra organizada para consulta y sirve de apoyo a la operación del proceso, facilitando la estandarización de las actividades y el control de la información documentada requerida para su gestión. Adicionalmente, durante las reuniones del Grupo de Mejoramiento se evidenciaron actividades de revisión y actualización de la documentación, entre ellas, los formatos FAC-23, FAC-49 y FCI-19, así como el Mapa de Riesgos y la Matriz de Requisitos Legales, procurando su correspondencia con los lineamientos vigentes del Sistema Integrado de Gestión. Estas actividades quedaron registradas en las Actas 001, 002, 003 y 004 de 2026. Asimismo, en el Acta 005 se documentó la revisión de los soportes y la necesidad de mantener su integridad, trazabilidad y disponibilidad.
CONFORMIDAD	8.1 Planificación y Control Operacional	La Oficina de Comunicación y Prensa planifica y realiza seguimiento a sus actividades mediante el formato FAC-23, en el cual se establecen las acciones, responsables, evidencias y periodos de ejecución para la vigencia 2026. De manera complementaria, dispone de una herramienta en Excel para registrar y hacer seguimiento a otras actividades operativas, tales como la actualización de plataformas institucionales, cubrimiento de eventos, producción de contenidos audiovisuales, diseño de piezas gráficas, entrevistas y campañas de comunicación. Esta herramienta permite organizar las actividades, identificar responsables, registrar su estado y porcentaje de avance, incorporar los productos o evidencias generadas y conservar observaciones para su seguimiento. Su implementación y utilización fueron abordadas en las reuniones del Grupo de Mejoramiento, según consta en las Actas 002, 005, 007 y 010 de 2026, en las cuales también se revisaron mecanismos de programación de contenidos, asignación de responsabilidades y conservación de soportes. Así mismo, para el desarrollo de las actividades de divulgación institucional, se contempla la revisión, validación y aprobación previa de los contenidos mediante la Matriz de Flujo de Información y Comunicación FDE.CP-01, como mecanismo de control antes de su publicación en los canales oficiales.

CONFORMIDAD	8.2.1 Comunicación con el Cliente	**a) Proporcionar información relativa a los productos y servicios;** Se divulga información sobre las actividades, eventos, servicios y resultados institucionales a través de la página web y las redes sociales oficiales. Entre los servicios de comunicación disponibles se encuentran la cobertura de eventos, el diseño de piezas gráficas, la producción audiovisual, la publicación de contenidos y la actualización de la página web. Para canalizar estas solicitudes se dispone de formatos específicos, como FDE.CP-03, FDE.CP-05, FDE.CP-06, FDE.CP-08, FDE.CP-10 y FDE.CP-11. **b) Tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios;** Los requerimientos de las dependencias se canalizan mediante formatos establecidos para solicitar servicios de comunicación, tales como cobertura de eventos, producción audiovisual, diseño gráfico, publicación de contenidos y actualización de plataformas institucionales. Estos instrumentos permiten registrar las necesidades de los solicitantes y orientar la atención de los servicios requeridos. **c) Obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes** Se realiza seguimiento a la percepción de los usuarios mediante el indicador institucional de satisfacción del cliente y a las solicitudes, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias recibidas a través del mecanismo institucional de PQRDS. En las reuniones del Grupo de Mejoramiento se revisa el comportamiento de estas solicitudes, su gestión y oportunidad de respuesta, así como la importancia de analizar los resultados para identificar oportunidades de mejora. Esta actividad se encuentra documentada en las Actas 005 y 008 de 2026.
CONFORMIDAD	8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	La determinación de los requisitos de los servicios de comunicación se encuentra documentada en los procedimientos, manuales y formatos establecidos para orientar su prestación. En el micrositio de la Oficina se describen los servicios de cubrimiento periodístico, maestro de ceremonia, elaboración y publicación de notas de prensa, souvenirs y transmisiones, indicando su alcance, condiciones para solicitarlos, recursos requeridos y tiempos de anticipación. De igual manera, se dispone de la Matriz de Requisitos Legales, en la cual se identifican las disposiciones normativas aplicables al proceso. Durante 2026 se adelantó su revisión y actualización conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión, mediante las Actas 003 y 004.

