

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019	Página: 1 de 9

Fecha: 7-03-2022
Proceso / Área / Actividad auditada: Bienestar Institucional.
Criterios de auditoría: Caracterización y procedimientos del proceso de gestión de bienestar institucional, NTC ISO 9001:2015, normatividad interna y externa, las cuales hacen parte del proceso.
Responsable del proceso: Jefe de Bienestar Institucional
Nombre del auditado: Fabián Hernández Carrillo
Nombre de auditor líder y auditores de apoyo: Arlex Rodríguez Quevedo (Auditor Líder), Sergio Alejandro Martínez Díaz Y Clara Natalia Rozo Forero (Auditores De Apoyo).
Nombre del asesor de control interno: Eliana Andrea Vaca Rojas.

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN EN SITIO		REUNIÓN DE CIERRE		
Día: 14	Mes: 02	Año: 2022	Desde: 14/02/2022	Hasta: 24/02/2022	Día: 07	Mes: 03	Año: 2022

OBJETIVO
Verificar cumplimiento de las actividades establecidas en la caracterización del proceso, procedimientos y el cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable.

ALCANCE
Comprende todas las actividades relacionadas en la caracterización, procedimientos y lineamientos relacionados con el proceso de bienestar institucional vigencia 2021.

FORTALEZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición del jefe de bienestar y equipo de trabajo de las diferentes áreas, colaboración para la ejecución de la auditoría y entrega de la información solicitada de acuerdo a las actividades asignadas por el proceso auditor. 2. Las áreas adscritas a Bienestar Institucional implementaron mecanismos y herramientas virtuales que permitieron la realización de las actividades que fueron debidamente planeadas, generando una participación representativa en la comunidad universitaria. 3. Las diferentes áreas mostraron interés en contribuir con los procesos de actualización de la información documentada referente a los procedimientos internos. 4. El Programa de Retención Unillanista se encuentra en desarrollo del sistema de alertas tempranas en el sistema de información SIAU, para la permanencia y graduación estudiantil. 5. Desarrollo e Implementación del modelo de gestión de la permanencia y graduación. 6. Se está midiendo la eficiencia de sus servicios aplicando la encuesta de satisfacción en las distintas actividades y servicios, en aras de garantizar la pertinencia y oportunidad de los servicios brindados. 7. El Área de Salud ha logrado consolidar la información de vigencias anteriores para unificar criterios organizando los procedimientos y generando un plan de intervenciones colectivas. Además, se evidencia un proceso de autoevaluación de los criterios de la Resolución 3100 de 2019, y avance en la formulación de la información documentada relacionada. 8. El Área de Arte y Cultural aporta a la permanencia académica de los estudiantes, mediante la vinculación en procesos artísticos y culturales, junto con espacios participativos pertinentes con las necesidades e intereses de la institución.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019	Página: 2 de 9

9. El Área de Actividad Física y Deporte fomenta la cultura física para contribuir al desarrollo de la comunidad universitaria y al mejoramiento de los estilos de vida saludable. Además, con el fin de atender de manera más eficiente a toda su población se cuentan con diversos escenarios deportivos para el desarrollo de las diferentes actividades físicas.

