

Contenido

Contenido

1. Datos Generales de la Auditoría:.....	2
2. Objetivos de la auditoría:	3
3. Alcance de la Auditoría:.....	4
4. Criterios de la Auditoría:	4
5. Equipo Auditor:.....	5
6. Procesos auditados:.....	7
7. Ejecución de la Auditoría bajo el ciclo PHVA:.....	8
Proceso de Auditoría-Ciclo PHVA	8
Beneficios de la auditoría para la Institución:.....	8
Compromisos de los Líderes de los Procesos:	9
8. Fortalezas:	10
9. No conformidades:	12
10. Aspectos por Mejorar:	13
11. Evaluación de la auditoría:	18
12. Aspectos por destacar.....	19
13. Recomendaciones:.....	25
14. Conclusiones.....	27

Fecha del informe: 20 de mayo de 2026

Fecha de la auditoría: El proceso auditor se cumplió del 13 de abril al 15 de mayo de 2026 incluyendo el cierre definitivo.

Auditoría Interna N.º: 006-2026

1. Datos Generales de la Auditoría:

El Programa Anual de Auditorías para la vigencia 2026, tiene establecido para su desarrollo una estructuración que parte de los objetivos institucionales, un alcance establecido normativamente, al igual que una necesaria verificación de los riesgos, toda vez que las auditorías internas están basadas en riesgos. Aunado a lo anterior, se tienen en cuenta las normas ISO 9001-2015, 21001-2018, normas que establecen los Sistemas de Gestión para Organizaciones Educativas; lo cual ofrece todas las herramientas necesarias para gestionar de forma común a las organizaciones educativas acogidas de manera voluntaria por la institución.

De igual forma, se tiene dentro del alcance de la auditoría por primera vez lo contenido en la norma ISO 45001-2018, relacionada con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST; esta es una norma internacional que especifica los requisitos para un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SST). Su objetivo principal es ayudar a las organizaciones a proteger a sus trabajadores y visitantes de accidentes y enfermedades laborales, mejorando así su desempeño en materia de SST. Lo anterior, en procura de lograr la certificación respectiva bajo la citada norma.

Dentro del Programa Anual de Auditoría de 2026, aprobado por el comité institucional de control interno - CICCI el 16 de diciembre de 2025, mediante acta No.005- 2025, modificado mediante CICCI 001 del 26 de febrero de 2026, se encuentra contemplada la Auditoría Interna Integral e Institucional 2026.

Como aporte a la Gestión del Conocimiento, se llevó a cabo conforme a los lineamientos establecidos durante el mes de marzo la capacitación bajo la certificación del “Programa de formación de auditor interno en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo NTC ISO 45001:2018 y Gestión Estratégica del Proceso de Auditoría” por parte del ICONTEC, en lo relacionado con el procedimiento para el desarrollo de auditorías internas, el análisis documental para su desarrollo, normas a considerar en la ejecución, redacción de hallazgos de auditoría, lenguaje claro y los tiempos de desarrollo de la misma así:

13 al 24 de abril 2026	Planeación de la Auditoría por parte de cada equipo auditor.
27 abril al 8 de mayo 2026	Ejecución de la Auditoría
11 al 15 de mayo de 2026	Entrega de informe de Auditoría por parte de cada equipo auditor.
19 al 21 de mayo de 2026	Entrega de informe final de auditoría

Para la ejecución de la auditoría, se llevó a cabo reunión general de apertura el día 13 de abril de 2026, en la cual se determinaron las reglas de juego para iniciar el proceso de auditoría, socializando cuáles serían los equipos de trabajo y el proceso al cual practicarían la auditoría, se determinaron los elementos que debe contener el hallazgo y la importancia de basar la auditoría en tres pilares fundamentales, esto es: respeto, empatía y comunicación asertiva. Igualmente, se desarrolló la reunión de cierre el día 14 de mayo, en la cual se habló de los aspectos generales evidenciados en la auditoría para cada uno de los procesos, se determinó la importancia de brindar un espacio de controversia a los líderes de proceso con el objetivo de garantizar el derecho de contradicción y determinar si las situaciones evidenciadas se configuraban en una no conformidad o aspecto por mejorar o si por el contrario se desvirtuaba lo evidenciado por el equipo auditor.

Todos los procesos institucionales contenidos en el Sistema de Gestión Integral-SGI fueron auditados; los resultados de estos se encuentran en la plataforma G+, herramienta con la que cuenta la Institución para el seguimiento y registro de todas las actividades que se realizaron.

2. Objetivos de la auditoría:

- Verificar la conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de las normas aplicables.
- Evaluar la eficacia de los procesos y controles implementados.
- Identificar oportunidades de mejora y fortalezas institucionales.
- Apoyar la preparación de la entidad para la certificación en ISO 45001:2018.

3. Alcance de la Auditoría:

El proceso Auditor vinculó los procesos de niveles jerárquicos definidos en el mapa de procesos, el Sistema de Gestión Integral-SGI y en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia 2026, así:



Es de aclarar, que se contempló la verificación de cumplimiento de todos los procesos, de la normatividad aplicable y el ajuste a cada uno de los ejes misionales de la institución.

4. Criterios de la Auditoría:

Para la ejecución de la Auditoría Interna SGI los criterios utilizados corresponden a las normas vigentes aplicables, internas y externas, que se articulan para cada proceso auditado del Sistema de Gestión Integral-SGI, entre estas tenemos:

- Ley 30 de 1992, Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior.
- Ley 80 de 1993, Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Ley 115 de 1994, Por la cual se expide la Ley General de Educación.
- Ley 1188 de 2008, Por la cual se regula el registro calificado de programas de educación superior y se dictan otras disposiciones.

- Decreto 1499 de 2017, Por medio del cual se modifica el Decreto [1083](#) de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- NTC-ISO 9001:2015, numeral 9,2 hace referencia a las auditorías internas y las describe como una herramienta básica de la etapa de verificación de los ciclos de la mejora continua-PHVA (Planificar–Hacer–Verificar–Actuar).
- NTC-ISO 21001:2018, Sistemas de Gestión para Organizaciones Educativas
- NTC-ISO 45001.2018, Sistemas de Gestión y Seguridad en Salud en el trabajo
- Decreto 1330 de 2019, Por el cual se sustituye el Capítulo [2](#) y se suprime el Capítulo 7 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación.
- Requisitos legales aplicables en materia de educación superior, ambiental entre otros.
- Decreto 1330 de 2019. "Por el cual se sustituye el Capítulo [2](#) y se suprime el Capítulo 7 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación".

Como ejes dinamizadores del Sistema de Gestión Integral-SGI, los requisitos aplicables al proceso y definidos en su caracterización, así como los demás requisitos asociados al Sistema de Gestión Integral-SGI, requisitos de la Institución: Manuales, políticas, procedimientos, fichas técnicas de los servicios, fichas técnicas de los indicadores, riesgos, formatos y demás documentos del Sistema de Gestión Integral- SGI implementado.

