



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA PAZ
UNIPAZ

INFORME CONSOLIDADO DE AUDITORÍAS INTERNAS INTEGRALES
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA
CALIDAD
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA PAZ – UNIPAZ
VIGENCIA 2026

Elaboró: Ing. Johnny Javier Meza Jaraba.
Asesor de Rectoría

Revisó y aprobó: Cp. Carlos Augusto Marín Ortiz.
Jefe de Evaluación y Control de Gestión



SC5544-1



1. OBJETIVO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍAS

El objetivo del programa de auditorías internas de calidad es determinar el grado de conformidad del Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad - SIGAC del Instituto Universitario de la Paz -UNIPAZ-, con referencia al nivel de cumplimiento de los requisitos establecidos en el estándar NTC ISO 9001:2015, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), los requisitos establecidos por el cliente, la ley colombiana vigente, la normatividad interna de UNIPAZ, políticas y procedimientos internos, para efectos de proponer acciones de mejora, autogestión, autocontrol y autorregulación, que permitan el logro de los objetivos trazados por la institución y los diferentes procesos que integran el SIGAC.

2. DESCRIPCIÓN DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS AL SIGAC

2.1 Alcance

Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos por el cliente, la ley colombiana, el estándar NTC ISO 9001:2015, Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los establecidos en la normatividad interna de UNIPAZ; así como la efectividad de las medidas implementadas encaminadas a garantizar la mejora continua en cada uno de los procesos que conformen el Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad (SIGAC) de UNIPAZ.

2.2 Descripción de los procesos Evaluados:

No.	PROCESO	TIPO
1	Gestión Estratégica Institucional	Estratégico
2	Gestión de Formación	Misional
3	Gestión Recursos Físicos	Apoyo
4	Gestión Documental	Apoyo
5	Gestión de Bienestar Universitario	Apoyo
6	Gestión Financiera	Apoyo
7	Gestión Humana	Apoyo
8	Gestión Jurídica y Contratación	Apoyo
9	Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Apoyo



10	Gestión de Apoyo a la Formación	Apoyo
11	Gestión de Registro y Control Académico	Apoyo
12	Gestión de Aseguramiento de la Calidad	Evaluación

2.3 REQUISITOS EVALUADOS

2,3,1, Requisitos Generales y específicos evaluados:

- 4. Contexto de la organización
 - 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto
 - 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas
 - 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad
 - 4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos
- 5. Liderazgo
 - 5.1 Liderazgo y compromiso
 - 5.2 Política
 - 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización
- 6. Planificación
 - 6.1 Acciones Para Abordar Riesgos y Oportunidades
 - 6.2 Objetivos de la Calidad y Planificación para lograrlos
 - 6.3 Planificación de los cambios
- 7. Apoyo
 - 7.1 Recursos
 - 7.2 Competencia
 - 7.3 Toma de Conciencia
 - 7.4 Comunicación
 - 7.5 Información Documentada
- 8. Operación
 - 8.1 Planificación y Control Operacional
 - 8.2 Requisitos para los Productos y Servicios
 - 8.3 Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios
 - 8.4 Control de los Procesos, Productos y Servicios Suministrados Externamente
 - 8.5 Producción y Provisión del Servicio
 - 8.6 Liberación de los Productos y Servicios
 - 8.7 Control de las Salidas No Conformes
- 9. Evaluación del Desempeño
 - 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación
 - 9.2 Auditoría Interna
 - 9.3 Revisión por la Dirección
- 10. Mejora
 - 10.2 No Conformidad y Acción Correctiva
 - 10.3 Mejora Continua

2.3.2. Información documentada revisada:



- ✓ Análisis de contexto institucional.
- ✓ Se revisaron manuales, guías, procedimientos y formatos seleccionados de manera aleatoria, aplicables a los diferentes procesos y publicados en la Página Web Institucional en el link <http://www.unipaz.edu.co/ucalidadmapa.html>.
- ✓ Caracterización de los diferentes procesos
- ✓ Matrices de Riesgos por proceso
- ✓ Acciones adelantadas para la implementación y mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- ✓ Plan de Acción anual del proceso e informes de avance de su ejecución
- ✓ Normograma aplicable
- ✓ Cumplimiento de la normatividad vigente alusiva al proceso
- ✓ Medición y análisis de indicadores
- ✓ Planes de Mejoramiento cerrados
- ✓ Planes de Mejoramiento nuevos documentados.

2.4 METODOLOGÍA

El presente informe consolida el resultado del ejercicio para el año 2026 del ciclo de auditorías internas integrales correspondiente a la vigencia 2025. Este ciclo se adelantó por parte del equipo de Auditores Internos de UNIPAZ seleccionado para este fin. Se realizaron las auditorías internas integrales a los 12 procesos establecidos en el SIGAC durante el primer semestre de 2026; designando 2 auditores para cada caso (un auditor líder y un auditor acompañante).

Para llevar a cabo este proceso, se contó con un equipo auditor conformado por funcionarios con formación en el estándar NTC ISO 9001:2015 y auditoría interna; de acuerdo con el cronograma establecido para la realización del ciclo de auditorías.

Se evidenció un gran interés por parte de los auditados en profundizar conocimiento y manejo de las normas en mención; al igual que en la elaboración de los respectivos informes resultantes y sus correspondientes planes de mejoramiento.