RELACIÓN DE HALLAZGOS			
CÓDIGO DEL HALLAZGO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN / EVIDENCIA / CRITERIO	NOMBRE DE LOS AUDITORES
CP-BIN-NC1-2022	No Conformidad	En la revisión realizada no se evidencia la evaluación a las políticas del Sistema de Bienestar Institucional, según lo descrito en el Acuerdo 025 del 2002 en su Artículo 9°, Literal b) <u>"Proponer, coordinar, ejecutar, controlar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos de Bienestar"</u> .	Equipo Auditor
CP-BIN-NC2-2022	No Conformidad	Las políticas del Sistema de Bienestar Institucional no se encuentran ajustadas conforme lo especifica el Decreto 1330 del 2019 en su Artículo 2.5.3.2.3.1.3 Literal b) <u>"Las políticas institucionales deberán atender a la normatividad vigente en materia de protección de datos, propiedad intelectual, responsabilidad social y ambiental, así como a las que estime necesarias para responder a expectativas y necesidades de los contextos locales, regionales y globales"</u> .	Equipo Auditor
CP-BIN-NC3-2022	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría, no se evidenció la presentación del informe de gestión del primer periodo académico vigencia 2021 ante el Consejo de Bienestar Institucional, generando un incumplimiento en el Acuerdo Superior 025 del 2002, Artículo 9°, Literal J <u>"Presentar un informe de gestión semestral al Consejo de Bienestar Institucional"</u> .	Equipo Auditor
CP-BIN-NC4-2022	No Conformidad	En la revisión de los tres (3) indicadores de gestión del proceso de Bienestar Institucional, se observó que para las vigencias auditadas no fue medido el Indicador 2 <u>"Satisfacción de los usuarios de servicios de bienestar institucional"</u> ; incumpliendo con el numeral 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis Y Evaluación de la Norma NTC ISO 9001:2015.	Equipo Auditor
CP-BIN-NC5-2022	No Conformidad	Revisado el inventario general del proceso frente a las Actas de Toma Física de Inventarios suministradas por Almacén de Bienestar (Anexo), se evidenciaron elementos identificados como faltantes; lo anterior constituye un riesgo de pérdida de recursos de la entidad conforme con el Artículo 7° <u>"Pérdida, daño o deterioro de bienes"</u> de la LEY 610 de 2000.	Equipo Auditor
CP-BIN-NC6-2022	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría, se evidenció que los responsables de las áreas del proceso de Bienestar Institucional no tienen conocimiento de cómo se encuentra articulado el objetivo y alcance de los procedimientos con la Política de Calidad identificada por la institución respecto a los lineamientos de la planificación estratégica del Sistema de Gestión de Calidad; incumpliendo el numeral 7.3 Toma De Conciencia de la norma NTC ISO 9001:2015.	Equipo Auditor

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019	Página: 3 de 9

CP-BIN-NC7-2022	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría, no se evidenció en el área de recreación y deporte el cumplimiento de la actividad 8 del PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE PD-BIN-05 " <u>Remitir informe mensual de instrucción a la coordinación...</u> "; y en el área de arte y cultura no se evidencian los productos de la Actividad 8 del PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO DEL ARTE Y LA CULTURA PD-BIN-04 " <u>FO-BIN-01 y FO-BIN-29</u> ". De acuerdo a lo anterior, incumple con el Numeral 7.5.3 Control de la información documentada de la norma NTC ISO 9001:2015	Equipo Auditor
CP-BIN-NC8-2022	No Conformidad	En el área de socioeconómica se evidencian registros sin carpetas rotuladas y sin foliación conforme se especifica en el numeral 5.4.1.3 " <u>Criterios para la Organización de Archivos de Gestión</u> ", del MANUAL DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO MN-GDO-01, incumpliendo el Numeral 7.5.3 Control de la información documentada de la norma NTC ISO 9001:2015	Equipo Auditor
CP-BIN-NC9-2022	No Conformidad	En la revisión del micrositio del Programa de Retención Estudiantil Unillanista se evidencia que se encuentra desactualizado para la operación del proceso, sin tener en cuenta los principios descritos en la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia) Artículo 3° " <u>... Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella....</u> ". De acuerdo a lo anterior, incumple con el Numeral 7.1.3 Infraestructura Literal d) Tecnologías de la información y la comunicación de la norma NTC ISO 9001:2015.	Equipo Auditor
CP-BIN-NC10-2022	No Conformidad	El Sistema de Bienestar Institucional no evidencia actualización frente a los lineamientos establecidos en el Decreto 1330 de 2019 Artículo 2.5.3.2.3.1.6. <u>Modelo de bienestar. ...La institución establecerá las políticas, procesos, actividades y espacios que complementan y fortalecen la vida académica y administrativa, con el fin de facilitarle a la comunidad institucional el desarrollo integral de la persona...</u> ... <u>La institución deberá demostrar la existencia de mecanismos de divulgación e implementación de los programas de bienestar orientados a la prevención de la deserción y a la promoción de la graduación de los estudiantes</u> ".	Equipo Auditor
CP-BIN-NC11-2022	No Conformidad	En la revisión a la información documentada del proceso publicada en el micrositio del SIG se evidencia que el PROCEDIMIENTO ÁREA DE DESARROLLO HUMANO PD-BIN-03 no está articulado en sus actividades y productos generados, además, no se incluyen algunas actividades realizadas por el área. Los siguientes formatos están desactualizados en la página: a) De Orientación Psicológica FO-BIN-09, b) De Seguimiento Psicológico FO-BIN-10, c) Certificación De Asistencia A Orientación Psicológica FO-BIN-23, d) Planeación de Actividades - Área de Desarrollo Humano FO-BIN-25.	Equipo Auditor