5. Equipo Auditor:

El equipo articulado para la ejecución del proceso auditor realizado en la vigencia 2026, fue integrado por funcionarios que laboran dentro de la Institución y que tienen su certificación como Auditores, a los que se sumaron los funcionarios capacitados en normas ISO 21001 – 2018, 9001- 2015 y 45001- 2018, dentro de la misma institución. Se seleccionaron los perfiles para la evaluación de cada proceso teniendo en cuenta la idoneidad y experiencia de los líderes de cada equipo auditor, evitando que su quehacer cotidiano corresponda o tenga incidencia en el proceso que le corresponde auditar, desestimando la configuración de conflicto de intereses.

AUDITOR	ROL DE AUDITOR
RAQUEL MARTÍNEZ MORALES	LÍDER
Brigitte Nathalie Ortiz Londoño	ACOMPañANTE
Evis Liceth Vargas Barrios	ACOMPañANTE
Daniel Álvarez Arango	ACOMPañANTE
CAROLINA AGUDELO BEDOYA	LÍDER
Diego Andrés Angulo Ramos	ACOMPañANTE

Cristina García Mejía	ACOMPAÑANTE
Carlos Mario Giraldo	ACOMPAÑANTE
Clara Lia Bustamante Ortíz	ACOMPAÑANTE
DANIELA MARÍA PINTO	LÍDER
Luisa Fernanda Yepes García	ACOMPAÑANTE
Diana María Veléz Veléz	ACOMPAÑANTE
Hernan Alberto Cuervo	ACOMPAÑANTE
NATALIA ANDREA ECHEVERRY	LÍDER
Arturo Jose Coronado Toro	ACOMPAÑANTE
Desiderio Cano Martinez	ACOMPAÑANTE
Liliana Giraldo Cadavid	ACOMPAÑANTE
JORGE HUMBERTO MONTOYA	LÍDER
Juan Sebastián Martínez Marulanda	ACOMPAÑANTE
Andrés Alberto Bohorquez Ramírez	ACOMPAÑANTE
SERGIO ÁNDRES VALENCIA ROJAS	LÍDER
Claudia Patricia Sánchez	ACOMPAÑANTE
Víctor Hugo Ramirez Álvarez	ACOMPAÑANTE
CAMILO ANDRÉS RESTREPO MONTOYA	LÍDER
Magda Beatriz Diaz Gutiérrez	ACOMPAÑANTE
Ruth Veronica Muriel Lopez	ACOMPAÑANTE
GLORIA STELLA SANCHEZ	LÍDER
Ana María de Ossa	ACOMPAÑANTE
ALEXANDER MEJÍA HURTADO	LÍDER
Beatriz Adriana Escobar González	ACOMPAÑANTE
Johan Alexander Álvarez Agudelo	ACOMPAÑANTE
Oscar Humberto Morales Arroyave	ACOMPAÑANTE
Catalina Flórez García	ACOMPAÑANTE
Vicente Fabian largo	ACOMPAÑANTE
Sara Aguilar	ACOMPAÑANTE
DIANA PILAR JIMENEZ BEDOYA	LÍDER
Marcela Arrubla Madrigal	ACOMPAÑANTE
Nora Elena Cardona Ángel	ACOMPAÑANTE
HAROLD ALFREDO ESQUIVEL	LÍDER
Jorge Andrés Dapena	ACOMPAÑANTE
GEORGE EDWIN PORTELA	LÍDER

6. Procesos auditados:

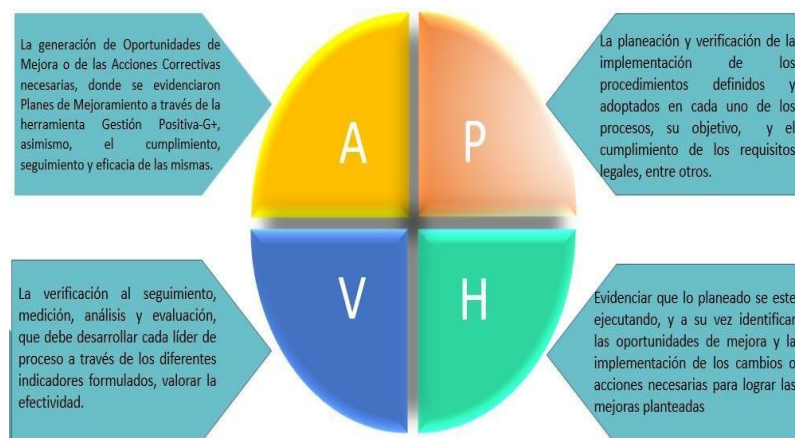
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO (SST)
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS (Tesorería, Contabilidad, Presupuesto, Oficina Servicios Generales, Oficina de Jurídica, Oficina apoyo financiero)
EXTENSIÓN EMPRESARIAL, PROYECCIÓN SOCIAL Y CONSULTORIO empresariales, Centro de Consultoría Empresarial, Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación, Consultorio Psicológico-facultad de ciencias sociales, humanas y educación, Oficina de Egresados, Escuela de Idiomas, Consultorio Matemático-oficina ciencias básicas, Laboratorio LEO-oficina de humanidades)
BIENESTAR INSTITUCIONAL (Arte y cultura, deporte y recreación, promoción y prevención, desarrollo humano, Oficina Equidad e Inclusión, apoyo socio económico y permanencia y Transversalidad con TH-Programas)
GESTIÓN TECNOLÓGICA (Soporte técnico, y salas de Informática, bases de datos, redes, servidores y mesa de servicios)
INVESTIGACIÓN Grupos de investigación (lideres), semilleros de investigación (coordinadores), comité central de investigación, centro de investigación y consultoría
DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL (oficina de proyectos)
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (ORI-Oficina de Relaciones Institucionales, ventanilla única, PQRS, gestión documental).
DOCENCIA Docencia-Facultad de Ciencias Empresariales (Laboratorio financiero) -Facultad de Ciencias Sociales, Humanas y Educación-Facultad de Ingeniería (Laboratorios de Ingeniería)-Facultad de Ciencias Jurídicas y Política-Posgrados: Especializaciones
APOYO A LA GESTIÓN ACADÉMICA (Servicios de Biblioteca, admisiones y registro, sala de informática)
MEJORAMIENTO CONTINUO
EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

7. Ejecución de la Auditoría bajo el ciclo PHVA:

La ejecución del ciclo PHVA dentro del proceso auditor, ha permitido la verificación de los requisitos normativos e institucionales en el desarrollo de la misión de la Institución, teniendo en cuenta lo siguiente:

- La planeación consignada en las caracterizaciones de los procesos y los procedimientos definidos y la implementación o ejecución de estos.
- La verificación al seguimiento, medición, análisis y evaluación de los diferentes indicadores y riesgos formulados por cada proceso.
- Verificar la generación de las Acciones necesarias, consignadas en los Planes de Mejoramiento de los procesos a través de la herramienta G+, evidenciando su cumplimiento, seguimiento y eficacia.