Se formularon y enviaron los 12 planes de auditoría integral a los respectivos responsables de los procesos a auditar y de manera complementaria se realizó una capacitación previa con todos los integrantes del equipo auditor, sobre consideraciones específicas para los auditados. La oficina de Evaluación y Control de Gestión realizó una revisión a los 12 informes de auditoría, efectuando los ajustes del caso en materia de redacción de hallazgos, análisis de resultados, formulación de acciones correctivas y de mejora y conclusiones, para su posterior impresión y firma.

3. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORIA

Requisitos con mayor reporte de incumplimiento:

5.1 Liderazgo y compromiso



Algunos de los procesos presentan políticas desactualizadas o no las tienen establecidas y estas corresponden a aspectos fundamentales de normatividad institucional o de Ley y que deben garantizar el compromiso de la institución con el mantenimiento de políticas apropiadas, adecuadas, prácticas, funcionales y actualizadas con base en la normatividad legal e institucional vigentes.

6.1 Acciones Para Abordar Riesgos y Oportunidades

Algunos de los procesos no tenían debidamente actualizada su matriz de riesgos y oportunidades más representativos; ni su relación con el análisis de contexto.

7.5. Información Documentada

Continúa siendo el requisito con mayor grado de incumplimiento, ya que algunas dependencias y procesos evidencian documentos desactualizados, uso de documentos propios no incorporados al sistema, presencia de documentos obsoletos o desactualizados publicados en la página web institucional. También se presenta el uso de formatos con casillas incompletas o sin diligenciar.

8.1 Planificación y Control Operacional

Se incumplen algunas metas o actividades establecidas en los planes de acción o faltan algunas políticas importantes por implementar o por aprobar sus actos administrativos.

9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación

Algunos de los procesos presentan indicadores mal formulados, con metas muy difíciles de cumplir, otros con metas demasiado bajas y algunos miden aspectos no muy relevantes para una medición acertada que permita conocer el nivel real de desempeño del proceso.

10.2 No Conformidad y Acción Correctiva

Algunos procesos no adelantaron los respectivos análisis de causas para el tratamiento de las no conformidades reportadas en auditorías anteriores y de las acciones correctivas respectivas,

10.3 Mejora Continua

Algunos procesos no adelantaron las respectivas acciones correctivas y de mejora referentes al tratamiento de las no conformidades u observaciones reportadas en auditorías anteriores y que fueron consignadas en los correspondientes planes de mejoramiento. Algunos presentan acciones de mejora, pero no se encuentran documentadas en el respectivo formato para el caso.

Hallazgos generados por proceso:

A continuación, se da a conocer el informe consolidado de los hallazgos más relevantes como resultado del ciclo de Auditoría Internas para la vigencia 2026.

Analizados cada uno de los hallazgos y en concordancia con los criterios de auditoría, se establecieron 27 hallazgos, distribuidos en 25 observaciones (Hallazgos que de persistir pueden resultar en una situación que afecte el sistema) y 2 no conformidades menores (Ausencia parcial de un requisito establecido dentro del Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad), reportadas de la siguiente manera:

No.	PROCESO	REQUISITO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN
1	Gestión Estratégica Institucional		Observación	La revisión de la información documentada arrojó que algunos procedimientos y formatos del proceso requieren revisión y actualización para ajustarlos a la normatividad vigente. Por consiguiente, se recomienda la revisión con fines de actualización de los procedimientos y formatos del proceso de Gestión Estratégica Institucional.
2	Gestión Estratégica Institucional		Observación	En la revisión de la matriz de comunicaciones institucional, se encontró que falta la fecha de actualización de la misma, con el propósito de garantizar la trazabilidad histórica de este documento en su control adecuado de cambios.
3	Gestión de Formación		Observación	La revisión del procedimiento GFOR-ESC-P08, PROCEDIMIENTO PARA SELECCIÓN DE DOCENTES OCASIONALES Y HORAS CATEDRA, arrojó que este se encuentra desactualizado, considerando que el procedimiento no especifica el mecanismo mediante el cual se realiza la selección.



				docente (prueba de tablero, entrevista, etc.).
4	Gestión de Aseguramiento de la Calidad		Observación	El procedimiento P01 GACA-CCA-P01 Procedimiento para el control de información documentada, no establece que documentos requieren de actualización por autonomía del proceso y cuales deben ser aprobados por el Comité CIGDAC.
5	Gestión de Aseguramiento de la Calidad		Observación	El procedimiento P05 GACA-CCA-P05, Procedimiento para auditorías internas de calidad y SGSST, no establece las definiciones de los diferentes tipos de hallazgos que se pueden detectar en auditorias (No conformidad mayor, menor y observaciones).
6	Gestión de Recursos Físicos		Observación	Al verificar la información documentada disponible en la página web institucional, no se evidenció la publicación o disponibilidad de la Matriz de Riesgos y Oportunidades del proceso GRFI en el canal revisado. Esta situación limita la trazabilidad, consulta y seguimiento de las acciones definidas para abordar riesgos y oportunidades del proceso.
7	Gestión de Apoyo a la Formación	ISO 9001:2015 - Numeral 7.5.3 (Control de la información documentada)	No conformidad menor	Se evidenció que la información del Normograma de Gestión de Aseguramiento de la Calidad (GACA-CCA-F03) y la Matriz de Riesgos y Oportunidades (GEIN-PLA-F07) allegada para la auditoría no es la misma que se encuentra publicada en la página web institucional. Al no corresponder la información

