

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

INFORME PRELIMINAR ☐

INFORME DEFINITIVO ☒

MÉTODO DE AUDITORÍA:	
<p style="text-align: center;">Presencial (X) Remota () Combinada ()</p>	
NOMBRE DE LA AUDITORÍA: Auditoría interna del proceso de gestión de la información y la tecnología.	NÚMERO DE LA AUDITORÍA: N° 4
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: Determinar si el proceso de Gestión de Información y la Tecnología es conforme con los requisitos propios de la organización, y de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG; verificando que se implementa y se mantiene eficazmente.	FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME: 23/09/2025
ALCANCE AUDITORÍA: Aplica a las actividades contempladas dentro del alcance del proceso Gestión de Información y la Tecnología, que son descritas en la caracterización GIT-CP-01 V15 gestión de información y tecnología. Las actividades relacionadas en el alcance de los procedimientos GITPR-02 V06 procedimiento configuración PCS, GIT-IN-13 V07 instructivo gestión de incidentes de seguridad, GIT-GU-02 V03 guía de atención alertas eventos e incidentes de seguridad en la información, al igual que la información documentada relacionada en el mismo.	
CRITERIOS: Requisitos aplicables NTC-ISO 9001:2015 Requisitos aplicables del Decreto 1499/2017 - Modelo Integrado de Gestión y Planeación - MIPG Otros requisitos potencialmente aplicables al alcance de la auditoría.	
LÍDER DE PROCESO: María Marleny Orozco Zuluaga – directora Administrativa y Financiera	

Reunión de Apertura:						Ejecución de la Auditoría:				Reunión de Cierre:					
Día	11	Mes	09	Año	2025	Desde	11/09/2025	Hasta	11/09/2025	Día	11	Mes	09	Año	2025
							D / M / A		D / M / A						

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Equipo auditor (Nombre, cargo y dependencia)

NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER: Juan Felipe Restrepo Rodríguez – Coordinador
Gestión Organizacional – Dirección de Planeación

NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO ACOMPAÑANTE: José Ignacio Cano Marín –
Director, Dirección de Control Interno

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

No.	ASPECTOS FAVORABLES
1	<p>Infraestructura (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 7.1.3)</p> <p>Se evidenció que el proceso cuenta con la contratación que permite que los sistemas de antivirus y el servicio de Tigo Une controlen el riesgo de pérdida de información y faciliten el tratamiento y análisis de datos y reportes periódicos. Este control contribuye a la protección de la información institucional y a la generación de reportes confiables, lo que facilita la toma de decisiones por parte de la dirección basadas en hechos reales.</p>

Nro.	NO CONFORMIDADES
1	<p>Infraestructura (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 7.1.3)</p> <p>En la revisión periódica que se debe realizar al cuarto datacenter (RAC de servidores de la empresa), se evidencia que el formato de revisión cuarto técnico GIT-FO-08 V05 no ha sido diligenciado desde el 12 de octubre de 2024. Presentando incumplimiento del numeral 7.1.3 de la norma ISO 9001:2015, Infraestructura. <i>“La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.”</i></p>
2	<p>Información documentada (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 7.5.1-b))</p> <p>En una muestra aleatoria de dos practicantes Valeri Ortega, equipo de cómputo No 2019PC057-1 y Julián Camilo Berrio, equipo de computa No 2017PT024, se evidencia que no se ha gestionado y firmado el diligenciamiento del formato de Acta de Entrega TI VIVA GIT-FO-10 V03. Incumpliendo con el numeral 7.5.1 – <i>información documentada - b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</i></p>

Nro.	OBSERVACIONES
1	<p>Ambiente para la operación de los procesos (NTC ISO 9001:2015 – Cláusula 7.1.4)</p> <p>Durante el proceso de auditoría se evidenció que la bodega destinada al almacenamiento de equipos de cómputo en inventario no cumple con las condiciones técnicas mínimas para garantizar la conservación, seguridad y organización de los bienes. El espacio disponible resulta insuficiente, lo que impide una distribución adecuada de los equipos observándose que varios</p>

