**INFORME DE DETERMINACIÓN DE CONCLUSIONES AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD**

**OTORGAMIENTO LEGALIZACIÓN Y RENOVACIÓN DE CRÉDITO**

**Fecha:** Desde el 05 al 18 de junio de 2026

**Auditor Líder:** Yesenia Marcela Ospina Alvarado – Contratista OCI –

Yeletza Montiel Beltrán – Contratista OCI

**Líder del Proceso:** Carlos Eduardo Blanco Llinas- vicepresidente grado 03- Vicepresidencia crédito y Cobranzas
**Colaboradores que atendieron la auditoría:** Stefania Fajardo Velazco– Contratista Grupo Crédito; Diana Dorey Marín Ospina – Analista grado 03; Lucio Mariano Navarro Troncoso - Analista Grado 03; Jorge Heli Coronado Andrade -Contratista; Alfredo Suspes Lozano - Contratista; Gustavo Adolfo Guillen Bautista - Contratista; Milady Jainath Carrasco Suarez - contratista icetex; Michel Oviedo Brinez – Contratista; Stephany Bermúdez Dan – Contratista; Jair Fabian Parra Alda - Contratista

**Tipo de auditoría:** Auditoría programada

| | |
|---|---|
| MACROPROCESO | Otorgamiento de Productos |
| PROCESO | Otorgamiento Legalización y Renovación de Crédito |
| OBJETIVO DE LA AUDITORÍA | Evaluar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015, con el fin, de validar la capacidad, la eficiencia y la eficacia del sistema, para dar cumplimiento a los objetivos definidos y las políticas establecidas por la Entidad |
| ALCANCE | Comprende la revisión desde la planeación del proceso de Otorgamiento Legalización y Renovación de Crédito, en cumplimiento de su misionalidad, los criterios desarrollados, los requisitos normativos y la prestación del servicio, hasta el seguimiento, evaluación y mejora continua del proceso, considerando el intervalo de auditorías de la vigencia 2026. |
| METODOLOGÍA | La metodología se realiza bajo la revisión de documentos, resultados de auditorías anteriores, evaluación frente a los criterios de la auditoría, muestreo aleatorio apropiado, revisión de indicadores de gestión y Acciones correctivas y de mejora, entrevistas con los funcionarios auditados, análisis de datos y observaciones encontradas durante el proceso auditor. |
| CRITERIOS | Los criterios establecidos por la entidad:<br>Procedimientos “Procedimiento Evaluación legalización y renovación de crédito ”, “Procedimiento Legalización”<br>Tratamiento No Conformidades<br>Indicadores de gestión<br>Riesgos asociados al proceso<br>Demás criterios asociados<br><br>En el fundamento de la Norma técnica ISO 9001:2015, se auditarán todos los numerales de la Norma, exceptuando los que actualmente no aplican a la Entidad por su naturaleza operativa como son **7.1.5.2 y 8.3.** |

## ASPECTOS RELEVANTES DEL PROCESO AUDITOR

- El proceso de auditoría interna de Calidad dio inicio el lunes 05 de junio de 2026 con una reunión de apertura realizada de manera virtual a través de Microsoft Teams. Durante este encuentro inicial, correspondiente al ejercicio de auditoría interna del proceso de Otorgamiento Legalización y Renovación de Crédito, donde se presentó al líder del proceso, a su equipo de trabajo, al equipo auditor, así como el plan de auditoría a desarrollar.

- Se realizaron entrevistas a los colaboradores del proceso para verificar el cumplimiento de los requisitos normativos y procedimentales los días 10, 11, 16, 17 y 18 de junio del 2026.

- Durante el desarrollo de la auditoría se solicitaron y analizaron evidencias que permitieron verificar la trazabilidad y el cumplimiento de las actividades del proceso.