CONFORMIDAD	8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 8.2.3.1 - 8.2.3.2	**8.2.3.1 – Literal d) Requisitos legales y reglamentarios aplicables** En atención a la no conformidad identificada en la auditoría de la vigencia 2025, relacionada con la desactualización de la Matriz de Requisitos Legales, se realizó seguimiento a la acción correctiva formulada en el FCI-19. Como parte de esta gestión, el proceso adelantó la revisión, depuración y actualización de la matriz, atendiendo las observaciones de la Oficina de Asesoría Jurídica y los lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión mediante la Circular No. 007 del 9 de febrero de 2026, para la identificación y consolidación de los requisitos legales aplicables. Esta gestión evidencia avances en la actualización de los requisitos legales y reglamentarios relacionados con los servicios del proceso. **8.2.3.2 – Información documentada** Los requerimientos de las dependencias se reciben mediante los formatos establecidos para cada servicio, a través de los cuales se recopila la información necesaria para su atención. De acuerdo con el tipo de solicitud, se establecen condiciones específicas, como los tiempos de anticipación, los recursos que debe suministrar el solicitante y la información requerida para desarrollar la actividad. Por ejemplo, para el servicio de maestro de ceremonia se solicita adjuntar el protocolo del evento, mientras que para la elaboración o publicación de notas de prensa se requiere el contenido y el material fotográfico correspondiente. Estas condiciones se encuentran descritas en el procedimiento PDE.CP-03 y en el micrositio institucional.
CONFORMIDAD	8.3 – Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios	El proceso realiza el diseño y desarrollo de productos comunicacionales, gráficos y audiovisuales, atendiendo las necesidades de divulgación institucional y aplicando los lineamientos establecidos en el Manual de Identidad Visual (MDE.CP-02) y el Manual de Comunicación Digital (MDE.CP-03). Esta gestión se refleja en la producción y publicación de noticias, piezas gráficas, fotografías, videos, campañas y demás contenidos institucionales, difundidos a través del portal web de la Universidad y sus redes sociales oficiales, así como en espacios de comunicación como En la Lupa, Separata, Boletín, Podcast y Unipamplona TV. De igual manera, las actas del Grupo de Mejoramiento evidencian actividades de planificación y coordinación de los productos comunicacionales. En particular, el Acta 002 contempla la planificación de contenidos para redes sociales y la asignación de responsabilidades al equipo; el Acta 005 incluye la revisión de los mecanismos de respaldo y organización del archivo fotográfico y audiovisual, así como de la Matriz de Flujo de Información (FDE.CP-01), utilizada para la revisión y aprobación de contenidos; y el Acta 006 registra la coordinación de actividades de diseño, redacción, fotografía, producción audiovisual y publicación para las ceremonias de grados. Estos productos contribuyen a divulgar las actividades académicas, investigativas, administrativas y de interacción social, atendiendo los requerimientos de los usuarios y manteniendo la coherencia con la identidad e imagen institucional.

CONFORMIDAD	8.4 – Control de los Procesos, Productos y Servicios Suministrados Externamente	Cuando las necesidades del proceso requieren servicios externos, como impresión, producción audiovisual o desarrollo de campañas, Comunicación y Prensa gestiona estos apoyos mediante proveedores especializados, de acuerdo con los procedimientos PDE.CP-01 y PDE.CP-02 y los instrumentos contractuales correspondientes. Lo anterior permite establecer las condiciones para la prestación de los servicios y mantener su articulación con los lineamientos y requerimientos de comunicación e imagen institucional.
CONFORMIDAD	8.5 - Producción/provisión del servicio	Comunicación y Prensa desarrolla sus actividades mediante la prestación de servicios de cobertura de eventos, producción de contenidos gráficos y audiovisuales, actualización del portal web y administración de redes sociales, atendiendo los requerimientos de las diferentes dependencias universitarias. Estas actividades se encuentran orientadas por los manuales institucionales MDE.CP-01 Manual de Comunicaciones, MDE.CP-02 Manual de Identidad Visual, MDE.CP-03 Manual de Comunicación Digital, MDE.CP-04 Manual de Gestión de Crisis y MDE.CP-05 Manual de Protocolo y Organización de Eventos, así como por los formatos establecidos para la solicitud y gestión de los servicios, proporcionando lineamientos para el desarrollo de las actividades y la entrega de los productos comunicacionales. Adicionalmente, el Grupo de Mejoramiento ha promovido acciones para organizar y fortalecer la prestación de estos servicios, entre ellas, la planificación de contenidos para redes sociales, la asignación de responsabilidades al equipo y la implementación de una herramienta de seguimiento de actividades. De igual manera, se destaca la coordinación de las labores de diseño, redacción, fotografía, producción audiovisual y publicación para las ceremonias de grados, así como el seguimiento a las evidencias y soportes de las actividades desarrolladas. Lo anterior se encuentra documentado en las Actas 002, 005 y 006 de 2026.
