



INFORME ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
1.1	OBJETIVO.....	4
1.2	ALCANCE.....	4
1.3	CRITERIO DE AUDITORÍA.....	4
1.4	CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS.....	5
2.	RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001.....	5
2.1	FORTALEZAS.....	6
	Admisiones, Registro y Control.....	6
	Biblioteca.....	6
	Control Interno.....	6
	Control Interno Disciplinario.....	6
	Centro de Recursos Informáticos y Educativos.....	6
	Egresados.....	6
	Facultad de Bellas Artes y Humanidades.....	7
	Facultad de Ciencias Agrarias y Agroindustria.....	7
	Facultad de Ciencias Ambientales.....	7
	Facultad de Ciencias Básicas.....	7
	Facultad Ciencias de la Educación.....	8
	Facultad Ciencias de la Salud.....	8
	Facultad de Ciencias Empresariales.....	8
	Facultad de Ingenierías.....	8
	Facultad de Mecánica Aplicada.....	9
	Facultad de Tecnología.....	9
	Gestión de Documentos.....	9
	Gestión de Servicios Institucionales.....	9
	Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información.....	10
	Gestión del Talento Humano.....	10
	Gestión Financiera - Gestión de compra de bienes y suministros.....	10
	Jardín Botánico.....	10
	Jurídica.....	10
	Laboratorio de Genética Médica.....	11
	Planeación.....	11
	Rectoría.....	11
	Relaciones Internacionales.....	11
	Secretaría General.....	11
	Sistema Integral de Gestión.....	12
	Univirtual.....	12
	Vicerrectoría Académica.....	12
	Vicerrectoría Administrativa y Financiera.....	12
	Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión.....	12

Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario.....	12
2.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	12
Biblioteca.....	12
Control Interno.....	13
Centro de Recursos Informáticos y Educativos.....	13
Egresados.....	13
Facultad de Bellas Artes y Humanidades.....	13
Facultad de Ciencias Ambientales.....	13
Facultad de Ciencias Básicas.....	13
Facultad de Mecánica Aplicada.....	13
Facultad de Tecnología.....	14
Gestión Financiera - Gestión de compra de bienes y suministros.....	14
Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información.....	14
Gestión del Talento Humano.....	14
Jardín Botánico.....	14
Jurídica.....	14
Vicerrectoría Administrativa y Financiera.....	15
Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión.....	15
2.3 ASPECTOS NO CONFORMES.....	15
3. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....	15
3.1 FORTALEZAS.....	16
3.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	16
Generales.....	16
3.3 ASPECTOS NO CONFORMES.....	17
4. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD LABORATORIOS ISO/IEC 17025.....	17
4.1 FORTALEZAS.....	17
Grupo de Investigación en Agua y Saneamiento – GIAS.....	17
Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos - LAA.....	17
Laboratorio de Ensayos no destructivos - LEND.....	17
Laboratorio de Genética Médica - LGM.....	17
Laboratorio de metrología de variables eléctricas – LME.....	18
Laboratorio de Ensayos para Equipos de Aire Acondicionado - LPEA.....	18
Sistema Integral de Gestión - SIG.....	18
5. RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN ISO/IEC 27001.....	18
Pruebas de vulnerabilidad áreas TI de la Universidad.....	18
5.1 FORTALEZAS.....	18
5.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	19
6. RECOMENDACIONES GENERALES DEL INFORME.....	19
7. CONCLUSIONES.....	20



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:

Fortaleza	Oportunidad de Mejora	Aspecto No Conforme
Situación en la que se supera el cumplimiento de los requisitos.	Situación conforme, no riesgosa que denota la oportunidad de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos o mejorar el desempeño de un proceso o de a institución.	Incumplimiento de un requisito.

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



Figure 1. Comportamiento hallazgos ISO 9001:2015

Las auditorías internas para el sistema de gestión de calidad se llevaron a cabo en los meses de septiembre y octubre de 2023, con alcance hacia las Unidades Organizacionales y las Facultades. Los resultados obtenidos durante el ejercicio se resumen a continuación:

F: Fortalezas = 44

OM: Oportunidad de Mejora = 23

NC: Aspectos No Conformes = 4

2.1 FORTALEZAS

Admisiones, Registro y Control

1. Liderazgo, compromiso y articulación de los roles y responsabilidades del equipo de trabajo. Dejando ver la calidad en el trabajo que desarrollan desde cada uno de los roles
2. Los sistemas de información utilizados garantizan y aseguran la correcta ejecución del proceso, se puede evidenciar que estos garantizan el control del proceso, el seguimiento a la ejecución de actividades y la trazabilidad y disponibilidad de la información allí registrada. La automatización de la información a través del sistema de información, garantiza la disponibilidad, orden y trazabilidad. De resaltar, el dominio de todos los temas por parte de todo el equipo de trabajo.
3. Se evidencia un excelente manejo de los temas, archivos, es evidente el seguimiento y control que se tiene del proceso, de resaltar el seguimiento y control de planes de mejoramiento

Biblioteca

4. Construcción de estrategias de mejoramiento continuo que buscan fortalecer el conocimiento y acceso a los servicios de la biblioteca por parte de los diferentes grupos de interés
5. Implementación de estrategias preventivas para evitar el riesgo institucional en la pérdida de la información por no tener sistemas articulados
6. Articulación en red con otras universidades e instituciones de carácter nacional e internacional que permite ampliar la cobertura de los servicios ofrecidos por la biblioteca

Control Interno

7. Se evidencia un alto compromiso del equipo de trabajo, con roles y responsabilidades que dejan en evidencia el alto nivel de conocimiento, experiencia
8. Se evidencia organización y una muy buena trazabilidad de las diferentes actividades del procedimiento administración y Ejecución del plan de fomento de cultura de control, desde la planeación, ejecución, seguimiento, control y verificación. Con un cumplimiento de acuerdo a lo planificado
9. Es claro el compromiso frente al control interno institucional desde las 5 estrategias definidas, y en especial se evidencia el conocimiento y control frente al fomento a la cultura de control