- El equipo auditor se ajustó a la disponibilidad de tiempo definida por los auditados. No obstante, a través de la coordinación del grupo de auditoría, se solicitó ampliar la duración de algunas sesiones, considerando que inicialmente solo se había dispuesto una hora por sesión programada. La solicitud fue aceptada por el equipo auditado, lo que permitió desarrollar las sesiones hasta concluir la revisión de los temas previstos en el alcance de la auditoría.

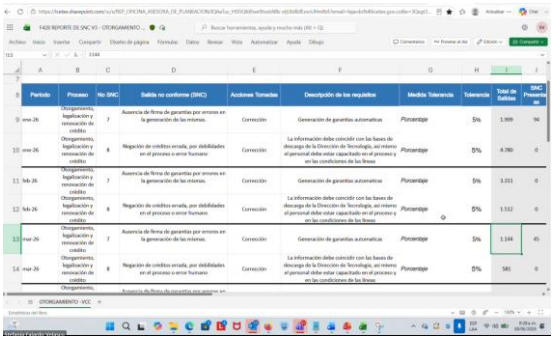
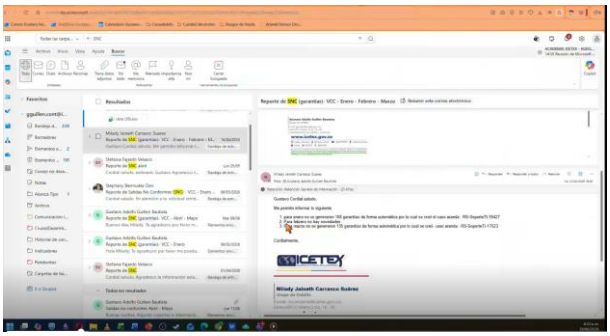
- Las no conformidades identificadas durante la auditoría deberán ser registradas y gestionadas en la plataforma Daruma, garantizando la documentación del respectivo análisis de causas, la definición de acciones correctivas y el establecimiento de un plan de mejoramiento orientado a eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos. El plazo definido para la ejecución y cierre de las acciones no deberá superar los seis (6) meses contados a partir de la comunicación del informe, con el fin de asegurar la atención oportuna y la eficacia de las acciones implementadas.

- Respecto de las oportunidades de mejora, corresponderá al proceso determinar su aceptación y pertinencia para su implementación. En caso de ser aceptadas, las acciones definidas deberán incorporarse al plan de mejoramiento correspondiente y ser registradas y gestionadas en la plataforma Daruma, con el propósito de realizar su seguimiento y verificar su cumplimiento.

## DESARROLLO DEL PROCESO AUDITOR

Realizada la validación de la evidencia aportada por el proceso versus los criterios de auditoría, se identificaron las siguientes No Conformidades:

| N° | NO CONFORMIDADES |
|---|---|
| 1 | Durante la auditoría al proceso se evidenció una deficiencia en la identificación y control de las salidas no conformes asociadas a garantías emitidas sin firma.<br><br>Al verificar la información correspondiente al mes de marzo de 2026, se observó que en el formato F428 “Reporte Salidas No Conformes Versión 3” fueron registradas 45 salidas no conformes. No obstante, al contrastar dicha información con el correo electrónico que soporta la novedad y con la validación efectuada sobre el recorrido de la información por parte del contratista responsable, se evidenció que el total de garantías emitidas sin firma correspondía a 135 casos. |

