

2025



Gestión
del Sistema
Integral de la calidad

INFORME ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

Vicerrectoría Administrativa y Financiera

Gestión del Sistema Integral de Calidad

calidad@utp.edu.co

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 OBJETIVO	5
1.2 ALCANCE	5
1.3 CRITERIO DE AUDITORÍA	6
1.4 CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS	6
1.5 RESULTADOS GENERALES DE AUDITORÍAS	6
A continuación, se presentan los resultados de hallazgos, según las diferentes normas que se integran en el Sistema Integral de Gestión de la UTP.	
2. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001	8
2.1 Admisiones, Registro y Control	9
2.2 Biblioteca	10
2.3 Control Interno	10
2.4 Control Interno Disciplinario	10
2.5 Centro de Recursos Informáticos y Educativos	10
2.6 Egresados	11
2.7 Facultad de Mecánica Aplicada	11
2.8 Facultad de Bellas Artes y Humanidades	11
2.9 Facultad de Ciencias Agrarias y Agroindustria	12
2.10 Facultad de Ciencias Ambientales	12
2.11 Facultad de Ciencias Básicas	13
2.12 Facultad Ciencias de la Educación	13
2.13 Facultad Ciencias de la Salud	14
2.14 Facultad de Ciencias Empresariales	14
2.15 Facultad de Ingenierías	15
2.16 Facultad de Tecnología	16
2.17 Gestión de Documentos	16
2.18 Gestión de Servicios Institucionales	17
2.19 Gestión del Talento Humano	18
2.20 Gestión Disciplinaria	18
2.21 Gestión Financiera	19
2.22 Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información	20
2.23 Jardín Botánico	20
2.24 Jurídica	20
2.25 Laboratorio de Genética Médica	21

2.26 Oficina de Relaciones Internacionales	21
2.27 Planeación.....	21
2.28 Rectoría	22
2.29 Rectoría – Gestión de la Comunicación	22
2.30 Secretaría General	22
2.31 Sistema Integral de Gestión	23
2.32 Univirtual	23
2.33 Vicerrectoría Académica	23
2.34 Vicerrectoría Administrativa y Financiera.....	24
2.35 Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión	24
2.36 Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	25
3. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 26	
3.1 Gestión de Servicios Institucionales.....	26
3.2 Gestión del Talento Humano	26
4. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD LABORATORIOS ISO/IEC 17025	28
4.1 OBJETIVO	28
4.2 FORTALEZAS.....	29
4.2.1 Grupo de Investigación en Agua y Saneamiento - GIAS.....	29
4.2.2 Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos - LAA.....	29
4.2.3 Laboratorio de Genética Médica - LGM.....	30
4.2.4 Laboratorio de metrología de variables eléctricas – LME	30
4.2.5 Laboratorio de Ensayos para Equipos de Aire Acondicionado – LPEA.....	30
4.2.6 Laboratorio de Química Ambiental - LQA	30
4.2.7 Sistema Integral de Gestión - SIG	30
4.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA	31
4.3.1 Grupo de Investigación en Agua y Saneamiento – GIAS.....	31
4.3.2 Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos – LAA.....	31
4.3.3 Laboratorio de Genética Médica – LGM	31
4.3.4 Laboratorio de metrología de variables eléctricas - LME	32
4.3.5 Laboratorio de Ensayos para Equipos de Aire Acondicionado –LPEA	32
4.3.6 Laboratorio de Química Ambiental – LQA	32
4.3.7 Sistema Integral de Gestión –SIG.....	33
5. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN ISO/IEC 27001.....	34
Pruebas de vulnerabilidad áreas TI de la Universidad.	34
5.1 Fortalezas identificadas	34



Universidad Tecnológica
de Pereira

Gestión del Sistema
Integral de Calidad

5.2 Oportunidades de mejora identificadas 34

6. RECOMENDACIONES GENERALES DEL INFORME 36

7. CONCLUSIONES 36

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Totales Aspectos no conformes y oportunidades de mejora, de Sistemas de Gestión Auditados 2025	6
Figura 2. Los resultados por proceso frente a los hallazgos de No conformidad:.....	7
Figura 3. Participación Facultades y dependencias en ciclo anual de auditorías.	8
Figura 4. Comportamiento hallazgo auditoría ISO 9001:2015	8
Figura 5. Comportamiento hallazgos auditoría Decreto 1072 de 2015.....	26
Figura 6. Distribución de hallazgos	28
Figura 7 Discriminación por Laboratorio/Unidad Organizacional	28
Figura 8. Comparativo por laboratorio/Unidad Organizacional	29
Figura 9. Vulnerabilidades Activas	34



1. INTRODUCCIÓN

1.1 OBJETIVO

El objetivo definido para el programa de auditorías internas en esta vigencia fue el siguiente:

Para el Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo consistió en evaluar la prestación de los servicios, el mejoramiento continuo, los riesgos y la gestión de la seguridad y salud en el trabajo de acuerdo a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y el Decreto 1072 de 2015 Libro 2 parte 2 Título 4 Capítulo 6.

Para los Organismos Evaluadores de la Conformidad se enfocó en contribuir a la mejora del Sistema Integral de Gestión de los laboratorios de ensayo y calibración de la Universidad Tecnológica de Pereira con base en los requisitos de la Norma ISO/IEC 17025:2017.

Para el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información se centró en evaluar la seguridad de ciertas aplicaciones e infraestructura. El propósito de la evaluación fue identificar los riesgos de seguridad y las vulnerabilidades que afectan los elementos a auditar.

1.2 ALCANCE

Se realizó auditoría interna al mapa de procesos vigente de la Universidad Tecnológica de Pereira, a los métodos de ensayo y magnitudes acreditadas para el caso particular de los Laboratorios y a las áreas del alcance para el caso de seguridad de la información. Los requisitos de la norma están establecidos en el numeral 9 de cada programa de auditoría interna y en los planes de auditoría interna respectivos.

1.3 CRITERIO DE AUDITORÍA

Los documentos de referencia fueron los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, requisitos del Decreto 1072 de 2015 Libro 2 parte 2 Título 4 Capítulo 6, Norma ISO/IEC 17025:2017, políticas y objetivos de la Universidad, procedimientos internos de las dependencias/áreas, requisitos legales, requisitos establecidos en resoluciones y acuerdos de la Universidad, requisitos del sistema integral de gestión, requisitos del Organismo Nacional de Acreditación de Colombia – ONAC, requisitos del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - IDEAM, requisitos del Instituto Nacional de Salud - INS, Procedimientos de las áreas de alcance, estándar OSSTMM (Open Source Security Testing Methodology Manual) y Guías de Pruebas de OWASP.

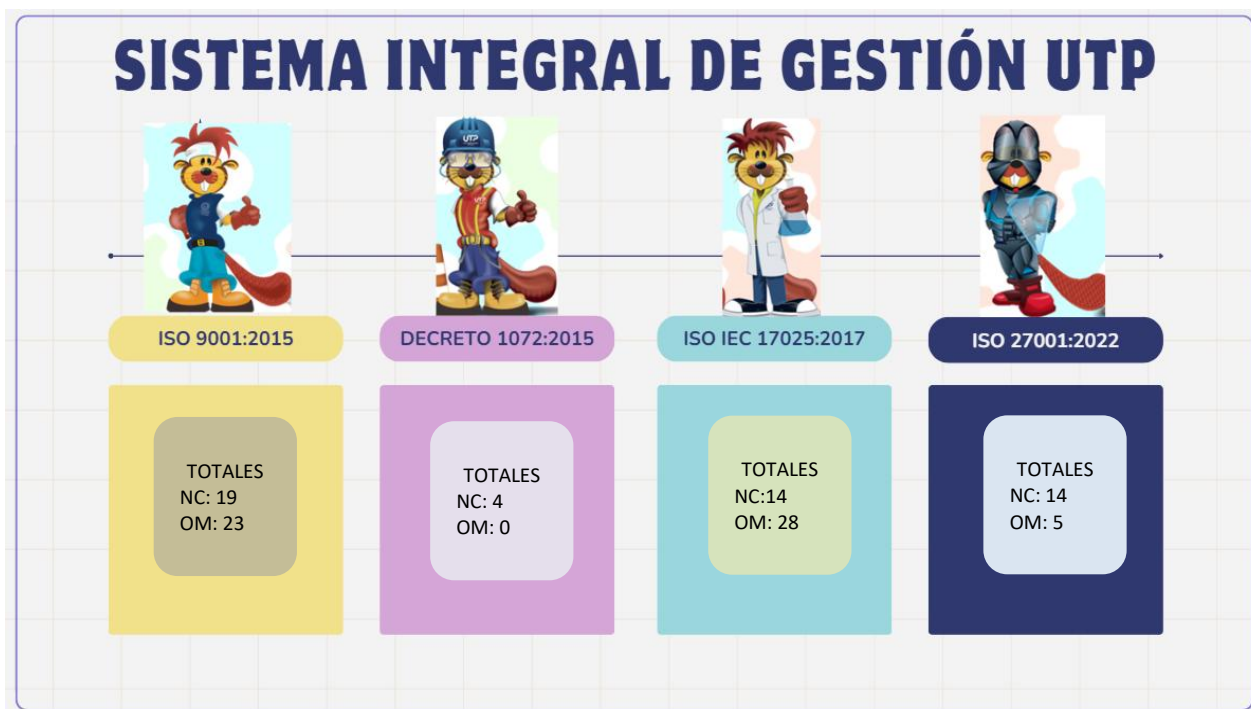
1.4 CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS

A lo largo de este informe, se describen los hallazgos encontrados en cada uno de los Sistemas de Gestión durante los ejercicios de auditorías internas. La clasificación de los hallazgos se describe a continuación:

1.5 RESULTADOS GENERALES DE AUDITORÍAS

A continuación, se presentan los hallazgos identificados por cada sistema de Gestión auditado durante el 2025, en el Sistema Integral de Gestión de la UTP.