Control Interno Disciplinario

10. Se evidencia controles efectivos desde la identificación de necesidades, planeación, ejecución y revisión, constatando el aseguramiento y trazabilidad en el proceso revisado
11. Alto compromiso del equipo de trabajo, iniciando por la líder del equipo, quien fomenta la cultura de trabajo en equipo y el compromiso
12. La ejecución de acciones de mejora continua, de los autos y procesos, dejan ver el compromiso con la cultura de calidad y de mejora continua en el proceso

Centro de Recursos Informáticos y Educativos

13. Excelente compromiso del equipo de trabajo, se percibe además del compromiso un nivel de experticia y conocimiento que son evidentes
14. Se tiene una excelente trazabilidad y control de los procesos
15. Se ve un alto compromiso con la seguridad de la información. Soporte y actualización de los servidores: Servicios de red son una gran fortaleza, muy bien estructurados, permiten visualizar la trazabilidad y el control en todas las etapas. Las aplicaciones son idóneas para las necesidades de la institución

Egresados

16. Implementación de estrategias que aportan al bienestar integral de los egresados, articuladas con las facultades y demás dependencias de la UTP
17. Se resalta el compromiso de la Directora y Coordinadora de Gestión de Egresados con la

implementación del Sistema de Gestión de Calidad, así mismo la disposición de su agenda para atender la auditoría como un asunto prioritario para mejorar la satisfacción del usuario y demás partes interesadas

18. Se demuestra un alto sentido de pertenencia, en el sentido de identificar en el personal que atiende la auditoría amplio conocimiento de los procesos y apropiación de los mismos, lo que aporta al cumplimiento de la misión y visión de esta dependencia.
19. La cantidad y pertinencia de los indicadores presentados, demuestran la preocupación por realizar constante seguimiento a las necesidades de los egresados y la satisfacción de los mismos con las estrategias implementadas

Facultad de Bellas Artes y Humanidades

20. Manejo de redes sociales para la difusión y comunicación de las diferentes estrategias. y el apoyo que dan a los diferentes programas en el direccionamiento de la facultad.
21. Conocimiento y compromiso frente al sistema de gestión, en procura del cumplimiento de los requisitos, garantizando la trazabilidad
22. El interés y aseguramiento de la calidad, en cuanto a los mecanismos de consulta de la satisfacción de usuarios.

Facultad de Ciencias Agrarias y Agroindustria

23. Si bien es una facultad nueva, se evidencia un alto compromiso del equipo de trabajo, de resaltar el liderazgo de la Decana y el compromiso de todo el equipo, sus directores, profesionales y auxiliares en pro de la mejora de los procesos al interior de la facultad.
24. Cuadro de control, el cual les permite visualizar, proyectar, verificar y controlar detalladamente todas las actividades que se trazan desde el consejo de facultad, evidenciando la organización y control que se tiene sobre todas las actividades planificadas. Tabla con actividades de movilidad docente y estudiantil lo cual evidencia la proactividad y necesidad por controlar aspectos de impacto para los programas, y evidencian el compromiso en el crecimiento como sistema.
25. Es evidente el alto compromiso con los sistemas de gestión, en especial con la CALIDAD, el cual se evidencia en el conocimiento, compromiso y la orientación a la calidad y al detalle que impregnan en cada actividad, los procesos se encuentran estructurados bajo los lineamientos institucionales de la calidad, se evidencia el interés genuino por hacer bien las cosas

Facultad de Ciencias Ambientales

26. Se evidencia una excelente articulación en el equipo de trabajo, es claro el compromiso del equipo de líderes.
27. La evaluación muy satisfactoria de las auxiliares del equipo de trabajo, lo cual demuestra el compromiso con el sistema de Gestión de la calidad, sus políticas, objetivos institucionales
28. Las estrategias, planes y actividades en razón del fortalecimiento de los diferentes programas, a través de estudios de mercado, encuestas, mecanismos de comunicación y difusión, ambiegresados. Con los cuales se evidencia un alto compromiso con el usuario, en pro de la mejora de acuerdo a las necesidades del medio y de sus usuarios.

Facultad de Ciencias Básicas

29. Conocimiento del equipo de trabajo, en cuanto a los sistemas de gestión, se evidencia un alto compromiso frente al sistema.
30. Se evidencia la organización y actualización de todos los documentos pertinentes al sistema, en especial el seguimiento y control que se tiene de todos los procesos de la facultad
31. Es claro el compromiso frente a la identificación, seguimiento y control de los riesgos asociados a la facultad. El tratamiento que se da es continuo
32. De destacar, los diferentes programas, proyectos y actividades en pro del beneficio del estudiante y del docente
33. De resaltar, el uso de herramientas del sistema de información, lo cual les permite realizar un

seguimiento y control al desempeño del sistema, a los planes y programas tanto de docentes como de estudiantes

Facultad Ciencias de la Educación

34. De resaltar el compromiso y liderazgo de la decana, así como el compromiso de todo el equipo de trabajo frente al sistema de gestión, y todos los procesos de mejoramiento, se evidencia una verdadera cultura de la calidad
35. Resaltar el aseguramiento de la calidad, en cuanto a los controles y el seguimiento que hacen a los mismos, generando siempre acciones para la mejora
36. Se evidencia mucha organización y orden, los métodos y estrategias que ejecutan, garantizan la gestión del conocimiento al interior del equipo de trabajo
37. Se evidencia un alto compromiso frente a la seguridad y salud en el trabajo con la facultad, sus estudiantes y equipo de trabajo