Proceso de Auditoría-Ciclo PHVA



Beneficios de la auditoría para la Institución:

- Establecer el adecuado cumplimiento de los fundamentos legales tanto internos como externos aplicables a la Institución.
- Identificar o detectar las oportunidades de mejora con el fin de implementarlas.
- Revisar la presencia e implementación de los controles, verificar la vigencia y funcionamiento.
- Establecer la madurez de los procesos caracterizados y el nivel de desempeño de estos.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 9 de 27

- Detectar las necesidades de capacitación y actualización del conocimiento del personal.
- Analizar la secuencia e interacción de los procesos y/o sus transversalidades.
- Constituye insumo para el proceso de Revisión por la Dirección y una forma de asegurar la idoneidad, capacidad, efectividad y mejora del Sistema de Gestión Integral- SGI para la auditoría externa por parte del ente certificador, a realizarse próximamente.

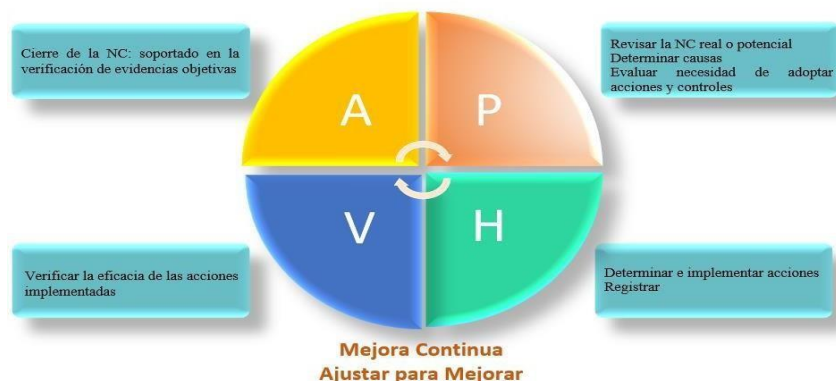
Compromisos de los Líderes de los Procesos:

Se evidenció el compromiso de los líderes de proceso y cada uno de sus equipos de trabajo en cuanto a la recepción y respeto por el ejercicio auditor, teniendo en cuenta la participación no solo en el direccionamiento de las respuestas, sino del conocimiento de cada actividad dentro de su proceso y la exposición de las evidencias, lo que demuestra apropiación, seguimiento y direccionamiento eficaz, al igual que el cumplimiento de sus funciones específicas y el de sus equipos de trabajo.

Los líderes de proceso y todo su personal a cargo, deben identificar la causa raíz de los hallazgos y principalmente de las No conformidades detectadas con el propósito de elaborar acciones de mejora bien sean correctivas o preventivas, necesarias para la mitigación o erradicación del riesgo materializado o potencialmente probable.

Al respecto, es menester indicar que las evidencias debidamente documentadas en el sistema G+, permiten documentar la trazabilidad en el cumplimiento de las acciones planteadas y la mejora del proceso, las cuales además serán evaluadas por la Oficina Asesora de Control Interno.

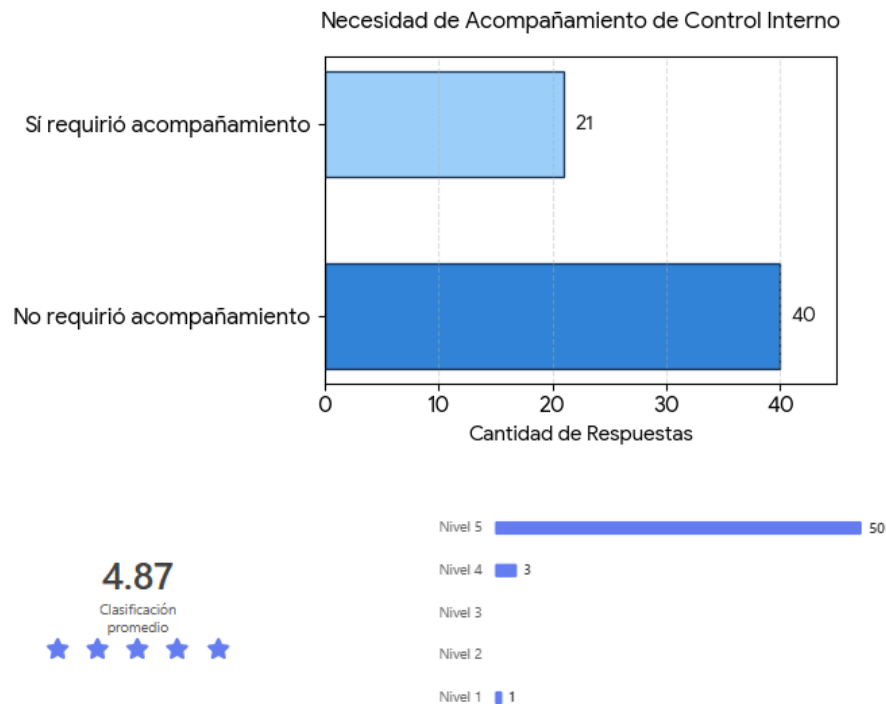
Secuencia de las Acciones Correctivas y Preventivas



8. Fortalezas:

Resulta imperioso soslayar las fortalezas en los procesos evaluados que determinan no solo el compromiso con la función pública que desempeñan los funcionarios, sino la mejora continua en los procesos, determinados por las actualizaciones de procesos, procedimientos, actualización de manuales, creación de guías de operación y el trabajo en equipo en la gran mayoría de los procesos.

Así mismo, es de resaltar el acompañamiento continuo que se surtió desde la Oficina Asesora de Control Interno tanto a los auditores como a los auditados en la determinación de lo que podía ser o no una no conformidad o aspecto por mejorar.



Se realizó reunión previa de cierre con los líderes auditores en el cual se socializaron los aspectos evidenciados durante el ejercicio auditor, determinando que muchas de las situaciones ya hacían parte de una acción correctiva producto de auditorías internas de gestión realizadas por esta dependencia. Así mismo, esta mesa de trabajo permitió establecer una línea clara en lo que respecta a las características del hallazgo, el cual debe contener un hecho, causa, criterio y efecto.