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	monitores se encuentran ubicados directamente sobre el piso, sin ningún tipo de protección, lo cual incrementa el riesgo de daños físicos y afecta la integridad del inventario.
2	Infraestructura (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 7.1.3) Durante el ejercicio de auditoría, al indagar por los computadores ubicados en la sede de Urabá, se evidenció que estos no se encuentran identificados ni registrados en el inventario del proceso de Información y Tecnología. Esta situación viabiliza el riesgo de pérdida de activos tecnológicos, dificulta su trazabilidad y afecta la gestión integral de los bienes asignados al proceso de TI.

Nro.	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	Infraestructura (NTC ISO 9001:2015 – Cl. 7.1.3) El proceso de TI realiza difusión a los funcionarios y contratistas sobre las buenas prácticas en el uso y manejo de los equipos, por ejemplo, apagar y guardar el computador en el cajón al finalizar la jornada. Estas prácticas pueden complementarse con estrategias de refuerzo para generar mayor apropiación en el cuidado de los equipos. La implementación de campañas periódicas de prevención y autocontrol permitirá fortalecer la cultura de uso responsable de los activos tecnológicos, asegurar mayor vida útil de los equipos y garantizar un cumplimiento más preciso y eficiente de las políticas internas.
2	Política de Seguridad y Privacidad de la Información- Dimensión información y comunicación MIPG En el proceso de TI se cuenta con el documento GIT-PO-01 V08 Política de Seguridad y Privacidad de la Información, el cual establece lineamientos para proteger la información institucional. Por lo cual es conveniente revisar y verificar periódicamente el cumplimiento de la política, lo cual, permitirá fortalecer la gestión de la seguridad de la información.

PLAZO DOCUMENTACION PLAN DE MEJORAMIENTO: (Se contará con 10 días hábiles, luego de notificado el informe de Auditoría Interna para atender los hallazgos).

Nro.	CONCLUSIONES
1	Se concluye la conformidad del sistema integrado de gestión en el proceso Gestión de Información y Tecnología basada en la Norma ISO9001:2015, así como los requisitos del Modelo Integrado de Planeación-MIPG y, de acuerdo con los requisitos mínimos y principios de autocontrol, autorregulación y Autogestión, de acuerdo con los métodos utilizados de entrevista presencial y la verificación de evidencias.

2 Evaluación de la eficacia plan de mejoramiento institucional derivado de la auditoría interna de calidad 2024:

No conformidad N°8:

“Control de la Información Documentada: El proceso presenta en el plan de mejoramiento la observación N°7 “Realizando validación de las actividades del procedimiento en el marco de la preparación de la auditoría interna de calidad, se identifica desactualización en el procedimiento GIT-PR-04, teniendo en cuenta la nueva dinámica del proceso”; efectivamente, en el ejercicio de la auditoría se identificó que, el GIT-PR-04 V11 Procedimiento Respaldo de Información no se está ejecutando conforme al quehacer institucional establecido; no obstante, en el plan de mejoramiento suscrito, no se evidenció el análisis de causas que permita evitar que el hecho generador se vuelva a presentar, generando incumplimiento al requisito 10.2 no conformidad y acción correctiva b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte.”

Corrección: Realizar el análisis de causas en el formato correspondiente

Acción correctiva:

-Instruir al equipo acerca de la importancia de la actualización de la información documentada del proceso.

-Incluir la revisión periódica del proceso como un punto en el Comité Primario mensual.

