



INFORME DE AUDITORIA

Auditoría No.**14-25****Fecha del informe****Día****Mes****Año****28****10****2025****Informe****Preliminar****Final**

1. INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Informe	<input type="checkbox"/>	Auditoría	<input type="checkbox"/>	Seguimiento
Procesos auditados /Evaluado	Gestión Disciplinaria			
Auditor líder	Alberto Castiblanco Bedoya- Auditor Líder	Equipo Auditor	Angie Carolina Bonilla - Auditora	
Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada /evaluada	Richard Alexander Quintero Solano- Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario			

2. OBJETIVO

Evaluar la conformidad de los requisitos legales, reglamentarios, procedimientos, y demás lineamientos institucionales del proceso de Gestión Disciplinaria del Consejo Profesional Nacional de Ingeniería - COPNIA.

3. ALCANCE

Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el proceso de Gestión Disciplinaria definidas en los procedimientos, instructivos y políticas del proceso correspondientes a la vigencia 2025 hasta la fecha.

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

4.1. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS NORMA ISO 9001:2015

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación realizada frente a la conformidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 aplicados al proceso auditado:

REQUISITO	LINEAMIENTO	VERIFICACIÓN/EVIDENCIA OCI
4.4.1.	4.4.1. La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus	Se revisó el documento de caracterización del proceso, código: GDF-cp-01, versión 4, vigente desde abril de 2024; allí se observó que el documento está actualizado con relación a los objetivos estratégicos de calidad asociados al proceso. Así mismo, se observó que en el



INFORME DE AUDITORIA

Auditoría No.

14-25

Fecha del informe

Día

Mes

Año

28

10

2025

REQUISITO	LINEAMIENTO	VERIFICACIÓN/EVIDENCIA OCI
	<p>interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional</p> <p>a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperados de estos procesos;</p> <p>b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;</p>	<p>documento se identifican los insumos y productos de las actividades y la interacción entre los procesos. Lo anterior hace parte de las conformidades del presente informe.</p>
<p>6.1 Acciones Para Abordar Riesgos Y Oportunidades</p>	<p>6.1.2 La organización debe planificar:</p> <p>a) Acciones para abordar los riesgos y oportunidades identificados;</p>	<p>El proceso tiene identificadas acciones para abordar los riesgos en la matriz de riesgos del proceso V6, como se evidencia en el siguiente enlace:</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/disciplinaria/Riesgos_GD.pdf</p> <p>Nota: La evaluación de los riesgos y controles se relaciona en el numeral 6. Evaluación del riesgo del presente informe.</p>
<p>7.5.2 Creación y actualización</p>	<p>La organización debe asegurar cuando se crea y actualiza información documentada:</p> <p>c) La revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.</p>	<p>Se observó que la información documentada (Caracterización del proceso, matriz de riesgos, normograma y procedimiento) del proceso se crean y se actualizan de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de control de documentos DE-pr-01 Vigente a partir de octubre 2021 8ª Actualización. La anterior anotación hace parte de las conformidades del presente informe.</p>
<p>7.1.6 Conocimientos de la organización</p>	<p>La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.</p>	<p>Se observó normograma actualizado V6 vigente a partir de octubre de 2025 disponible en la página web de la entidad. Sin embargo, frente a la Resolución Nacional R2024017396 del 25/04/2024 "Por la cual se modifica la estructura orgánica del Consejo Profesional</p>

