Auditoría Nº	PROCESO AUDITADO			Fecha		
				Día	Mes	Año
Ciclo 2026	GESTIÓN ACADÉMICA (Vicerrectoría Académica)			08	10	2026
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	**Representante de la Alta Dirección**	EDWIN OMAR JAIMES RICO			
Nombre(s) del Equipo Auditor		**Cargo**				
GISSELLE NATALI VARGAS HERNANDEZ		AUDITORÍA 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
	07	09	2026		**12**	11	2026

Aspectos Relevantes	• La líder del proceso y los funcionarios de la Vicerrectoría Académica mantuvieron una actitud abierta y colaborativa durante el desarrollo de la auditoría, facilitando la atención de los requerimientos y la consulta de la información solicitada. • Durante las entrevistas, los funcionarios demostraron conocimiento de las actividades y responsabilidades a su cargo, explicando su participación en el desarrollo de los procedimientos del proceso. • La planificación de las actividades académicas se desarrolla de manera coordinada con las Facultades. Asimismo, los espacios del Grupo de Mejoramiento facilitan el seguimiento de los avances, el intercambio de experiencias y la identificación de acciones para fortalecer la gestión del proceso. • La documentación presentada se encontraba organizada y disponible para su consulta. El uso de herramientas digitales facilitó la ubicación de los soportes y el desarrollo de la revisión documental. • El proceso cuenta con mecanismos establecidos para la identificación y reporte de productos o servicios no conformes, así como para el seguimiento de los indicadores del (SPEI).

Aspectos por Mejorar	• Fortalecer el seguimiento al FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua, mediante la verificación del cumplimiento de las acciones formuladas y la evaluación de los resultados obtenidos, de manera que se pueda establecer su cierre y eficacia frente a las situaciones que dieron origen a las mejoras. • Fortalecer los mecanismos institucionales para el almacenamiento, respaldo y preservación de la información documentada, procurando contar con medios centralizados y seguros que faciliten su disponibilidad, consulta, recuperación y conservación, y reduzcan los riesgos asociados a la dispersión de los documentos en diferentes dispositivos y medios de almacenamiento.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO 4.1 (Planear)	Durante las revisiones documentales y entrevistas realizadas, se verificó que el grupo de mejoramiento realizó la revisión de la matriz DOFA según consta en el Acta 001 del 28 de enero de 2026. En dicha revisión se identificó el contexto interno y externo y se efectuaron algunas modificaciones a la matriz.
CONFORMIDAD	COMPRENSIÓN Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS 4.2 (Planear)	Se comprobó que el personal reconoce a las partes interesadas del proceso y establece sus necesidades y expectativas a través de la matriz dispuesta para este fin. Asimismo, sabe cómo acceder a ella en el centro interactivo del SIG para consultarla de manera habitual.
CONFORMIDAD	5.2.2 (Transversal) POLÍTICA DE CALIDAD	El equipo de la Vicerrectoría Académica conoce la Política de Calidad institucional y la tiene presente en el desarrollo de sus labores. Este compromiso se refleja en la aplicación de los procedimientos, el cumplimiento de los criterios establecidos y el trabajo conjunto para mantener la calidad y mejorar continuamente el proceso.
CONFORMIDAD	6.1.2 (Planear) ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	Se verificaron dos seguimientos a su matriz de riesgos, documentados en las reuniones del Grupo de Mejoramiento del 24 de abril y del 15 de septiembre de 2026. En estos espacios se revisaron los riesgos y las evidencias de las actividades de control, entre ellas la publicación de calendarios académicos y el seguimiento a la expedición de constancias y certificados. Asimismo, atendiendo las observaciones del SIG y de Control Interno, se ajustaron las acciones frente a los riesgos de alteración de documentos y de calificaciones en el sistema académico, incorporando medidas de autenticación, revisión de permisos, validación de información y trazabilidad de modificaciones. Estas actuaciones evidencian seguimiento y actualización de los controles para proteger la integridad de la información y apoyar el cumplimiento de los objetivos del proceso.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO 4.1 (Planear)	Durante las revisiones documentales y entrevistas realizadas, se verificó que el grupo de mejoramiento realizó la revisión de la matriz DOFA según consta en el Acta 001 del 28 de enero de 2026. En dicha revisión se identificó el contexto interno y externo y se efectuaron algunas modificaciones a la matriz.
CONFORMIDAD	COMPRENSIÓN Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS 4.2 (Planear)	Se comprobó que el personal reconoce a las partes interesadas del proceso y establece sus necesidades y expectativas a través de la matriz dispuesta para este fin. Asimismo, sabe cómo acceder a ella en el centro interactivo del SIG para consultarla de manera habitual.
CONFORMIDAD	6.2.1 (Planear) OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	El equipo de Gestión Académica conoce los cuatro objetivos de calidad de la institución y orienta sus actividades principalmente al objetivo n.º 1: «Consolidar la Acreditación Institucional y promover la Acreditación Internacional de Programas Académicos». Este objetivo está documentado en la ficha de indicadores y en la caracterización del proceso.