Observación equipo auditor: La acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 19/11/2025

Observación N°9:

Normograma: Al confrontar el ítem 7. Marco Legal y Normativo de la Política de Seguridad y Privacidad de la Información con el normograma institucional, se observó que existe una falta de correspondencia entre los documentos del proceso y el normograma. Esta discrepancia puede generar deficiencias en la gestión documental y en el cumplimiento de los requisitos normativos y regulaciones aplicables al proceso. Además, representa el riesgo de que los funcionarios incurran en errores debido al desconocimiento de las normas pertinentes al momento de consultar el listado maestro de normas aplicables. Es pertinente la revisión exhaustiva del normograma para asegurar que se incluya todas las normas aplicables mencionadas en las políticas, manuales y todos aquellos documentos inherentes al proceso, lo cual, facilitará el cumplimiento normativo y contribuirá a una mejor gestión de la información. Además, asegurar el cumplimiento con la NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5 Información Documentada.

Acción de mejora:

Realizar la revisión exhaustiva del normograma para asegurar que se incluya todas las normas aplicables mencionadas en las políticas, manuales y todos aquellos documentos inherentes al proceso.

Observación equipo auditor: La acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 19/11/2025.

Observación N°10:

Contexto Organizacional: Durante la entrevista al equipo auditado manifiesta que en el mes de junio de 2023 se realizó la última actualización del contexto interno y externo a nivel institucional, es decir, anualmente. Por lo tanto, se continuaron con las acciones derivadas de dicha

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

actualización. Desde el inicio del año, el proceso ha venido realizando análisis sobre los recursos necesarios para la operación y la disponibilidad de recursos financieros. Si bien se ha estado realizando, no se evidenció la revisión del contexto organizacional mediante el comité primario del proceso, lo que podría presentar un posible incumplimiento del numeral 4.1 Comprensión de la Organización y de su contexto sobre la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas, de la NTC ISO 9001:2015

Acción de mejora:

Incluir la revisión de si el contexto organizacional ha cambiado, como un punto del Comité Primario, a partir del próximo comité.

Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se verifica que, en el informe de desempeño correspondiente al cuarto trimestre de la vigencia 2024, se especificó sobre la actualización mediante el ítem cambios presentados en las cuestiones interna y externas en la DOFA asociadas al proceso incluye si afecta el impacto y el riesgo asociado (GEO-MT-08 Análisis de contexto estratégico DOFA).

Oportunidad de mejora N°11:

Indicadores del Proceso: El proceso tiene establecido cuatro (4) indicadores, sin embargo, presenta debilidades en los análisis, y en el diligenciamiento de la “Ficha Técnica de Indicadores – GEO-FT-01 Versión 06” definida para la Empresa. Por lo tanto, se considera conveniente mejorar la claridad y utilidad de los análisis, ya que se evidenció que estos no están orientados hacia la mejora continua ni a la satisfacción del cliente, conforme a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015. Para ello, es necesario realizar una revisión, analizar la pertinencia y proporcionar capacitaciones adecuadas que mejoren los análisis

Acción de mejora: *Hacer análisis acerca de la pertinencia de los indicadores y sus análisis, donde aplique. Realizar las acciones pertinentes, a partir del análisis realizado*

Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se evidenció en la ficha técnica de los indicadores Satisfacción, Obsolescencia, Respaldos, y Virus, y Amenazas, correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2025, evidenciándose una mejoría en la redacción del análisis de los mismos.

Oportunidad de Mejora N°12:

Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades: El proceso ha identificado en la Matriz de Riesgos Institucionales de la Empresa “GEO-MT-10” un total de cuatro (4) riesgos. Sin embargo, es fundamental llevar a cabo una revisión exhaustiva de todos los ítems que componen dicha matriz, ya que se observó durante la auditoría una debilidad en la identificación y redacción de los controles relacionados con esos riesgos.

Para mejorar la comprensión y la gestión de los riesgos inherentes al proceso, se recomienda implementar capacitaciones o talleres dirigidos al equipo sobre identificación y gestión de riesgos. Esto no solo potenciará las habilidades del personal, sino que también fortalecerá el sistema de gestión de riesgos de la organización y facilitará una respuesta efectiva ante situaciones de riesgo.

Acción: *Solicitar capacitaciones o talleres dirigidos al equipo sobre identificación y gestión de riesgos.*

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se verificó el ajuste del mapa de riesgos del proceso y la capacitación recibida, conforme al resultado de esta auditoría no se identificó debilidades en la gestión de riesgos.