REQUISITO	LINEAMIENTO	VERIFICACIÓN/EVIDENCIA OCI
	<p>Cuando se aborden las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.</p>	<p>Nacional de Ingeniería - COPNIA y se actualizan las funciones de una dependencia y áreas" se observó que se encuentra derogada por la Resolución Nacional R2025035780 del 14 de agosto de 2025. La anterior hace parte de las conformidades con observaciones del presente informe.</p>
<p>7.5.3.2,</p>	<p>7.5.3.2, La organización debe establecer las siguientes actividades, para el control de la información documentada: d) Conservación y disposición. La información documentada de origen externo, determinada por la organización como necesaria para la planificación y operación del SGC, se debe identificar según sea adecuado y controlar. La información documentada que se conserva como evidencia de la conformidad, debe protegerse contra modificaciones no intencionadas.</p>	<p>Se observó documento maestro de listados externos V2 actualizado frente al "Formato de Registro SIRI para sanciones disciplinarias. La anterior anotación hace parte de las conformidades del presente informe.</p>
<p>9.3.2 Entradas de la revisión por la</p>	<p>9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección</p> <p>La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de seguimiento y medición • El grado en que se han 	<p>Indicadores de gestión: Se observó que el proceso auditado realiza seguimiento y control al indicador "Cumplimiento en el tiempo para decidir los procesos disciplinarios internos" y a la fecha de corte del II trimestre tiene un avance de cumplimiento de 96,6%. Lo anterior hace parte de las conformidades del presente informe.</p>

REQUISITO	LINEAMIENTO	VERIFICACIÓN/EVIDENCIA OCI
	logrado los objetivos de la calidad	

4.2. Programación de actividades de función preventiva.

Se revisó, con base en la información suministrada por el auditado mediante correo electrónico del 30 de septiembre de 2025, el documento de trabajo interno titulado "Programación de actividades de función preventiva año 2025", en el cual se estableció el cronograma de actividades de capacitación orientadas a la prevención y sensibilización en asuntos disciplinarios, así como la emisión de cápsulas informativas. Para la vigencia 2025, se identificó que se programaron doce cápsulas informativas, de las cuales, hasta la fecha de cierre de la presente auditoría, se han generado nueve, evidenciando el cumplimiento parcial del cronograma establecido.

En relación con el "Informe de causas de realización de conductas", se evidenció que la Oficina de Control Interno Disciplinario remitió a la Dirección General, mediante correo electrónico enviado el 1.º de agosto de 2025, las principales causas que motivaron la apertura de actuaciones disciplinarias durante el período comprendido entre el 1.º de enero de 2024 y el 30 de junio de 2025.

4.3. Registro de asistencia a capacitaciones e inducción a funcionarios nuevos y Resultados de evaluación del impacto de las capacitaciones

Respecto a las capacitaciones realizadas a los nuevos funcionarios, se observó que, se realizaron 5 jornadas de inducción durante vigencia auditada, como evidencia se suministró formato plan de inducción con la respectiva firma del funcionario.

En relación con los resultados de la evaluación del impacto de las capacitaciones, el auditado informó lo siguiente:

“CUMPLIMIENTO: 100%. En coordinación con el Área de Gestión Humana de la Entidad se han programado las inducciones institucionales en el menor tiempo posible desde que se vinculan los nuevos funcionarios. Este año se han realizado un total de cinco (5) sesiones con la asistencia de dieciséis (16) nuevos funcionarios, realizándose todas las inducciones, ya que, se programó una sesión de inducción por mes y que se

han realizado a medida de las vinculaciones, es decir, en los meses donde no se realizan vinculaciones no se realiza inducción.

COBERTURA: 100%. Todos los nuevos funcionarios han asistido a la inducción institucional. A la fecha, está pendiente la programación de una inducción por una nueva vinculación.

EFICACIA: 100%. Hasta el momento, arroja ese porcentaje, toda vez que, de los funcionarios nuevos que se han vinculado durante los años 2024 y 2025 a la fecha, no se les ha formulado pliego de cargos, etapa procesal donde la probabilidad es máxima de la realización de la conducta, arrojando ese porcentaje, el cual, puede variar, ya que, los procesos que iniciaron durante el año 2024 están en curso, igual que los del año 2025”.

En consecuencia, este criterio se califica como cumplido, dado que se evidencia el cumplimiento de la función preventiva, así como el seguimiento a su ejecución y la evaluación de su eficacia.