Figura 1. Totales Aspectos no conformes y oportunidades de mejora, de Sistemas de Gestión Auditados 2025



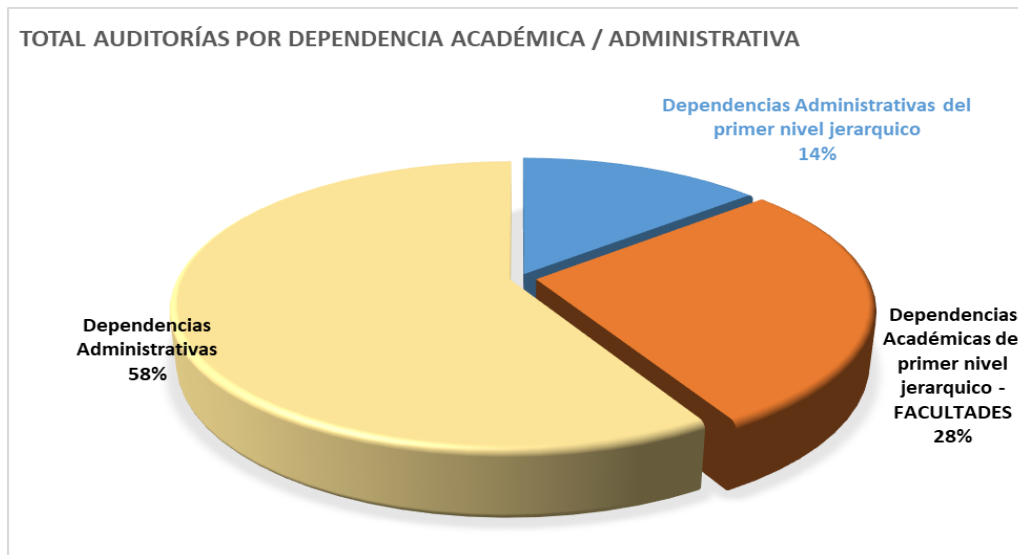
A continuación, se presentan los resultados de hallazgos, según las diferentes normas que se integran en el Sistema Integral de Gestión de la UTP.

Figura 2. Los resultados por proceso frente a los hallazgos de No conformidad:

RESUMEN ASPECTOS NO CONFORMES POR SISTEMA DE GESTIÓN				
PROCESO	ISO 9001:2015	ISO/IEC 17025:2017	ISO/IEC 27001:2022	DECRETO 1072:2015
Direccionamiento Institucional	1	0	0	0
Docencia	0	0	0	0
Investigación e Innovación	0	0	0	0
Extensión y Proyección Social	0	14	0	0
Administración Institucional	13	0	14	1
Bienestar Institucional	1	0	0	3
Egresados	2	0	0	0
Internacionalización	0	0	0	0
Aseguramiento de la Calidad Institucional	0	0	0	0
Control y Seguimiento Institucional	2	0	0	0
TOTAL	19	14	14	4

2. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001

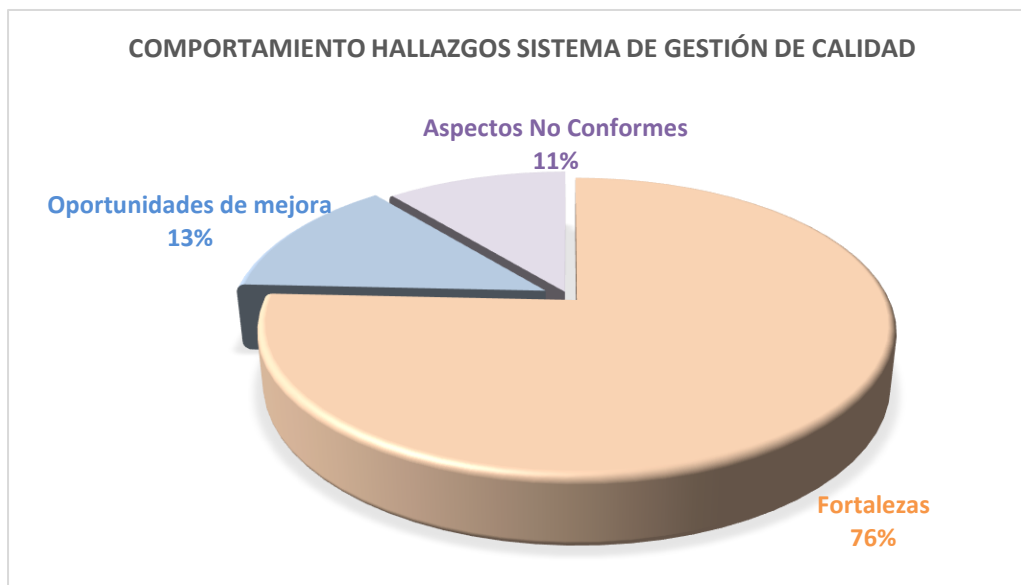
Figura 3. Participación Facultades y dependencias en ciclo anual de auditorías.



Las auditorías internas para el sistema de gestión de calidad se llevaron a cabo en los meses de octubre Y noviembre de 2024, con alcance a todas las Unidades Organizacionales y las Facultades de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Los resultados obtenidos durante el ejercicio se resumen a continuación:

Figura 4. Comportamiento hallazgo auditoría ISO 9001:2015



F: Fortalezas = 131

OM: Oportunidad de Mejora = 23

NC: Aspectos No Conformes = 19

A continuación, se presentan los hallazgos identificados en cada dependencia administrativa o académica.

2.1 Admisiones, Registro y Control

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Se evidencia una gestión eficaz en el seguimiento y cierre de no conformidades.</p> <p>En particular, la dependencia demostró el cumplimiento efectivo de la acción correctiva correspondiente a la No Conformidad N° 2024-07-5.2c, relacionada con la creación y actualización de la información documentada (numeral 7.5.2 c de la norma ISO 9001:2015).</p> <p>Desde la oficina de Admisiones Registro y Control Académico, Se hizo la debida actualización de todas las denominaciones de los cargos de acuerdo con el Manual Específico de Funciones y Competencias, y Denominación de Roles y Responsabilidades</p> <p>La dependencia demuestra una adecuada planificación y control de sus metas, reflejando orden, disciplina y seguimiento efectivo a las actividades programadas. Esto contribuye al logro de los objetivos del proceso y al cumplimiento de los compromisos establecidos en la vigencia</p> <p>Se evidencia un manejo eficiente y organizado de la gestión documental, respaldado por controles y mecanismos de seguimiento que garantizan la integridad, accesibilidad y trazabilidad de la información. Esta práctica fortalece la confiabilidad del sistema de gestión y la disponibilidad oportuna de los documentos</p> <p>Se evidencia una gestión responsable del mantenimiento de los equipos utilizados para la conservación y consulta de los archivos, garantizando condiciones óptimas de funcionamiento que favorecen la preservación de los documentos y la eficiencia operativa del proceso</p> <p>Se destaca como fortaleza la implementación de auditorías internas específicas al proceso de expedición de certificados académicos, en atención al riesgo identificado en el mapa institucional relacionado con la corrupción o manipulación de información.</p> <p>Esta práctica evidencia una gestión proactiva y preventiva, orientada al control, la transparencia y la mejora continua, garantizando la confiabilidad de los documentos emitidos y fortaleciendo la credibilidad institucional frente a la comunidad académica</p> <p>Se evidencia una gestión altamente organizada y controlada de la información académica, caracterizada por la existencia de mecanismos sólidos de verificación de requisitos, trazabilidad documental y atención oportuna al usuario.</p> <p>La dependencia demuestra un alto nivel de cuidado y responsabilidad en el manejo de los registros, garantizando la disponibilidad, integridad y confiabilidad de la información en cada una de las etapas del proceso.</p> <p>Esta práctica fortalece la transparencia institucional, la satisfacción del usuario y la conformidad con los requisitos del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>NINGUNA IDENTIFICADA</p>

2.2 Biblioteca

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia el compromiso de los auditados con el plan de mejoramiento derivado de la auditoría anterior, también se destaca la participación activa por parte del todo el equipo de trabajo orientado a lograr un desempeño sobresaliente, el cual se puede comprobar con todos los soportes y evidencias adjuntas para esta auditoría	NINGUNA IDENTIFICADA
Se constata la gestión que están realizando con los formatos en cada uno de los procedimientos, actualizando las versiones del 2020 hasta las más recientes correspondientes al año vigente, se considera pertinente mencionar el historial de formatos en desuso asociados a cada procedimiento, los cuales han sido reemplazados por versiones actualizadas	

2.3 Control Interno

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se resalta el compromiso y disposición de todo el equipo para atender la auditoría	NINGUNA IDENTIFICADA
Se evidencia coherencia entre la planificación y la operación, reflejada en la disponibilidad de registros que respaldan la ejecución de las actividades	

2.4 Control Interno Disciplinario

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Durante el desarrollo de la auditoría al área de Control Disciplinario Interno, se evidenció un trabajo destacado que refleja el compromiso, la organización y el profesionalismo de las personas que integran este proceso	Se evidencia que cuentan con Plan de mejoramiento del año 2024 donde quedó una oportunidad de mejora por la no realización del seguimiento del mapa de riesgos, la cual tiene responsables definidos, sin embargo se evidencia que se volvió a presentar en la actual auditoría, por esta razón se deja como oportunidad de mejora, toda vez, que cuentan con el plan de mejoramiento, aún con actividades pendientes por cerrar
Se evidencia buen dominio del procedimiento “111-CID-01 Procedimiento Disciplinario”, el cual se cumple de acuerdo a lo definido en cada actividad	Se evidencia muchas mejoras realizadas al proceso sin embargo estas no son registradas en el plan de mejoramiento como iniciativas propias, se deja Oportunidad de Mejora en el sentido de utilizar la herramienta diseñada por la institución para evidenciar la mejora continua

2.5 Centro de Recursos Informáticos y Educativos

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se resalta la ejecución del procedimiento 127-ASC-02 – Servicio de salas especiales el cual muestra un flujo claro y documentado desde la solicitud hasta la asignación con soporte en el aplicativo, AURA y registros en correos, electrónicos	NINGUNA IDENTIFICADA
Se evidencia comunicación entre los procesos internos y el SIG reflejando un compromiso con la mejora	
Se mantiene una actitud proactiva frente a oportunidades de mejora y la satisfacción del usuario	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia coherencia entre la planificación y la operación, reflejada en la disponibilidad de registros que respaldan la ejecución de las actividades	

2.6 Egresados

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se resalta el gran compromiso y disposición del equipo de la asociación de egresados por atender la auditoría	No se evidencia el uso de la herramienta dispuesta por la institución para planificar los cambios que puedan afectar al sistema de gestión de la Universidad, se deja oportunidad de mejora ya que, aunque no se utilizó dicha herramienta se evidencia empalme planificado a través de otra herramienta y debidamente documentada
Es evidente la rápida adaptación de la nueva directora a este grupo de trabajo	
Es de resaltar el conocimiento y comprensión de la metodología institucional de riesgos por parte de la directora de la asociación de egresados	

2.7 Facultad de Mecánica Aplicada

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Compromiso con la atención al usuario y la satisfacción del estudiante, reflejado en la gestión oportuna y trazable de solicitudes y derechos de petición, así como en la aplicación de encuestas de satisfacción y la implementación de acciones derivadas de sus resultados	NINGUNA IDENTIFICADA
Se destaca la realización de actividades académicas y de bienestar, como la Semana de la Facultad, ferias, conferencias y jornadas de extensión, que fomentan la participación activa de estudiantes, egresados y aliados estratégicos	
Se destaca el trabajo en equipo y la articulación entre los directores de programas académicos y la decanatura, evidenciado en la participación activa de todos sus integrantes en la implementación de las acciones del plan estratégico de la facultad	