*Reunión previa cierre Auditoría Interna SGI 2026

UNIVERSITARIA DE ENVIGADO		PROCESO DE TALENTO HUMANO		Versión: 02	
EVENTO/ACTIVIDAD			FECHA		
REUNIÓN PREVIA CIERRE AUDITORÍA INTERNA SGI 2026			DÍA	MES	AÑO
			12	MAYO	2026
LUGAR DEL EVENTO		FACILITADOR		HORA	
OFICINA DE CONTROL INTERNO		JUAN DAVID ÁLVAREZ JARAMILLO		Inicio: 8:00AM Final: 9:00AM	
ASISTENTES					
Nº	NOMBRE Y APELLIDOS LEGIBLE	CÉDULA	DEPENDENCIA/E-MAIL	TEL-EXT	FIRMA
1	Harold Alfredo Espinel C.	1110476146	Comunicaciones	1502	Harold A. Espinel
2	Diana Pila Jiménez B	43526320	Aseguramiento	1509	Diana P. Jiménez
3	Cristina María Hernández	43555916	Calidad	1525	Cristina M. Hernández
4	Daniela María del Pilar Olave	100971311	Vicepresidencia	1512	Daniela M. Olave
5	Carolina Angélica Burbules	1036605737	Planeación	1510	Carolina A. Burbules
6	Natalie J. Echeverri	43166393	JH-SST	1212	Natalie J. Echeverri
7	Clarisa Stella Sánchez A	43905542	Aseguramiento	1506	Clarisa S. Sánchez
8	Alexander Mejía Hurtado	8162822	Bienestar Inst.	---	Alexander M. Hurtado
9	Jorge Humberto Montoya	98557485	Facultad Ingeniería	1153	Jorge H. Montoya
10	Juan Vargas Buitrago	40875958	Facultad Ingeniería	---	Juan V. Buitrago
11	George Herrera	16773117	O. As. Planeación	---	George Herrera
12	Paola A. Velásquez G	43448684	Control Interno	1319	Paola A. Velásquez
13	Procel Mauricio P. Ceballos	311994759	Facultad Ingeniería	1156	Procel M. Ceballos
14	Juan David Álvarez J.	1037619107	Juan David Álvarez	---	Juan D. Álvarez
15					

*Asistencia Reunión previa cierre Auditoría Interna SGI 2026

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 12 de 27

De igual manera, se destacan los aspectos que se enuncian a continuación:

- Identificación de liderazgo y compromiso de los líderes de proceso y el conocimiento de sus obligaciones.
- Disposición del equipo de trabajo, resaltando las competencias en el desarrollo de las actividades de cada proceso, lo cual permitió a los Auditores encontrar la información de manera pronta, oportuna y adecuada, favoreciendo la eficacia y eficiencia del procedimiento y del SGI.
- Se confirmó que los procesos que conforman el Sistema de Gestión Integral-SGI orientan su quehacer al cumplimiento de la caracterización, sus procedimientos, al logro de sus objetivos y a la mejora continua.
- Se denota un gran incremento de las Fortalezas que reportan los equipos auditores, lo que demuestra el compromiso con los procesos institucionales y el cumplimiento con los retos que se adelantan con el crecimiento importante de nuestra institución, se reitera el cumplimiento del mejoramiento continuo.
- Se destaca el avance en la implementación de las acciones correspondientes al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, así mismo, las acciones que desde la Jefatura de Talento Humano se ejecutan y la socialización de esta política a cada uno de los grupos de valor de la institución.

9. No conformidades:

Se identificaron en total 37 hallazgos, de los cuales 5 representan No Conformidades equivalente a un 13.51% y 32 aspectos por mejorar equivalente a un 86.4% respectivamente.

No se presentaron hallazgos de No Conformidades en los procesos Gestión del Talento Humano, Gestión de Recursos Físicos y Financieros, Bienestar Institucional, Gestión Tecnológica, Direccionamiento Institucional, Docencia, Mejoramiento Continuo y Evaluación Independiente.

10. Aspectos por Mejorar:

El mayor número de aspectos por mejorar se presentó en el proceso de Apoyo a la Gestión Académica con 12, seguido de Comunicación e información con 4, al igual que el proceso de Extensión, Proyección Social y Empresarial, los que ameritan una detallada revisión, tal como se observa en el cuadro que a continuación se presenta.

Las evidencias de la auditoría fueron evaluadas por los auditores en relación con los criterios de auditoría, esto es, respecto al conjunto de requisitos definidos por la institución para el cumplimiento en la entrega de productos o servicios a los grupos de interés/valor.

En la siguiente tabla se presenta el número de hallazgos, tipificación y aporte de cada uno de los procesos auditados:

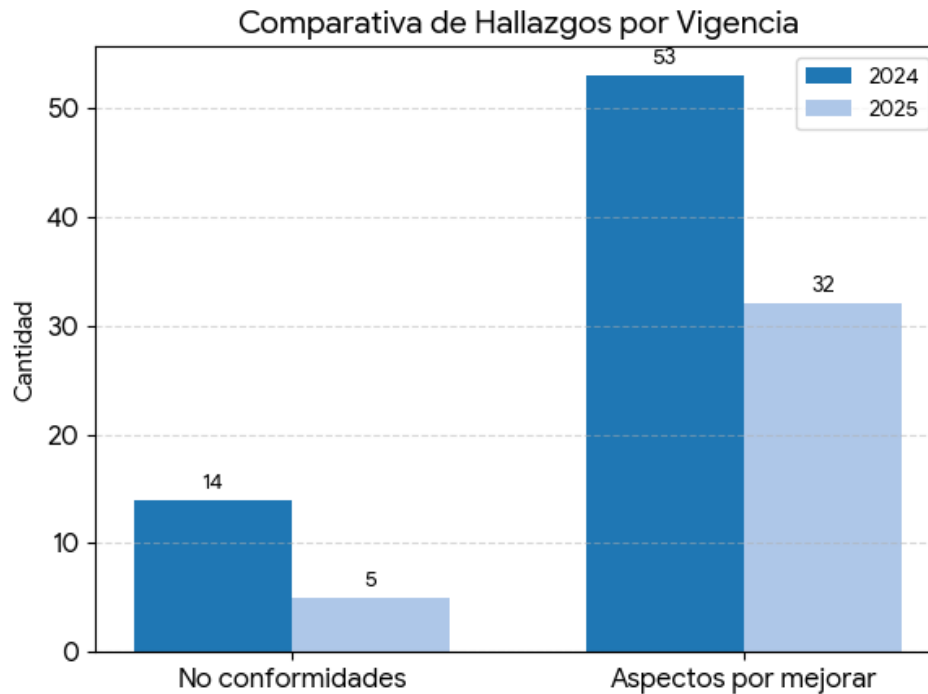
2025			
PROCESO	NO CONFORMIDADES	ASPECTOS POR MEJORAR	
Estratégicos	Direccionamiento Institucional	0	2
	Comunicación e información	1	4
	Gestión de Talento Humano	0	3
Misionales	Docencia	0	0
	Bienestar Institucional	0	3
	Extensión, proyección Social y Empresarial	2	4
	Investigación	1	2
Apoyo	Apoyo a la Gestión Académica	1	12
	Gestión de recursos físicos y financieros	0	2
	Gestión Tecnológica	0	0
Evaluación	Mejoramiento continuo	0	0
	Evaluación independiente	0	0
TOTAL	5	32	

NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDADES
Direccionamiento Institucional	0
Comunicación e información	1
Gestión de Talento Humano	0
Docencia	0
Bienestar Institucional	0
Extensión, proyección Social y Empresarial	2
Investigación	1
Apoyo a la Gestión Académica	1
Gestión de recursos físicos y financieros	0
Gestión Tecnológica	0
Mejoramiento continuo	0
Evaluación independiente	0
TOTAL	5

ASPECTOS POR MEJORAR

PROCESO	ASPECTOS POR MEJORAR
Direccionamiento Institucional	2
Comunicación e información	4
Gestión de Talento Humano	3
Docencia	0
Bienestar Institucional	3
Extensión, proyección Social y Empresarial	4
Investigación	2
Apoyo a la Gestión Académica	12
Gestión de recursos físicos y financieros	2
Gestión Tecnológica	0
Mejoramiento continuo	0
Evaluación independiente	0
TOTAL	32



Observando el comparativo anterior, se detalla la tendencia positiva con una disminución notable en ambos hallazgos para la vigencia 2025 así:

- No conformidades: Se comprimieron de 14 en 2024 a 5 en 2025, equivalente a una reducción del 64%.
- Aspectos por mejorar: Disminuyeron de 53 en 2024 a 32 en 2025, equivalente a una reducción del 40%.