4.4. Plan de trabajo

Se evidenció, a partir de la información suministrada por el auditado mediante correo electrónico del 30 de septiembre de 2025, la existencia del plan de trabajo 2025, elaborado conforme a las necesidades del proceso auditado. Dicho plan detalla, mes a mes, las actividades a ejecutar en el marco del proceso disciplinario, lo cual se considera una conformidad dentro del presente informe.

No obstante, en el marco del ciclo PHVA, se recomienda implementar mecanismos de seguimiento o medición que permitan evaluar el cumplimiento de lo planificado, como acción de mejora.

4.5. Procedimiento de investigaciones disciplinarias a funcionarios y a exfuncionarios del COPNIA

Se revisó el documento correspondiente al procedimiento de investigación disciplinaria a funcionarios y exfuncionarios del COPNIA, identificado con el código GDF-PR-01, versión 5, vigente desde septiembre de 2024. Para verificar el cumplimiento de las actividades contempladas en dicho procedimiento, se tomó una muestra aleatoria a partir del documento “Plan de Trabajo 2025”, que registraba una población total de 39 procesos disciplinarios. Aplicando un nivel de confianza del 90 %, se determinó una muestra óptima de 8 procesos.

Es importante aclarar que, para la selección de la muestra aleatoria, únicamente se consideraron los procesos que se encontraban en estado "archivado". Estos fueron revisados mediante los expedientes disponibles tanto en el gestor documental institucional como formato digital en la carpeta de OneDrive y en físico, arrojando los siguientes resultados:

- En relación con los tiempos del proceso disciplinario ordinario en sus distintas etapas o trámites, se observó que se cumple en un 100 % con el plazo establecido para el análisis de la queja o informe (5 días hábiles), así como con los tiempos correspondientes a la etapa de investigación disciplinaria. No obstante, se identificaron incumplimientos en la etapa de indagación previa, donde los casos NAL-ID-2024-00004, NAL-ID-2024-00006 y NAL-ID-2024-00009 superaron el plazo estipulado de 180 días. Asimismo, en la etapa de notificación del auto de cierre y traslado para alegatos precalificatorios, se evidenció un exceso en los tiempos establecidos (12 días hábiles) en los casos NAL-ID-2024-00006, NAL-ID-2024-00009, NAL-ID-2024-00011 y NAL-ID-2024-00014.

ETAPA DE INDACIÓN PREVIA

PROCESO	FECHA AUTO DE INDAGACIÓN PREVIA	VENCIMIENTO (6 MESES)	FECHA AUTO INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA	DIAS DE DIFERENCIA ENTRE FECHADE VENCIMIENTO Y FECHA AUTO DE INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA
NAL-ID-2024-00004	12/03/2024	11/09/2024	31/10/2024	50 días
NAL-ID-2024-00006	29/04/2024	28/10/2024	27/12/2024	60 días
NAL-ID-2024-00009	14/06/2024	13/12/2024	30/12/2024	17 días

ETAPA DE NOTIFICACIÓN DEL AUTO DE CIERRE Y TRASLADO PARA ALEGATOS PRECALIFICATORIOS

PROCESO	AUTO DE CIERRE	NOTIFICACIÓN DE AUTO DE CIERRE	DIAS HABILES DE DIFERENCIA
NAL-ID-2024-00006	30/04/2025	3/06/2025	22
NAL-ID-2024-00009	12/06/2025	28/07/2025	30

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría No.		14-25
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		28	10	2025

NAL-ID-2024-00011	28/05/2025	6/08/2025	47
NAL-ID-2024-00014	27/06/2025	1/08/2025	24

Por otra parte, en la etapa de evaluación de la investigación disciplinaria, se observó que en dos casos de la muestra analizada se excedieron los tiempos establecidos en el procedimiento, los cuales corresponden a un máximo de 10 días hábiles.