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019	Página: 4 de 9

		Además, los siguientes documentos no se evidencian formalizados: El programa de salud sexual y reproductiva, el programa de riesgo cardiovascular, la política de salud sexual y reproductiva, política de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, el protocolo para la atención de casos de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas, el protocolo y ruta para la prevención, orientación y manejo de personas en riesgo de suicidio, el plan de participación de los núcleos familiares de los estudiantes como red de apoyo para la permanencia y graduación, y el programa de adaptación a la vida universitaria. Por lo anterior, incumple con el Numeral 7.5.2 Creación y Actualización Literal c) <u>la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación</u> , de la norma NTC-ISO 9001:2015.	
CP-BIN-NC12-2022	No Conformidad	Durante la vigencia 2021 se evidencia solo una convocatoria de reunión del Comité Operativo del Modelo de Gestión de la Permanencia y la Graduación para el primer periodo académico, generando un incumplimiento con el Acuerdo Superior 005 de 2016 Artículo 8°, Literal k) <u>Realizar dos reuniones por cada periodo académico para estudiar, determinar y evaluar las acciones a ejecutar.</u>	Equipo Auditor
CP-BIN-NC13-2022	No Conformidad	En la revisión del contrato C-2576 de 2021 QUALITY BRANDS 7-11 SAS, no se evidenció el cumplimiento de las obligaciones específicas del contratista 20), 24), 25), y 27), descritas en la cláusula seis (6); incumpliendo con lo descrito en la Resolución Rectoral 1092 de 2021, Artículo 10°. FUNCIONES GENERALES DE LA SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA Parágrafo, <u>Durante la ejecución del contrato, Numeral 1, "Revisar y constatar que el contratista o conveniente cumpla con todas las obligaciones contractuales, respetando las especificaciones y condiciones técnicas, lineamientos, y demás requisitos y formalidades previstas en el contrato o convenio."</u>	Equipo Auditor
CP-BIN-NC14-2022	No Conformidad	Durante la revisión realizada al Comedor Universitario no se evidenció la implementación y control de los procesos necesarios para cumplir con los requisitos descritos en la Resolución 2674 de 2013, Capítulo II EQUIPOS Y UTENSILIOS Artículo 10°. <u>Condiciones de instalación y funcionamiento</u> , Capítulo VI SANEAMIENTO Artículo 26°. <u>Plan de saneamiento Abastecimiento o suministro de agua potable</u> , Capítulo III PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS Artículo 13°. <u>Plan de capacitación</u> . Por lo tanto, incumple con el numeral 8.1 Planificación Y Control Operacional de la norma NTC ISO 9001:2015 y de la norma NTC ISO 14001:2015.	Equipo Auditor
CP-BIN-NC15-2022	No Conformidad	Durante la revisión al Área de Salud a los servicios de consulta odontológica, las actividades relacionadas en los registros diarios de atención odontológica no se evidencian dentro de las actividades contractuales descritas en el contrato de prestación de servicios profesionales del odontólogo; incumpliendo con el numeral 8.4.2 Tipo y alcance del control Literal a) <u>asegurarse que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control</u>	Equipo Auditor

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019	Página: 5 de 9

		<i>de su sistema de gestión de la calidad</i> de la norma NTC ISO 9001:2015 y el numeral 8.1 Planificación Y Control Operacional Literal c) <u>comunicar sus requisitos ambientales pertinentes a los proveedores externos, incluidos los contratistas</u> de la norma NTC ISO 14001:2015.	
CP-BIN-NC16-2022	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría en el Área de Salud, no se evidencia la relación de los equipos biomédicos, el cronograma de mantenimientos preventivos, las hojas de vida y las fichas técnicas; incumpliendo con el numeral 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones de la Norma NTC ISO 9001:2015.	Equipo Auditor
CP-BIN-NC17-2022	No Conformidad	En la verificación del Área de la Salud en el servicio de gestión del riesgo, no se está asegurando la entrega del seguro estudiantil a todos los estudiantes. Lo anterior incumple con lo descrito en el numeral 8.1 Planificación Y Control Operacional Literal e) <u>la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada...</u> de la norma NTC ISO 9001:2015.	Equipo Auditor