				interna con la pública, se requiere actualizar la página web para garantizar la coherencia documental.
8	Gestión de Apoyo a la Formación		Observación	Al revisar las fichas técnicas y la matriz de indicadores (GACA-CCA-MI04), se evidencia la necesidad de reestructurar sus fórmulas, variables y metas. Es imperativo ajustar estos indicadores para garantizar que sean objetivos, claramente medibles y reflejen con exactitud la eficacia y los resultados esperados del proceso.
9	Gestión de Bienestar Universitario		Observación	Algunos documentos del proceso, como la caracterización del proceso o el procedimiento GBUN-BUN-P05, si bien fueron actualizados, no se realizó el seguimiento efectivo con los responsables del SIGAC para verificar su publicación oficial.
10	Gestión de Bienestar Universitario		Observación	En la revisión de los indicadores de gestión del proceso, se encontró que algunos de ellos, como el de Disponibilidad de espacios para el desarrollo de los programas de bienestar universitario, que incluye el número de convenios y alianzas que permitan el desarrollo de los programas de Bienestar Universitario, presentan una meta bastante alta y difícil de alcanzar para el proceso. Se recomienda revisar y ajustar la meta a la realidad actual del proceso para garantizar su cumplimiento a lo largo de la vigencia.

11	Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones		Observación	Se evidenció la oportunidad de actualizar la Matriz de Indicadores (G TIC-TIC-C07, versión 2 de 2018), debido al tiempo transcurrido desde su aprobación, con el fin de asegurar su alineación con los objetivos estratégicos y las necesidades actuales del proceso.
12	Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones		Observación	Se identificó la conveniencia de continuar con la actualización integral de los procedimientos GTIC-TIC-P02, GTIC-TIC-P03 y GTIC-TIC-P04, garantizando su coherencia con la evolución tecnológica, los cambios normativos y las prácticas institucionales vigentes.
13	Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones		Observación	Se encontró que el cumplimiento de algunas metas definidas para la vigencia 2026 depende de la articulación con otras áreas institucionales, por lo que resulta conveniente fortalecer los mecanismos de coordinación y seguimiento para el desarrollo oportuno de las actividades programadas.
14	Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones		Observación	Se observó la pertinencia de establecer revisiones periódicas de la caracterización del proceso (GACA-CCA-C07) y de sus instrumentos de gestión asociados, con el propósito de mantenerlos alineados con los cambios organizacionales, normativos y tecnológicos.
15	Gestión Humana		Observación	Se recomienda organizar la información documentada del proceso en carpetas independientes para cada etapa del ciclo PHVA y

				centralizar la información, con el fin de facilitar su consulta y disponibilidad al momento de la auditoria.
16	Gestión Humana		Observación	La matriz de riesgos y oportunidades del proceso no incluye un riesgo relacionado con el cumplimiento en la totalidad del plan de capacitaciones; lo cual permitiría asegurar el cumplimiento de las competencias en educación, formación y experiencia del personal institucional participante de las diferentes dependencias.
17	Gestión Humana		Observación	Se recomienda una revisión y actualización general de los indicadores del proceso, revisar las barras correspondientes a los gráficos y la periodicidad establecida para la medición de estos, ya que algunos presentan una frecuencia semestral y deberían medirse anualmente y viceversa.
18	Gestión Humana	10.3 Mejora Continua	No conformidad menor	No se evidencia el diligenciamiento del formato GACA-CCA-F07 Reporte de No conformidades, para el tratamiento de las no conformidades detectadas en la auditoria correspondiente a la vigencia inmediatamente anterior; lo cual afecta el establecimiento de acciones correctivas y de mejora para el proceso.
19	Gestión Jurídica y Contratación		Observación	Las acciones de mejora resultantes del plan de mejoramiento no se encuentran debidamente documentadas en el formato



				para el caso, es decir, GACA-CCA-F08 de Acción de mejora.
20	Gestión Jurídica y Contratación		Observación	Se recomienda fortalecer la matriz de riesgos y oportunidades incluyendo por lo menos una oportunidad más e incluyendo un riesgo relacionado con los términos de respuesta para Derechos de Petición y solicitudes de Información
21	Gestión de Registro y Control Académico		Observación	La oportunidad registrada como: “Utilizar las redes sociales para difundir las modalidades de crédito y becas que maneja la institución” se encuentra desactualizada. Con la entrada en del programa nacional de gratuidad, el volumen, necesidad de créditos y becas se redujo, dejando de ser pertinente las acciones planteadas frente al contexto institucional actual.
22	Gestión de Registro y Control Académico		Observación	El procedimiento vigente (Versión 8 de 2022) incorpora de manera expresa directrices y disposiciones operativas derivadas de la emergencia sanitaria por COVID-19. Se evidencia la necesidad de emitir una nueva versión que elimine disposiciones ya no aplicables al contexto institucional actual y consolide formalmente las prácticas institucionales vigentes (tales como la Política de Gratuidad, Semestre Diferencial UNIPAZ en tu Territorio).
23	Gestión Documental		Observación	Al verificar la información documentada disponible en la página web institucional, no se evidenció la publicación o disponibilidad de la Matriz de