No Conformidades y Aspectos por Mejorar más relevantes con respecto a la norma:

De acuerdo con los informes definitivos de la auditoría realizada a los procesos, los hallazgos con mayor frecuencia corresponden a los requisitos que se presentan a continuación:

No Conformidades

- ISO 9001:2015 7.5, 8.3 / ISO 21001:2018 7.5, 8.3 *ISO 9001:2015 6.3, 7.5, 8.3.6 / ISO 21001:2018 6.3, 7.5, 8.3.
- ISO 9001:2015 10.2 | ISO 21001:2018 10.2 *ISO 9001:2015 7.3, 7.5, 9.2, 10.2 SO 21001:2018 7.3, 9.2, 10.2.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 16 de 27

- NTC-ISO 9001 - NTC-ISO 21001: 10.2 - No conformidad y acciones correctivas.
- Numeral 7.5 : ISO 45001:2018/ ISO 9001: 2015/ISO 21001:2019.
- Decreto 1330 de 2019, medios educativos 4.4.1 – Sistema de gestión para organizaciones educativas 7.1.3 – Infraestructura 7.1.4 – Ambiente para la operación de los procesos educativos 8.1 – Planificación y control operacional.

Aspectos por Mejorar

- 9001 (4.4, 5.1.1, 7.1.2, 7.1.6, 7.5, 8.1, 10.2) 21001 (4.4, 5.1, 7.1.2, 7.2, 7.4, 8.1, 9.1.2) 45001 (5.1, 6.12, 7.2, 7.4, 8.1).
- 9001 (4.4, 5.1.1, 6.1, 7.1.2, 7.1.6, 7.2, 7.5, 8.1, 9.1, 9.3, 10.2) 21001 (4.4, 5.1.1, 6.1, 7.1.2, 7.1.6, 7.2, 7.5, 8.1, 9.1, 9.3, 10.1) 45001 (4.4, 5.1.1, 5.2, 5.3, 6.1, 7.1.2, 7.1.6, 7.2, 7.4, 7.5, 8.1, 9.1, 9.3, 10.2).
- 9001 (6.2, 9.1, 10.3) 21001 (6.2, 7.2, 9.1, 10.2) 45001 (6.2, 9.1, 10.2, 10.3)
- ISO 9001:2015 8.1 Planificación y control operacional ISO 21001:2018 8.1 Planificación y control operacional Caracterización.
- NTC ISO 9001:2015 7.5 Información documentada 8.1 Planificación y control operacional 8.2 Requisitos para los productos y servicios NTC ISO 21001:2018 7.5. Información documentada, 8.1. planificación y control operacional 8.2. Requisitos para los productos y servicios educativos.
- ISO 21001:2018 7.1, 8.5.
- ISO 9001:2015 9.1.3.
- ISO 9001:2015 7.5, 8.2.2, 8.3.4 / ISO 21001:2018 7.5, 8.2, 8.3 *ISO 9001:2015 8.6, 9.1.2 / ISO 21001:2018 8.6, 9.1.
- ISO 9001:2015 10.3 | ISO 21001:2018 10.3
- Decreto 1330 de 2019: - Condición modelo de bienestar - Condición estructura académica administrativa (política de gestión institucional y bienestar) NTC-ISO 21001:2018: 9.1.2 NTC-ISO 9001:2015: 9.1.2 NTC-ISO 45001:2019 6.1.
- Decreto 1330 de 2019: - Condición modelo de bienestar - Condición estructura académica administrativa (política de gestión institucional y bienestar) NTC-ISO 21001:2018: 8.4 NTC-ISO 9001:2015: 8.4 NTC-ISO 45001:2018: 4.2 - 8.2.
- NTC-ISO 9001 - NTC-ISO 21001: 4.4 - Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos.

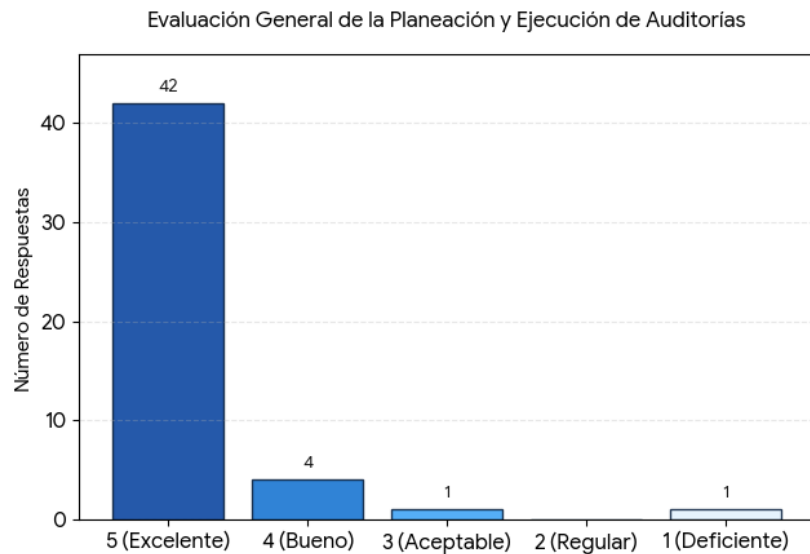
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 17 de 27