Facultad Ciencias de la Salud

38. Se destaca el compromiso de todos los programas en la participación de las actividades del Sistema Integral de Gestión. Se evidencia en el conocimiento de la política, la participación en brigadas y la gestión de los riesgos.
39. Se destaca el compromiso de la facultad y de los programas con el mejoramiento continuo, evidenciado en las acciones ejecutadas a través de sus planes de mejoramiento y proactividad en los procesos de autoevaluación. (Las evidencias se encuentran fácilmente y oportunamente
40. Articulación de los programas y la sinergia entre el plan estratégico de la facultad, PDI, PEI y los diferentes programas académicos
41. El compromiso de la facultad con los temas de bienestar, particularmente la iniciativa del programa de puntos violeta (violencia de género) con la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario

Facultad de Ciencias Empresariales

42. Compromiso con el aseguramiento de la calidad, el cual se refleja en la implementación, seguimiento y mejora de los sistemas de gestión (ISO 9001, Decreto 10722015 SGSST, certificación AUDIT, Acreditaciones de alta calidad de los programas por parte del MEN, acreditación EUR ACE).
43. El liderazgo del decano, directores de programa y equipo de trabajo con las actividades en pro de la satisfacción del estudiante y demás partes interesadas
44. Se destaca la articulación que tiene la facultad en sus diferentes planes de acción y el PDI.
45. El conocimiento y la implementación de la metodología de gestión riesgos (Controles eficaces y seguimiento a los indicadores).
46. Se evidencia que se trabaja en pro del mejoramiento continuo no sólo desde la facultad sino desde la dirección de los programas académicos

Facultad de Ingenierías

47. De resaltar el enfoque, la cultura y la filosofía de la calidad, que se vive en la facultad. Se evidencia una completa alineación a los fines y propósitos, como sistema de gestión, es evidente la evolución de la facultad, dejando un estandarte muy alto a nivel institucional, si bien los esfuerzos son muchos, pese al "desgaste" que este podría generar, el resultado es muy positivo. Se evidencia una facultad con un nivel muy alto a nivel institucional
48. El direccionamiento desde la facultad, el liderazgo, proactividad, organización, estructura. Se percibe un equipo consolidado y estructurado, es evidente su compromiso con la Calidad en su quehacer diario. Se evidencia la articulación, visible a través del empoderamiento de los diferentes líderes de programa
49. Trabajo en equipo: Es evidente la articulación de todo el equipo, el trabajo organizado y ordenado, el enfoque hacia la mejora continua, y el apoyo que se brindan unos a otros. Resaltar

la labor tan importante que hacen las auxiliares y profesionales desde sus diferentes frentes de trabajo

50. De resaltar las Herramientas, instrumentos de indagación y medición como encuestas, evaluaciones con fines de acreditación, planes de mejoramiento, cuadros de control para la planeación, ejecución y seguimiento de actividades. Los cuadros de control son una herramienta muy ganadora, que les permite realizar un seguimiento adecuado al proceso, deja ver la estructura, método, trazabilidad en todas las actuaciones. La evaluación y controles con docentes, les permite asegurar la calidad en los diferentes programas
51. El crecimiento de la facultad, la visibilidad y reconocimiento que tienen, que se traducen en dicho crecimiento. La visibilidad que tienen, y el desarrollo de estrategias para lograr el reconocimiento como facultad y programas de alta calidad, lo cual los posiciona, así como los mecanismos de participación y consulta, que les permite trazar los lineamientos para perfeccionar sus diferentes programas

Facultad de Mecánica Aplicada

52. Liderazgo de la Decana y su equipo de Directores de programa, consolidando el trabajo como equipo, evidenciando el compromiso, el conocimiento y el enfoque hacia la mejora
53. Alto compromiso de todo el equipo, resaltar la evaluación de auxiliares, la retroalimentación y ejercicio de fortalecimiento de competencias
54. Inquietos, y con necesidad hacia la mejora, hacia la búsqueda de hacer las cosas de una mejor forma, sin generar reprocesos o más trabajo.
55. Resultados de encuestas, y las acciones encaminadas hacia la mejora en razón a los resultados de las mismas

Facultad de Tecnología

56. Se identifica un alto liderazgo tanto de la decana como de su equipo de directores frente a la calidad. Se evidencia además del compromiso una alta articulación en el equipo de trabajo, lo cual garantiza la planificación y el cumplimiento de metas
57. Es evidente el compromiso de todo el equipo de trabajo, tanto en la ejecución del proceso, en el aseguramiento de la calidad, como en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
58. Excelente estrategia de comunicación (informe de gestión), si bien es una estrategia de la vicerrectoría, en ella se puede evidenciar la trazabilidad de los procesos de la facultad, la articulación al PDI y el logro de los resultados esperados
59. De resaltar, el compromiso en general con los sistemas de gestión, los cuales se evidencian en las metas y logros establecidos en cuanto a los procesos de acreditación nacional e internacional, y el reconocimiento institucional de los diferentes programas. Los controles son claros, y permiten evidenciar la trazabilidad en la ejecución de los diferentes proyectos

Gestión de Documentos

60. Se destaca un alto compromiso del equipo de trabajo y un alto compromiso por parte de la líder del proceso en la mejora continua
61. Se destaca el conocimiento por parte del personal auditado de todo el proceso y la disposición para atender la auditoria

Gestión de Servicios Institucionales

62. Se evidencia controles efectivos desde la identificación de necesidades, planeación, ejecución y revisión, constatando el aseguramiento y trazabilidad en el proceso revisados
63. Alto compromiso del equipo de trabajo, iniciando por el líder del equipo, quien fomenta la cultura de trabajo en equipo y el compromiso.
64. La ejecución de acciones de mejora continua, de los servicios de mantenimiento, dejando ver el compromiso con la cultura de calidad y de mejora continua en el proceso

Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información

65. Liderazgo en el equipo de trabajo, el compromiso, la estructura de roles, si bien el rol de líder está centralizado, es evidente el compromiso frente a todas las actividades del proceso, se resalta en especial la competencia, roles y responsabilidades de los profesionales del área en cuanto a los conocimientos del proceso
66. El sistema de información ARANDA, asegura el registro, trazabilidad, seguimiento, control y cierre de todos los requerimientos frente a los sistemas de información y soporte técnico, se reconoce especialmente por el impacto tan positivo que puede sobre la satisfacción del usuario
67. Es claro el compromiso general del área frente al usuario, en cuanto a la identificación de necesidades para mejorar la prestación del servicio (encuesta de percepción), con la cual estructuran los proyectos para atención de las mismas
68. Se percibe aseguramiento del proceso, roles, sistemas de información, aplicaciones, y respaldos, que aseguran la trazabilidad y control de los procesos
69. Gestión del conocimiento: gestión de roles y responsabilidades en parejas, con lo cual se asegura la gestión de la información ante la posibilidad de rotación del personal

Gestión del Talento Humano

70. Se puede evidenciar el aseguramiento del proceso, toda vez que desde los procedimientos revisados se pueden constatar que los controles de proceso son efectivos y eficaces. Se puede verificar que existen controles suficientes para asegurar la operatividad del proceso
71. Es evidente el conocimiento, liderazgo, compromiso del personal que lidera y colabora dentro de los procedimientos revisados, dejando en evidencia que existe un alto compromiso con la calidad, con la filosofía de la mejora continua y con la seguridad y salud en el trabajo.
72. Plan de entrenamiento de docentes y directores y auxiliares de programa, garantiza no solo los procesos de formación y desarrollo de competencias, sino, que, además, permite fortalecer el crecimiento profesional y laboral del personal de la Universidad Tecnológica de Pereira
73. El sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, se percibe como un equipo de trabajo, con un alto compromiso, frente a las responsabilidades asignadas y en especial, frente al compromiso con la seguridad y salud en toda la institución. Se logra evidenciar satisfactoriamente la trazabilidad del proceso, bajo el ciclo PHVA, donde se pudo constatar un esquema de planeación, ejecución, verificación y control del proceso, desde las diferentes estrategias o líneas de atención que se tienen en el Sistema

Gestión Financiera - Gestión de compra de bienes y suministros

1. Las herramientas para seguimiento y control del proceso garantizan la eficacia y aseguramiento al proceso
2. El sistema de información para solicitudes de compra asegura la trazabilidad en todas las etapas del proceso
3. Se identifican competencias, roles y responsabilidades de los profesionales del área frente al conocimiento del proceso
4. Se identifica trabajo articulado entre los procesos que interactúan con bienes, compras y suministros

Jardín Botánico

5. Hay una gran disposición por parte del equipo de trabajo de brindar la información necesaria, y resolución a las preguntas planteadas
6. Se evidencia el compromiso frente al sistema de gestión en cuanto a la identificación de riesgos, toda vez que lo hacen aun cuando no les exige ni se les ha orientado en el uso de la herramienta

Jurídica

7. Se evidencia un alto conocimiento y experticia del equipo de trabajo, con una excelente

ejecución desde los roles dentro del Direccionamiento estratégico

8. Es claro el compromiso de los integrantes del equipo frente al Sistema de Gestión, y principalmente frente al proceso, claramente se evidencia el aseguramiento de la calidad, desde la trazabilidad y búsqueda de la mejora continua
9. Se evidencias claros controles al proceso, los cuales son fuertes y garantizan la adecuada ejecución de las actividades planeadas y programadas dentro del proceso

Laboratorio de Genética Médica

10. Se evidencia un alto compromiso y conocimiento del equipo de trabajo, con una definición de roles y responsabilidades bien establecida, que permite identificar claramente el control sobre el proceso
11. Planes de mejoramiento por iniciativa propia, con 3 proyectos establecidos, en ejecución del primero con 5 actividades. Este evidencia el compromiso y madurez del laboratorio y su equipo de trabajo, dejando ver el compromiso con la mejora continua frente al sistema de gestión
12. Se evidencia que los controles establecidos son efectivos, y aseguran tanto la prestación del servicio como la satisfacción del usuario

Planeación

13. Clara visibilización de los productos de PLANEACIÓN
14. Alta organización y desarrollo de las actividades
15. Se evidencia la organización, metodología que se traduce en procesos de mejora continua
16. Se evidencia vigilancia permanente del contexto en los aspectos que pueden afectar o se pueden aprovechar del entorno
17. Resaltar el sistema de gerencia del PDI que garantiza la interacción y participación permanente de los actores.

Rectoría

18. Se identifica un alto compromiso de parte de la Alta Dirección, se ve además del empoderamiento, el conocimiento y experiencia, dejando ver claramente la aplicación de la filosofía de la calidad
19. Se evidencia una estructura de roles y responsabilidades muy bien definida, asegurando la implementación y ejecución adecuada de los procesos
20. De destacar el Liderazgo del equipo de Dirección, se evidencia un alto compromiso con la calidad, y en especial con la mejora continua

Relaciones Internacionales

21. Identificación de oportunidades a raíz del análisis de los controles del riesgo.
22. Creación de nuevas rutas y protocolos que permiten dar mayor precisión al usuario al delimitar los servicios y alcances de la oficina de Relaciones Internacionales
23. La creación de nuevas oportunidades en cuanto a movilidad virtual
24. Articulación y compromiso del equipo de trabajo con el mejoramiento continuo y las actividades del SIG

Secretaría General

25. Se evidencia el trabajo en equipo y respuesta oportuna a las necesidades que se van presentando derivadas de los procesos electorales institucionales y la efectividad en el desarrollo de actividades preventivas
26. Líder comprometido con el ejercicio de mejoramiento continuo de procesos y con el proceso de auditoría.
27. Se evidencia un alto nivel de conocimiento por parte del líder y su equipo de trabajo en el proceso auditado y alto sentido de pertenencia