CONFORMIDAD	8.6 Liberación de productos y servicios	El proceso cuenta con mecanismos para revisar y aprobar los productos comunicacionales antes de su publicación, difusión o entrega, con el fin de verificar que respondan a los requerimientos establecidos y mantengan coherencia con los lineamientos de comunicación e imagen institucional. Esta dinámica se refleja, por ejemplo, en la revisión de los productos tipo souvenir, en los que resulta necesario validar previamente aspectos como el diseño y la aplicación de la imagen institucional, antes de proceder con su elaboración o entrega. Como soporte de este control, el proceso dispone de la Matriz de Flujo de Información y Comunicación FDE.CP-01 y de los registros de seguimiento a las solicitudes.

CONFORMIDAD	8.7 Control de las Salidas No Conformes 8.7.1, 8.7.2	El Grupo de Mejoramiento realizó seguimiento al indicador institucional de PQRDS correspondiente al primer trimestre de 2026, revisando las solicitudes relacionadas con la Oficina de Comunicación y Prensa, su gestión y oportunidad de respuesta, así como la identificación de situaciones recurrentes y posibles acciones de mejora. Asimismo, se destacó la importancia de documentar las acciones que puedan derivarse del análisis de estas solicitudes. Durante el periodo evaluado, el proceso informó que no se presentaron salidas no conformes que requirieran el diligenciamiento del FAC-50, Matriz de Identificación y Reporte del Producto o Servicio No Conforme.
CONFORMIDAD	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación 9.1.1 Generalidades	El proceso cuenta con indicadores para realizar seguimiento a su desempeño, relacionados con la medición de la satisfacción del cliente, la gestión de PQRDS y la eficacia en la prestación del servicio. Adicionalmente, realiza seguimiento a las actividades y compromisos establecidos en el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades y en el FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua. Esta gestión se evidencia en las reuniones del Grupo de Mejoramiento, en las cuales se revisan los avances, el cumplimiento de las metas, los resultados de los indicadores y los soportes que respaldan las actividades desarrolladas. En las Actas 004, 005, 008 y 011 de 2026 se documentan estos ejercicios de seguimiento, así como la importancia de mantener actualizados los registros, verificar la consistencia de la información y conservar las evidencias que permitan evaluar el desempeño del proceso e identificar oportunidades de mejora.
CONFORMIDAD	9.1.2 Satisfacción del Cliente	El proceso realiza seguimiento a la percepción de los usuarios frente a los servicios prestados mediante la medición del indicador institucional de satisfacción del cliente y el seguimiento a las PQRDS recibidas. En el Acta 008 de 2026, el Grupo de Mejoramiento revisó la actividad de medición del indicador de satisfacción del cliente, orientada a conocer la percepción de los usuarios, y destacó la importancia de analizar los resultados, identificar fortalezas y oportunidades de mejora y utilizar la información recopilada para fortalecer la calidad, oportunidad y pertinencia de los servicios ofrecidos. Asimismo, en las Actas 005 y 011 se documentó el seguimiento a las solicitudes de los usuarios y la importancia de conservar los soportes de su gestión

CONFORMIDAD	9.1.3 Análisis y Evaluación	**b) El grado de satisfacción del cliente:** La medición del indicador institucional de satisfacción del cliente se encuentra incorporada en el FAC-23, como consta en el Acta 004 de 2026. Posteriormente, en el Acta 008 de 2026, el Grupo de Mejoramiento revisó esta actividad y resaltó la importancia de analizar los resultados, identificar fortalezas y oportunidades de mejora, y utilizar la información recopilada para fortalecer la calidad, oportunidad y pertinencia de los servicios ofrecidos a la comunidad universitaria y demás usuarios. De igual manera, en las Actas 005 y 011 se documentó el seguimiento a las PQRDS, considerando la gestión de las solicitudes recibidas, la oportunidad de respuesta y la actualización de los registros y soportes correspondientes. Esta información constituye un insumo complementario para identificar las necesidades y observaciones de los usuarios. **c) El desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad:** En las Actas 004, 005, 008 y 011 de 2026 se documentó el seguimiento a los indicadores de gestión asociados al proceso, mediante la revisión de sus avances, resultados y comportamiento frente a las metas establecidas. Asimismo, se abordó la necesidad de mantener actualizados los registros y soportes que respaldan la medición, con el fin de