				Riesgos y Oportunidades del proceso GRFI en el canal revisado. Esta situación limita la trazabilidad, consulta y seguimiento de las acciones definidas para abordar riesgos y oportunidades del proceso.
24	Gestión Financiera		Observación	La revisión del plan de acción 2025 se encontró que se recomienda organizar y centralizar mejor la información documentada del proceso, con el fin de facilitar su presentación al momento de la auditoria.
25	Gestión Financiera		Observación	La matriz de riesgos y oportunidades establece cinco riesgos pertinentes para el proceso. Sin embargo, se recomienda revisar y ajustar los controles establecidos, de manera que respondan efectivamente a mantener los riesgos bajo control y de igual manera, actualizarla en la página web institucional
26	Gestión Financiera		Observación	En la revisión documental realizada a la correspondencia generada por el proceso, se encontró que el formato de correspondencia que se utilizó en algunas cartas no utiliza adecuadamente la codificación establecida por el SIGAC para la correspondencia interna, ya que no referencia correctamente la abreviatura, el consecutivo y el año.
27	Gestión Financiera		Observación	En la revisión de las fichas de evaluación de los indicadores del proceso, se encontró que el indicador correspondiente a la gestión del recaudo no se cumplió y al revisar la plantilla



				respectiva, se observó que no se realizó el diligenciamiento correspondiente al análisis de posibles causas que derivaron en su incumplimiento. Se recomienda revisar y posiblemente modificar la meta con el fin de garantizar su cumplimiento en las mediciones futuras.
--	--	--	--	--

NOTA: Es importante resaltar que no se presentaron No conformidades mayores (Ausencia total de un requisito o reincidencia en no conformidades menores resultantes de auditorías anteriores, producto de no adelantar las acciones correctivas correspondientes).

A continuación, se describen los resultados de los hallazgos obtenidos, con su correspondiente análisis.

Número de hallazgos por Requisito

Los resultados de la evaluación realizada frente a los criterios de auditoría correspondientes a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, se relacionan a continuación, estableciendo así, una diferencia entre los requisitos del Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad (SIGAC) y la forma como se lleva a cabo por parte de la Institución. Estos hallazgos permiten identificar de manera específica las acciones correctivas y oportunidades de mejora que se requieren en algunos de los procesos.

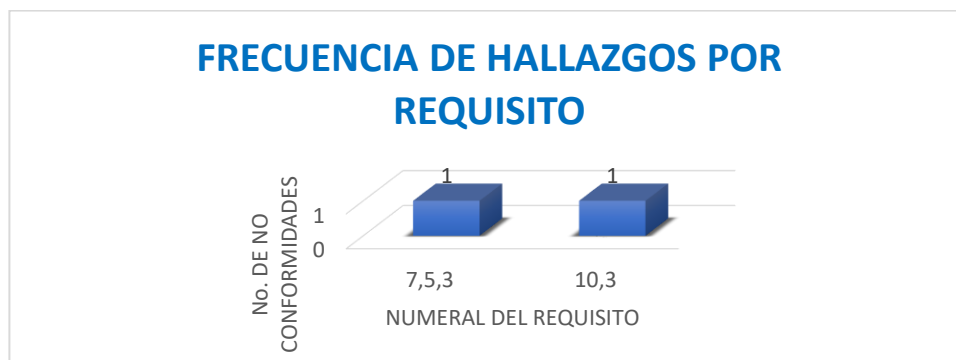


Figura 1. Descripción de número de hallazgos por requisito.

De la relación de no conformidades detectadas en la evaluación a la luz del estándar NTC ISO 9001:2015; se puede concluir que está representado en el numeral 7.5 Información Documentada, específicamente en lo referente a los numerales 7.5.2 Creación y Actualización y 7.5.3 Control de la Información Documentada; ya que fueron estos los que se presentaron en la mayoría de procesos auditados; tal como se describe en cada uno de los informes de auditoría; por cuanto este deberá ser uno de los puntos prioritarios para adelantar acciones correctivas y de mejora durante la siguiente vigencia. Las fallas en este requisito obedecen principalmente al uso de documentos desactualizados, uso de

documentos propios no incorporados al sistema, presencia de documentos obsoletos o desactualizados publicados en la página web institucional y al uso de documentos con casillas incompletas o sin diligenciar.

Finalmente, se encuentra el numeral 10.3 Mejora Continua, ya que algunos procesos no adelantaron las respectivas acciones correctivas y de mejora referentes al tratamiento de las no conformidades u observaciones reportadas en auditorias anteriores y que fueron consignadas en los correspondientes planes de mejoramiento. Algunos presentan acciones de mejora, pero no se encuentran documentadas en el respectivo formato para el caso, es decir, el formato GACA-CCA – F08.

En la gráfica se observa que las no conformidades se presentan en los requisitos relacionados con el control de la Información Documentada, con un 50% (1 de 2 no conformidades) y Mejora Continua, con el 50% restante.

Se recomienda concentrar en estos numerales los esfuerzos para identificar y eliminar la causa raíz de las no conformidades encontradas, mediante la puesta en marcha de planes de mejoramiento transversales y que dispongan de los recursos necesarios para asegurar su mitigación de manera eficaz. Es importante aclarar que, aunque en la gráfica se puede identificar una mayor incidencia en algunos requisitos, esto no quiere decir que sea el único criterio para el establecimiento de acciones correctivas y de mejora que garanticen su mitigación definitiva; ya que ciertos numerales con una frecuencia menor, también pueden presentar un impacto significativo en los procesos afectados.

Por lo tanto, es de gran importancia resaltar que cada proceso debe realizar planes de mejoramiento con acciones correctivas claras, concretas, prácticas y funcionales para todas las no conformidades detectadas y revisar las observaciones para definir si son fuente para la aplicación de acciones de mejora y documentarlas en el registro establecido para tal fin.

