

**PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL****INFORME DE AUDITORÍA**

Código: FO-ECS-04

Versión: 07

Fecha de aprobación: 28/04/2022

Página: 1 de 16

TÍTULO DE LA AUDITORÍA

Auditoría al Proceso de Proyección Social

FECHA INFORME

Día: 29

Mes: 06

Año: 2023

Objetivo:

1. Verificar el cumplimiento de las actividades planeadas y la ejecución de los recursos plasmados en la ficha BPUNI, durante la vigencia 2022.
2. Verificar durante la vigencia 2022, los requisitos normativos y actividades establecidas en los procedimientos PD-PSO-06 "Procedimiento para la presentación, aprobación y ejecución de los proyectos comunitarios, recurrentes y especiales" y PD-PSO-09 "Procedimiento para la gestión de la presencia institucional y mercadeo", con el propósito de revisar el cumplimiento de los requerimientos y las actividades ejecutadas por el proceso.

Alcance:

Verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en la caracterización CP-PSO-01, procedimientos, PD-PSO-06 "Procedimiento para la presentación, aprobación y ejecución de los proyectos comunitarios, recurrentes y especiales", PD-PSO-09 "Procedimiento para la gestión de la presencia institucional y mercadeo", normatividad interna y externa aplicable y ejecución de recursos asignados por Ficha BPUNI, vigencia 2022.

Criterios:

Ley 115 de 1994, Decreto 1083 de 2015, Decreto 1499 de 2017, Acuerdo Superior N°020 de 2000, Acuerdo Superior N°021 de 2002, Acuerdo Superior N°004 de 2009, Acuerdo Superior N°014 de 2015, Acuerdo Superior N°006 de 2021, Acuerdo Superior 015 de 2021, Resolución Rectoral N°0685 de 2021 y demás normatividad interna y externa aplicable.

Aspecto evaluable

(Unidad Auditable):

Proyección Social

Líder de proceso y/o

Jefe(s) de área(s):

Omar Yesid Beltrán Gutiérrez

REUNIÓN DE APERTURA**EJECUCIÓN EN SITIO****REUNIÓN DE CIERRE**

Día: 05

Mes: 06

Año: 2023

Desde: 2023/06/05

Hasta: 2023/06/16

Día: 29

Mes: 06

Año: 2023

ROLES EN LA AUDITORÍA INTERNAAsesor de Control Interno
de Gestión

Auditor Líder

Auditor de Apoyo

Experto Técnico

Eliana Andrea Vaca Rojas

Sonia Clavijo Baquero

Arlex Rodriguez Quevedo

No Aplica

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA****Antecedentes**

El proceso de Proyección Social, es un proceso misional, la cual es una función sustantiva de la universidad que la vincula con la sociedad, en búsqueda de alternativas de solución a sus principales problemas, mediante procesos permanentes e interactivos, que integran la docencia y la investigación con el propósito de desarrollar planes,

programas y proyectos a partir de conocimientos sociales, científicos, tecnológicos, culturales, ambientales y de salud para contribuir con el desarrollo regional y nacional.

La última auditoría de gestión realizada al proceso de Proyección Social-Programa de Egresados, data de la vigencia 2022, cuyo alcance contempló la vigencia 2021, en donde se evidenciaron tres (3) fortalezas, seis (6) No Conformidades, y doce (12) aspectos por mejorar.

Actividades Desarrolladas

La Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité Institucional Coordinador de Control Interno, programó la auditoría de gestión al proceso de Proyección Social, con el fin de revisar el cumplimiento de las actividades propias del proceso y el cumplimiento de la normatividad vigente en los procesos. Para el desarrollo de la auditoría basada en riesgos, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1. Requerimiento de información al proceso auditado.
2. Revisión y análisis de la información documentada, normatividad interna y externa aplicable.
3. Definición del objetivo, alcance y de los criterios a tener en cuenta durante la ejecución de la auditoría.
4. Identificación, análisis y valoración de los riesgos asociados al proceso de Proyección Social.
5. Elaboración del programa de trabajo.

Con base en los criterios y alcance de la auditoría, se verificaron los siguientes aspectos:

1. Caracterización del proceso: Se tomó el documento formalizado por el área de Calidad con código CP-PSO-01 versión 6 con fecha de aprobación del 28 de abril del 2021, en la cual se realizó una revisión de los elementos de entrada y salida, la modelación del proceso, riesgos, indicadores y normograma.
2. PD-PSO-06 "Procedimiento para la presentación, aprobación y ejecución de proyectos comunitarios, recurrentes y especiales": Se tomó el documento formalizado por el área de Calidad, versión 7, con fecha de aprobación del 23 de septiembre de 2020. Se realizó revisión del cumplimiento del proceso, contando con 16 actividades a desarrollar identificando que requiere actualización de acuerdo a las necesidades reales y el quehacer del proceso.
3. PD-PSO-09 "Procedimiento para la gestión de la presencia institucional y mercadeo", versión 04 con fecha del 17 de marzo de 2021: Revisado el procedimiento, se pudo constatar que la presencia institucional y mercadeo para la vigencia 2022 se llevó a cabo a través de un plan de trabajo aprobado. Este plan está conformado por 9 actividades en las cuales se evidencia su trazabilidad. Los resultados de este plan se respaldan mediante informes semestrales que son presentados al Director de Proyección Social.

Es fundamental que se realice medición de la efectividad de la labor realizada con el propósito de identificar el impacto generado de la oferta académica de la institución a través de la Proyección Social.

Además, es necesario actualizar el normograma del procedimiento, de acuerdo a las herramientas establecidas por el SIG.