Sistema Integral de Gestión

28. Liderazgo, compromiso y articulación de los roles y responsabilidades del equipo de trabajo. Dejando ver la calidad en el trabajo que desarrollan desde cada uno de los roles.
29. Los sistemas de información utilizados garantizan y aseguran la correcta ejecución del proceso, se puede evidenciar que estos garantizan el control del proceso, el seguimiento a la ejecución de actividades y la trazabilidad y disponibilidad de la información allí registrada.
30. La automatización de la información a través del sistema de información, garantiza la disponibilidad, orden y trazabilidad.
31. De resaltar, el dominio de todos los temas por parte de todo el equipo de trabajo. Se evidencia un alto nivel de conocimiento por parte del líder y su equipo de trabajo en el proceso auditado y alto sentido de pertenencia

Univirtual

32. Se mostró una gran disposición en el equipo de trabajo, muy atento a las preguntas planteadas y presentación de la información solicitada
33. La información presentada es clara, con formatos diligenciados y seguimiento de las actividades al día
34. Las Herramientas son idóneas para soportar las asignaturas, evitando en lo posible la deserción estudiantil y permitiendo ambientes educativos más flexibles a los estudiantes

Vicerrectoría Académica

35. Se identifica un alto compromiso, definición y apropiación de roles y responsabilidades de todo el equipo de trabajo
36. La disposición de los responsables del proceso para la atención de la auditoría

Vicerrectoría Administrativa y Financiera

37. Se puede evidenciar el compromiso, conocimiento del proceso y organización en la administración de PQRS, asegurando la trazabilidad y confiabilidad de la información
38. La aplicación "sistema de información" es una herramienta que asegura la disponibilidad, trazabilidad, confiabilidad, seguimiento y control de las PQRS que llegan a la institución
39. Se evidencia un alto compromiso, en cuanto al desarrollo de competencias y oportunidades de crecimiento profesional del personal de todas las dependencias

Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión

40. Se identifica un alto compromiso, definición y apropiación de roles y responsabilidades de todo el equipo de trabajo
41. Se observó una clara trazabilidad en la ejecución del proceso, lo que facilita la identificación de las actividades realizadas

Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario

42. Equipo articulado que demuestra la apropiación del conocimiento específico del proceso de promoción a la salud integral.
43. Procesos y procedimientos ordenados y estructurados
44. Cultura de seguimiento, medición, análisis y evaluación pertinentes para la implementación de estrategias que impactan positivamente el proceso.

2.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA**Biblioteca**

1. Los planes de mejora manifestados no se desarrollan mediante el diligenciamiento del formato

establecido por el SGC, omitiendo la ejecución de la oportunidad de mejora identificada en la auditoría interna del año 2022.

Control Interno

2. Al revisar documentos del proceso, se evidencia desactualización en el procedimiento 1115-CIG-01 V6 Administración y Ejecución del plan de fomento de cultura de control, toda vez que la denominación de cargos en el documento, no corresponde a los que se encuentran actualizados y publicados en la página web.

Centro de Recursos Informáticos y Educativos

3. Si bien los riesgos están identificados, y cuentan con seguimiento, es un aspecto por mejorar, toda vez que es un área muy sensible a los ataques, caídas de servicio, entre otros aspectos, que deberían estar identificados dentro del mapa. Si bien, anteriormente los han identificado, y dados los controles los dejaron de visualizar, es importante poder hacer un seguimiento, toda vez que en como todo riesgo en cualquier momento se puede materializar

Egresados

4. Los planes de mejora manifestados no se desarrollan mediante el diligenciamiento del formato establecido para el SGC, aunque sí los tienen contemplados en un formato adicional, omitiendo la ejecución de la oportunidad de mejora identificada en la auditoría interna del año 2022.

Facultad de Bellas Artes y Humanidades

5. Riesgos, se identifica oportunidad de mejora en cuanto a revisar el instrumento, evaluar las probabilidades e impactos, así como metas y medición de indicador, toda vez que se identifica desviaciones en el cálculo
6. Planes de mejoramiento: Si bien utilizan el formato de plan de mejoramiento, y desarrollan proyectos, evidenciando el seguimiento y control sobre los mismos, falta documentarlo mediante el mecanismo pertinente, como iniciativas propias
7. Planes de acción, fortalecer la utilización de herramientas que aseguren la trazabilidad, el seguimiento y control sobre las actividades. Sin bien se están ejecutando, se tiene cronograma y se realiza el seguimiento

Facultad de Ciencias Ambientales

8. Si bien los riesgos están identificados, evaluados y controlados, es pertinente fortalecer (documentar) otros controles ya implementados, en el riesgo 1. "control de proceso de actas de comité curricular", no se encuentra documentado y lo están implementando
9. Se cuenta con las evidencias, en cuanto a evaluación docente y planes de mejoramiento, pero no se pudo evidenciar la consecución, en orden cronológico de resultados desfavorables HETEROEVALUACIÓN docente, y su posterior plan de mejoramiento, así como el seguimiento. Se pudo evidenciar, pero no en la consecución de un caso específico. Recomendación: ORGANIZACIÓN EVIDENCIAS, evaluación - plan de mejoramiento

Facultad de Ciencias Básicas

10. Riesgo (INCREMENTO DESERCIÓN ESTUDIANTIL) Mejorar las acciones para evitar que la materialización del riesgo, toda vez que las acciones establecidas no influye en el indicador, solo sirve para seguimiento. Tiene establecidas estrategias para contrarrestar la materialización del riesgo, pero no las tienen documentadas. Adicionalmente es conveniente establecer acciones diferentes a los controles.