ETAPA EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA

PROCESO	FECHA EN LA QUE QUEDO SURTIDA LA NOTIFICACIÓN	VENCIMIENTO DE LOS 10 DÍAS HABILES PARA PRESENTAR ALEGATOS PRECALIFICATORIOS	AUTO DE EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA	DIAS HABILES ENTRE FECHA DE VENCIMIENTO Y EL AUTO
NAL-ID-2024-00009	29/07/2025	13/8/2025	1/09/2025	12 días
NAL-ID-2024-00012	4/8/2025	20/8/2025	5/09/2025	12 días

En consecuencia, estas observaciones se registran como una conformidad con observaciones para su mejora, dado que, durante el desarrollo de esta auditoría, no se evidenció la materialización del riesgo de prescripción de algún proceso disciplinario por incumplimiento de términos procesales, sin embargo, si es una falencia en la ejecución del control de los tiempos de calidad del procedimiento.

- Gestión documental de los expedientes del proceso gestión disciplinaria

Con relación a la organización, conservación, custodia y seguimiento de los expedientes a cargo de la Oficina de Control Interno Disciplinario, se evidenció que actualmente estos se gestionan tanto en formato físico como digital (almacenados en la nube), y que se encuentran en proceso de migración al nuevo gestor documental SOADOC. En el marco de esta auditoría, se procedió a verificar los expedientes en su formato físico, constatándose que cumplen con los lineamientos de archivo establecidos en el proceso de gestión documental de la entidad.

No obstante, la no conformidad 01-1424, identificada en la auditoría de la vigencia anterior y relacionada con el "Incumplimiento del procedimiento de control de registros y archivo GD-PR-02 V12 y la TRD V4, en lo referente a los lineamientos para la documentación electrónica y la compilación de los expedientes digitales del proceso auditado", permanece abierta. Esto se debe a que la migración de los expedientes no ha sido posible, dado que el nuevo gestor documental (SOADOC) aún no ha sido implementado en su totalidad. En consecuencia, no

fue posible, desde esta auditoría, verificar el cumplimiento del criterio relacionado con la gestión y administración de los documentos del proceso auditado en el Sistema de Gestión Documental (SGDEA) de la entidad.

5. HALLAZGOS

El resultado de este ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento de 100%, teniendo en cuenta que de veintidós (22) criterios evaluados, dos (02) se calificaron como conformidad con observaciones. Cómo se detalla a continuación:

5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO – CONFORMIDADES CON OBSERVACION

Criterio	Evidencia
<p>ISO 9001:2015</p> <p>7.1.6 Conocimientos de la organización</p> <p>La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.</p> <p>(...) Cuando se aborden las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.</p>	<p>Se observó normograma actualizado V6 vigente a partir de octubre de 2025 disponible en la página web de la entidad. Sin embargo, frente a la Resolución Nacional R2024017396 del 25/04/2024 "Por la cual se modifica la estructura orgánica del Consejo Profesional Nacional de Ingeniería - COPNIA y se actualizan las funciones de una dependencia y áreas" se observó que se encuentra derogada por la Resolución Nacional R2025035780 del 14 de agosto de 2025.</p>
<p>Procedimiento de investigaciones disciplinarias a funcionarios y exfuncionarios del COPNIA</p> <p>GDF-pr-01 5ª Actualización septiembre 2024</p> <p>Numeral 5. Condiciones generales</p> <p>El proceso ordinario disciplinario tendrá los siguientes tiempos:</p>	<p>Se identificaron incumplimientos en la etapa de indagación previa, donde los casos NAL-ID-2024-00004, NAL-ID-2024-00006 y NAL-ID-2024-00009 superaron el plazo estipulado de 180 días. Asimismo, en la etapa de notificación del auto de cierre y traslado para alegatos precalificatorios, se evidenció un exceso en los tiempos establecidos (12 días hábiles) en los casos NAL-ID-2024-00006, NAL-ID-2024-00009, NAL-ID-2024-00011 y NAL-ID-2024-00014.</p> <p>Por otra parte, en la etapa de evaluación de la</p>