| | |
|---|---|
| | La diferencia de 90 casos evidencia que el proceso no asegura la identificación completa, el registro oportuno ni el control efectivo de todas las salidas no conformes generadas durante la operación, lo que impide garantizar su adecuado tratamiento y seguimiento.<br><br>Lo anterior constituye un incumplimiento del numeral 8.7.1 de la NTC ISO 9001:2015, el cual establece que la organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos sean identificadas y controladas para prevenir su uso o entrega no intencionada. En este caso, la organización no demostró la aplicación eficaz de dichos controles, al no identificar ni registrar la totalidad de las garantías emitidas sin firma como salidas no conformes.<br><br>Esta situación afecta la confiabilidad e integridad de la información reportada, limita la trazabilidad de la gestión realizada sobre las salidas no conformes y puede generar la toma de decisiones basada en información incompleta o no consistente. |
| | Evidencia No conformidad 1:<br><br>Registro en SharePoint de las 45 garantías sin firma:<br><br><br><br>Soporte del correo que indica las 135 garantías sin firma<br><br> |
| 2 | Durante la auditoría se solicitaron las evidencias correspondientes al tratamiento aplicado a las salidas no conformes identificadas durante el mes de marzo de 2026, relacionadas con garantías emitidas sin firma.<br><br>Si bien el proceso manifestó que las situaciones identificadas fueron atendidas oportunamente, no se evidenció información documentada que permitiera demostrar de manera objetiva el tratamiento efectuado, las acciones implementadas para corregir la situación, los responsables de su ejecución ni el seguimiento realizado para verificar su cierre o efectividad. |

| | |
|---|---|
| | La ausencia de registros impide evidenciar que las salidas no conformes fueron gestionadas conforme a los lineamientos establecidos por la organización y limita la capacidad de demostrar la trazabilidad de las acciones ejecutadas frente a las desviaciones identificadas.<br><br>Lo anterior constituye un incumplimiento del numeral 8.7.2 de la NTC ISO 9001:2015, el cual establece que la organización debe conservar información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas cuando apliquen y la autoridad que decidió la acción respecto de la no conformidad. En este caso, el proceso no pudo demostrar mediante evidencia documentada el tratamiento y seguimiento aplicado a las salidas no conformes identificadas.<br><br>Adicionalmente, se evidenció incumplimiento de las disposiciones establecidas en el Procedimiento E1-2-09 “Tratamiento de Salidas No Conformes”, relacionadas con el registro, tratamiento, seguimiento y conservación de la información documentada asociada a las salidas no conformes.<br><br>Esta situación afecta la trazabilidad y confiabilidad de la gestión realizada sobre las Salidas No Conformes, dificulta la verificación de la eficacia de las acciones implementadas y aumenta el riesgo de recurrencia de las desviaciones, al no contar con evidencia que respalde su adecuado tratamiento y cierre. |
| | Evidencia No Conforme 2:<br><br>No se incluye evidencia, debido a que no hay soporte de Salidas No Conformes |
| 3 | Durante la verificación del cumplimiento del cronograma interno de capacitaciones, se evidenció que el proceso utiliza como soporte de asistencia el formato *F05 Acta General de Reuniones V4, en lugar del **F69 Planilla Control de Asistencia Capacitaciones V3*, definido para tal fin.<br><br>Al revisar los registros de las capacitaciones ejecutadas, se observó que la evidencia de participación de los asistentes se encuentra consolidada en actas generales que agrupan varias actividades realizadas durante el mes, sin contar con un registro individual por cada capacitación desarrollada. Adicionalmente, se evidenció ausencia de firmas de algunos participantes en los formatos utilizados como soporte, lo que impide demostrar de manera objetiva la asistencia efectiva de la totalidad de los convocados.<br><br>Lo anterior incumple la actividad 32 del procedimiento *A3-2-02 Gestionar Capacitaciones Institucionales, la cual establece que, independientemente de que la capacitación sea presencial o virtual, se debe diligenciar y adjuntar el formato **F69 Planilla Control de Asistencia Capacitaciones V3* como evidencia de la ejecución de la actividad.<br><br>Esta situación evidencia debilidades en el control y conservación de los registros de capacitación, limita la trazabilidad de las actividades desarrolladas y dificulta la verificación individual de la asistencia y participación de los colaboradores. Asimismo, es necesario garantizar que los soportes de asistencia cuenten con la totalidad de las firmas de los participantes, a fin de asegurar la integridad, confiabilidad y suficiencia de la evidencia que respalda la ejecución de cada capacitación. |
| | Evidencia 3:<br>Soporte de capacitación acta general de reuniones: |



| FORTALECIMIENTO DEL PROCESO – PROCESO Y CUMPLIMIENTO DE LA G11 | |
|---|---|
| FECHA | 02/04/2025<br>08/04/2025<br>10/04/2025<br>23/04/2025<br>25/04/2025<br>29/04/2025 |