CONFORMIDAD	6.2.2 (Planear) PLANIFICACIÓN COMO LOGRAR SUS OBJETIVOS DE CALIDAD	Mediante Acta No. 008 del 20 de enero de 2026, el Grupo de Mejoramiento realizó el cierre del FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades de la vigencia 2025, se cierra con el cumplimiento satisfactorio del 100%. Mediante Acta No. 001 del 28 de enero de 2026, elaboraron el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades de la presente vigencia, con 10 actividades. La Vicerrectoría Académica articula la programación de sus actividades con las facultades mediante reuniones de trabajo. Las invitaciones se envían por correo electrónico para facilitar la asistencia y coordinar los aportes de quienes intervienen en el proceso.
CONFORMIDAD	7.1.4 (Hacer) AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN	La oficina de la Vicerrectoría Académica dispone de mobiliario ergonómico nuevo y puestos de trabajo organizados que favorecen la comodidad del personal. Durante la visita se observó un ambiente de respeto, colaboración y compañerismo entre los integrantes del equipo.
CONFORMIDAD	7.3 (Hacer) TOMA DE CONCIENCIA	Durante las entrevistas, el personal de la Vicerrectoría Académica manifestó conocer la Política de Calidad y los objetivos institucionales, e identificó el objetivo al que contribuye el proceso de Gestión Académica. Estas respuestas evidencian conocimiento de dichos elementos; sin embargo, la evidencia recopilada no permite concluir sobre la totalidad del requisito de toma de conciencia.
CONFORMIDAD	7.4 (Hacer) COMUNICACIÓN	Identifican y conocen la matriz de flujos de información y comunicación. Fue revisada el día 28 de enero de 2026, según consta en Acta No. 001.
CONFORMIDAD	7.5.3 CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA 7.5.3.2 b) y d) (Hacer) b) almacenamiento y preservación, y, d) conservación y disposición.	Durante la auditoría, el personal de la Vicerrectoría Académica manifestó que la documentación del proceso se conserva en archivos físicos y en medios digitales, como los equipos de trabajo, el correo electrónico institucional y los sistemas utilizados por la dependencia. Asimismo, indicó que no dispone de un espacio de almacenamiento digital centralizado para organizar y conservar la documentación, por lo que parte de los registros permanece en los equipos de trabajo o en archivos físicos. Esta situación representa una oportunidad para fortalecer los mecanismos de almacenamiento, respaldo y preservación de la información documentada, de manera que se facilite su disponibilidad, recuperación y conservación.