- NTC-ISO 9001 - NTC-ISO 21001: 6.1 - Acciones para abordar riesgos y oportunidades
- Actualización de procesos y procedimientos, Preparación de la IUE para buscar la acreditación en la NTC ISO 45001/2018 # 5.1(Liderazgo y compromiso), 5.2 (política SST), 6.1 (Riesgos y oportunidades), 8.1 (Planificación y control operacional), y 9.1 (Seguimiento y evaluación del desempeño).
- Procedimiento de Gestión de Indicadores, NTC ISO 9001:2015 Requisitos (10.2 y 10.3) NTC ISO 21001:2018 (Requisitos 10.2 y 10.3) Preparación NTC ISO 45001:2018 (Requisitos 10.3.
- # 4.2 : ISO 45001:2018/ ISO 9001: 2015/ISO 21001:2019.
- # 10.2 ISO 45001: 2018 /#10.1 ISO 9001: 2015- ISO 21001:2019.
- # 6.1 : ISO 45001:2018/ ISO 9001: 2015/ISO 21001:2019.
- # 7.1,5.2 ISO 9001:2015/ISO 21001:2019.
- Decreto 1330 de 2019 Mecanismos de selección y evaluación de estudiantes y docentes. 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades ISO 9001:2015 numerales 6.1, 8.5.1 y 8.6. ISO 21001:2018 numerales 6.1, 8.1 y 8.5. Ley 1581 de 2012 y Ley 1266 de 2008 sobre tratamiento de datos y habeas data, incluidas como criterios en el informe de auditoría 2025.
- ISO 21001 8.7 Control de las salidas educativas no conformes, 9.1 Seguimiento y medición 10.2 Mejora continua.
- Decreto 1330 de 2019 Mecanismos de selección y evaluación de estudiantes y docentes. 8.5.1.2 – Admisión de estudiantes 7.5 – Información documentada 8.1 8.2.
- Decreto 1330 de 2019 Medios educativos 7.5 – Información documentada 8.1 – Planificación y control operacional 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- Decreto 1330 de 2019 Investigación 4.4 enfoque a procesos 7.5 información documentada 8.1 planificación y control operacional 7.2 (competencia) 5.2 (política), 7.4 (comunicación).
- Decreto 1330 de 2019 Medios educativos 7.5 – Información documentada 7.1.3 – Infraestructura 7.1.4 – Ambiente para la operación de los procesos educativos.
- Decreto 1330 de 2019 Medios educativos, Profesores, Recursos para el cumplimiento de las metas 5.3 – Roles, responsabilidades y autoridades en la organización 7.2 – Competencia 4.4 – Sistema de gestión para organizaciones educativas.
- Decreto 1330 de 2019, medios educativos 7.5 – Información documentada 8.1 – Planificación y control operacional.

- Decreto 1330 de 2019, medios educativos 7.2 Competencia, 7.3 Toma de conciencia, 8.1 Control operacional 7.4 (Comunicación).
- Decreto 1330 de 2019, medios educativos 4.4.1 – Sistema de gestión para organizaciones educativas 7.1.3 – Infraestructura 7.1.4 – Ambiente para la operación de los procesos educativos 8.1 – Planificación y control operacional 7.5 8.5.
- Decreto 1330 de 2019 Medios educativos 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades 7.5 – Información documentada 8.3 – Diseño y desarrollo de los productos y servicios educativos 9.1 – Seguimiento, medición, análisis y evaluación 6.3 – Planificación de los cambios 4.4.1 Sistema de gestión y control de procesos.

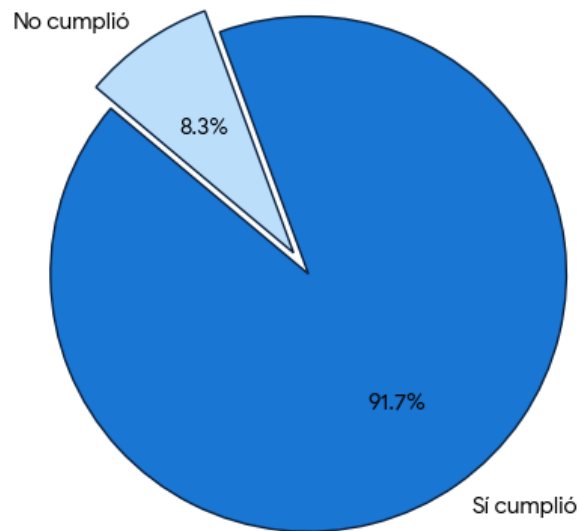
11. Evaluación de la auditoría:

Para el cierre de la Auditoría se contó con la asistencia de 58 personas, las cuales realizaron una calificación desde 1 (Deficiente) hasta 5 (Excelente); se registra una calificación aislada de 1 (Deficiente), asociada directamente a una solicitud de "Aclaración sobre la objetividad de aplicar una no conformidad".





Cumplimiento del Alcance de la Auditoría



12. Aspectos por destacar

Se extrae de cada uno de los informes de auditoría los elementos más relevantes:

Gestión de Talento Humano: La auditoría permitió evidenciar múltiples fortalezas en la gestión institucional, destacando la disposición permanente del personal de Talento Humano, quienes demostraron apertura, colaboración y compromiso durante todas las etapas del proceso. Asimismo, se resalta el conocimiento profundo que poseen los funcionarios sobre los procedimientos y lineamientos del área, lo que facilitó la atención oportuna de los requerimientos y la entrega de información confiable y pertinente. La actitud proactiva y la atención brindada reflejan un alto nivel de responsabilidad y profesionalismo, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de gestión y a la consolidación de una cultura organizacional basada en la mejora continua, la transparencia y el bienestar de los colaboradores.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 20 de 27

Gestión de Recursos Físicos y Financieros: El proceso de Recursos Físicos y Financieros es conforme y coherente con los requisitos de las normas NTC-ISO 9001:2015, NTC ISO 21001:2018 y la NTC ISO 45001:2018, demostrando la capacidad que tiene para implementar, mantener y mejorar el Sistema de Gestión Integrado. Así mismo, el Proceso ha dado respuesta de manera positiva a las dinámicas institucionales. Es **CONVENIENTE:** porque el Proceso está alineado con la filosofía y el direccionamiento institucional. Es **ADECUADO:** porque dispone de los recursos, la estructura, políticas y estrategias suficientes para asegurar el logro del objetivo del Proceso y el objetivo institucional. Es **EFICAZ:** porque a través de las actividades planeadas y desarrolladas asegura su contribución a la institución a través de la gestión eficiente y oportuna de los recursos, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales de la IUE, no obstante, se deben generar acciones derivadas de los aspectos a mejorar identificados durante el ejercicio de auditoría.

Extensión, Proyección Social y Empresarial: El proceso de Extensión es conforme con los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 21001:2018, evidenciado en el mantenimiento y mejora continua del SGI, además demuestra alto impacto a nivel institucional y social, atendiendo su naturaleza como proceso misional, su eficacia se ve representada en las múltiples líneas de proyección social asociadas, para mantenerla es importante que evolucione hacia una gestión más controlada y basada en datos.

La presente auditoría identificó un conjunto amplio de Oportunidades de Mejora que en su mayoría tienen un carácter estratégico, además se evidencian fortalezas que demuestran las capacidades institucionales que constituyen una base sólida para el mejoramiento del proceso.

En referencia a la preparación para la certificación en ISO 45001:2018 se identificaron avances en la integración del componente de SST, de igual forma, se evidencian oportunidades de mejora en lo que refiere a la gestión específica de los riesgos del proceso y la toma de conciencia.

Bienestar Institucional: El proceso de bienestar institucional ha mostrado orden y mejoría, evolución administrativa y mucho trabajo en equipo, se evidencia articulación con las demás dependencias de la institución, y se ejerce el liderazgo con conocimiento del equipo que integra esta dependencia. No obstante, se sugirió documentar el proceso del gimnasio institucional e integrarlo en la caracterización, además de incluir como soporte las actas del comité de permanencia realizando claridad según la

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 21 de 27

normativa interna.

Gestión Tecnológica: Se evidenció que la organización dispone de lineamientos y controles asociados a la gestión documental del MSPI y PETI; sin embargo, se identifican oportunidades de mejora en la definición de tiempos de aprobación, publicación y socialización, con el propósito de fortalecer la trazabilidad y vigencia de la información institucional.