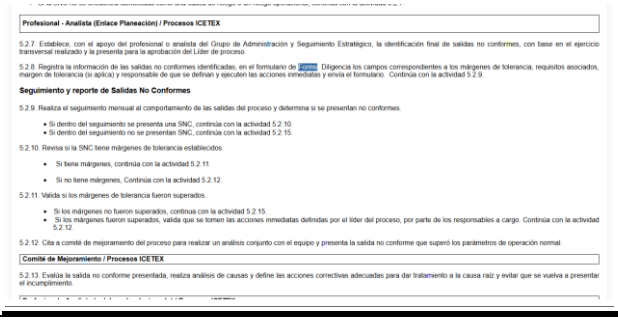
| INTEGRANTES | | |
|---|---|---|
| NOMBRE | CARGO – DEPENDENCIA / ENTIDAD | FIRMA |
| Stefania Fajardo Velasco | Contratista Grupo Crédito - VCC | |
| Lorena Marcela Barandica Acosta | Contratista Grupo Crédito - VCC | |
| Wendy Milena Diaz Martinez | Contratista Grupo Crédito - VCC | |
| Janeth Rocio Imbajoa Pecillo | Contratista Grupo Crédito - VCC | |
| Alfredo Susnes Lozano | Coordinador Grupo Crédito - VCC | |
| Lida Pedraza Mancipe | Analista Grupo Crédito - VCC | |
| Dario Tamayo Ovalle | Técnico Grupo Crédito - VCC | |

| INVITADOS | |
|---|---|
| NOMBRE | CARGO – DEPENDENCIA / ENTIDAD |
| | |

**DESARROLLO**

Durante el mes de abril se realizaron 6 capacitaciones las cuales se relacionan a continuación:

2 de abril de 2025 - temas relacionados con la gestión de alianzas
8 de abril de 2025 - temas con respecto al comité de crédito
10 de abril 2025 - temas con respecto presupuesto
23 de abril de 2025 - temas con respecto a cambios de estados
25 de abril de 2025 - temas con respecto a derechos de petición, giros complementarios y casos especiales
29 de abril de 2025 - temas con respecto cambio de deudor solidario

| | |
|---|---|
| 4 | Al solicitar la evidencia del registro y seguimiento de las salidas no conformes, se verificó que actualmente dicho control se realiza mediante una herramienta SharePoint; sin embargo, el numeral 5.2.8 del Procedimiento E1-2-09 Tratamiento de Salidas No Conformes V 10, el cual establece que el registro debe efectuarse mediante formulario Forms.<br><br>La utilización de un mecanismo distinto al definido institucionalmente evidencia falta de control sobre la aplicación de la información documentada aprobada.<br><br>Lo anterior incumple el numeral 7.5.3 de la NTC ISO 9001:2015 relacionado con el control de la información documentada.<br><br>Esta situación puede generar registros no estandarizados, inconsistencias en la gestión de la información y dificultades para el seguimiento institucional.<br><br>**NO CONFORMIDAD PARA PLANEACIÓN** |
| | Evidencia No Conformidad 2:<br><br>Procedimiento Salidas No Conformes:<br><br> |

**Profesional - Analista (Enlace Planeación) / Procesos ICETEX**

5.2.7. Establece, con el apoyo del profesional o analista del Grupo de Administración y Seguimiento Estratégico, la identificación final de salidas no conformes, con base en el ejercicio transversal realizado y la presenta para la aprobación del Líder de proceso.

5.2.8. Registra la información de las salidas no conformes identificadas, en el formulario de Forms. Diligencia los campos correspondientes a los márgenes de tolerancia, requisitos asociados, margen de tolerancia (si aplica) y responsable de que se definan y ejecuten las acciones inmediatas y envía el formulario. Continúa con la actividad 5.2.9.