ETAPA O TRÁMITE	TÉRMINO	investigación disciplinaria, se observó que en dos casos de la muestra analizada se excedieron los tiempos establecidos en el procedimiento, los cuales corresponden a un máximo de 10 días hábiles: NAL-ID-2024-00009 y NAL-ID-2024-00012.
Análisis de la queja o informe	5 días hábiles	
Indagación previa	180 días	
Investigación disciplinaria	180 días	
Cierre de la investigación y traslado para alegatos precalificatorios	10 días hábiles	
Notificación auto de cierre y de traslado para alegatos precalificatorios	12 días hábiles	
Evaluación de la investigación disciplinaria	10 días hábiles	

5.2 REQUISITO DE NO CUMPLIMIENTO – NO CONFORMIDADES

No se generaron No conformidades durante este ejercicio auditor.

6. EVALUACIÓN DEL RIESGO

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación
Posibilidad de afectación reputacional por la prescripción del proceso disciplinario, que impida ejecutar la acción disciplinaria con el fin de mantener la disciplina y orden al interior de la Entidad, causado por retrasos en la interposición de queja, incumplimiento de términos procesales y entrega de pruebas, dilaciones	<p>Control 1: <u>El jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno realiza seguimiento de los procesos de manera quincenal de todos los procesos activos que cursan en la función o rol de instrucción, juzgamiento, segunda instancia y doble conformidad.</u></p> <p>Con respecto al diseño de control se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control indica al responsable de llevar a cabo la actividad de control. • Tiene definida una periodicidad para su ejecución (diaria, mensual, quincenal, etc.). • Se recomienda incluir dentro de la redacción del control la evidencia que se deja de la ejecución del mismo. • Se recomienda describir dentro del control cómo se realiza el seguimiento a los procesos. • Se recomienda indicar dentro de la redacción el propósito del control, es decir, no es claro si el seguimiento a los procesos se realiza con el fin de cumplir con los tiempos de gestión establecidos en el proceso o para que no prescriban, o si con la revisión del primero ya se cumple con el segundo, y en ese caso se podrían consolidar estos dos en un solo control.

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación
<p>por cambios legislativos, nulidades, recursos y designación de Defensor de Oficio</p>	<p>A la fecha no se informa que no se detectó materialización del riesgo definido para el proceso.</p> <p><u>Control 2: El jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno revisa de manera mensual el cuadro de prescripción de los procesos activos que cursan en el proceso de gestión disciplinaria</u></p> <p>Con respecto al diseño de control se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control indica al responsable de llevar a cabo la actividad de control. • Tiene definida una periodicidad para su ejecución (diaria, mensual, quincenal, etc.). • Se recomienda incluir dentro de la redacción del control la evidencia que se deja de la ejecución del mismo. • Se recomienda describir dentro del control cómo se realiza el seguimiento a los procesos. <p>A la fecha no se informa que no se detectó materialización del riesgo definido para el proceso.</p>
<p>Posibilidad de pérdida económica y reputacional por violación de los derechos fundamentales de debido proceso y de defensa a los sujetos procesales declarada por autoridad judicial competente a través de la acción pública de tutela o del medio de control de Nulidad y Restablecimiento</p>	<p><u>Control 1: Los funcionarios que fungen como autoridades disciplinarias en las etapas de instrucción, juzgamiento y segunda instancia, al momento de conocer de determinado asunto, realizan un control de legalidad de la actuación así: 1) Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno: Al momento de proferir el pliego de formulación de pliego de cargos realiza control de legalidad, de que no se haya causado ninguna de las causas-raíz del riesgo; 2) Subdirector Jurídico: Al momento de determinar el procedimiento a seguir, realiza un control de legalidad de toda la actuación que ha adelantado el funcionario de instrucción y que no se haya presentado ninguna de las causas raíz; y, 3) Director General: Realizar un control de legalidad de toda la actuación de primera instancia.</u></p> <p>Con respecto al diseño de control se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control indica al responsable de llevar a cabo la actividad de control. • Tiene definida una periodicidad para su ejecución (diario,