Nº. De Hallazgos por Proceso



Figura 2. Descripción de Número de hallazgos por proceso
Descripción de hallazgos por proceso

Una vez totalizados los hallazgos y en concordancia con los criterios de auditoría, se establecieron 25 observaciones que representan un 92.6% de los hallazgos y 2 no conformidades, que representan el 7.4%, para un total de 27 hallazgos; los cuales se muestran en el siguiente gráfico:

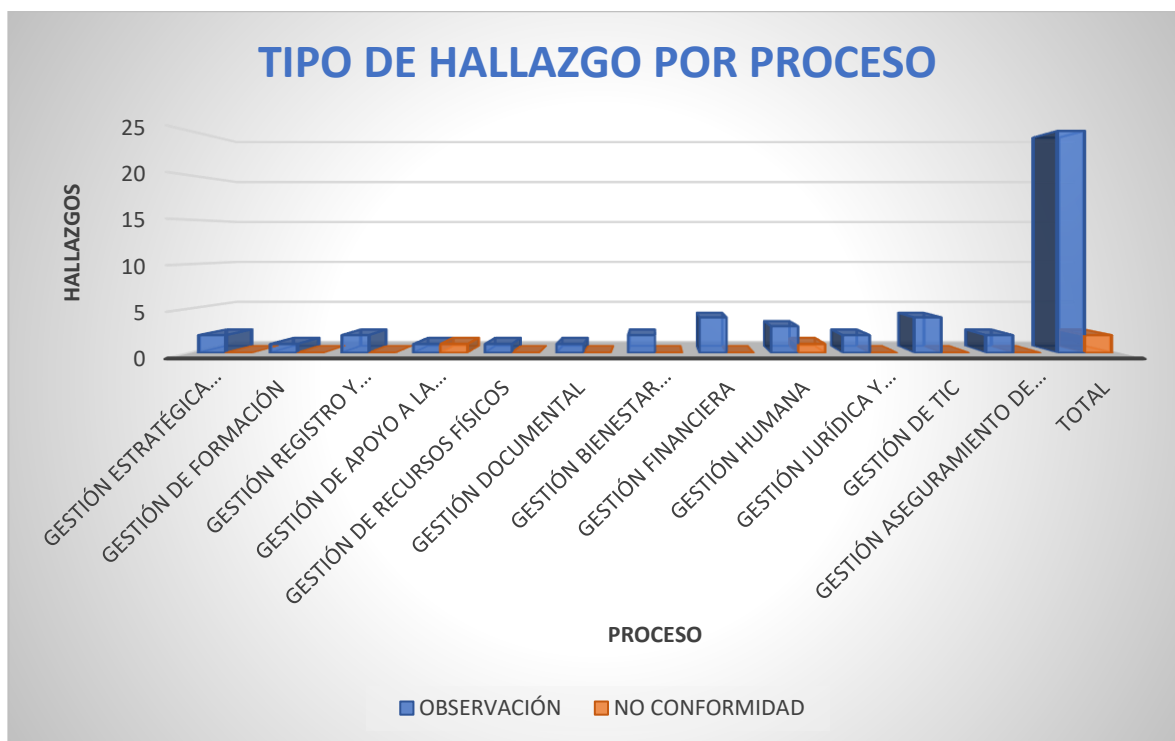


Figura 3. Descripción de hallazgos por proceso

La distribución del número de hallazgos por proceso es relativamente uniforme entre los procesos que conforman el SIGAC. Por lo cual se recomienda prestar especial atención a estos procesos; con el fin de adelantar las respectivas acciones correctivas; tales como capacitar a su personal y sensibilizarlos acerca de la importancia de adoptar acciones correctivas efectivas, concretas, prácticas y funcionales, que garanticen la mitigación definitiva de las posibles causas y establezcan actividades que representen la apropiación de la cultura de la mejora continua que se pretende lograr desde la política y objetivos de calidad.



Figura 4. No. De No conformidades por proceso

4. EVALUACIÓN DE AUDITORES

Los auditados evaluaron el desempeño de los auditores, utilizando el registro establecido por el SIGAC para el caso. Este se consolidó y se obtuvo una calificación entre bueno y excelente. Como aspecto por mejorar se estableció la entrega oportuna de los informes.

5. INDICADORES DEL CICLO DE AUDITORIA

- **Porcentaje de Ejecución de Auditorias: 100%**
Todos los planes de auditoria se ejecutaron.
- **Eficiencia en el recurso humano de las Auditorias: 100%**
Todos los auditores capacitados realizaron auditorías.

6. FORTALEZAS

1. El compromiso de la alta dirección de la organización respecto al mejoramiento permanente del Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad (SIGAC), su actualización y perfeccionamiento; asumiendo las funciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño; constituyendo el Comité Institucional de Gestión, Desempeño y Aseguramiento de la Calidad (CIGDAC) y su reconocimiento como herramienta articuladora entre las funciones administrativas y académicas, siendo fundamental para mejorar la funcionalidad, diligencia y calidad en la prestación del servicio; además de garantizar la satisfacción del cliente y el



crecimiento de la organización, evidenciado por su participación activa, permitiendo la adaptación institucional a las fluctuaciones del mercado, la globalización y las variaciones en las tendencias de formación en educación superior.