Facultad de Mecánica Aplicada

11. Fortalecer las acciones de manejo en el mapa de riesgos de la facultad, toda vez que al revisar,

- se puede evidenciar que las acciones de manejo posteriores a los controles (riesgo residual), son iguales a las acciones establecidas en los controles, para los riesgos 3 y 4
12. Fortalecer instrumentos de planeación, para facilitar el seguimiento y control de las diferentes actividades
 13. Fortalecer planes de mejoramiento (iniciativas propias), toda vez que no utilizan el formato destinado para tal fin en la UTP, lo hacen a través de fichas técnicas oficina de prácticas.

Facultad de Tecnología

14. Error en el cálculo de la medición de los indicadores, están bien planteados, pero error en la medición. Plantean porcentaje, miden en número entero. Fortalecer la matriz de riesgos, en el sentido de diligenciar todos los campos establecidos en la misma, garantizando su actualización en seguimiento periódico

Gestión Financiera - Gestión de compra de bienes y suministros

15. En la revisión de matriz de riesgo, el proceso no evidencia la identificación, análisis, valoración y gestión de riesgos asociados al proceso de bienes, compras y suministros, se realizan de manera general para Gestión Financiera.

Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información

16. Al revisar el tratamiento a los requerimientos realizados a soporte, se identifica que desde el sistema "ARANDA" solo se atienden requerimientos que ingresan al GTISI, pero los que llegan a CRIE no se atienden por dicha aplicación. Es importante definir la articulación con otros procesos (en este caso con el CRIE) con el fin de alinear y articular de una mejor manera las solicitudes de los usuarios.
17. Al revisar los planes de mejoramiento, se identifica que desde la dependencia desarrollan iniciativas propias, de manera planificada y estableciendo controles, sin embargo, se identifica desarticulación respecto al procedimiento para para la toma de acciones <https://www.utp.edu.co/cms-utp/data/bin/UTP/web/uploads/media/calidad/archivos/SGC-PRO-006%20V21%20Toma%20de%20acciones.pdf>, así las cosas, se identifica la necesidad de mejorar la metodología de planificación, seguimiento y control de los proyectos e iniciativas propias, utilizando las herramientas que la institución tiene para tal fin, con el propósito de asegurar de manera efectiva y planificada la ejecución de las mismas

Gestión del Talento Humano

18. Planes de mejoramiento. Se identifica, dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el desarrollo de iniciativas propias, en pro de la mejora y aseguramiento del proceso, estos son llevados a los planes de trabajo, evidenciando allí la planeación, ejecución, seguimiento y acciones para el control, sin embargo, no se logra evidenciar la documentación de las acciones ejecutadas, en pro de la mejora, en cumplimiento del "PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE ACCIONES" y la utilización del formato 1313-F10 Plan de mejoramiento, de mejora continua. <https://www.utp.edu.co/cms-utp/data/bin/UTP/web/uploads/media/calidad/archivos/SGC-PRO-006%20V21%20Toma%20de%20acciones.pdf>

Jardín Botánico

19. Se evidencia la necesidad de incluir los riesgos del proceso dentro de los mapas de riesgos institucionales, el cual se deja para ser abordados con al enlace integral de gestión de la UTP

Jurídica

20. Fortalecer la identificación de riesgos, en cuanto a:
 - La cantidad de normas y conceptos, que se generan a nivel nacional.
 - Si bien existe el riesgo, no está identificado dentro de la matriz, el de proliferación de normas. Falta control, e identificación de riesgo de inicio de contratos sin las afiliaciones

correspondientes, para SG-SST.

Vicerrectoría Administrativa y Financiera

21. Si bien los métodos están definidos, se considera pertinente centralizar y direccionar el ingreso de información (registro PQRS) en el sistema de información diseñado para tal fin, sin importar el origen y canal de recepción, garantizando así el registro del 100% de PQRS, su disponibilidad, trazabilidad, seguimiento y control. Es decir, que las PQRS que lleguen por canales diferentes al sistema de información, sean cargadas al mismo por la dependencia responsable que lo recepciona.

Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión

22. Al revisar la matriz de riesgos del proceso o unidad organizacional, en el análisis de riesgos, se puede evidenciar que no se tiene identificado el riesgo de bajar de categoría a un grupo de investigación, no se tiene identificado y calificado, sin embargo, sí se pudo identificar que se le hace seguimiento directamente con los grupos de investigación de los programas
23. Al revisar los planes de mejoramiento, se pudo evidenciar que estos no son consignados en el formato establecido para tal fin, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento <https://www.utp.edu.co/cms-utp/data/bin/UTP/web/uploads/media/calidad/archivos/SGC-PRO-006%20V21%20Toma%20de%20acciones.pdf>. El insumo para planes de mejoramiento, lo enfocan y desarrollan, a través de acciones de plan de trabajo, del taller y de los programas, no lo desarrollan mediante el formato de planes de mejoramiento. No es claro cómo se generan acciones de gestión (iniciativas propias), para evitar que los grupos bajen de categoría, es claro que las acciones se desarrollan, pero no donde y como quedan documentadas

2.3 ASPECTOS NO CONFORMES

Se identifican 4 Aspectos No Conformes, donde predomina el hallazgo ***“No se evidencia estandarización de algunos documentos de impacto e importancia para el proceso, y en la revisión documental, de los documentos del proceso auditado, se identifica la desactualización de documentos, toda vez, que desde el proceso de modernización se han realizado ajustes y cambios a la denominación de cargos, sus actividades y responsabilidades, sin verse reflejado en los documentos”***