2.8 Facultad de Bellas Artes y Humanidades

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Liderazgo: se evidencia gestión liderada de forma colaborativa y alineada con todos los niveles de la Facultad	Institucionalmente se planifica el cronograma para la presentación de la actualización y seguimiento al mapa de riesgos desde la oficina del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con lo contenido en el procedimiento SGC-PRO-011 numeral 4.3. Se evidencio que la presentación del primer seguimiento al mapa de riesgos se realizó solo hasta el 15 de octubre de 2025 mediante memorando No. 02-21-503, sin embargo, la fecha máxima para la presentación del mismo fue hasta el 24 de junio de 2025, lo que puede limitar la capacidad de la organización para anticiparse a eventos que impacten la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Se recomienda realizar el seguimiento a los indicadores y las acciones propuestas, que se encuentren registrados en el mapa de riesgos conforme a lo establecido en el Procedimiento de administración del riesgo para dar
Planificación: Se evidencia una sólida capacidad de planificación, organizando tareas de manera eficiente, estableciendo prioridades claras y anticipando imprevistos para garantizar el cumplimiento de los objetivos	
Apoyo: Se evidencia trabajo en equipo demostrando competencia y conocimiento de su rol.	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Operación: Se evidencia una destacada gestión para brindar apoyo administrativo, mostrando orden, proactividad y eficiencia en el manejo de documentación, coordinación de actividades y seguimiento de procesos</p>	<p>conformidad a lo establecido en el numeral 6.1.2 de la norma ISO 9001:2015</p>
<p>En general, es una Facultad que gestiona sus recursos físicos y humanos en procura de la mejora continua y cohesión institucional</p>	

2.9 Facultad de Ciencias Agrarias y Agroindustria

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>El programa realiza evaluaciones periódicas tanto del desempeño docente como de cada cohorte, lo que permite identificar oportunidades de mejora y establecer acciones concretas para el fortalecimiento académico y administrativo</p>	NINGUNA IDENTIFICADA
<p>Mantiene una comunicación constante y efectiva con sus estudiantes a través del correo electrónico, atendiendo oportunamente sus solicitudes y haciendo seguimiento a los procesos académicos y administrativos</p>	
<p>Utiliza diversos canales de difusión, como redes sociales (Facebook e Instagram) y el correo electrónico institucional, para mantener informada a la comunidad académica sobre eventos, noticias y actividades del programa</p>	
<p>Desarrolla procesos de internacionalización con instituciones de Alemania, Canadá y China, fortaleciendo la cooperación académica y la proyección global del programa</p>	
<p>Participa activamente en eventos nacionales, particularmente en la ciudad de Medellín, lo que contribuye al intercambio de conocimientos y al fortalecimiento de las líneas de investigación propias del programa</p>	

2.10 Facultad de Ciencias Ambientales

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Los cursos de extensión para escalafón docente se encuentran organizados y registrados en un tablero de control (Tableau) que integra información académica y administrativa, permitiendo al programa analizar datos, identificar oportunidades de mejora y tomar decisiones estratégicas. Este instrumento facilita la discusión de acciones concretas en las reuniones del consejo de Facultad, generando impacto directo en el plan estratégico institucional y en las acciones de mejoramiento continuo.</p>	NINGUNA IDENTIFICADA
<p>El programa promueve la formación y actualización docente, destacándose la capacitación en temas de neurodiversidad y segunda lengua, fortaleciendo las competencias pedagógicas e inclusivas del cuerpo profesoral.</p>	
<p>Se reconoce la disposición y compromiso de los directores de programa y sus auxiliares den la participación activa de los procesos de autoevaluación y mejoramiento continuo.</p>	
<p>Existe un reconocimiento institucional al equipo de trabajo por su dedicación y acompañamiento en los procesos de seguimiento y gestión académica.</p>	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia un seguimiento constante a la labor docente a través de la evolución de desempeño, lo que contribuye a mantener altos estándares de calidad.	
Los programas de pregrado y posgrado de la Facultad de Ciencias Ambientales mantienen una comunicación oportuna y efectiva con los estudiantes, garantizando atención adecuada de sus requerimientos y el seguimiento a sus solicitudes.	
Se aprovechan de manera efectiva las redes sociales institucionales para la promoción y divulgación de los cursos y eventos de extensión, fortaleciendo la visibilidad, la participación y la proyección del programa.	

2.11 Facultad de Ciencias Básicas

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Seguimiento y control de riesgos en equipos de laboratorio:</p> <p>Se evidencia un sistema de control y seguimiento estructurado sobre los equipos de laboratorio, el cual incluye hojas de vida actualizadas, cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo, fichas técnicas y registros de calibración.</p> <p>Este control contribuye a la gestión efectiva del riesgo Número 4 y garantiza la continuidad de los servicios académicos y experimentales que ofrece la Facultad</p>	<p>Ejercicio de renovación curricular de los programas académicos:</p> <p>Se identifica como oportunidad de mejora la necesidad de avanzar en la ejecución del</p> <p>proceso de renovación curricular de los programas académicos de la Facultad,</p> <p>asegurando su alineación con los resultados de aprendizaje, las tendencias</p> <p>disciplinares y los lineamientos del Proyecto Educativo Institucional (PEI).</p> <p>El desarrollo de este ejercicio permitirá garantizar la pertinencia y actualización de los</p> <p>planes de estudio, así como fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de</p> <p>formación</p>
<p>Compromiso del Doctorado en Ciencias con la calidad y mejora continua:</p> <p>El Doctorado en Ciencias demuestra un alto nivel de compromiso y participación activa en los procesos de evaluación, seguimiento y mejora continua.</p> <p>Se destacan las reuniones periódicas con estudiantes, la aplicación de encuestas de seguimiento y la organización de encuentros interdisciplinarios</p> <p>anuales, lo cual evidencia una cultura académica orientada al fortalecimiento permanente del programa y al cumplimiento de los estándares</p> <p>institucionales de calidad</p>	

2.12 Facultad Ciencias de la Educación

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Liderazgo: se evidencia planeación estratégica consolidada, liderada de forma colaborativa y alineada con todos los niveles de la facultad</p>	<p>Al validar el procedimiento 121-TA-17 - Disminución de docencia directa, la actividad # 8 "Revisar y aprobar las solicitudes actuales e informes de disminuciones del período anterior" se identificó que se cumple con la aprobación de las Disminuciones de Docencia Directa en sesión ordinaria de Consejo de Facultad acta #9 del 30 de mayo de 2025. Sin embargo, se pudo evidenciar que las actas de consejo de facultad, ya estando aprobadas, no se encuentran</p>
<p>Planificación: Se visualiza en la documentación presentada, alineación de las apuestas institucionales con las identificadas específicamente al interior de la facultad, lo que demuestra un alto sentido de pertenencia y compromiso al interior de la misma</p>	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Apoyo: Se evidencia trabajo en equipo con profesionales a cargo de cada uno de los procesos que demuestran competencia y conocimiento de su rol</p>	<p>oficializadas con la firma del presidente y secretario de la sesión, firmas que oficializan los asuntos tratados en dichas sesiones, lo que se traduce en información documentada no actualizada e impide el aseguramiento del control en la idoneidad, disponibilidad, almacenamiento, conservación, preservación, recuperación y disposición final de los documentos, lo que podría dificultar la trazabilidad y la consistencia en la ejecución de las actividades. Se recomienda revisar y reforzar los mecanismos para determinar, mantener y controlar la información documentada necesaria para garantizar la eficacia del sistema de gestión de la calidad, conforme a lo establecido en el numeral 7.5.1 de la norma ISO 9001:2015. Es importante destacar que hubo cambio de decano en el mes de septiembre de 2025 y las actas de Consejo de Facultad se encuentran pendientes de firma por la decana anterior desde la vigencia 2024, siendo ella la presidente del Consejo de Facultad</p>
<p>Operación: se evidencia articulación de la facultad con los diferentes procesos institucionales transversales a la academia y el interés por implementar acciones para el cumplimiento de la misión institucional</p>	
<p>Seguimiento y evaluación: se evidencia evaluación y seguimiento a las actividades identificadas y el compromiso de la dirección y el equipo de trabajo para evitar la materialización de los riesgos</p>	
<p>En general, es una Facultad que gestiona sus recursos físicos y humanos en procura de la mejora continua y cohesión institucional</p>	

2.13 Facultad Ciencias de la Salud

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Se resalta el compromiso y disposición de todo el equipo para atender la auditoría</p>	NINGUNA IDENTIFICADA
<p>Se evidencia coherencia entre la planificación y la operación, reflejada en la disponibilidad de registros que respaldan la ejecución de las actividades</p>	
<p>Es de resaltar el compromiso constante del programa de Ciencias del Deporte y la Recreación por el mejoramiento continuo, teniendo un plan de mejoramiento con iniciativas propias bastante nutrido y con seguimiento permanente</p>	

2.14 Facultad de Ciencias Empresariales

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Se evidencia una gestión organizada y sistemática de la información en la Facultad de Ciencias Empresariales, respaldada por la disponibilidad, control y trazabilidad documental en cada uno de sus procesos.</p> <p>La Facultad cuenta con documentación actualizada, procedimientos definidos y registros que permiten verificar el cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos. Esta práctica refleja una madurez institucional en la gestión de la calidad, garantizando la transparencia, eficiencia operativa y confiabilidad de la información</p>	NINGUNA IDENTIFICADA
<p>Se evidencia una adecuada planeación, ejecución y seguimiento de las actividades de extensión realizadas por la Facultad de Ciencias Empresariales, las cuales responden de manera efectiva a las necesidades del sector productivo, los empresarios y la comunidad en general. Estas acciones reflejan organización, compromiso institucional y pertinencia social, generando altos niveles de satisfacción en los participantes y fortaleciendo el vínculo entre la universidad y su entorno. La gestión estructurada del proceso de extensión demuestra madurez en la administración de proyectos y coherencia con la misión institucional</p>	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Se evidencia un fortalecimiento sostenido de la investigación en la Facultad de Ciencias Empresariales, reflejado en el ascenso de categoría de los grupos de investigación y en la mayor participación de docentes y estudiantes en semilleros y proyectos institucionales. Este avance demuestra un compromiso con la excelencia académica, la generación de conocimiento y la articulación entre docencia, investigación y proyección social. El crecimiento y la consolidación de los grupos impactan positivamente el posicionamiento de la Facultad y contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de calidad académica e innovación</p>	
<p>Se evidencia un acompañamiento continuo y efectivo a los estudiantes del posgrado Maestría en Gestión y Dirección de Proyectos, orientado a garantizar su NO permanencia y finalización oportuna del programa. La Maestría demuestra una planificación anticipada de las actividades académicas y administrativas, lo que facilita el cumplimiento de los cronogramas, la gestión eficiente del proceso formativo, de los recursos y el logro de los resultados esperados.</p>	
<p>Se destaca el liderazgo y compromiso de la directora del posgrado Doctora Liliana Portilla, quien ha promovido buenas prácticas de seguimiento, comunicación y apoyo a los estudiantes, contribuyendo de manera significativa a la calidad del programa y a la satisfacción de los participantes</p>	