Oportunidad de Mejora N°13:

Informe de desempeño institucional: En el informe del segundo trimestre/2024, en el ítem Avance de cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Acción de la DOFA (GEO-MT-08 Análisis de contexto estratégico DOFA). Se realizó trazabilidad con la estrategia: Implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información-(PETI), con la evidencia: Los componentes del PETI están actualizados con la ejecución de los proyectos establecidos, sin embargo, se identificó que, en el GIT-PL-01 V03 plan estratégico de tecnologías de la información 2024 por disponibilidad presupuestal no todos los proyectos se han podido ejecutar y se determinó su implementación para la vigencia 2025, por lo cual, se recomienda que, en los informes de desempeño se indique de forma precisa las evidencias y estas decisiones tomadas, con la finalidad que haya coherencia con lo plasmado y lo evidenciado.

Acción de mejora:

Plasmar en los informes de desempeño de forma más precisa las evidencias y las decisiones tomadas.

Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se verifica que, la ejecución de los proyectos planteados en el PETI, para el cuarto trimestre establecido en el informe de desempeño, se estableció el concepto, descripción, periodo proyectado y estado, identificado la precisión de las acciones ejecutadas.

Oportunidad de Mejora N°14:

Recursos: En documentos como el “Plan de Control de Riesgos y Privacidad de la Información” “Plan de Seguridad y Privacidad de la Información” y “Plan Estratégico de Tecnologías de Información-(PETI)” se menciona en el ítem de responsable(s) los roles de los integrantes del equipo de Gestión de TI, adscritas a la Dirección Administrativa y Financiera. Entre ellos, se especifica la participación de un profesional de apoyo con certificación en la norma ISO 27001. Sin embargo, durante la auditoría se aclaró que actualmente el proceso no cuenta con este apoyo y, además, se ha pasado de un equipo de cinco a tres personas. Por lo anterior, es recomendable ajustar el ítem Responsable(s)-Roles de los planes mencionados, especificando solo los perfiles de la estructura organizacional de la Entidad.

Acción de mejora: *Actualizar el documento Plan de Control de Riesgos y Privacidad de la Información referente al recurso humano responsable del mismo*

Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se verifica que, el GIT-PL-02 V03 plan de control riesgo seguridad 2025, el GIT-PL-01 V04 plan estratégico tecnologías de información 2025, y GIT-PL-03 V03 plan de seguridad y privacidad de la información 2025 se evidencia el ajuste en el ítem de roles de apoyo.

¿SE MATERIALIZARON RIESGOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA?

SI		¿CUÁLES?
NO	X	

INFORME DE AUDITORIA INTERNA



OBSERVACIONES FRENTE A LOS RESULTADOS:

Con la contratación que tiene la empresa el proceso para controlar el riesgo de pérdida de información de los sistemas de antivirus y Tigo one, controlan el riesgo de la información con reportes periódicos

La participación de todo el equipo en el ejercicio de auditoría interna de calidad, lo que facilitó la trazabilidad de la operación y el aporte que realiza cada rol en la gestión, permitiendo que el proceso pueda seguir mejorando sus actividades.

Se evidenciaron actualizaciones en la caracterización, procedimientos y formatos. Se pudo identificar que todo el equipo de tecnología tiene un alto compromiso con el Sistema Integrado de Gestión, en cumplimiento de las actividades del proceso lo que contribuye al cumplimiento de los objetivos de la entidad

FIRMAS EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS:

NOMBRE COMPLETO	CARGO / ROL	FIRMA
Juan Felipe Restrepo Rodríguez	Auditor Líder	
José Ignacio Cano Marín	Auditor acompañante	

FIRMA LÍDER DEL PROCESO:

NOMBRE LÍDER DEL PROCESO	CARGO / ROL	FIRMA
María Marleny Orozco Zuluaga	Directora Administrativa y Financiera	