contar con información para evaluar el desempeño del proceso e identificar acciones de mejora cuando se requiera. **d) Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz:** En las Actas 001 a 011 de 2026 se documentó el seguimiento a las actividades programadas en el FAC-23 y el FAC-49, así: - Acta 001 del 23 de enero de 2026: Se revisó y actualizó la planificación para la vigencia 2026. El FAC-23 quedó conformado por 16 actividades. En el FAC-49 se establecieron cuatro actividades. También se ajustaron las fechas de cumplimiento de las acciones. - Acta 004 del 13 de marzo de 2026: Para el FAC-23 se reportó un avance global del 4,7%, identificando como actividad ejecutada el apoyo al cubrimiento de inducciones; otras actividades quedaron en ejecución y se relacionaron compromisos pendientes, entre ellos el cubrimiento de la rendición de cuentas, los grados institucionales y la Gala de los Mejores. Para el FAC-49 se reportó un 100% de ejecución global, aunque el consolidado también relaciona actividades en ejecución y pendientes, por lo que sería conveniente revisar la consistencia de ese porcentaje. - Acta 005 del 15 de abril de 2026: Se reportó un cumplimiento del 22,9 % en el FAC-23 para el primer trimestre. Se revisaron las reuniones de seguimiento, la consolidación de evidencias y la efectividad de las acciones del mapa de riesgos, la medición del indicador institucional de PQRDSF, los indicadores de gestión y las actividades de apoyo comunicativo para la rendición de cuentas. También se identificó la necesidad de solicitar soportes pendientes para completar las evidencias de ejecución.

	9.1.3 Análisis y Evaluación	- Acta 007 del 15 de junio de 2026: Se realizó seguimiento trimestral al FAC-23, al FAC-49 y al mapa de riesgos, revisando actividades relacionadas con piezas publicitarias, apoyo logístico, parrilla de contenidos y difusión de la gestión institucional. El acta permite evidenciar continuidad en el seguimiento, aunque no aporta en los apartados revisados un porcentaje global consolidado de ejecución. - Acta 008 del 15 de julio de 2026: Se registró un cumplimiento del 33,9% del FAC-23. Se revisaron las reuniones del grupo de mejoramiento, la medición del indicador institucional de PQRDS, los indicadores de gestión y la satisfacción del cliente, entre otras actividades. Se reiteró la importancia de mantener actualizados los registros, analizar los resultados y conservar los soportes correspondientes. - Acta 010 del 14 de septiembre de 2026: En el tercer seguimiento trimestral al FAC-23 se reportó un avance del 41,1 % para el trimestre y un acumulado del 41,8 %. De manera específica, las reuniones del grupo de mejoramiento registraban un 50 % de cumplimiento y el cubrimiento de la inducción a estudiantes se reportó como completado al 100 %. Para el FAC-49 también se revisaron las acciones de actualización de la imagen institucional y difusión de contenidos en las plataformas digitales, identificándose actividades que continuaban en avance y la necesidad de anexar sus evidencias. - Acta 011 del 16 de octubre de 2026: Se efectuó seguimiento al FAC-23 y al FAC-49, revisando las reuniones del grupo de mejoramiento, la medición de PQRDS, los indicadores de gestión y el apoyo y cubrimiento de los grados institucionales. Se reiteró la importancia de actualizar los registros, verificar la consistencia de la información y conservar los soportes de las actividades. En el contenido revisado no se presenta un porcentaje global de ejecución ni un número consolidado de actividades ejecutadas. **e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades:** El proceso realiza seguimiento a los riesgos identificados en su mapa, mediante la revisión de los controles y las acciones de tratamiento establecidas. En las Actas 001, 004, 005, 009 y 010 de 2026 se documentan ejercicios de revisión y seguimiento a riesgos relacionados, entre otros aspectos, con la posible pérdida de archivos digitales audiovisuales y fotográficos, la afectación reputacional por publicación de información no veraz o desactualizada y el daño físico de equipos tecnológicos. En particular, durante la reunión registrada en el Acta 005 se revisaron las acciones implementadas y sus respectivas evidencias, incluyendo la evaluación de la efectividad de las acciones de tratamiento. Para el periodo evaluado, se dejó constancia de que no se reportó la materialización de los riesgos objeto de seguimiento. Asimismo, en las Actas 009 y 010 se registró la continuidad de la revisión de los controles y de las acciones preventivas, así como los compromisos para mantener su verificación y conservar los soportes correspondientes.