CONFORMIDAD	8.1 (Hacer) PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	Comité de Puntaje. Se encuentran definidos los requisitos por categoría, los responsables y los controles para la recepción, estudio, evaluación, aprobación y archivo de las solicitudes. Entre estos controles se incluyen la revisión del Consejo de Facultad registrada en FAC-08, la evaluación por pares externos cuando corresponde y la aprobación mediante acto administrativo del Consejo Superior. Asignación de puntaje. Se revisó el Acta No. 02 del CIARP, del 3 de febrero de 2026, en la que se registra el estudio de solicitudes de reconocimiento de puntaje por títulos académicos y las decisiones adoptadas por el comité. PGA-06 —Vinculación y Responsabilidad Académica. Se examinaron seis reportes de responsabilidad académica —PIT— del periodo 2026-2, correspondientes a dos docentes de planta, dos ocasionales y dos de cátedra. Los reportes contienen la identificación del docente, las asignaturas, los grupos, las horas y los horarios previstos. No obstante, las copias revisadas presentan los campos de firma y fecha del docente sin diligenciar, por lo que se requiere consultar los originales o el historial de aprobaciones del aplicativo para verificar su formalización. También se revisaron los correos del 25 y 26 de agosto de 2026 relacionados con una docente que no suscribió su vinculación. Se evidenció que la Vicerrectoría Académica comunicó la novedad a Talento Humano y que esta dependencia informó la reversión del registro en RVD y su eliminación en el sistema de contratación. Esta evidencia permite comprobar la comunicación y atención de la novedad examinada. PGA-20 —Evaluación Académico Administrativa de Docentes. Se revisaron las comunicaciones de convocatoria y remisión de evaluaciones correspondientes a la vigencia 2025, gestionadas durante 2026, así como los formatos FGA-33 y el FGA-159 v.00 —Evaluación Académico Administrativo Docente–Autoevaluación—. Entre los soportes se encuentra la autoevaluación de Jorge Luis Díaz Rodríguez, diligenciada el 4 de febrero de 2026.

CONFORMIDAD	8.2.1 b) y c) (Hacer) COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	Durante la auditoría, el equipo de la Vicerrectoría Académica informó que recibió una (1) queja a través del aplicativo institucional durante el periodo evaluado. Según lo explicado, el funcionario encargado prepara la respuesta, la somete a revisión de la Vicerrectoría y posteriormente la comunica al solicitante. Para el caso reportado, la queja se recibió el 27 de mayo y fue respondida el 29 de mayo, dos días después de su recepción.
CONFORMIDAD	8.2.2 (Hacer) DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	La actualización de la matriz de requisitos legales se realiza el día 18 de febrero de 2026 con el Acta No. 003, con el fin de dar cumplimiento a la Resolución 1081 del 9 de diciembre de 2025 “Por la cual se establece un Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de Pamplona y se dictan otras disposiciones”, se socializa la Guía de Gestión y Consolidación Normativa GSIG-06 V.00.
CONFORMIDAD	9.1.2 (Verificar) SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	La Vicerrectoría Académica consulta la percepción de sus usuarios mediante encuestas de satisfacción a las que se accede a través de un código QR. Estas se ofrecen a las personas que acuden a la dependencia, participan en las jornadas de vinculación o reciben asesoría docente.

CONFORMIDAD	9.1.3 (Verificar) ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	b) Grado de satisfacción de los usuarios Las actas del Grupo de Mejoramiento del 24 de abril y del 15 de septiembre de 2026 consignan que, en el primer y segundo trimestre, respectivamente, se reportaron respuestas de satisfacción en todas las preguntas, según la información comunicada por Atención al Ciudadano y Transparencia. Los registros revisados no permiten establecer el número de respuestas, el resultado consolidado del indicador semestral ni su comparación con la meta. d) Eficacia de la implementación de lo planificado Las reuniones del 24 de abril y del 15 de septiembre de 2026 documentan el seguimiento al FAC-23 y la revisión y socialización de los indicadores publicados en el SPEI. Entre los soportes se identificaron la convocatoria a las facultades y fotografías de la jornada de vinculación docente, así como la publicación de calendarios académicos. Estas evidencias respaldan actividades concretas, pero las actas no detallan los valores de los indicadores revisados, su comparación con las metas ni las decisiones derivadas de ese análisis. e) Eficacia de las acciones frente a riesgos y oportunidades En abril, el Grupo de Mejoramiento revisó las evidencias de los controles y consignó que las actividades de control fueron efectivas. En septiembre, tras las observaciones del SIG y de Control Interno, se ajustaron las acciones frente a la alteración de constancias, certificados y calificaciones, incluyendo autenticación, revisión de permisos y trazabilidad. Las actas no detallan porcentajes de avance ni resultados que permitan verificar la ejecución y la eficacia de los controles ajustados. g) Necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad El FAC-49 v.02 registra tres aspectos de mejora y diez acciones. En el primer seguimiento se consignó el 100 % de cumplimiento de la actividad de actualización de la página web de Admisiones, Registro y Control Académico; en el segundo se reportó la entrega del proyecto de acto administrativo para actualizar el plan de estudios de la Especialización en HSEQ y la realización de la actividad de definición de cobertura esperada del Programa de Desarrollo Humano Profesoral. Estos registros muestran avances por actividad; no acreditan la aprobación de la actualización curricular, la cobertura alcanzada ni el cierre y la eficacia del plan en su conjunto. La evidencia acredita revisiones y ajustes específicos. El análisis del indicador semestral de satisfacción, el desempeño frente a las metas del SPEI y la eficacia de las acciones ajustadas quedaron sin comprobación suficiente en la muestra revisada.