La revisión realizada permitió observar que existen controles de seguridad física y ambiental implementados en las áreas tecnológicas; no obstante, la presencia de elementos ajenos a la operación evidencia la necesidad de reforzar las medidas de control y supervisión en datacenter y centros de cableado.

En términos generales, la organización demuestra avances en la gestión de seguridad de la información y administración de infraestructura tecnológica; sin embargo, se exhorta a continuar fortaleciendo los procesos de control, seguimiento y mejora continua, con el fin de reducir riesgos operativos y aumentar el nivel de cumplimiento frente a buenas prácticas y estándares aplicables.

Investigación: El proceso de Investigación presenta madurez técnica y compromiso institucional, logrando una alineación efectiva con el nuevo PEDI 2025-2029 "Visión con Corazón", específicamente en su Eje Estratégico No. 2. El proceso demuestra una ejecución sólida (Hacer) y una mejora significativa en la gobernanza de datos (Verificar), integrándose exitosamente al Observatorio Institucional para garantizar la unicidad de las cifras reportadas. No obstante, se identifica un estancamiento en la fase de Planear, debido a que la actualización de la plataforma documental oficial en G+ se encuentra supeditada a trámites externos de aprobación normativa.

En relación con la auditoría de 2025, el proceso logró subsanar eficazmente los hallazgos relacionados con la gestión documental de grupos y semilleros, implementando herramientas de control interno (Archivo Maestro) que garantizan la trazabilidad. Sin embargo, se determina la ineficacia en el cierre de la Acción Correctiva 1399 (Actualización de la Caracterización). El cierre administrativo de dicha acción en diciembre de 2025 fue prematuro, dado que el documento legal vigente en el sistema sigue sin reflejar la realidad operativa actual (como la desvinculación del Fondo Editorial), lo que representa un riesgo de incumplimiento legal y procedimental.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 22 de 27

Se destaca el fortalecimiento de la investigación formativa, dado que el proceso ha logrado un crecimiento sostenido en la vinculación de estudiantes investigadores con estímulo económico, pasando de 32 en 2025 a 43 en lo corrido de 2026. Este avance, sumado a la alta participación en redes nacionales e internacionales, demuestra una gestión proactiva para mitigar el riesgo de bajo relevo generacional, cumpliendo satisfactoriamente con los objetivos de permanencia y excelencia académica del modelo educativo.

En el marco de la preparación para la certificación en ISO 45001:2018, se concluye que el personal del proceso tiene una alta toma de conciencia sobre las políticas de seguridad y salud en el trabajo. Existe una cultura de reporte preventivo de incidentes y condiciones inseguras, lo que contribuye a un ambiente de operación seguro y adecuado para el desarrollo de las funciones misionales. A pesar de los logros técnicos, es imperativo que la Dirección de Investigación mantenga abiertas y con seguimiento riguroso aquellas acciones cuya resolución dependa de la aprobación de la nueva Política de Investigación. Se sugiere evitar cierres administrativos antes de la publicación oficial de documentos en G+ para asegurar que el Sistema de Gestión Integral mantenga la coherencia entre lo documentado y lo ejecutado, protegiendo así la seguridad jurídica del proceso ante futuras auditorías externas.

Direccionamiento Institucional: Se identificó coherencia entre el PEDI 2025–2029 “Visión con Corazón”, la planeación institucional, el seguimiento estratégico, el MIPG, los indicadores y los procesos de revisión por la dirección, evidenciándose liderazgo institucional, apropiación organizacional y alineación con los requisitos de las normas International Organization for Standardization 9001:2015 y 21001:2018: Y con unos retos muy importantes en preparación de la 45001:2018.

Durante la auditoría al proceso estratégico de Direccionamiento Institucional y sus procedimientos, se evidenció control documental, generación de registros, seguimiento periódico, trazabilidad de actuaciones y apropiación institucional de mecanismos de control, especialmente en procesos estratégicos, jurídicos, de riesgos, indicadores y planeación institucional, lo cual fortalece la gobernanza y la toma de decisiones basada en evidencia.

Aunque se evidenció gestión activa frente al cambio institucional, la auditoría identificó la necesidad de actualizar riesgos emergentes asociados a multicampus (regionalización), transformación

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 23 de 27

organizacional, continuidad institucional, sostenibilidad, virtualización y riesgos postpandemia, consolidando un enfoque preventivo, resiliente y adaptativo conforme a las tendencias modernas de gestión organizacional. Que den respuesta a los retos que plantea el PEDI 2025-2029 "Visión con Corazón".

El proceso estratégico de Direccionamiento institucional y sus procedimientos auditados evidenciaron:

1. actualización normativa.
2. fortalecimiento de procedimientos.
3. seguimiento a planes de mejoramiento.
4. revisión permanente de indicadores y riesgos.
5. ajustes institucionales derivados de hallazgos y cambios estratégicos.

Lo que refleja compromiso institucional con la legalidad, la transparencia, la eficacia administrativa y la consolidación de una gestión pública moderna y orientada a resultados.

Comunicación e información: Se concluye que el proceso auditado evidencia un nivel general de efectividad adecuado, reflejado en el cumplimiento de los requisitos establecidos, el mantenimiento de controles operacionales y la existencia de prácticas de seguimiento y mejora en aspectos estratégicos, documentales, comunicacionales y de gestión de PQRSDF. Se identificaron principalmente conformidades y buenas prácticas, lo que demuestra compromiso con la gestión institucional y el logro de los objetivos del proceso. No obstante, se evidencia una sola no conformidad relacionada con el control documental y algunos aspectos por mejorar y oportunidades de mejora los cuales no afectan de manera significativa la eficacia del proceso, pero contribuirán a su consolidación y mejora continua.

Docencia: En la Facultad de Ciencias Sociales, se recomienda renombrar las carpetas utilizando denominaciones más cortas, claras y estandarizadas, evitando el uso de nombres extensos que dificulten su lectura y gestión.

Asimismo, se sugiere establecer un orden cronológico en la estructura de las carpetas, que permita una organización lógica de la información y facilite su consulta, seguimiento y recuperación, además es importante implementar criterios uniformes de clasificación documental, de tal manera que la gestión de la información sea más ágil, trazable y coherente con los lineamientos del sistema de gestión documental

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 24 de 27

institucional.

Se sugiere para todas las facultades y Posgrados, La institución realiza capacitaciones en temas relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), No obstante, se identifica una debilidad en el control de asistencia, ya que actualmente no se cuenta con un mecanismo formal que permita evidenciar de manera sistemática qué docentes participan efectivamente en dichas capacitaciones. Esta situación limita la trazabilidad del proceso y dificulta la verificación del cumplimiento en materia de formación en SST. Por lo anterior, se recomienda implementar herramientas o registros formales (listados de asistencia, plataformas de seguimiento o evidencias digitales) que permitan controlar, consolidar y consultar la participación del personal docente, fortaleciendo así la gestión y el cumplimiento de los requisitos normativos.