	9.1.3 Análisis y Evaluación	**g) La necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad:** En las Actas 005 (15 de abril), 008 (15 de julio) y 011 (16 de octubre) de 2026 se registraron aspectos que orientan la identificación de oportunidades de mejora, relacionados con la revisión de los resultados de los indicadores, la actualización y organización de los registros, la conservación de los soportes y el establecimiento de acciones de mejora cuando se requiera. De igual manera, en las Actas 002 (16 de febrero), 005 (15 de abril) y 007 (15 de junio) de 2026 se documentó la iniciativa de implementar una herramienta en Excel para registrar y realizar seguimiento a las actividades desarrolladas por la Oficina, los compromisos asignados y sus respectivos avances. En este seguimiento también se identificó la importancia de fortalecer la planificación de contenidos para redes sociales, mantener actualizados los formatos de asignación de responsabilidades y organizar las evidencias de las actividades de diseño, divulgación, apoyo logístico y comunicación institucional. La implementación progresiva de esta herramienta constituye una acción orientada a mejorar la organización, el control y la trazabilidad de las actividades del proceso.
CONFORMIDAD	10.1 Mejora	En las reuniones del Grupo de Mejoramiento se identificaron e impulsaron acciones orientadas a fortalecer la organización, el control y la ejecución de las actividades de la Oficina de Comunicación y Prensa. Entre estas iniciativas se encuentra la implementación progresiva de una herramienta en Excel para registrar y realizar seguimiento a las actividades desarrolladas, los compromisos asignados y sus respectivos avances, como se documentó en las Actas 002 (16 de febrero), 005 (15 de abril) y 007 (15 de junio) de 2026. De igual manera, se identificaron acciones para fortalecer la planificación de contenidos para redes sociales, mantener actualizados los formatos de asignación de responsabilidades y organizar los soportes de las actividades de diseño, divulgación, apoyo logístico y comunicación institucional. Estas iniciativas reflejan la disposición del proceso para identificar aspectos susceptibles de mejora y establecer mecanismos que contribuyan a una gestión más organizada y trazable.
CONFORMIDAD	10.2 No Conformidad y Acción Correctiva 10.2.1, 10.2.2	En seguimiento a la no conformidad identificada en la Auditoría Interna de Calidad de la vigencia 2025, relacionada con la actualización de la Matriz de Requisitos Legales, se revisó la gestión adelantada por la Oficina de Comunicación y Prensa frente al Plan de Acciones Correctivas registrado en el formato FCI-19. Mediante Acta No. 002 del 16 de febrero de 2026, el Grupo de Mejoramiento revisó y ajustó las acciones del FCI-19, considerando los cambios en la metodología institucional para la gestión de requisitos legales y la necesidad de articular el trabajo con la profesional asignada por el Sistema Integrado de Gestión (SIG).