2.15 Facultad de Ingenierías

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>La gestión eficiente de los recursos proveniente del fondo de facultad permite apoyar diversas actividades académicas y de investigación, tales como pasantías estudiantiles, invitación de docentes nacionales e internacionales y proceso de actualización para profesores y estudiantes, fortaleciendo así las capacidades de los grupos de investigación y la calidad del proceso formativo.</p>	NINGUNA IDENTIFICADA
<p>Los programas desarrollan iniciativas orientadas al desarrollo sostenible, alineadas con las políticas institucionales y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), incluyendo proyectos relacionados con el uso de energías limpias como la implementación de paneles solares para la generación de energía renovable con apoyo extranjero.</p>	
<p>Se realiza un seguimiento constante a las actividades del plan estratégico, garantizando la coherencia con los pilares del plan de desarrollo institucional (PDI)</p>	
<p>La facultad impulsa la innovación académica y la visibilidad institucional mediante el desarrollo y promoción de insignias digitales, que reconocen las competencias adquiridas en el programa Maestría en Ingeniería Eléctrica, fortaleciendo el perfil profesional de los egresados.</p>	
<p>Se destaca la disposición y compromiso institucional para la atención y acompañamiento de los procesos de auditoría, garantizando la transparencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	

2.16 Facultad de Tecnología

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
La planeación estratégica de la Facultad se refleja en el desarrollo de sus áreas misionales: docencia, investigación y gestión administrativa, todas alineadas con el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) de la Universidad y orientadas al mejoramiento continuo	NINGUNA IDENTIFICADA
La Facultad realiza la socialización de los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios a todo el personal, destacándose los comentarios positivos, en los que los usuarios reconocen las actividades planeadas por la Facultad. En este espacio, además, el Decano aprovechó la ocasión para destacar el compromiso del equipo de trabajo, realizando un reconocimiento a su labor y contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales	
Los programas académicos promueven la actualización permanente de sus docentes mediante la organización de eventos formativos, a los cuales también se invita a estudiantes y otros miembros de la comunidad universitaria, ampliando así el impacto académico y formativo	
El programa de Ingeniería en Manufactura cuenta con una organización documental eficiente que permite la trazabilidad de sus procesos académicos y administrativos, como es el caso de la evaluación docente y sus respectivos planes de mejoramiento	
La evaluación periódica de los resultados de aprendizaje ha permitido al programa identificar oportunidades de mejora y establecer acciones concretas orientadas al fortalecimiento de la calidad académica y al logro de los perfiles de egreso	
El programa de Especialización en Logística Empresarial elaboró recientemente su informe de Renovación del Registro Calificado con la participación activa de estudiantes, docentes y empresarios. Este proceso se acompañó de un plan de mejoramiento con objetivos claros y alcanzables, tanto a corto como a largo plazo	
Durante el proceso de auditoría, los funcionarios de la Facultad de Tecnologías demostraron una actitud proactiva y colaborativa, aportando de manera oportuna y completa las evidencias que respaldan su gestión y el cumplimiento de sus responsabilidades. Esta actuación reafirma el compromiso institucional con la transparencia, la calidad y la mejora continua de su labor	

2.17 Gestión de Documentos

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia una adecuada planificación, ejecución y seguimiento de las actividades establecidas en el plan de acción, reflejada en un alto porcentaje de cumplimiento dentro de los plazos definidos para la vigencia.	
Esta gestión demuestra compromiso institucional, organización y eficacia en la implementación de las acciones programadas, contribuyendo al logro de los objetivos del sistema de gestión	
Las carpetas y cajas se encuentran bien organizadas, ubicadas en orden y con sellos identificativos claros, lo que facilita la trazabilidad de la información y el control de los registros. Esta práctica evidencia un compromiso con la gestión	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>documental y la disciplina organizacional, fortaleciendo el cumplimiento de los requisitos del sistema integral de gestión de calidad</p> <p>Durante la revisión del Mapa de Riesgos del área de Gestión de Documentos, conforme al requisito 6.1 de la norma ISO 9001:2015 (<i>Acciones para abordar riesgos y oportunidades</i>) y a las Directrices para la Gestión de Riesgos Institucionales (SGC-INT-011-02, numeral 8.2), se constató que el hallazgo identificado en la auditoría anterior —relacionado con la desactualización y falta de seguimiento en la implementación del mapa de riesgos— ha sido atendido mediante la ejecución de acciones correctivas.</p> <p>Se evidencia una mejora en la actualización y seguimiento del mapa de riesgos, reflejando el compromiso del área con la gestión preventiva y el fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad</p> <p>Se evidencia una adecuada preparación previa a la auditoría, demostrada mediante la organización de la documentación en carpetas con las evidencias correspondientes y la disposición del personal para atender el proceso auditor de manera colaborativa y oportuna. Esta actitud refleja</p> <p>compromiso con la mejora continua y madurez en la gestión del sistema de calidad</p> <p>Como resultado del seguimiento a la no conformidad identificada en la auditoría interna de octubre de 2024, relacionada con la falta de ajuste de los procedimientos a los nuevos manuales de funciones y responsabilidades derivados del proceso de modernización administrativa, se evidenció que la dependencia realizó las acciones correctivas correspondientes.</p> <p>Actualmente, los procedimientos han sido revisados, actualizados y ajustados a los cargos y responsabilidades vigentes, demostrando compromiso con la mejora continua y la efectiva implementación del sistema de gestión de la calidad</p>	

2.18 Gestión de Servicios Institucionales

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>El proceso demuestra una gestión planificada y controlada de los servicios institucionales, con mecanismos sistemáticos de seguimiento que garantizan la continuidad y calidad de la prestación del servicio. Se evidencia una trazabilidad sólida en la planificación y control operacional de los servicios de aseo y seguridad, sustentada en registros verificables (aplicativo de mantenimiento, informes mensuales, seguimiento a requerimientos y solicitudes, mallas de turnos y cronogramas de vigilancia)</p> <p>La gestión demuestra un enfoque preventivo y proactivo en la identificación y mitigación de riesgos, promoviendo la mejora continua en la prestación de los servicios institucionales. Compromiso con la mejora continua y la gestión de riesgos. Se evidencia la implementación de acciones de mejora derivadas de los informes de seguridad, la articulación con Gestión del Mantenimiento y Jardín Botánico; y la realización de análisis de vulnerabilidad, riesgos y mapas de calor actualizados</p>	<p>NINGUNA IDENTIFICADA</p>

2.19 Gestión del Talento Humano

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Cumplimiento técnico y trazabilidad en los procedimientos operativos. El proceso evidencia una sólida implementación y cumplimiento de los</p> <p>procedimientos relacionados con la administración de la compensación, vinculación y gestión de incapacidades, garantizando la trazabilidad</p> <p>documental de cada actividad. La correcta ejecución de los procesos de nómina, liquidación y recobro de incapacidades demuestra control interno, transparencia en la gestión y cumplimiento de los requisitos normativos aplicables, lo cual contribuye a la confiabilidad institucional en la administración del talento humano</p>	<p>Se encuentra oportunidad de mejora en cuanto a la actualización de los procedimientos 132-VTH-02, 132-VTH-05, 132-VTH-13, toda vez que se identifica la necesidad de evidenciar la actualización de los mismos en cumplimiento de lo establecido en el numeral 7.5, específicamente el 7.5.2 Creación y actualización de la información documentada dado que se evidencio que los responsables del proceso no coinciden, hay actividades que no se realizan, ejecutantes que no son acordes con el plan de cargos actual y en lo relacionado con las circulares de legalización no se encuentran actualizadas con la totalidad de documentación requerida actualmente</p> <p>para la legalización y difiere de lo requerido en el aplicativo designado para tal fin</p>
<p>Alta competencia del personal y coherencia entre perfiles, formación y desempeño. Se resalta la idoneidad y competencia del equipo humano. Los</p> <p>funcionarios demuestran un alto nivel de compromiso y dominio técnico de los procesos, lo cual se refleja en el cumplimiento de las funciones asignadas. Esta fortaleza interna potencia la eficiencia operativa del proceso y consolida la capacidad institucional para garantizar servicios de calidad en materia de gestión humana</p>	
<p>Se resalta el enfoque organizacional y gestión articulada, se evidencia una gestión organizada y estructurada en la planeación, ejecución y seguimiento de los procesos internos, destacándose la articulación funcional entre las áreas internas de trabajo de Vinculación, Compensación, Desarrollo del Talento y Administración de Personal. Esta coordinación permite mantener la coherencia en la aplicación de los procedimientos institucionales, optimizar los tiempos de respuesta y fortalecer la trazabilidad de la información. Dicho enfoque contribuye a la eficiencia administrativa y a la consolidación de una gestión del talento humano alineada con los objetivos estratégicos de la institución</p>	

2.20 Gestión Disciplinaria

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Se destaca la planeación ordenada y el enfoque metodológico adoptado para el establecimiento progresivo del proceso, reflejando compromiso con</p> <p>la gestión por procesos y la mejora continua institucional A pesar de su reciente creación, el proceso de Gestión Disciplinaria evidencia una organización inicial coherente y direccionada, sustentada en la identificación de los principales riesgos y la formulación de un plan de mejoramiento documentado como herramienta base para el desarrollo de su estructura operativa y normativa</p>	NINGUNA IDENTIFICADA
<p>Identificación proactiva de necesidades normativas y procedimentales - se evidencia una gestión proactiva en la identificación de brechas normativas</p> <p>y procedimentales, orientada a asegurar la futura estandarización y cumplimiento de los requisitos legales e institucionales.</p>	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>El equipo del proceso ha logrado reconocer tempranamente las áreas críticas de desarrollo, como los procedimientos de juzgamiento a empleados y de instrucción a estudiantes, los cuales se encuentran priorizados dentro del plan de acción. Esta anticipación demuestra claridad en la comprensión del alcance y responsabilidades funcionales del proceso</p> <p>Compromiso institucional con la mejora continua - Se resalta la actitud constructiva del equipo frente al desarrollo del proceso, su disposición al</p> <p>aprendizaje organizacional y la incorporación gradual de prácticas de gestión de calidad, en concordancia con los principios de mejora continua</p> <p>establecidos en la ISO 9001:2015. Aunque el proceso se encuentra en etapa de implementación, se observa una disposición clara hacia la mejora y la articulación con el Sistema Integral de Gestión, manteniendo trazabilidad de sus avances y apertura al seguimiento y acompañamiento técnico</p>	