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación
del Derecho y la apertura de investigación disciplinarias en contra de los funcionarios que son autoridad disciplinaria en la Entidad.	<p>mensual, quincenalmente, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin embargo, el verbo rector “realiza” no es una acción que implica control, como lo son vigilar, inspeccionar, examinar, verificar, comparar, cotejar, revisar, validar, etc. Además, cuando se indica “control de legalidad”, no se describe cómo se realiza ese control. • Se recomienda incluir dentro de la redacción el propósito del control. • Se recomienda incluir dentro de la redacción la evidencia que se deja de la ejecución del mismo. <p>A la fecha no se informa que no se detectó materialización del riesgo definido para el proceso.</p>
Posibilidad de afectación reputacional por actuaciones antiéticas con el fin de obtener un beneficio propio o favorecer a un tercero	<p><u>Control 1: Los funcionarios que ejercen los empleos de jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno, Subdirección Jurídica y Dirección General evitan reuniones por fuera de la oficina con los sujetos procesales, apoderados y quejosos involucrados en actuaciones disciplinarias internas diariamente.</u></p> <p>Con respecto al diseño de control se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control indica al responsable de llevar a cabo la actividad de control. • No tiene definida una periodicidad para su ejecución (diario, mensual, quincenalmente, etc.). • El verbo rector “evitan” no es una acción que implica control, como lo son vigilar, inspeccionar, examinar, verificar, comparar, cotejar, revisar, validar, etc. • Se recomienda incluir dentro de la redacción el propósito del control. • Se recomienda incluir dentro de la redacción la evidencia que se deja de la ejecución del mismo. <p>A la fecha no se informa que no se detectó materialización del riesgo definido para el proceso.</p>

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación
	<p><u>Control 2: Los funcionarios que ejercen los empleos de jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno, subdirector Jurídico y director general no reciben ningún tipo de remuneración, dadas o prebendas de parte de los sujetos procesales y/o apoderados y quejosos diariamente.</u></p> <p>Con respecto al diseño de control se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control indica al responsable de llevar a cabo la actividad de control. • No tiene definida una periodicidad para su ejecución (diario, mensual, quincenalmente, etc.). • El verbo rector "no reciben" no es una acción que implica control, como lo son vigilar, inspeccionar, examinar, verificar, comparar, cotejar, revisar, validar, etc. • Se recomienda incluir dentro de la redacción el propósito del control. • Se recomienda incluir dentro de la redacción la evidencia que se deja de la ejecución del mismo. <p>A la fecha no se informa que no se detectó materialización del riesgo definido para el proceso.</p> <p><u>Control 3: Los funcionarios que ejercer los empleos de Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno, Subdirector Jurídico y Director General, fungiendo como autoridades disciplinarias internas, al momento de la individualización e identificación de las personas posiblemente involucradas o involucradas en una actuación disciplinaria, verifican que no estén incurso en ninguna de las causales de impedimento para conocer de la actuación conforme a las causales señaladas en el artículo 104 del Código General Disciplinario.</u></p> <p>Con respecto al diseño de control se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control indica al responsable de llevar a cabo la actividad de control. • Tiene definida una periodicidad para su ejecución (diario, mensual, quincenalmente, etc.). • Se recomienda incluir dentro de la redacción el propósito del