	10.2 No Conformidad y Acción Correctiva 10.2.1, 10.2.2	Posteriormente, mediante Acta No. 003 del 6 de marzo de 2026, se realizó la revisión de la matriz vigente y la socialización de la Guía GSIG-06 V.00, estableciendo orientaciones para su ajuste. En Acta No. 004 del 13 de marzo de 2026 se documentó la actualización y migración de la matriz al nuevo formato institucional, incluyendo la depuración de normas no aplicables, la atención de observaciones y el ajuste de las descripciones normativas. La documentación fue remitida al SIG para su revisión y validación. En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno de Gestión, mediante Acta No. 011 del 6 de mayo de 2026, se registró un avance del 90 % del Plan de Acciones Correctivas. No obstante, se estableció que la acción permanecía abierta, debido a que estaba pendiente la validación formal de la matriz por parte del SIG y su incorporación en el normograma institucional, condiciones señaladas para determinar su eficacia y cierre definitivo. Adicionalmente, mediante comunicaciones del 6 de agosto y 19 de octubre de 2026, Control Interno solicitó la actualización del FCI-19 y los soportes correspondientes al seguimiento de la acción pendiente. El 29 de octubre de 2026, la Oficina de Comunicación y Prensa compartió el acceso a las carpetas documentales del SIG y la hoja de ruta de los soportes de la vigencia 2026 y del cierre de 2025. En consecuencia, se evidencia la gestión adelantada para el tratamiento de la no conformidad y la implementación de las acciones formuladas. La verificación del cierre definitivo y de la eficacia de la acción requiere contar con el soporte de validación del SIG y la evidencia de incorporación de la matriz en el normograma institucional.
CONFORMIDAD	10.3 Mejora Continua	Las Actas 001 a 011 de 2026 evidencian que el Grupo de Mejoramiento realiza seguimiento periódico a la gestión del proceso, mediante la revisión de indicadores, el avance de las actividades planificadas, la gestión de riesgos y el cumplimiento de los compromisos establecidos. En este ejercicio se han identificado necesidades de ajuste relacionadas con la organización y conservación de los registros, la disponibilidad de soportes, la actualización de la información y el seguimiento a las actividades programadas. Asimismo, se han revisado los resultados de la gestión y planteado acciones para fortalecer el desempeño de la Oficina. Como parte de este ejercicio, se destaca la implementación progresiva de la herramienta de seguimiento en Excel, orientada a facilitar el control de las actividades y compromisos del proceso, así como la revisión y actualización de la Matriz de Requisitos Legales, derivada de la no conformidad identificada en la auditoría de la vigencia 2025. Lo anterior evidencia la realización de ejercicios periódicos de revisión y ajuste, encaminados a fortalecer la gestión y mejorar la forma en que se desarrollan y controlan las actividades del proceso.

Conclusiones
Con base en las evidencias documentales y los registros revisados, se evidenció que la Oficina de Comunicación y Prensa da cumplimiento a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 evaluados durante la auditoría, manteniendo prácticas de planificación, ejecución, seguimiento y control de sus actividades, en concordancia con los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad. La gestión desarrollada por la Oficina tiene un alcance que trasciende sus actividades operativas, dado que contribuye a la comunicación, divulgación y proyección de la Universidad. En este sentido, resulta importante continuar fortaleciendo su articulación con las dependencias, programas académicos y demás instancias institucionales, de manera que la información y los resultados de su gestión aporten al seguimiento, la evaluación y la toma de decisiones institucionales. Los aspectos por mejorar identificados durante la auditoría deberán ser analizados por la líder del proceso y su equipo de trabajo, con el fin de determinar el tratamiento más adecuado según su naturaleza y alcance. Aquellos que requieran acciones planificadas deberán incorporarse en el FAC-49 – Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, conforme a los mecanismos institucionales establecidos. Cuando, por su naturaleza, puedan atenderse mediante acciones inmediatas, estas podrán gestionarse directamente por el proceso, dejando igualmente documentados el tratamiento realizado y las evidencias de su implementación. En ambos casos, es importante mantener la trazabilidad de las acciones y verificar que las medidas adoptadas contribuyan efectivamente al fortalecimiento de la gestión y al mejoramiento continuo del proceso. Finalmente, la auditoría permitió reconocer prácticas de seguimiento y gestión, así como oportunidades para continuar consolidando una gestión más integrada, organizada y orientada al mejoramiento continuo, aprovechando la información que genera el proceso y fortaleciendo su articulación con los instrumentos y mecanismos institucionales.

Elaboró	Aprobó	Validó
MARITZA CONSTANZA GAMBOA **Auditor Interno**	**GLADIS GELVES SUÁREZ** **Líder Proceso Auditado**	**MARITZA CONSTANZA GAMBOA** **Auditor Líder**