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

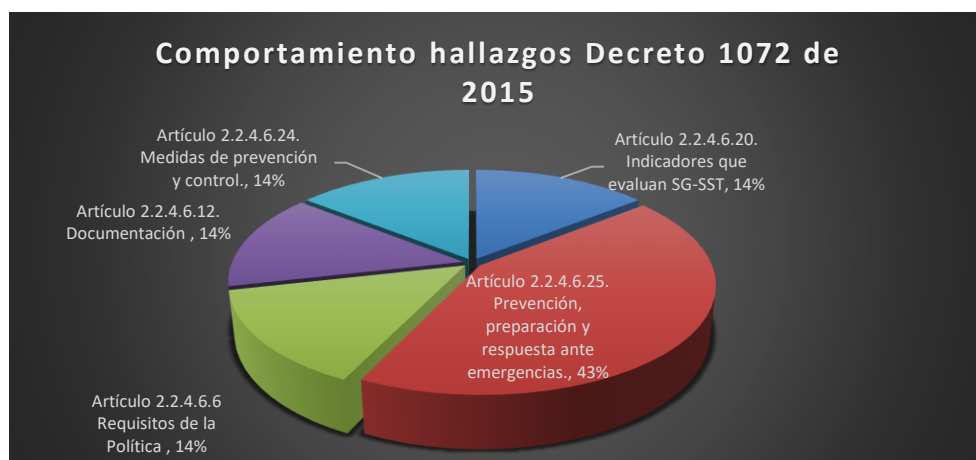


Figure 2. Comportamiento hallazgos auditoría Decreto 1072 de 2015

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:

F: Fortalezas = 3

OM: Oportunidad de Mejora = 5

NC: Aspectos No Conformes = 3

3.1 FORTALEZAS

1. El sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, se percibe como un equipo de trabajo, con un alto compromiso, frente a las responsabilidades asignadas y en especial, frente al compromiso con la seguridad y salud en toda la institución.
2. Se logra evidenciar satisfactoriamente la trazabilidad del proceso, bajo el ciclo PHVA, donde se pudo constatar un esquema de planeación, ejecución, verificación y control del proceso, desde las diferentes estrategias o líneas de atención que se tienen en el Sistema
3. Se evidencia reconocimiento del equipo del SST en la UTP. Se logra evidenciar en los programas, facultades y unidades Organizacionales, el trabajo articulado, divulgado y socializado que ha realizado el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo. En general, en todas las dependencias conocen y resaltan el trabajo que se hace desde SST, conocen líneas de emergencia institucionales y conocen los protocolos para la atención de emergencias.

3.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA

Generales

1. Fortalecimiento de brigadas: Si bien se cuenta con una brigada de emergencias, claramente dotada y capacitada, y pese a los esfuerzos evidenciados desde el Comité de Emergencias y del mismo Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, se logra identificar, una baja participación de parte de las diferentes dependencias (facultades y unidades organizacionales), durante el ejercicio de auditoria interna a los criterios de la resolución 1072 en las diferentes dependencias, evidenciando que hace falta fortalecer las brigadistas y la necesidad de capacitar al personal en la atención de emergencias, entre las dependencias auditadas, este se identifica específicamente en:
 - Facultad de ciencias Agrarias
 - Facultad de ciencias ambientales
 - Facultad de Mecánica AplicadaSi bien, el personal de las diferentes dependencias, conoce las líneas de atención de emergencias institucionales, así como los protocolos para la atención de las mismas, se percibe desconocimiento en cuanto a brindar primeros auxilios y técnicas de atención de emergencias, mientras los mecanismos de socorro interno se activan y llegan posible lugar del evento.
2. **Roles y responsabilidades dentro de la matriz.** Si bien se identifica la designación del rol de coordinador del SG-SST UTP Juan Sebastián Valencia Memorando 02-1321022 del 17 mayo de 2022, y se certifica cursos de 50 y de 20 horas de 23 de marzo de 2023, dentro de la matriz de roles y responsabilidades frente al SST, no se evidencia el rol con sus responsabilidades, esta no se encuentra dentro de la matriz de roles y responsabilidades, en la cual solo se asigna el rol y responsabilidad a la Alta Dirección, ARL y Colaboradores, dejando por fuera grupos de valor muy importantes para el SG-SST, tales como:
 - Coordinador o Responsable del SG-SST
 - COPASST
 - COMITÉ DE COVIVENCIA
 - COMITÉ DE EMERGENCIAS
 - COMITÉ DE SEGURIDAD VIAL
 - BRIGADAS DE EMERGENCIA

3.3 ASPECTOS NO CONFORMES

Se identifican en total 4 Aspectos No Conformes

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

Durante el ejercicio de auditoría interna para los laboratorios de ensayo y calibración, se identificaron un total de 26 fortalezas, 25 oportunidades de mejora y 3 no conformidades.

Laboratorio/Unidad Organizacional	Fortalezas	Oportunidades de Mejora	No Conformidades
GIAS	3	3	0
LAA	4	5	1
LEND	2	1	0
LGM	5	5	0
LME	6	5	1
LPEA	3	4	1
SIG	3	2	0
Total	26	25	3

4.1 FORTALEZAS

Grupo de Investigación en Agua y Saneamiento – GIAS

- Conocimiento del personal en el manejo de la información del Sistema Integral de Gestión y la norma ISO/IEC 17025.
- Se resalta la buena organización y estructura de la documentación lo que permite realizar trazabilidad a la información.
- Compromiso y articulación por parte del equipo de trabajo.

Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos - LAA

- Personal con conocimiento del Sistema Integral de Gestión y su aplicación en el laboratorio.
- Infraestructura y equipos adecuado para el desarrollo de los análisis descritos en el alcance.
- Trazabilidad y plan de mantenimiento y calibración adecuado.
- Buena disposición del personal para recibir la auditoría interna.

Laboratorio de Ensayos no destructivos - LEND

- Registros legibles, organizados y de fácil acceso permitiendo realizar trazabilidad a la información.
- La competencia y la disposición del personal para llevar a cabo las actividades del laboratorio.