En Posgrados, se identifica que los docentes de cátedra, debido a la naturaleza de su vinculación y a la dinámica de su actividad académica (ingreso puntual a desarrollar su módulo y retiro inmediato), presentan un limitado nivel de apropiación de la política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). De otro lado, aunque la institución dispone de lineamientos y desarrolla acciones de capacitación en SST, no se evidencia un mecanismo efectivo que garantice que este grupo docente conozca, interiorice y aplique la política institucional, generando un riesgo en términos de cumplimiento normativo y gestión preventiva.

La situación anterior, pone de manifiesto una debilidad en la estrategia de inducción, socialización y seguimiento dirigida específicamente a docentes de cátedra, así como en la trazabilidad de su participación en actividades relacionadas con SST.

En este sentido, se recomienda diseñar e implementar mecanismos diferenciados y obligatorios de inducción y reinducción en SST para este tipo de vinculación, así como establecer controles de verificación (registros, plataformas virtuales o actas de aceptación) que permitan evidenciar su conocimiento y cumplimiento de la política institucional.

Mejoramiento Continuo: La auditoría interna realizada al proceso de Mejoramiento Continuo de la Institución Universitaria de Envigado permitió evidenciar el cumplimiento de las actividades relacionadas con el aseguramiento de la calidad, la gestión de planes de mejoramiento, el seguimiento a indicadores y los procesos de autoevaluación institucional y de programas académicos, destacándose el

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 25 de 27

compromiso y experiencia del equipo de trabajo, así como el uso de herramientas institucionales para la trazabilidad y control de la información.

Apoyo a la Gestión Académica: La auditoría realizada al proceso de Apoyo a la Gestión Académica evidencia un nivel favorable de implementación y madurez del sistema de gestión, destacándose el cumplimiento en el seguimiento a la planeación, la consolidación de una cultura de autoevaluación y mejora continua, así como el uso de herramientas que fortalecen la trazabilidad, transparencia y eficacia de los procesos institucionales. Se resalta la capacidad del proceso para gestionar la mejora continua, evidenciada en la implementación de acciones derivadas de ejercicios de evaluación y auditoría, lo que ha permitido anticipar riesgos y optimizar procesos críticos como admisiones y graduación, fortaleciendo la confiabilidad y la eficiencia operativa. Así mismo, se reconoce de manera especial el liderazgo de la Secretaria General como líder del proceso, quien ha demostrado una adecuada capacidad de dirección, articulación y movilización del equipo de trabajo, orientando los esfuerzos hacia el cumplimiento de los objetivos del proceso y la atención oportuna de los hallazgos identificados. Este liderazgo se constituye en un factor clave para dinamizar la gestión, promover el compromiso del equipo y facilitar la implementación efectiva de las acciones de mejora.

Evaluación Independiente: El área de control interno demuestra un alto nivel de conocimiento tanto en la norma técnica, como en los requisitos legales que guían su gestión, se aprecia una excelente organización en la obtención, tratamiento y preservación de las evidencias, lo cual facilitó mucho la realización de esta auditoría interna.

Por lo anterior es evidente el liderazgo del actual jefe de Control Interno de la IUE, su voluntad de aportar a la modernización y desarrollo permanente de la Institución, mostrando solidez en su desempeño, lo cual se evidenció en el orden, diligencia y claridad con que atendieron la evaluación interna.

13. Recomendaciones:

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cada uno de los procesos, se recomienda de manera propositiva en los procesos en los que se encontraron NO conformidades, la elaboración pronta de los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta los siguientes elementos:

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 26 de 27

- Elaboración de los planes con acciones cumplibles y medibles.
- las acciones deben estar sujetas a tiempos y porcentajes de ejecución periódicas.
- Acciones efectivas con evidencias bien detalladas en su desarrollo de cumplimiento.
- Tener en cuenta que las acciones no son eficientes y eficaces por su cantidad, sino por la calidad de contenido para minimizar o corregir el riesgo materializado y la eliminación de las causas que le dieron origen. Es importante realizar el análisis de causa desde la óptica del riesgo.

En coherencia con el numeral 8.7 Control de las salidas no conformes-ISO 9001:2015, los líderes de los procesos misionales deben continuar controlando los servicios No Conformes, las actividades a desarrollar, controlar para impedir dichas salidas y realizar las correcciones a que haya lugar de conformidad con su identificación.

Igualmente, las Salidas No Conformes Clausula 8.7 de la ISO 21001- 2019. Esta cláusula detalla cómo una organización educativa debe identificar, controlar y tratar cualquier producto, servicio o resultado de proceso que no cumpla con los requisitos especificados.

Al interior de los procesos se deben analizar los indicadores, que estos se encuentren formulados y realmente se correspondan al desempeño o al quehacer del proceso, la calidad del servicio y a la medición que la institución requiere, y se realice su seguimiento en observancia a la ficha técnica del servicio, y sean un soporte para el control y mejora continua de los procesos.

Los líderes de los procesos deben fomentar la mejora continua, la autogestión y autoevaluación del proceso con su equipo de trabajo.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: F-EI-0002
		Versión: 02
		Página 27 de 27

14. Conclusiones

- ✓ **En relación con la eficacia: Ha sido eficaz.** La auditoría interna de la Institución, documentada de manera eficiente ha permitido a los líderes de proceso, evaluar la causa raíz, la necesidad de eliminación y/o la minimización de los riesgos que se presenten dentro de cada uno de sus procesos, cumpliendo así con los objetivos propuestos.
- ✓ **En relación con la eficiencia:** Ha sido eficiente, al evaluar los indicadores y riesgos de los procesos, para medir su desempeño y eficacia, permite que el mejoramiento continuo sea base estructural de los mismos.
- ✓ **En relación con la efectividad:** Es Efectiva, ha dinamizado la auto evaluación y autogestión en los procesos. En consonancia con la efectividad, se deben Intensificar los programas de capacitación en la herramienta administrativa G+, habilidades de servicio al cliente en todos los niveles de la institución, responsabilidad de los líderes y sus equipos de trabajo con el mantenimiento y el mejoramiento continuo del proceso y del sistema y el apoyo directo de la Oficina de Informática.
- ✓ **En relación con la conformidad del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST):** Es conforme, con los requisitos normativos de la ISO 45001:20185, Decreto 1072 de 2015 y la normatividad nacional vigente en materia de riesgos laborales aplicables para el sector de educación superior y con los lineamientos internos establecidos (numeral 9.2.1 literal a). La evaluación demostró que el sistema se implementa y mantiene de manera eficaz (numeral 9.2.1 literal b) a través de la aplicación sistemática del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Esta dinámica metodológica asegura el cumplimiento estricto de los objetivos de la Política de SST, logrando una identificación oportuna de peligros, la valoración y control de riesgos, y la protección integral de la salud de los trabajadores, al mismo tiempo que fortalece la cultura preventiva institucional y promueve la mejora continua.



JUAN DAVID ÁLVAREZ JARAMILLO

Asesor de Control Interno

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Paola Andrea Velásquez Martínez CT- Oficina Asesora de Control Interno	Juan David Álvarez Jaramillo Asesor de Control Interno	Juan David Álvarez Jaramillo Asesor de Control Interno