2.21 Gestión Financiera

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Durante el desarrollo de la auditoría al área de Gestión Financiera, se evidenció un trabajo destacado que refleja el compromiso, la organización y el profesionalismo de las personas que integran este proceso</p>	<p>Al revisar el Mapa de riesgos, riesgo 4 con sus dos controles, se evidencia que existe incoherencia entre la meta fijada en el indicador Vs. el valor de la medición o primer seguimiento 2025, toda vez, que la meta del indicador es 0, sin embargo en la medición colocan 100%, si bien, la justificación y análisis del indicador en su medición, es acorde la formulación establecida en el indicador, la medición no es coherente, entre lo planificado y lo medido, razón por la cual, se identifica oportunidad de mejora, en el sentido de definir una meta acorde a lo que realmente se va a medir en el riesgo, y mejorar la periodicidad de los controles</p>
<p>Aun siendo un macroproceso complejo por la diversidad de funciones y responsabilidades que abarca, el área demuestra una gestión ordenada, precisa y orientada a la calidad. Se evidencia un alto nivel de desempeño, prolijidad en los procedimientos y una clara vocación de servicio que contribuye al cumplimiento oportuno y eficaz de los objetivos institucionales</p>	<p>Al revisar el documento con código 134-PRS-03 V5 Expedición de certificados de disponibilidad presupuestal, se identifica una oportunidad de mejora, en el sentido de actualizar los cargos de los ejecutantes, toda vez que no corresponden a los cargos existentes en los manuales de funciones de la dependencia</p>
<p>Se resalta el clima laboral positivo, caracterizado por la cooperación y el compromiso del equipo. El liderazgo del jefe de proceso y de los jefes de dependencia ha sido determinante para consolidar una dinámica de trabajo colaborativa, donde prevalece el sentido de responsabilidad, la comunicación efectiva y la búsqueda permanente de la mejora</p>	<p>Al revisar el documento con código 134-CTB-09 V9 - Elaboración y seguimiento a cuentas por pagar, se encuentra que cuando se realiza la trazabilidad del proceso, en el numeral 8 del procedimiento, no se especifica a quienes deben enviar el archivo de Excel ya que únicamente aplica para las facultades en el tema de apoyos económicos de estudiantes. Evidencia que lleva a la necesidad de mejorar el procedimiento, especificando las actividades de acuerdo a su alcance real</p>
<p>La coordinación y articulación entre las diferentes dependencias que conforman el proceso permiten una gestión coherente y alineada con las metas institucionales. Esta sinergia se traduce en eficiencia operativa y en una respuesta oportuna ante las necesidades de la comunidad universitaria</p>	<p>Al verificar el documento con código 134-CTB-15 V4 - Giros al exterior, se evidencia que no se especifican las actividades a realizar cuando un registro se rechaza o existe una devolución, razón por la se encuentra oportunidad de mejora, en la descripción de las actividades del procedimiento, acorde a sus verdaderos alcances</p>
<p>El equipo de trabajo evidencia un conocimiento profundo de los procedimientos, las normativas y las herramientas que sustentan la gestión financiera. Este dominio técnico, sumado a la experiencia y al compromiso del personal, fortalece la</p>	<p>Se realiza verificación del conocimiento de la Política de Aseguramiento Institucional de la Calidad, y de las directrices en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, preguntando a un trabajador de la dependencia, encontrando</p>

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
confiabilidad del proceso y promueve una cultura de mejora continua	en su respuesta, poca evidencia de su claridad respecto al objeto de auditoría, sí bien pudo llegar a la publicación donde se encuentra disponible como información documentada, se le dificultó mucho llegar a ella, se evidenció poca claridad sobre su ubicación el SIG, poco conocimiento sobre qué trata (asociándola a la Gestión de Riesgos
En conjunto, estas fortalezas reflejan un equipo sólido, comprometido y profesional, que aporta significativamente al cumplimiento de la misión institucional y al fortalecimiento de la gestión administrativa de la Universidad	

2.22 Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
El proceso refleja un alto nivel de madurez en la gestión, compromiso institucional y mejora continua	Al revisar procedimientos documentos 135-ARQ-05, 135-ARQ-03, 135-ARQ-03, se encuentra que el cargo PROFESIONAL II, no se encuentra en las DRR del área, al revisar dichos documentos, el profesional II no existe dentro de las DRR del área; actualmente, las actividades las ejecuta el PROFESIONAL ESPECIALIZADO I, razón por la cual se evidencia desactualización de los documentos en el EJECUTANTE.
Se resalta la planeación y el orden evidenciado en el desarrollo de las actividades del proceso. La documentación, ejecución y seguimiento de las acciones descritas en los procedimientos auditados demuestran una trazabilidad clara, coherente y verificable, lo cual garantiza la transparencia y eficacia en la gestión. Este aspecto refleja una estructura sólida en la administración del proceso y un adecuado control sobre sus resultados	
Se evidencia un alto grado de cohesión y articulación dentro del equipo GTISI, lo que denota un trabajo colaborativo orientado al cumplimiento de los objetivos institucionales. El liderazgo ejercido por los responsables del proceso promueve la participación activa, el compromiso y la comunicación efectiva entre los integrantes, fortaleciendo la cultura organizacional y consolidando un entorno de mejora continua y excelencia operativa	
El desarrollo del aplicativo orientado a Decanos, constituye una herramienta estratégica que aporta valor al proceso, al permitir la visualización del histórico de estudiantes y egresados. Esta funcionalidad amplía la visión institucional respecto al seguimiento del egresado, favoreciendo la toma de decisiones informadas, la trazabilidad académica y el fortalecimiento del vínculo entre la Universidad y sus graduados	Si bien desde el proceso se logran evidenciar, los resultados en la medición de la satisfacción del usuario y el seguimiento que realizan a dicha medición (MSU), al revisar los resultados, no se logra evidenciar la medición específica, en cuanto a los casos atendidos, y más específicamente, aquellos que generaron algún grado de insatisfacción, razón por la cual, si bien se cumple el requisito, este es objeto de mejora; máxime, cuando desde la herramienta con la cual se realiza el registro, recepción, seguimiento y cierre de casos, se cuenta con módulos de calificación automatizado, con flujos y métricas específicas para cada caso atendido, para cada dependencia CRIE, SERVICIOS INFORMÁTICOS, GTISI, SOPORTE DE APLICACIONES

2.23 Jardín Botánico

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se garantiza el orden y la trazabilidad documental en cada uno de los procedimientos publicados, en concordancia con los lineamientos establecidos actualmente	Se evidencia que la actualización de los procedimientos se encuentra en curso, como parte del plan de mejoramiento derivado de la auditoría del año anterior. Se recomienda finalizar dicho proceso a la mayor brevedad posible para asegurar el cumplimiento oportuno de los compromisos establecidos
Sólido conocimiento en la actividad que desarrolla, lo cual le permite gestionar eficazmente los cambios asociados, adaptándose con solvencia a nuevas condiciones y requerimientos	

2.24 Jurídica

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
-----------	-----------------------

Buen conocimiento de la metodología de Gestión de riesgos institucional	NINGUNA IDENTIFICADA
A pesar del poco tiempo que lleva el jefe de la Unidad Organizacional en el puesto, se evidencia buen conocimiento de los procedimientos verificados en este ejercicio de auditoría	
Se evidencia constante articulación entre la oficina jurídica y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	

2.25 Laboratorio de Genética Médica

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se demuestra la capacidad de organización y gestión en el manejo de la documentación y la trazabilidad en las pruebas de paternidad	NINGUNA IDENTIFICADA
Se posee conocimiento técnico, demostrado en la aplicación de métodos estandarizados en la realización de las pruebas de paternidad	

2.26 Oficina de Relaciones Internacionales

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Comunicación y control documental: El proceso cuenta con información estructurada, actualizada y gestionada bajo un control documental eficaz que asegura trazabilidad y acceso oportuno	NINGUNA IDENTIFICADA
Liderazgo y compromiso: Se evidencia el liderazgo de la directora y el compromiso del equipo con la auditoría y la mejora continua	
Gestión de riesgos en visitantes internacionales: La articulación con las facultades y el seguimiento al mapa de riesgos fortalecen el control y la gestión de visitantes internacionales	

2.27 Planeación

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se destaca el proceso de Calidad de la información aplicado en el seguimiento al direccionamiento estratégico y a los proyectos del Plan de Desarrollo Institucional – PDI, monitoreados a través del sistema SIGER. Este mecanismo contribuye significativamente a la confiabilidad de los resultados y avances del PDI, fortaleciendo el trabajo articulado entre las distintas redes institucionales	Se debe verificar la medición del indicador: Proyectos ejecutados/proyectados. OM: en el planteamiento del indicador, las variables están bien, pero se debe corregir la formulación, de igual forma está medido con el error, arroja 700%, cuando realmente es del 14% en el avance
Implementación de acciones de mejora orientadas al fortalecimiento del PDI, en otros procesos como la audiencia pública, refleja un compromiso del área con la mejora continua	Se revisó el informe del estudio “Benchmarking sobre la disposición de estadísticas en las universidades del SUE”, del cual se desprende un análisis específico para la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP). Este año, la UTP está implementando la Plataforma de Inteligencia Institucional, orientada a proporcionar datos estadísticos sobre la deserción estudiantil a decanos y directores de programa, con el propósito de facilitar la toma de decisiones y la formulación de acciones de mejora. OM: Es importante validar la información que se carga en la página, ya que se identificó que el contenido del informe no corresponde con el documento revisa

2.28 Rectoría

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Disposición para adaptarse a nuevos desafíos en beneficio de la comunidad universitaria y comunidad en general, a través de proyectos que hacen parte de la planeación estratégica de la universidad, enmarcados en el PDI y que van encaminados a la sociedad (hospital de cuarto nivel).	Es pertinente evaluar la posibilidad de incluir en el mapa de riesgos, el riesgo que tiene el rector como representante legal, frente a la responsabilidad al firmar los contratos a nombre de la universidad como ordenador de gasto
Sólido conocimiento administrativo, demostrado a través de la aplicación de modelos de gestión implementados en la universidad	

2.29 Rectoría – Gestión de la Comunicación

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia un alto compromiso de parte de las contratistas adscritas al área	NINGUNA IDENTIFICADA