2. El fortalecimiento en los canales de participación hacia los stakeholders, estamentos constituyentes de la comunidad académica y comunidad en general mediante su trabajo participativo en la actualización del análisis del contexto, definición y actualización de partes interesadas, formulación de las estrategias y su alineación con los objetivos de la Institución, la asignación de incentivos para docentes y personal administrativo, fortalecimiento de las competencias del personal institucional en formación asistida por las TIC y mejoramiento de la plataforma Avapaz, lo que permite evidenciar la proyección y compromiso hacia la mejora continua y la satisfacción de las partes interesadas a través del contacto a distancia.
3. Alto nivel de compromiso y sentido de pertenencia e interés por parte de los responsables de proceso en la formulación de acciones de mejora propias para los procesos e interiorización de la cultura del aseguramiento de la calidad.
4. El enfoque del sistema de gestión a nivel integral lo cual les facilita el alineamiento, interacción y cumplimiento de los requerimientos legales aplicables a la Institución.
5. La actitud del personal hacia la auditoria y el equipo auditor, el nivel de participación lo cual evidencia el compromiso y empoderamiento hacia la mejora del SIGAC y por consiguiente, hacia el desempeño de la institución.

7. ASPECTOS POR MEJORAR

- a) Se recomienda continuar con la campaña de sensibilización con todo el personal institucional acerca de la importancia del control de la información documentada, especialmente en lo referente a la actualización y correspondencia entre lo que reposa en los archivos físicos y lo que se publica en la página web institucional, la completitud de los documentos y registros archivados y el uso de documentos sin incorporar al SIGAC; ya que sigue siendo uno de los hallazgos más comunes encontrados durante el presente ciclo de auditorías.
- b) Concientizar a los responsables de proceso sobre la importancia de documentar las acciones de mejora que detecten en sus procesos en el formato establecido para el caso, GACA-CCA-F07 Acciones de Mejora, y que aprendan a utilizar los resultados de la medición de los indicadores de gestión para apoyar la toma de decisiones que deriven en acciones de mejora concretas, prácticas, funcionales y efectivas para sus procesos.
- c) Sensibilizar a los responsables de proceso sobre la importancia de trabajar bajo el enfoque orientado hacia la gestión del riesgo, en especial sobre la importancia de



SC5544-1



realizar seguimiento a la eficacia de los controles establecidos en las matrices de riesgos y de la importancia de enlazar la gestión de riesgos con el análisis de contexto y el establecimiento de las partes interesadas y la determinación de sus necesidades y expectativas.

- d) Capacitar a los responsables de proceso sobre la importancia del análisis y evaluación de los indicadores de gestión en los diferentes procesos; en especial en lo referente al establecimiento de las metas, de tal manera que estas sean alcanzables, medibles, demostrables y ambiciosas y permitan al responsable del proceso tomar decisiones orientadas hacia la mejora continua de los diferentes procesos que conforman el SIGAC.

8. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

La Gestión de Riesgos representa una herramienta importante para el trabajo de auditoría interna desde la fase de planeación y de manera transversal a cada uno de los componentes del ciclo PHVA propio de los diferentes procesos; por cuanto implica la identificación, valoración, tratamiento, seguimiento y control de estos para establecer controles que deriven en acciones preventivas que reduzcan su posible manifestación o mitiguen los que se materialicen. Con base en esto, dentro de las etapas de auditoría al Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad, se revisaron las matrices de riesgos asociados al desarrollo de las diferentes actividades abordadas desde cada proceso y el nivel de afectación que estos pueden presentar para el logro de los objetivos planteados.

Adicionalmente, se revisó la eficacia de los controles establecidos por los responsables de proceso, encaminados hacia la mitigación de los riesgos consignados en las matrices de sus respectivos procesos. Se determinó la realización de tres revisiones por año, con el propósito de evaluar la eficacia de los controles establecidos para cada riesgo.

La revisión del estado de los riesgos establecidos en cada proceso, a junio 30 de 2026, arrojó el siguiente resultado:

PROCESO	ACEPTABLE	TOLERABLE	MODERADO	IMPORTANTE	INACEPTABLE	TOTAL DE RIESGOS
Gestión Estratégica Institucional		7				7
Gestión de Formación		8				8
Gestión Registro y Control Académico	4	2				6
Gestión de Apoyo a la Formación	3	4				7
Gestión Documental	1	4	1			6
Gestión de Tecnologías de la		3	2			5



Información y las Telecomunicaciones						
Gestión Bienestar Universitario	4	3				7
Gestión Financiera	4	1	1			6
Gestión Humana	1	3	1			5
Gestión Jurídica y de Contratación		6				6
Gestión de Recursos Físicos	2	3	2	1		8
Gestión de Aseguramiento de la Calidad	3	4				7
TOTAL	22	48	7	1	0	78
TOTAL %	28%	62%	9%	1%	0%	100%

Como se puede apreciar la tabla anterior, la gran mayoría de los riesgos establecidos en los 12 procesos que integran el SIGAC se encuentran en la zona tolerable (62%); es decir, son riesgos que a la fecha se encuentran totalmente bajo control, lo cual permite al responsable del proceso asumir o reducir el riesgo, ya que su probabilidad de ocurrencia es baja, improbable o poco posible y su impacto es insignificante o menor; es decir, el riesgo se encuentra en un nivel que puede aceptarse sin necesidad de adoptar medidas de control adicionales a las que actualmente se poseen.

A continuación, se encuentran los riesgos evaluados en la zona aceptable, con un 28% y este grupo representa los riesgos con mínima o nula probabilidad de ocurrencia e impacto insignificante o menor, es decir, estos riesgos se encuentran en un nivel que puede aceptarse sin necesidad de adoptar medidas de control adicionales a las que ya se poseen, al igual que los de la zona tolerable.