VERIFICACIÓN DE INDICADORES
<p>En la ejecución de la Auditoría al proceso de Bienestar Institucional, se revisaron tres (3) indicadores establecidos:</p> <p>Indicador 1. Ejecución del plan anual de Bienestar Institucional. Medición: Semestral Meta: 95% Observaciones: Las fechas de última y próxima medición no están actualizadas (31-12-2020 - 30-6-2021) El resultado del indicador para el primer semestre 2021 es de 87% no se cumplió la meta.</p> <p>Indicador 2. Satisfacción de los usuarios de servicios de bienestar institucional. Medición: Anual Metas: Pregrado (3.20), Posgrado (3.0), Docentes (3.0), y Personal Administrativo (3.0). Observaciones: No se evidencia medición del indicador.</p> <p>Indicador 3. Participación de la comunidad universitaria en los servicios de bienestar institucional. Medición: Semestral Metas: Pregrado (11,050), Posgrado (150), Docentes (194), y Personal Administrativo (210). Observaciones: Fecha de última y próxima medición (11-2-2021- 5-2-2022). El modelo de evaluación del indicador muestra que la medición se hace semestral, sin embargo en las fechas proyectadas para medición muestra que es anual.</p>

VERIFICACIÓN AL MAPA RIESGOS
<p><i>Nota:</i> El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoría la eficacia de las acciones establecidas en el mapa de riesgos.</p> <p><i>Nota:</i> La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción asociada al control.</p> <p>Se revisa el mapa institucional de riesgos en el cumplimiento de las acciones establecidas para controlar los riesgos para la vigencia 2021 del proceso de Bienestar Institucional:</p>

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019	Página: 6 de 9

Riesgo BIN 1. Posibilidad de manipulación de la información que se maneja en las diferentes áreas del proceso.

Acción de mejora o de control propuesta:

1) Revisión general de los documentos del proceso de Bienestar Institucional

Observaciones:

El riesgo no se materializó durante la vigencia.

EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué?

El proceso no diligencio avance en el monitoreo del tercer cuatrimestre y pendiente diligenciar los indicadores de eficacia y efectividad por parte del proceso

Porcentaje de cumplimiento: 66,67%

Eficacia de control: 3

Estado: En proceso

Riesgo BIN 2. Incumplimiento del plan de acción anual de Bienestar Institucional

Acción de mejora o de control propuesta:

1) Seguimiento al plan de acción de Bienestar Institucional, mediante los informes de gestión de los coordinadores de área

2) Monitoreo del contexto interno y externo pertinente al proceso, y toma de decisiones en el consejo de Bienestar Institucional

Observaciones:

El riesgo no se materializó durante la vigencia.

EFICAZ Si _X_ No ___ ¿Por qué?

Se evidencia cumplimiento de las acciones de control propuestas en las fechas establecidas.

Se verifican los controles existentes ya que no se formuló tratamiento del riesgo, de acuerdo a lo relacionado en el monitoreo "Informes de gestión de áreas 2021-1", "Seguimiento tercer trimestre Plan de Acción BIU 2021.

VERIFICACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES

Nota: El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoría la eficacia de las acciones correctivas que reporten cumplimiento en el plan de mejoramiento asociado al proceso.

Nota: La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción correctiva y/o mejora.

CP-BIN-NC-8-2020

Tipo de acción: Acción Correctiva

Descripción de la Acción:

Proyectar la documentación necesaria para solicitar y gestionar la creación legal del club deportivo, para dar cumplimiento a lo citado en la Ley.

Actividades asociadas a la acción de tratamiento:

1) Proyectar documentación requerida (30/09/2021).

2) Realizar gestión con las entidades pertinentes para la creación del club deportivo (30/09/2021).

Estado:

Abierta

Observaciones:

Se está realizando un modelo del plan de desarrollo deportivo que se pide como requisito para los clubes deportivos y se envió solicitud para el inicio del trámite en la consolidación del club deportivo de la Universidad el cual está pendiente por verificar.

EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? Las actividades para eliminar las causas no fueron cumplidas en las fechas establecidas; hasta el momento han solicitado dos prórrogas y una de ellas es para cumplirse en el primer semestre 2022 (Seguimiento Plan de Mejoramiento 2021).

CP-BIN-NC1-2021

Tipo de acción: Acción Correctiva

Descripción de la Acción:

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019

1) Remitir copia de respuestas entregadas a Andrés Felipe cuadros, Elkin Javier Home Molina, Hans David Herrera López, José Leonardo Hernández Cantor y Fabián Camilo Reina Cuesta a los correos de quejasyreclamos@unillanos.edu.co y contacto@unillanos.edu.co. Las respuestas de las consultas de José Leonardo Hernández Cantor y Fabián Camilo Reina Cuesta fueron compartidas al correo contacto@unillanos.edu.co el 17 de noviembre y el 03 de diciembre 2020 respectivamente.

2) Realizar seguimiento y control al trámite de respuesta a las PQRSD allegadas a bienestar institucional con remisión de copias de respuesta a la oficina de archivo y correspondencia.

Actividades asociadas a la acción de tratamiento:

1) Entrega de copias de respuestas a correos quejasyreclamos@unillanos.edu.co y contacto@unillanos.edu.co (15-6-2021).

2) Entrega de respuestas a estudiantes con copia a oficina de archivo y correspondencia, llevando control mediante planilla (15-11-2021)

Estado:

Actividad 1 Cerrada (7-7-2021)

Actividad 2 Cerrada (2-12-2021).

Observaciones:

Se hace la verificación con el área socioeconómica y se evidencia control de las PQR con sus respectivas copias de respuesta.

EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? Las actividades se cumplieron según las acciones definidas pero no fueron ejecutadas en los tiempos establecidos por el proceso.

CP-BIN-NC2-2021

Tipo de acción: Acción Correctiva.

Descripción de la Acción:

1) Elaborar informes de seguimiento y supervisión del contrato 153 de 2014 con los insumos recibidos por el Ictex y el proceso realizado por la Universidad.

Actividades asociadas a la acción de tratamiento:

1) Entrega de informes de supervisión al Ictex con copia al ordenador del gasto y a la Vicerrectoría de recursos (31-08-2021).

Estado:

Actividad Cerrada (2-12-2021).

Observaciones:

Se evidencia el informe semestral de supervisión y el informe de acciones afirmativas correspondiente al primer semestre 2020 ya que el calendario 2020- 2 no se ejecutó.

EFICAZ Si _X_ No ___ ¿Por qué? La actividad se cumplió según las acciones definidas por el proceso.

CP-BIN-NC3-2021

Tipo de acción: Acción Correctiva

Descripción de la Acción:

Realizar citaciones cada semestre al Comité Operativo y se elaborarán Actas de las reuniones virtuales o presenciales que se lleven a cabo.

Actividades asociadas a la acción de tratamiento:

1. Entrega de Actas reunión Comité Operativo por semestre académico (30-3-2022).

2. Informes de seguimiento del Programa Jóvenes en acción Fecha establecida para cumplimiento (30-8-2021).

Estado:

Actividad 1. Abierta: Se solicitó prórroga para cerrarse el primer trimestre 2022. Se evidencia acta No.12 de 17 de junio de 2021 del Comité Operativo del convenio 195/2013.

	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019	Página: 8 de 9

Actividad 2. Cerrada (2-12-2021). Se evidencia informe de seguimiento primer semestre 2021-1 del programa de jóvenes en acción. Se evidencian 2 actas del comité operativo semestrales (30/03/2022).

Observaciones:

La actividad 1, se encuentra pendiente la segunda acta por lo tanto se encuentra en proceso.

EFICAZ Si No ¿Por qué? El hallazgo continúa abierto por solicitud de prórroga.

CP-BIN-NC4-2021

Tipo de acción: Acción Correctiva

Descripción de la Acción:

- 1) Solicitar los documentos necesarios ante rectoría para la inscripción de servicios de consulta externa por médico general y enfermería sede Barcelona.
- 2) Solicitar reuniones de asesoría para la habilitación de servicios ante la Secretaría de Salud Departamental por estándar de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019.