2.30 Secretaría General

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
El área se consolida como un eje articulador entre los diferentes procesos de la Universidad, garantizando la coordinación efectiva de las acciones administrativas y académicas. Su rol transversal facilita la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos institucionales, en especial en lo relacionado con las solicitudes y trámites del Consejo Superior Universitario	NINGUNA IDENTIFICADA
Se evidencia una gestión responsable y comprometida frente a los resultados de auditorías previas, logrando el cierre total de los hallazgos identificados. Este hecho refleja la capacidad de respuesta, la aplicación de acciones correctivas oportunas y el fortalecimiento de la cultura de mejora continua dentro del proceso	
La Secretaría General, a pesar de contar con una nueva profesional en el rol de liderazgo, ha mantenido la estabilidad operativa, el cumplimiento de los requisitos normativos (Decreto 1072 de 2015 e ISO 9001) y la continuidad de las actividades estratégicas, demostrando adaptación, conocimiento y	
compromiso con la calidad y la gestión institucional	
El personal adscrito al proceso demuestra un alto grado de compromiso con los objetivos institucionales, conocimiento de los procedimientos, actitud colaborativa y orientación a la mejora continua, lo que contribuye al fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión y al cumplimiento de la misión universitaria	

2.31 Sistema Integral de Gestión

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Contexto de la organización: se identifica a través del alcance de la política institucional de aseguramiento de la calidad, la comprensión de los asuntos internos y externos para el sistema de calidad y su acreditación institucional con la que cuenta el equipo	NINGUNA IDENTIFICADA
Liderazgo: se evidencia por parte del líder del sistema de gestión integral el compromiso y el alto sentido de la responsabilidad en su proceso, el cual es transmitido a su equipo de trabajo y esto se refleja a través de las funciones organizativas que se encuentran claramente definidas	
Planificación: se evidencia el cumplimiento de los objetivos de calidad y las acciones para lograr su alcance, los cuales se identifican articulados con el plan de desarrollo institucional	
Mejora: se evidencia compromiso con las acciones generadas durante los procesos pertinentes al Sistema Integral de Gestión	

2.32 Univirtual

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia una sólida organización y un monitoreo permanente en los procesos de construcción de contenidos para los nuevos programas, lo cual refleja un compromiso institucional con la mejora continua de la oferta de formación virtual. Esta práctica contribuye significativamente a la calidad académica y a la pertinencia de los programas ofrecidos por la universidad	El seguimiento se realizó el 26 de junio de 2025, con un resultado del 33,8%. El equipo indica que se realizan revisiones semanales, a través del comité interno.
Se evidencia una atención oportuna a los estudiantes, lo que permite resolver sus inquietudes de manera ágil y personalizada. Asimismo, se realiza un monitoreo semanal de los ingresos y cancelaciones, lo que facilita la implementación de acciones de soporte y acompañamiento oportunas, contribuyendo a la permanencia estudiantil en los programas y asignaturas virtuales	Se procede con la revisión de las actas del comité semanal para verificar el seguimiento semanal al indicador. El sistema de acompañamiento es quien realiza el monitoreo. OM: Para este indicador se han establecido dos metas: porcentaje por asignatura y porcentaje por programa. No obstante, en el seguimiento revisado se presenta únicamente un porcentaje general de cierre o cancelación de asignaturas y programas virtuales (33,8%). Por lo anterior, se recomienda revisar la metodología de medición utilizada, a fin de que los resultados se presenten conforme a lo definido por el área responsable: ya sea como un único porcentaje consolidado o como dos metas diferenciadas, tal como se plantea actualmente

2.33 Vicerrectoría Académica

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se destaca la adecuada gestión de riesgos, evidenciándose un control claro y coherente sobre el riesgo de pérdida de registros calificados. Se cuenta con indicadores pertinentes, trazabilidad documental y revisión oportuna de los procesos de renovación, lo que refleja compromiso con la mejora continua y el cumplimiento de los requisitos legales y normativos aplicables	Al revisar Mapa de riesgos, riesgo 5, 3 controles e indicador, se identifica oportunidad de mejora, en el sentido de precisar la frecuencia en la ejecución de los controles, toda vez que se tiene definido control 1 con periodicidad mensual, pero realmente se realiza de manera anual, razón por la cual, se hace necesario ajustar, de modo tal que la medición refleje la realidad del control de riesgo
Se logra validar una adecuada trazabilidad y control en los procesos académicos, al evidenciar una excelente trazabilidad en el seguimiento de los procedimientos académicos, particularmente en la planificación, control operacional y evaluación del desempeño. Los registros muestran consistencia entre la información documentada, los reportes del sistema y los soportes físicos, garantizando transparencia y confiabilidad en la gestión académica y docente.	Se identifica una oportunidad de mejora, toda vez que al revisar el procedimiento 121-GAE-01, no se evidencia claridad en cuanto al flujo de actividades, faltan actividades por documentar, se ejecutan, se evidencian acciones, pero no se encuentran definidas dentro del procedimiento; también se identifican acciones en las cuales falta claridad en cuanto al ejecutante, otras no se encuentran. En cuanto a las actividades del procedimiento, que se refieren a “a todo

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia eficiencia en la gestión de información y reportes, toda vez que el proceso cuenta con reportes consolidados que permiten el análisis, seguimiento y medición de los indicadores institucionales. La calidad y oportunidad de la información remitida a Planeación evidencian una gestión efectiva orientada al mejoramiento continuo del desempeño académico y administrativo	costo y diferencial", se confunden las acciones al estar mezcladas con otras tipologías. En este sentido, se hace necesario revisar y actualizar los procedimientos, y en consecuencia, desarrollar la oportunidad de mejora identificada.
Se resalta el liderazgo y trabajo en equipo evidenciado en la Vicerrectoría Académica, reflejado en la articulación efectiva entre las áreas y en el compromiso del equipo para el cumplimiento de los objetivos institucionales, demostrando cohesión, responsabilidad y orientación a resultados	

2.34 Vicerrectoría Administrativa y Financiera

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Acciones para abordar Riesgos y oportunidades, Los riesgos de la dependencia cuentan con una herramienta interna (DRIVE) que permite realizar el seguimiento que les permite hacer monitoreo semestral, así como dejar evidencia de los controles de estos	Al revisar procedimientos y manuales de PQRS UTP, así como las evidencias en el desarrollo del mismo, se puede constatar que existen estrategias que buscan mitigar el riesgo de incurrir en errores de clasificación de las PQRS, sin embargo, y toda vez que este ejercicio se realiza de manera manual, con un algo volumen de novedades que llegan al sistema de información de la UTP, se identifica como oportunidad de mejora, en el sentido de que existen los controles, sin embargo se sigue presentando el error en la clasificación
Se resalta un equipo de trabajo comprometido con su labor, organizado, consolidado y articulado en los procesos que realiza la dependencia	
Se evidencia manejo del procedimiento y claridad en el uso del aplicativo de PQRS	Al revisar el proceso interno Direccionamiento económico y financiero, específicamente el procedimiento 131-DEF-02 - Programación, elaboración y aprobación del proyecto de presupuesto institucional para la vigencia, se encuentra oportunidad de mejora en el sentido de que se debe ajustar el ejecutante identificado como Profesional de apoyo, el cual no se encuentra identificado dentro de las denominaciones de cargos de la dependencia
Es de resaltar el nivel de organización en los procedimientos que administran, así como el amplio conocimiento de los mismos	

2.35 Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
La disposición y colaboración brindada durante el desarrollo de la auditoría por parte de los funcionarios, demostrando la transparencia, la mejora continua y la calidad de sus procedimientos.	NINGUNA IDENTIFICADA
El procedimiento de extensión y proyección social cuenta con archivos compartidos que contienen información propia de cada proceso, organizados de manera estructurada y accesible para los equipos de trabajo. Además de la responsabilidad en su manipulación y consulta.	
El procedimiento de extensión y proyección social, dispone de un sistema de información que permite consultar de forma ágil y oportuna los proyectos de extensión, facilitando la gestión, el seguimiento y la toma de decisiones basadas en datos actualizados.	
La Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión se encuentra tramitando las observaciones realizadas por la certificación Sello Sofia, con el fin de dar cumplimiento a las recomendaciones y fortalecer los procesos institucionales.	

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Esta Gestión refleja el compromiso con la mejora continua, la transparencia y el fortalecimiento del control interno, además de que están siendo apoyados por la oficina de Gestión de Calidad.	

2.36 Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Se evidencia una adecuada articulación entre los procesos internos de la Vicerrectoría, acompañada de una planeación detallada y coherente desde la dirección, lo que contribuye al cumplimiento de las metas y objetivos establecidos	NINGUNA IDENTIFICADA
Se destaca el seguimiento, medición, análisis y evaluación sistemático y detallado de las actividades propuestas en los diferentes planes de acción, empleando instrumentos de control como tableros de mando, matrices de priorización e indicadores de gestión	
Se resalta el compromiso y la proactividad del equipo en la identificación y planteamiento de mejoras por iniciativa propia, especialmente aquellas orientadas al fortalecimiento de los servicios y la satisfacción de los usuarios	
Se evidencia un alto compromiso con el mejoramiento de las condiciones de bienestar de los estudiantes, reflejado en la reestructuración y organización del proceso de entrega de apoyos económicos (bonos alimenticios y de transporte), garantizando oportunidad y cobertura total	
Se destaca la existencia de mecanismos efectivos de comunicación interna y externa, sustentados en actas, correos, publicaciones institucionales y el tablero de mando, lo que asegura trazabilidad y coherencia entre la planificación, ejecución y evaluación de las actividades	

3. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo auditado bajo el DECRETO 1072:2015. Libro 2 parte 2 Título 4 Capítulo 6, se identificaron un total de:

Figura 5. Comportamiento hallazgos auditoría Decreto 1072 de 2015



F: Fortalezas = 3

OM: Oportunidad de Mejora = 0

NC: Aspectos No Conformes = 4

3.1 Gestión de Servicios Institucionales

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>El proceso mantiene una cultura de seguridad laboral consolidada, en coherencia con los lineamientos del SG-SST y el marco normativo del Decreto 1072 de 2015.</p> <p>Articulación efectiva con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). El personal evidencia conocimiento y apropiación de la política de SST, así como la alineación de las actividades del proceso con los objetivos y directrices institucionales (identificación de peligros, cumplimiento normativo y participación de los trabajadores)</p>	NINGUNA IDENTIFICADA

3.2 Gestión del Talento Humano

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>Frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, se identifica una cultura preventiva y de gestión basada en la mejora continua. El proceso demuestra una cultura organizacional consolidada en torno a la prevención, la salud ocupacional y la mejora continua. Se destaca la</p>	NINGUNA IDENTIFICADA

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>implementación de estrategias de intervención frente a riesgos psicosociales, la actualización constante del SG-SST conforme a la normativa vigente, y la existencia de mecanismos efectivos de reporte, seguimiento y respuesta ante emergencias y accidentes laborales. Este enfoque preventivo y de mejora sostenida fortalece el bienestar de la comunidad universitaria y proyecta el compromiso institucional con un entorno laboral seguro, saludable y responsable</p> <p>Consolidación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) con impacto institucional. Se destaca la madurez y articulación</p> <p>del SG-SST, evidenciada en la actualización de la matriz legal, la planeación de riesgos y la implementación de medidas preventivas y de control. La</p> <p>participación activa de los comités (COPASST, Comité de Convivencia y Seguridad Vial) y la ejecución de más de 200 capacitaciones durante la</p> <p>vigencia, reflejan una gestión integral orientada al bienestar, la prevención y la cultura de autocuidado. Esta gestión articulada fortalece el clima</p> <p>organizacional y proyecta una imagen institucional comprometida con la seguridad y la salud en el trabajo</p>	

4. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD LABORATORIOS ISO/IEC 17025

4.1 OBJETIVO

Para los Organismos Evaluadores de la Conformidad se enfocó en verificar la conformidad del Sistema Integral de Gestión de los laboratorios de ensayo y calibración de la Universidad Tecnológica de Pereira con base en los requisitos de la Norma ISO/IEC 17025:2017.