Laboratorio de Genética Médica - LGM

- Compromiso de la dirección con la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión.
- La competencia y la disposición del personal para llevar a cabo sus actividades.

- Conocimiento del personal en el manejo de la información del Sistema Integral de Gestión.
- Se resalta el trabajo en equipo durante todo el proceso de auditoría.
- Se resalta el compromiso con actividades de capacitación y formación, para el personal del laboratorio, así como las suministradas a los usuarios.

Laboratorio de metrología de variables eléctricas – LME

- Disposición para atender la auditoría y la receptividad por parte del personal del laboratorio.
- Competencia técnica y conocimiento del personal del laboratorio.
- Programación con macros de Excel de la mayoría de los formatos técnicos del laboratorio
- Actualización del calibrador lo cual impacta de manera favorable la CMC
- El diseño tan detallado de los instructivos de calibración permite realizar fácilmente cada una de las calibraciones.
- Organización de la documentación permitiendo realizar trazabilidad a los procesos.

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.
- Se resalta el compromiso del personal con el sistema de gestión.
- Buena disposición y amabilidad por parte del personal evaluado durante la auditoría.

Sistema Integral de Gestión - SIG

- Se destaca la buena disposición para recibir la auditoría por parte de todo el equipo de trabajo.
- Se evidencia la competencia y el compromiso del personal para implementar y manejar el Sistema Integral de Gestión.
- Se resalta la buena organización del sistema de gestión y el tratamiento de la información documental transversal que se maneja sobre los laboratorios acreditados bajo la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017.

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:

VULNERABILIDADES ACTIVAS 25

TODAS	CRÍTICAS	ALTAS	MEDIAS	BAJAS
25	3	9	10	3

5.1 FORTALEZAS

1. **Enfoque proactivo:** Se identificó un enfoque proactivo hacia la seguridad, evidenciado por la realización de una auditoría, esto permite a la organización anticiparse a posibles amenazas, identificar vulnerabilidades y aplicar medidas preventivas. Esta proactividad es esencial para garantizar la protección adecuada de los sistemas y datos de la empresa, así como para cumplir con las expectativas de los clientes y las regulaciones.
2. **Servicios externos:** Durante el proceso de auditoría se evidenció que la organización tiene pocos servicios expuestos al exterior, lo cual es una buena práctica de seguridad. La exposición de servicios externos puede aumentar el riesgo de ataques y puede proporcionar a los atacantes una entrada a la red interna de la organización.
3. **La implementación de frameworks:** como WordPress para sustentar las plataformas de la organización aporta una capa adicional de seguridad, sin embargo, es crucial reconocer y abordar los riesgos inherentes asociados con su uso. WordPress, siendo un sistema de gestión de contenidos ampliamente adoptado, ofrece una serie de características de seguridad robustas, pero también atrae la atención de actores malintencionados debido a su popularidad y uso extendido.

5.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. **Programa de Concienciación en Seguridad:** Fortalecer la formación y concienciación en seguridad para todo el personal, especialmente para los desarrolladores y administradores de sistemas, para que comprendan mejor las mejores prácticas de seguridad y cómo aplicarlas efectivamente.
2. **Uso de Herramientas de Análisis de Código Estático/Dinámico (SAST/DAST):** Para identificar vulnerabilidades en el código fuente y durante la ejecución, respectivamente. Estas herramientas pueden ayudar a detectar problemas de seguridad antes de que el código llegue a producción.
3. **Fortalecimiento de la Configuración de SSL/TLS:** Dado que se menciona el soporte a TLS v1.0 y 1.1, es recomendable deshabilitar versiones obsoletas de protocolos de cifrado y asegurar que solo se utilicen las versiones más seguras y actualizadas.
4. **Mejora en la Gestión de Accesos y Autenticación:** Implementar controles más fuertes, como autenticación multifactor (MFA), para mejorar la seguridad en el acceso a los sistemas.
5. **Revisión de la Política de Contraseñas y Controles de Fuerza Bruta:** Asegurar que las políticas de contraseñas sean robustas y que existan mecanismos para prevenir ataques de fuerza bruta.

6. RECOMENDACIONES GENERALES DEL INFORME

- Se recomienda enfocar esfuerzos en cuanto a las acciones de los planes de mejoramiento, de manera transversal en toda la institución, en los numerales donde se identificó el mayor número de hallazgos, entre Oportunidades de Mejora y Aspectos No Conformes, por sistema de gestión evaluado.
 - 31% → Numeral 6.1 ISO 9001:2015 Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades
 - 22% → Numeral 10. ISO 9001:2015 Mejora Continua
 - 11% → Numerales 7.5 y 9 de la ISO 9001:2015 Información documentada y Evaluación del desempeño, respectivamente
 - 43% → Artículo 2.2.4.6.25. decreto 1072 de 2015 Prevención, preparación y respuesta ante emergencias.
- Continuar con la auditoría integrada a las facultades y unidades organizacionales, verificando requisitos tanto de la ISO 9001:2015 como del Decreto 1072 de 2015.
- Fortalecer el equipo auditor, mejorando las competencias del equipo actual, consolidando un equipo de auditores en ISO 45001:2018, decreto 1072 de 2015.

7. CONCLUSIONES

Se evidencia a través del ejercicio de auditoría interna que se mantiene la implementación y eficacia de los sistemas de gestión bajo las normas, ISO 9001:2015, Decreto 1072 2015 Libro 2 parte 2 Título 4 Capítulo 6, ISO/IEC 17025 e ISO/IEC 27001.

Elaboró: Silvia Natalia Rave Arias
Profesional I
Sistema Integral de Gestión

Aprobó: Gloria Yamile Parra Marín
Profesional IV
Coordinador Sistema Integral de Gestión

Fecha: 7-Dic-2023