Actividades asociadas a la acción de tratamiento:

Distintivo de habilitación y acreditación de servicios consulta externa por médico general y enfermería 30/09/2022

Estado:

Abierta

Observaciones:

Durante la auditoría se evidencia que el hallazgo continúa abierto por solicitud de prórroga para cerrarse en el tercer trimestre 2022; ya se realizó la solicitud de inscripción ante el reps, se encuentra pendiente el certificado redes eléctricas para dar cumplimiento de las acciones formuladas.

EFICAZ Si No ¿Por qué? Están dentro de las fechas solicitadas para darle cumplimiento.

ASPECTOS POR MEJORAR

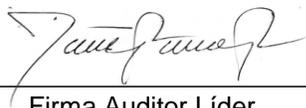
1. Mejorar la organización del archivo documental físico y digital, ya que no se encuentra centralizada la información en su totalidad, con el fin de permitir su identificación y preservación de manera eficaz.
2. Actualizar la matriz legal del proceso según referencias normativas de cada uno de los procedimientos.
3. Actualizar el microsítio del Proceso Bienestar Institucional y el Programa de Retención Estudiantil, implementar las actividades que realiza y usar eficientemente los recursos tecnológicos que se encuentran disponibles en la página web de la Universidad.
4. Revisar los indicadores del proceso y actualizarlos de acuerdo a la periodicidad por periodo académico, por de otra parte, revisar la ubicación de los indicadores de gestión relacionados al programa de retención estudiantil ubicados en el proceso de docencia, indicador 4 "Tasa de deserción por cohorte a primer semestre", indicador 5 "Tasa de deserción anual", e indicador 6 "Tasa de graduación".
5. Formalizar los procedimientos de Consejería Estudiantil, de aprendizaje colaborativo entre pares, jornada de primer encuentro con la U, y para pago de hora cátedra asesores pedagógicos, además, de los documentos de referencia para cada procedimiento.
6. Solicitar canales institucionales oficiales para realizar las labores de consejería vía whatsapp.
7. Actualizar el módulo de alertas tempranas en el sistema de información SIAU
8. Incluir dentro de la página principal BIENESTAR Y PREU el hipervínculo para enviar una petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia.
9. Unificar el nombre del área de desarrollo humano en todos los documentos que contienen su información para que sea más fácil realizar seguimiento.
10. Supervisar la implementación de los programas de limpieza y desinfección, manejo integral de plagas, gestión de residuos sólidos, capacitación del personal, agua potable, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.
11. Relacionar en los informes de gestión los cumplimientos porcentuales de las metas e indicadores descritos en el plan de acción del proceso.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 06	Fecha de aprobación: 08/10/2019

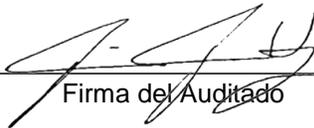
12. Divulgar los procedimientos relacionados a este proceso para que se pueda estandarizar las tareas y demostrar los controles necesarios para las diferentes actividades.
13. Identificar, valorar y analizar los riesgos de las diferentes áreas del proceso como deportes, salud, arte, cultura, y desarrollo humano.
14. Mantener actualizados los monitoreos a la matriz de riesgos institucional se observó que para el riesgo 1, el proceso no diligencio avance en el tercer cuatrimestre.
15. Establecer para el área de salud de sus procedimientos el inventario de medicamentos, insumos y dispositivos médicos y funcionamiento de un kárdex para el manejo de los inventarios.

CONCLUSIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. De conformidad con el programa anual de auditorías de la presente vigencia, se ejecutó la auditoría al proceso de Bienestar Institucional, dando alcance a la verificación y cumplimiento de las normas vigentes, así como la efectividad de los controles asociados a sus procedimientos, con el fin de identificar riesgos materializados o potencialmente débiles en sus controles. 2. El Objetivo y Criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría. 3. El resultado del presente Informe de Auditoría establece nueve (9) fortalezas, diecisiete (17) No Conformidades, y quince (15) Aspectos por Mejorar. 4. El proceso de bienestar debe comprometerse en la formulación, ejecución y cumplimiento del plan de mejoramiento con el objetivo de eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos y las acciones implementadas sean eficaces para que no se vuelvan a presentar.

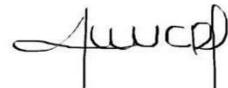
ANEXOS
Actas de Toma física de Inventarios



Firma Auditor Líder



Firma del Auditado



Firma Asesor de Control Interno de Gestión