Durante el ejercicio de auditoría interna para los laboratorios de ensayo y calibración, se identificaron un total de 24 fortalezas, 28 oportunidades de mejora y 14 no conformidades, así:

Figura 6. Distribución de hallazgos

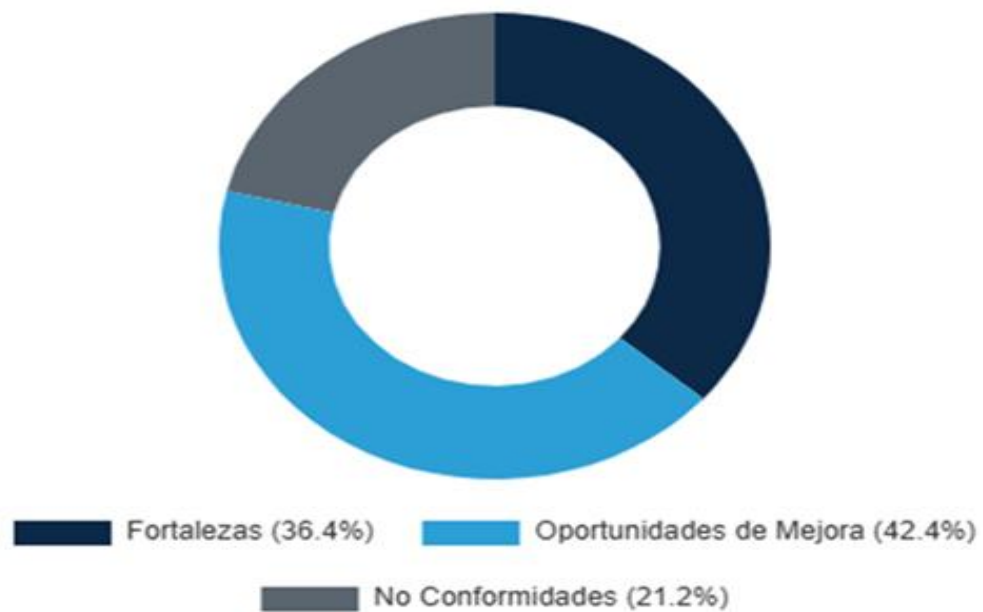
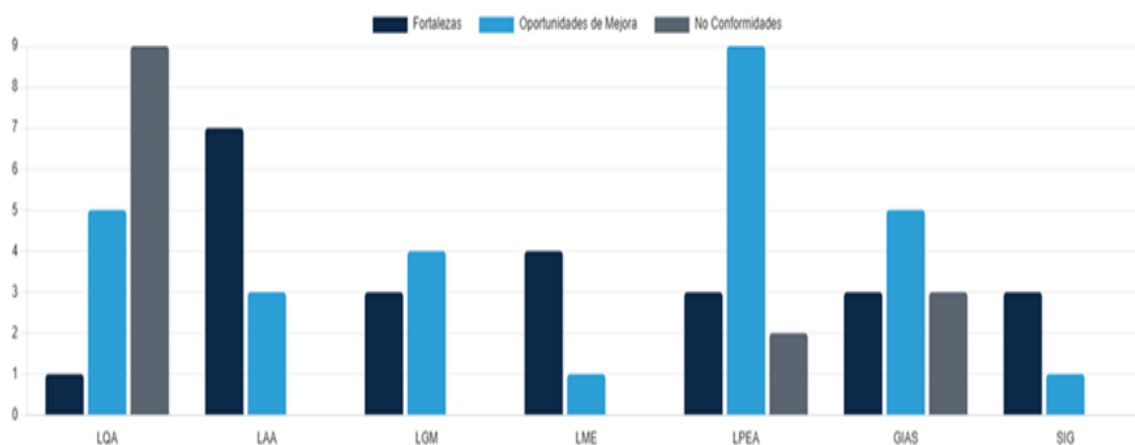


Figura 7 Discriminación por Laboratorio/Unidad Organizacional

Laboratorio/Unidad Organizacional	Fortalezas	Oportunidades de Mejora	No Conformidades
LQA	1	5	9
LAA	7	3	0
LGM	3	4	0
LME	4	1	0
LPEA	3	9	2
GIAS	3	5	3
SIG	3	1	0
TOTAL	24	28	14

Figura 8. Comparativo por laboratorio/Unidad Organizacional



4.2 FORTALEZAS

4.2.1 Grupo de Investigación en Agua y Saneamiento - GIAS

- Equipo de trabajo demuestra una actitud proactiva hacia el fortalecimiento permanente del Sistema de Gestión.
- El personal cuenta con un conocimiento sólido del Sistema Integral de Gestión y de los lineamientos establecidos en la norma ISO/IEC 17025:2017 y del IDEAM.
- La documentación del laboratorio se encuentra debidamente organizada, lo que permite asegurar la trazabilidad de la información y facilita el acceso oportuno a los registros.

4.2.2 Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos - LAA

- El personal demuestra dominio sobre los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y evidencia su aplicación en las actividades del laboratorio.
- Los analistas aplican de manera consistente los métodos de ensayo y muestran claridad en su ejecución conforme a los procedimientos vigentes.
- Se observa cumplimiento en la implementación de los controles de calidad internos establecidos para los métodos del laboratorio.
- La documentación del laboratorio se encuentra organizada y permite identificar con claridad las versiones vigentes dentro del sistema
- Las cepas y materiales de referencia cuentan con controles adecuados que permiten asegurar su integridad y uso correcto en las actividades del laboratorio.
- Se evidencia orden y estructura en los procesos operativos del laboratorio, lo cual facilita el seguimiento y la trazabilidad de las actividades.
- Los registros del laboratorio se encuentran completos, legibles y disponibles, facilitando la verificación de la trazabilidad de los ensayos.

4.2.3 Laboratorio de Genética Médica - LGM

- Se evidencia la participación continua en procesos de actualización de información (ejemplo: pruebas de filiación “Human Identification Solutions”, mayo 2025, con participación de varias colaboradoras). El laboratorio demuestra organización, trabajo en equipo y dominio del sistema, destacándose la adecuada capacitación y empalme de nuevas integrantes tras cambios de personal. Además, apoya procesos de docencia y capacitación para entidades aliadas, fortaleciendo su proyección académica y técnica.
- Es evidente el compromiso y dedicación por parte de la directora del laboratorio para mantener la integridad del sistema de gestión y cumplir con los requisitos del cliente.
- Se resalta la organización documental del sistema de gestión del laboratorio.

4.2.4 Laboratorio de metrología de variables eléctricas – LME

- Disposición del personal para atender la auditoría.
- Competencia del Personal Técnico.
- Los estudios documentados realizados por el Laboratorio para brindar soporte a cada uno de sus instructivos de calibración y estimación de Incertidumbre.
- La organización de la información facilita el seguimiento de cada uno de los servicios realizados.

4.2.5 Laboratorio de Ensayos para Equipos de Aire Acondicionado – LPEA

- El OEC mantiene un sistema de gestión documentado en consistencia con los requisitos de la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017, con una clara orientación hacia la satisfacción de los clientes del laboratorio y el cumplimiento de esta norma internacional.
- Buena disposición y amabilidad por parte del personal evaluado durante la auditoría.
- Se resalta el orden y limpieza de las instalaciones y la infraestructura renovada lo cual permite la ejecución de los ensayos.

4.2.6 Laboratorio de Química Ambiental - LQA

- Conocimiento por parte de los colaboradores del laboratorio del sistema de gestión.

4.2.7 Sistema Integral de Gestión - SIG

- Se resalta el compromiso y disposición del personal para la atención de la auditoría.
- Se resalta la organización y gestión de toda la documentación, lo cual facilita el llevar un buen manejo y control de la información.
- Se evidencia un buen manejo de la planeación de actividades para los laboratorios y el seguimiento que realizan.

4.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA

4.3.1 Grupo de Investigación en Agua y Saneamiento – GIAS

- En el instructivo de actividades y responsabilidades 123-GIAS-INT-40 V5, ajustar en el punto IDENTIFICACIÓN, EL NUMERAL 2 (Dependencia), ya que éste hace referencia a la unidad organizacional académica o administrativa (Facultad), y no a dependencia jerárquica.
- Es conveniente realizar la evaluación de competencias en el formato transversal, anexo 12 del procedimiento de personal.
- Actualizar el criterio de aceptación de la pendiente de la calibración del pHmetro en instructivo de determinación de pH 27-GIAS-INT-34.
- Es conveniente actualizar el listado de registros del laboratorio y completar el registro del listado de personal con las firmas electrónicas.
- Es pertinente revisar la redacción del control del riesgo “pérdida de la imparcialidad” para la comprensión de la aplicación del mismo.

4.3.2 Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos – LAA

- Se recomienda gestionar la puesta en servicio de la cabina extractora del Laboratorio 8-111, con el fin de centralizar los procesos en un solo lugar, eliminando los riesgos asociados al transporte de muestras y garantizando condiciones más seguras y eficientes para el personal.
- El aire acondicionado del Laboratorio de Absorción Atómica (8-112) presenta un ruido operativo elevado. Se sugiere realizar una verificación técnica para asegurar su correcto desempeño.
- En el laboratorio 8-111, donde se realizan análisis fisicoquímicos, se observó que no se cuenta con un sistema de aire acondicionado. Esta condición podría influir en la estabilidad de las condiciones ambientales requeridas para ciertos ensayos. Se sugiere evaluar la viabilidad de implementar un sistema de climatización adecuado para mejorar el control ambiental del área.