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación
	<p>control.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se recomienda incluir dentro de la redacción la evidencia que se deja de la ejecución del mismo. <p>A la fecha no se informa que no se detectó materialización del riesgo definido para el proceso.</p> <p><u>Control 4: La Subdirección Administrativa y Financiera, a través del área de Gestión Humana, socializa el Código de Integridad.</u></p> <p>Con respecto al diseño de control se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> El control indica al responsable de llevar a cabo la actividad de control. No tiene definida una periodicidad para su ejecución (diario, mensual, quincenalmente, etc.). El verbo rector "socializa" no es una acción que implica control, como lo son, por ejemplo, vigilar, inspeccionar, examinar, verificar, comparar, cotejar, revisar, validar, etc. Se recomienda incluir dentro de la redacción el propósito del control. Se recomienda incluir dentro de la redacción la evidencia que se deja de la ejecución del mismo. <p>A la fecha no se informa que no se detectó materialización del riesgo definido para el proceso.</p>

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El resultado del ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento del 100%, frente a los criterios de auditoría evaluados. En este sentido, se realizan las siguientes conclusiones y recomendaciones:

En primer lugar, hay que destacar la gestión positiva del proceso de gestión disciplinaria con relación a las mejoras implementadas a partir de los ejercicios de auditoría anteriores y respecto a los siguientes aspectos evaluados:

- **Función preventiva:** Con relación al numeral 8. "Indicadores" del documento de trabajo interno, se observó que se llevan a cabo herramientas de seguimiento y de

autocontrol con la formulación de indicadores de cumplimiento, cobertura y eficacia de las actividades programadas en el cronograma de capacitación del documento de función preventiva. Además, se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo para evaluar si lo planificado se implementó de forma eficaz.

- Con relación a este último punto, se destaca el porcentaje de eficacia que se obtuvo del ejercicio de la función preventiva, el cual, de acuerdo con lo indicado por el auditado, fue del 100%, ya que a la fecha no se encuentra ningún proceso en la etapa de juzgamiento con probabilidad máxima de la responsabilidad de los involucrados.

Como oportunidades de mejora/recomendaciones, se relacionan las siguientes:

- Con respecto a la matriz de riesgo, se recomienda incluir un riesgo asociado a la seguridad digital de los expedientes de los procesos disciplinarios:
Por ejemplo, posibilidad de filtración y/o manipulación de información de los diferentes expedientes disciplinarios que pueda ocasionar delitos contra la administración pública.
- Con relación al plan de trabajo, se recomienda, frente al ciclo PHVA, realizar seguimiento o medición sobre el cumplimiento de lo planificado como acción de mejora.
- Se recomienda estandarizar los formatos, no solo de autos, sino también de las actas y constancias ejecutoras; lo anterior respalda la trazabilidad del expediente y de sus diferentes actividades.
- Se recomienda realizar la actualización del normograma.
- Con relación al diseño de los controles, se recomienda ajustar la estructura de acuerdo con lo establecido en la guía para administración del riesgo y diseño de controles V 6 del DAFP: responsable + acción + complemento.

8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Código o NC	Descripción	Evaluación de eficacia	Eficaz/No Eficaz
01-1424	Incumplimiento del procedimiento de control de registros y archivo GD-PR-02 V12 y la TRD V4 con relación a los	Se considera esta acción como NO EFICAZ, ya que aún no se ha completado la totalidad de las actividades programadas para subsanar la no conformidad, dado que su cumplimiento está previsto para una fecha futura. Por lo tanto, una	No eficaz



INFORME DE AUDITORIA

Auditoría No.

14-25

Fecha del informe

Día

Mes

Año

28

10

2025

	lineamientos para la documentación electrónica y la compilación de los expedientes digitales del proceso auditado.	vez finalizadas dichas acciones, la Oficina de Control Interno procederá a realizar la correspondiente evaluación de eficacia.	
--	--	--	--

9. ANEXOS NO CONFORMIDADES

N/A

Elaborado por: Angie Carolina Bonilla Medina- Profesional universitario de la Oficina de Control Interno

Revisado por: Alberto Castiblanco Bedoya- Jefe de la Oficina de Control Interno