En su orden, el siguiente grupo, se encuentran en la categoría de riesgo moderado, con un 9%, en la cual se recomienda evitar o reducir el riesgo, ya que se deben tomar medidas para llevar en lo posible los riesgos a la zona aceptable.

Es importante destacar que no se presentaron riesgos evaluados en la zona inaceptable y solo un 1% se encuentran en la categoría de riesgo importante; lo cual permite establecer que en su gran mayoría los riesgos presentes en el sistema se encuentran bajo control y que sus controles han resultado eficaces para mantenerlos bajo control y reducen al mínimo sus probabilidades de ocurrencia y materialización.

9. CONCLUSIONES

1. Se identificaron un total de 2 No conformidades asociadas a los 12 procesos que conforman el Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad y 25 Observaciones, para un total de 27 hallazgos; lo cual representa un indicador del nivel de crecimiento, evolución y madurez del SIGAC; ya que se redujo el número de no conformidades menores y observaciones presentadas, con referencia a los ciclos de auditoria inmediatamente anteriores.
2. Las 2 No conformidades detectadas en el presente ciclo de auditorías correspondiente a la vigencia 2026 se presentaron en los procesos de Gestión Humana y de Apoyo a la Formación; lo cual permite establecer que debe prestarse especial atención y seguimiento a estos procesos y facilitarles acompañamiento y capacitación para que adopten las acciones correctivas y de mejora necesarias para mitigar definitivamente las causa que motivaron las no conformidades, mediante el uso de herramientas de análisis de causa raíz, como son el diagrama de Ishikawa o de la espina de pescado y el de los 5 porqués.
3. Una de las no conformidades detectadas en el presente ciclo de auditorías, al igual que buena parte de las observaciones, corresponden al numeral 7.5 Información Documentada, específicamente en lo referente a los numerales 7.5.2 Creación y Actualización y 7.5.3 Control de la Información Documentada. Las fallas en este requisito obedecen principalmente al uso de documentos desactualizados, uso de documentos propios no incorporados al sistema, presencia de documentos obsoletos o desactualizados publicados en la página web institucional y al uso de documentos con casillas incompletas o sin diligenciar.
4. La otra no conformidad, al igual que varias observaciones altamente presentes, corresponde al 10.3 Mejora Continua, ya que algunos procesos no adelantaron las respectivas acciones correctivas y de mejora referentes al tratamiento de las no conformidades u observaciones reportadas en auditorias anteriores y que fueron consignadas en los correspondientes planes de mejoramiento. Algunos presentan acciones de mejora, pero no se encuentran documentadas en el respectivo formato para el caso, es decir, el formato GACA-CCA – F08.
5. Es importante resaltar el alto nivel de compromiso con el Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad (SIGAC), por parte de la alta dirección de la Institución y responsables de proceso; lo cual ratifica el reconocimiento del SIGAC como herramienta administrativa fundamental para la mejora de la satisfacción del cliente y el crecimiento de la organización, la articulación entre las funciones académicas y administrativas y el mejoramiento en la capacidad de respuesta institucional frente a las necesidades y expectativas de sus partes interesadas.
6. UNIPAZ ha venido adelantando acciones orientadas a la modernización y fortalecimiento de la gestión académico-administrativa, mediante la implementación de herramientas tecnológicas, aplicativos y estrategias de transformación digital que contribuyen a optimizar la administración de la información y el seguimiento de los



procesos institucionales, como por ejemplo, la implementación del sistema de información “UNIPAZ EN CIFRAS”, el cual representa un avance significativo en la capacidad de respuesta institucional y el aumento en la confiabilidad de la información institucional; ya que permite la posibilidad de acceder a las estadísticas más importante de la institución en tiempo real; lo cual repercute en una mayor confianza en la calidad de la información generada desde las diferentes dependencias frente a los principales stakeholders de UNIPAZ y ante la comunidad en general.

7. La persistencia en la presencia de hallazgos relacionados con fallas en el control de la información documentada deja clara la necesidad de fortalecer la campaña de sensibilización a los responsables de proceso acerca de la importancia de mantener actualizados y correctamente diligenciados los documentos del proceso; tanto en físico como mantener actualizadas las versiones que se publican en la página web institucional. De igual manera, se debe concientizar a Los funcionarios (docentes y administrativos) para evitar el uso de documentos desactualizados o no incorporados al SIGAC.
8. La mayoría de los responsables de proceso organizan las diferentes actividades establecidas por los distintos procesos en carpetas correspondientes a los componentes del PHVA; es decir Planear, Hacer, Verificar y Actuar. Esto facilita en gran manera el proceso auditor, ya que permite tener a la mano la información solicitada por el auditor en la revisión de cada etapa del ciclo PHVA.
9. Las metas establecidas en los planes de acción de los procesos integrantes del SIGAC son en su gran mayoría pertinentes con la misión, la visión, el Plan de Desarrollo Institucional (PDI), el Proyecto Educativo institucional (PEI), el Plan de Gestión del Rector (PGR), los objetivos institucionales y la política y objetivos de calidad; lo cual permite cumplir con los objetivos institucionales y de procesos y consolidar entre la comunidad académica la cultura de la planeación.
10. En su mayoría, los procesos que integran el SIGAC presentan una matriz con indicadores bien fundamentados y útiles como herramienta para la toma de decisiones y para el establecimiento de acciones de mejora pertinentes y eficaces para los procesos. Sin embargo, existen algunos indicadores con metas muy altas, muy bajas o sin variación representativa en las últimas mediciones lo cual dificulta su logro o no aportan nada hacia la toma de decisiones encaminadas a la formulación de oportunidades de mejora significativas para los diferentes procesos.
11. La revisión y actualización de las matrices de riesgo y oportunidades establecidas en los procesos que conforman el SIGAC, permitió identificar los riesgos más representativos en materia de gestión administrativa; al igual que la valoración de su probabilidad e impacto, el establecimiento de controles apropiados mediante acciones preventivas que garanticen su eficacia para mantener los riesgos bajo control.