**Seguimiento y reporte de Salidas No Conformes**

5.2.9. Realiza el seguimiento mensual al comportamiento de las salidas del proceso y determina si se presentan no conformes.

- Si dentro del seguimiento se presenta una SNC, continúa con la actividad 5.2.10.
- Si dentro del seguimiento no se presentan SNC, continúa con la actividad 5.2.15.

5.2.10. Revisa si la SNC tiene márgenes de tolerancia establecidos.

- Si tiene márgenes, continúa con la actividad 5.2.11.
- Si no tiene márgenes, Continúa con la actividad 5.2.12.

5.2.11. Valida si los márgenes de tolerancia fueron superados.

- Si los márgenes no fueron superados, continua con la actividad 5.2.15.
- Si los márgenes fueron superados, valida que se tomen las acciones inmediatas definidas por el líder del proceso, por parte de los responsables a cargo. Continúa con la actividad 5.2.12.

5.2.12. Cita a comité de mejoramiento del proceso para realizar un análisis conjunto con el equipo y presenta la salida no conforme que superó los parámetros de operación normal.

**Comité de Mejoramiento / Procesos ICETEX**

5.2.13. Evalúa la salida no conforme presentada, realiza análisis de causas y define las acciones correctivas adecuadas para dar tratamiento a la causa raíz y evitar que se vuelva a presentar el incumplimiento.

Adicional a lo anterior, en el desarrollo de la auditoría, se pudieron detectar aspectos susceptibles de mejora, los cuales se encuentran descritos en la siguiente tabla:

| N° | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
|---|---|
| | Realizar una revisión y análisis de las salidas no conformes del proceso, con el fin de identificar aquellas que ya no son aplicables o que no generan valor dentro de la operación. Una vez definidas las salidas a eliminar, es importante formalizar y comunicar dichos cambios a las partes interesadas, asegurando la actualización y divulgación correspondiente en la caracterización del proceso. Esto permitirá mantener la documentación alineada con la operación real y garantizar una comunicación efectiva de las modificaciones realizadas**.** |

## FORTALEZAS

Durante el desarrollo de la auditoría se evidenció el compromiso, la disposición y la actitud colaborativa del equipo auditado, quienes atendieron oportunamente los requerimientos de información, participaron activamente en las entrevistas y facilitaron el acceso a las evidencias necesarias para la ejecución del ejercicio auditor. Esta actitud contribuyó al desarrollo eficiente de la auditoría, favoreciendo la comunicación, la transparencia y el análisis objetivo de los criterios evaluados, lo que refleja una cultura orientada al mejoramiento continuo y al fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad.

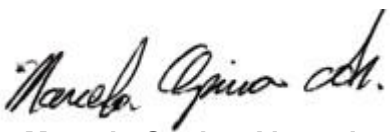
## RECOMENDACIÓN

Fortalecer las estrategias de socialización y apropiación de las responsabilidades y autoridades asociadas a los cargos, de manera que se asegure no solo la comunicación formal de la información, sino también su comprensión y aplicación efectiva por parte de los colaboradores.

## CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna realizada al proceso, se evidenció que existen elementos de gestión, controles y lineamientos establecidos que permiten el desarrollo de las actividades conforme a los objetivos institucionales y a los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad. No obstante, se identificaron brechas de fortalecimiento relacionadas con la aplicación de controles, la gestión de la información documentada, la trazabilidad de los registros, la apropiación de responsabilidades y el aseguramiento de la evidencia de las actividades ejecutadas. En este sentido, es necesario implementar acciones correctivas y de mejora que permitan aumentar la eficacia de los controles, fortalecer la confiabilidad de la información y contribuir al mejoramiento continuo del proceso y del Sistema de Gestión de Calidad.

**Fin del informe**



**Marcela Ospina Alvarado**
**Auditora Líder**



**Yeletza Montiel Beltrán**
**Auditora**