CONFORMIDAD	10.1 – 10.3 (Actuar) MEJORA MEJORA CONTINUA	Se revisó el FAC-49 v.02 —Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua— del proceso de Gestión Académica, cuyo encabezado señala su elaboración mediante el Acta No. 001 del 28 de enero de 2026. La versión aportada contempla tres (3) aspectos de mejora: la actualización del plan de estudios de la Especialización en HSEQ, la actualización de la página web de Admisiones, Registro y Control Académico y la medición de la cobertura del Programa de Desarrollo Humano Profesoral. Para su desarrollo se establecen diez (10) acciones, con responsables, recursos, fechas y espacios de seguimiento. En estos últimos se registra la realización de las actividades de actualización de la página web, la entrega del documento correspondiente a la proyección del acto administrativo del programa HSEQ y la definición de la cobertura esperada para las actividades de desarrollo profesoral. Lo anterior evidencia la planificación y el seguimiento de iniciativas de mejora, sin que estos registros, por sí solos, permitan concluir el cierre y la eficacia de la totalidad del plan.

Conclusiones

- La Vicerrectoría Académica evidencia prácticas de planificación y seguimiento de sus actividades, apoyadas en el FAC-23 y en los espacios de trabajo del Grupo de Mejoramiento, que facilitan la articulación con las Facultades y el seguimiento a los compromisos establecidos.

- Se identificaron actuaciones documentadas relacionadas con la gestión de las actividades académicas, particularmente en la asignación de puntaje, vinculación, responsabilidad académica y evaluación académico-administrativa de docentes, así como mecanismos para la identificación y atención de productos o servicios no conformes y el seguimiento a indicadores y a la percepción de los usuarios.

- Se evidenciaron actividades de seguimiento a los riesgos del proceso y avances en la implementación del FAC-49, que contempla tres aspectos de mejora y diez acciones. No obstante, los resultados revisados no permiten establecer el cierre y la eficacia de la totalidad de las acciones previstas.

- En términos generales, la evidencia examinada permite reconocer prácticas favorables en la gestión académica; sin embargo, se identificaron aspectos que requieren mayor verificación y fortalecimiento, relacionados con la formalización y trazabilidad de algunos registros, la comprobación del cierre de trámites y los controles para la protección de la información documentada. Su atención contribuirá a fortalecer la confiabilidad de los registros y la eficacia de los controles del proceso.

- Los aspectos por mejorar identificados deberán ser analizados por el líder del proceso y su grupo de mejoramiento, con el fin de definir el tratamiento más adecuado para su atención. Aquellos que requieran acciones planificadas y seguimiento podrán incorporarse al FAC-49 Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua; mientras que las situaciones que ameriten atención o corrección inmediata podrán gestionarse directamente, sin que necesariamente deban trasladarse a dicho formato, garantizando en todo caso la trazabilidad de las acciones implementadas y la verificación de su atención.

Elaboró	Aprobó	Validó
GISSELLE NATALI VARGAS HERNANDEZ	**ENRIQUE ALFONSO CABEZA HERRERA**	**MARITZA CONSTANZA GAMBOA**
Auditor Interno	**Líder Proceso Auditado**	**Auditor Líder**