12. El análisis de riesgos realizado a las matrices de riesgos y oportunidades permite concluir que la gran mayoría de los riesgos se encuentran en la zona tolerable (62%), es decir, son riesgos totalmente bajo control y con muy baja probabilidad de ocurrencia; al igual que los de la zona aceptable (28%); lo cual permite al responsable del proceso asumir o reducir el riesgo, ya que su probabilidad de ocurrencia es rara, improbable o poco posible y su impacto es insignificante o menor; es decir, la gran mayoría de los riesgos se encuentran en un nivel en el que pueden aceptarse o no requieren adoptar medidas de control adicionales a las que actualmente se poseen.
13. En su orden, el siguiente grupo de riesgos se encuentran en la categoría de riesgo moderado, con un 9%, en la cual se recomienda evitar o reducir el riesgo, ya que se deben tomar medidas para llevar en lo posible los riesgos a la zona aceptable. Es importante destacar que no se presentaron riesgos evaluados en la categoría inaceptable (zona de materialización plena del riesgo) y solo un 1% se encuentran en la categoría de riesgo importante, lo cual permite establecer que, en su gran mayoría, los riesgos presentes en el sistema se encuentran bajo control y que sus controles son eficaces para mantenerlos bajo control y reducen al mínimo sus probabilidades de ocurrencia y materialización.

10. RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos encontrados dentro del desarrollo del ciclo de auditorías correspondiente a la vigencia 2026, como en los resultados de la revisión general a los diferentes procesos, se recomienda:

1. Fortalecer la campaña de sensibilización con los responsables de proceso y personal docente y administrativo, acerca de la importancia de mantener actualizados y correctamente diligenciados los documentos del SIGAC; tanto en físico como mantener actualizadas las versiones que se publican en la página web institucional. De igual manera, se debe concientizar a los funcionarios (docentes y administrativos) para evitar el uso de documentos desactualizados o no incorporados al SIGAC.
2. Garantizar que el SIGAC logre sus resultados previstos, aumentando los efectos deseables, a través de la prevención o reducción de los efectos no deseados para fortalecer la cultura de la calidad y de la mejora continua, a través de nuevas prácticas, servicios, soluciones tecnológicas, el establecimiento de convenios interinstitucionales, alianzas estratégicas y aprovechamiento de las diferentes oportunidades para atender las necesidades cambiantes propias del entorno institucional; fortalecer el portafolio de servicios y mejorar la capacidad de respuesta de UNIPAZ frente a la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus partes interesadas.
3. Incluir en las matrices de riesgos las oportunidades que faciliten la identificación de beneficios con alto impacto en la relación Costo-Beneficios (eficacia y eficiencia), establecer causas, controles y valoración (costo impacto) y seguimientos periódicos. De igual manera, se recomienda la inclusión de más oportunidades en dichas matrices, ya que en algunos procesos son muy escasas.
4. Fortalecer las estrategias de sensibilización por parte de los jefes de dependencia y responsables de proceso, con el apoyo y participación de los líderes del equipo auditor y la oficina de Evaluación y Control de Gestión, con el fin de que la totalidad del personal apropie los lineamientos de planeación estratégica y operativa; al igual que todo lo referente al PHVA de los procesos que conforman el Sistema Integrado de Gestión y Aseguramiento de la Calidad y por consiguiente, que este tema se incluya en el proceso de inducción y reinducción al personal docente, administrativo y de promoción a otros cargos.
5. Concientizar al personal docente y administrativo acerca de la importancia del análisis de datos, formulación y evaluación adecuada de indicadores, de manera que les facilite a los responsables de proceso la toma oportuna de decisiones que deriven en acciones de mejora concretas, prácticas, funcionales y eficaces en cada proceso.



SC5544-1



6. Sensibilizar al personal administrativo y docente de cada proceso sobre la importancia de mantener los riesgos controlados mediante el establecimiento de controles eficaces y a través del establecimiento de acciones preventivas que eviten su materialización, permitan su mitigación y faciliten la toma de conciencia acerca de la importancia de realizar seguimientos periódicos a los controles establecidos para garantizar su eficacia y su evolución y actualización permanentes en relación con el análisis de contexto respectivo en cada proceso.
7. Fomentar el desarrollo e implementación de estrategias que promuevan la autogestión, autorregulación y autocontrol, por parte de los responsables de proceso, jefes de dependencias y personal involucrado en cada proceso.
8. Disponer los recursos físicos, tecnológicos, financieros y humanos necesarios para implementar las acciones correctivas y de mejora derivadas de los hallazgos establecidos en los informes de auditoría y plasmadas en los respectivos planes de mejoramiento; para así garantizar el mantenimiento de la cultura de la calidad por parte de todos los estamentos que conforman la comunidad académica (estudiantes, docentes, egresados, administrativos y directivos) y orientados hacia la adecuada prestación del servicio misional y la mejora continua como premisa de operación institucional para el alcance de la excelencia académica.