4.3.3 Laboratorio de Genética Médica – LGM

- Sería conveniente incluir en el instructivo de aseguramiento de la calidad 252-LBM-INT-02 V4 el formato 252-LBM-F21 Verificación interna de equipos, estableciendo el procedimiento y el registro correspondiente, que se realiza una vez al año. Incorporarlo en el numeral b) Analizado genético del capítulo 7.
- Se recomienda rotular los equipos destinados a investigación con la identificación “Investigación”, para diferenciarlos de los de uso rutinario y facilitar su control.
- En el congelador LGM308596, con límites de -15°C a -25°C, se registró una temperatura de -11°C durante el atestiguamiento. Actualmente la medición se realiza solo en la mañana (8:00 a.m.); se recomienda complementar con una verificación en la tarde. Se resalta que se realizó un ajuste de infraestructura con el cierre de pared, lo cual podría influir en la variación de temperatura; se sugiere revisar este aspecto.

- Se recomienda fortalecer el mapa de riesgos del laboratorio incluyendo un riesgo asociado a la confidencialidad, lo cual permitirá que se implementen los controles necesarios para garantizar la protección de la información confidencial del cliente y datos sensibles que surjan del desarrollo de las actividades del laboratorio.

4.3.4 Laboratorio de metrología de variables eléctricas - LME

- Se verifica el primer seguimiento realizado al mapa de riesgos del LMVE para el siguiente riesgo: Pérdida de la imparcialidad. Se evidencia el cumplimiento del control relacionado mediante el completo diligenciamiento de los documentos indicados en los controles, sin embargo, se evidencian vacíos en el manejo del mapa de riesgos, es importante fortalecer esta competencia en el laboratorio.

4.3.5 Laboratorio de Ensayos para Equipos de Aire Acondicionado –LPEA

- Incluir en el numeral 2 en observaciones del informe de ensayo 244-LPEA-F10, los ensayos cubiertos en el alcance de acreditación.
- Incluir el nombre del método de ensayo en el informe de acuerdo a lo establecido en el certificado de acreditación ONAC.
- Se considera necesario etiquetar el área donde se encuentran los reguladores de voltaje con un aviso de riesgo eléctrico. Por otra parte, se recomienda delimitar la zona en la que se encuentran los equipos, o de ser posible, se sugiere encerrar los reguladores para protegerlos de cualquier tipo de contaminación o del mal manejo de sustancias que puedan poner en riesgo la operación del equipo
- Es conveniente revisar los equipos que requieran ser etiquetados con fuera de servicio.
- Se recomienda ajustar el medidor de corriente en el tablero de distribución asociado con el dato “SA4” que se indica en la interfaz del SCADA.
- Se sugiere eliminar el formato 244-LPEA-F07, ya que es una copia del formato SGC-FOR-009-08 Cálculo de Intervalo de Calibración
- Revisar en las cotizaciones la aprobación por parte del director.
- Se sugiere actualizar el formato 244-LPEA-F05 para registrar la información asociada con el ensayo de aptitud, de modo que se ajuste a las necesidades de este requerimiento.
- Registrar en el Listado de personal SGC-FOR-013-016 V2, las firmas digitales del personal del laboratorio.

4.3.6 Laboratorio de Química Ambiental – LQA

- "Se recomienda revisar las condiciones de validación y corregir aquellas actividades que corresponden a verificación, modificando los formatos y sustituyendo la palabra “validación” por “verificación” cuando corresponda, para reflejar correctamente el tipo de actividad realizada."
- El laboratorio realiza las verificaciones intermedias; sin embargo, estas deberían actualizarse cuando se incorpora nuevo personal y cuando se realizan nuevas

calibraciones de los equipos, a fin de asegurar la validez continua de los resultados., con el fin de estimar la incertidumbre en la medición bajo las nuevas condiciones operativas.

- Se recomienda realizar el cierre de los espacios en blanco o no diligenciados en los formatos, a fin de garantizar la integridad, trazabilidad y confiabilidad de la información registrada en los documentos del laboratorio.
- Sería conveniente que el laboratorio realice el recálculo de las incertidumbres de medición para cada una de las variables del alcance, considerando los aportes de los nuevos analistas, así como las calibraciones recientes de los equipos y los materiales de referencia utilizados. Esto permitirá asegurar que los resultados emitidos reflejen de manera confiable la precisión y exactitud del laboratorio bajo las condiciones actuales de operación.
- Sería conveniente actualizar el logo del IDEAM en los formatos de informe y cotización del OEC, conforme a los lineamientos del Manual de Imagen del IDEAM, actualizado en mayo de 2025. Dicho manual establece como fecha límite el 31 de diciembre de 2025 para implementar el nuevo logo, por lo que su incorporación debe garantizar el cumplimiento de las directrices institucionales vigentes.

4.3.7 Sistema Integral de Gestión –SIG

- Registrar en el plan de mejoramiento las oportunidades derivadas de la revisión por la dirección, con el fin de asegurar su trazabilidad. Aunque se realiza la revisión por la dirección, no todas las oportunidades identificadas quedan registradas formalmente en el plan de mejoramiento.

5. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN ISO/IEC 27001

Pruebas de vulnerabilidad áreas TI de la Universidad.

Se realizó por parte de la empresa DragonJAR-Seguridad Informática, pruebas de vulnerabilidad a los activos de información y la infraestructura tecnológica de las siguientes áreas: Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información y Recursos Informáticos y Educativos de la Universidad Tecnológica de Pereira, la información identificada en las pruebas es tratada como clasificada por esta razón no está desagregada en este informe. Del ejercicio realizado se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 9. Vulnerabilidades Activas

VULNERABILIDADES ACTIVAS 14

TODAS	CRÍTICAS	ALTAS	MEDIAS	BAJAS
14	4	0	10	0

5.1 Fortalezas identificadas

- Se cuenta con buenos controles de sanitización dentro de algunas de las plataformas analizadas, logrando con esto limitar el campo de acción de un atacante e impidiendo recibir ofensivas tradicionales de la web.
- La implementación del WAF en la Plataforma, propone un obstáculo adicional para personas malintencionadas que quieran realizar ataques a la organización, al punto que en el transcurso de la auditoría fue necesario solicitar que la IP pública de los auditores, fuera añadida a la lista blanca para agilizar los tiempos y procesos de dicha auditoría.
- Se evidenció el uso de plataformas de desarrollo estandarizadas, proporcionando una capa de seguridad base robusta, ya que implementan por defecto mecanismos de protección contra vulnerabilidades comunes como la Falsificación de Peticiones en Sitios Cruzados (CSRF) y manejan la gestión de sesiones de forma criptográficamente segura. Esto se confirma al notar la ausencia de hallazgos relacionados con CSRF o Fijación de Sesión en el informe, lo cual es común cuando se desarrollan aplicaciones "desde cero" sin estos marcos de trabajo.

5.2 Oportunidades de mejora identificadas

- Realizar formación en desarrollo seguro, lo cual permitirá tener mayores herramientas que ayuden a mitigar la pérdida de información por ataques informáticos.
- Realizar auditorías periódicas al código fuente de las aplicaciones, priorizando módulos críticos.
- Fortalecer la capa de transporte, evitando usar certificados auto firmados, protocolos obsoletos y cifrados débiles.

- Gestionar la obsolescencia tecnológica de la infraestructura, asegurando la actualización oportuna de sistemas, frameworks y servicios sin soporte, reduciendo la exposición a vulnerabilidades conocidas.
- Reforzar los controles de acceso y autorización, garantizando que roles, privilegios y decisiones críticas se validen exclusivamente en el backend y no dependan de datos manipulables por el cliente.

6. RECOMENDACIONES GENERALES DEL INFORME

1. Recomendar a los auditores internos, la gestión respecto a la firma de informes, dentro de los plazos establecidos en el procedimiento.
2. Articular y gestionar con las áreas, la entrega oportuna y tratamiento de los hallazgos a través de los planes de mejoramiento que corresponda a cada área.
3. Continuar con la actualización de documentos, de modo tal, que estos sean un reflejo real y preciso de las actividades desempeñadas en las diferentes dependencias de la Universidad Tecnológica de Pereira.
4. En cuanto al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, tomar medidas más efectivas, en cuanto a la capacitación obligatoria establecida legalmente, de modo tal que se asegure esta.
5. Fortalecer la gestión del riesgo en los laboratorios, para el correcto entendimiento y aplicación del mapa de riesgos.
6. Actualizar la documentación del sistema de gestión, garantizando coherencia terminológica (validación vs. verificación), eliminación de formatos duplicados y alineación con procedimientos institucionales y de organismos externos.
7. Fortalecer la capacitación del personal, asegurando que los cambios de personal, incorporación de nuevos analistas o ajustes de infraestructura se reflejen oportunamente.

7. CONCLUSIONES

1. El ejercicio de auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Tecnológica de Pereira, contó con la participación de 36 dependencias administrativas y académicas. Durante el desarrollo de las actividades, se evidenció el compromiso, la organización, la competencia del personal y el grado de madurez de dicho sistema.
2. En cuanto al Sistema de Gestión de la Calidad, se identificaron un total de 180 hallazgos, los cuales se clasifican así: 131 Fortalezas, 23 Oportunidades de Mejora, 19 Aspectos No Conformes. Siendo la desactualización de documentos, o falta de los mismos el hallazgo con mayor reincidencia dentro del ejercicio de auditoría.
3. Respecto al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, bajo los lineamientos del Decreto 1072 de 2015, se lograron identificar 3 Fortalezas, 0 Oportunidades de Mejora y 4 Aspectos no Conformes. Se puede concluir que se cuenta con un Sistema de gestión maduro, donde se evidencia un alto compromiso con la Seguridad y Salud en el Trabajo, en todas las dependencias auditadas, a todo nivel.
4. Se evidencia que los laboratorios de ensayo y calibración cuentan con un Sistema de Gestión de Calidad implementado y en operación, con un nivel significativo de madurez reflejado en la identificación de 24 fortalezas asociadas principalmente a la competencia del personal, organización documental, aplicación de métodos y compromiso con el sistema.
5. El ejercicio de auditoría interna evidencia que los laboratorios de ensayo y calibración cuentan con un Sistema de Gestión de Calidad implementado y en operación, con un nivel significativo de madurez reflejado en la identificación de 24 fortalezas asociadas

principalmente a la competencia del personal, organización documental, aplicación de métodos y compromiso con el sistema.

6. La presencia de 28 oportunidades de mejora demuestra una actitud proactiva hacia la mejora continua, orientada al fortalecimiento técnico, documental y administrativo del sistema, sin que estas representen incumplimientos críticos a los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017.
7. Las 14 no conformidades identificadas se concentran principalmente en un laboratorio, lo cual permite focalizar los esfuerzos de mejora y refuerza la importancia de la auditoría interna como herramienta preventiva para evitar desviaciones mayores frente a procesos de acreditación.

Elaboró: Silvia Natalia Rave Arias
Profesional II
Gestión del Sistema Integral de Calidad

Aprobó: Gloria Yamile Parra Marín
Profesional Especializado III
Gestión del Sistema Integral de Calidad

***** Fin del Documento *****