4. Acuerdo Superior N°021 de 2002: Por la cual se crea el Sistema de Proyección Social en la Universidad de los Llanos: Revisado el Acuerdo Superior en relación al Artículo 12, el cual establece que el Consejo Institucional de Proyección Social debe reunirse al menos una vez al mes, se constató que durante el periodo 2022 se llevaron a cabo reuniones mensuales, encontrando 14 actas firmadas correspondientes a los meses de enero a noviembre de 2022. Sin embargo, las actas de las sesiones 15 y 16, realizadas el 07 y 21 de diciembre respectivamente, no han sido firmadas por los responsables.

Es importante establecer un mecanismo adecuado para la aprobación y firma de las actas de reuniones, considerando que las reuniones se llevan a cabo de manera constante (mensual). Se ha observado que existe un lapso de tres a cinco meses para la aprobación de las actas, lo cual resulta prolongado. Es necesario

agilizar este proceso, garantizando que las actas sean aprobadas y firmadas en un plazo más prudencial para mantener la adecuada documentación de las decisiones tomadas en cada reunión.

5. Plan de Acción Institucional - PAI: Para la vigencia 2022, el proceso de Proyección Social, tenía bajo responsabilidad ocho (8) metas las cuales estaban compartidas con otras áreas o procesos y se relacionan a continuación::

- 2.6 *Participar en al menos 1 convocatoria de cooperación internacional, (Meta compartida con la Oficina de Internacionalización y las 5 facultades.)*
- 4.1 *Revisar y discutir la estructura organizacional para la creación de la Vicerrectoría de Investigación y Extensión. (Meta compartida con la Dirección General de Investigaciones.)*
- 4.3 *Desarrollar una convocatoria focalizada en temas de apropiación social de conocimiento.(Meta compartida con la Dirección General de Investigaciones.)*
- 5.2 *Identificar el portafolio de venta de servicios recurrente con su línea base y establecer la estrategia de venta de bienes y servicios. (Meta compartida con la Oficina de Planeación.)*
- 6.7 *Implementar una estrategia para mantener en contacto permanente a por lo menos el 2% de los egresados de la Institución, con los que actualmente no se tiene contacto, incluyendo educación continuada. (Meta 100% del DGPS)*
- 6.9 *Realizar el alistamiento para la creación del curso de educación continuada orientado a competencias blandas o artísticas. (Meta compartida con Bienestar Institucional.)*
- 6.10 *Realizar el esquema de participación en la formulación o ejecución de por lo menos una (1) política pública en la región de la Orinoquia, o planes de desarrollo o proyectos de cooperación regional. (Meta compartida con las 5 facultades.)*
- 6.11 *Revisar el estado de arte de los observatorios en la Universidad.* (Meta compartida con las facultades).*

De acuerdo a lo anterior, se evidenció que para dicha vigencia 7 metas fueron cumplidas y la meta 6.11 bajo responsabilidad de las facultades y la Dirección de Proyección Social no se cumplió dado a que a diciembre de 2022 la herramienta construida aún se encontraba en diligenciamiento por parte de los coordinadores o profesores a cargo de cada observatorio, sin embargo, esta meta para la vigencia 2023 se encuentra bajo responsabilidad de la Rectoría y se encuentra cumplida.

6. Indicadores del proceso: El proceso de Proyección Social es responsable de la medición, reporte y análisis de cinco (5) indicadores directamente relacionados con su gestión. Sin embargo, para el desarrollo de la auditoría, se han considerado dos (2) indicadores que forman parte del alcance de la misma, de los cuales el indicador No 2. no presentó medición en el primer semestre, por lo cual se generó una No Conformidad Baja "PSO23-01NCB "Indicadores de Gestión" (Ver en el presente informe la sección de INDICADORES y RELACIÓN DE HALLAZGOS).

7. Matriz institucional de riesgos: Para la vigencia 2022 se evidenció que el proceso de Proyección Social, cuenta con dos (2) riesgos operativos:

1. Capacitar a los directores de centro coordinadores y colaboradores de proyectos sobre los requisitos y directrices para la elaboración y entrega de los informes de los proyectos. No se evidencia realización de la respectiva capacitación, se evidencia solamente convocatoria de invitación acerca de la socialización del formato FO-PSO-45, e informe de avance proyectos comunitarios con fecha del 19 de julio 2022. El medio de verificación de la acción corresponde al listado de asistencia o video de la reunión.

2. Realizar reuniones de equipo de trabajo de la Dirección General de Proyección Social en las cuales se evalúe el cumplimiento de la metas y se establezcan directrices de acuerdo a los resultados reportados. No se evidencian actas de las reuniones realizadas como lo establece el medio de verificación.

De acuerdo con lo anterior, se genera una No Conformidad Alta "PSO23-02NCA Matriz Institucional de Riesgos" (Ver en el presente informe la sección de MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS Y RELACIÓN DE HALLAZGOS).

8. Plan de Mejoramiento: Al realizar la revisión de la Matriz del Plan de Mejoramiento y en auditoría en sitio, se evidenció el cumplimiento de las siguientes acciones correspondientes a los hallazgos PSO22-01NCA-Base de datos Egresados y PSO22-02NCA-Carné de egresados y PSO22-06NCA-Trazabilidad del Comité Editorial de la Revista Institucional para Egresados :

PSO22-01NCA-Base de datos Egresados

Actividad: Generar un informe semestral donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento, se evidencia cumplimiento.

PSO22-02NCA-Carné de egresados

Actividad: Realizar la entrega como meta del 17% de carnets pendientes del stock, se evidencia cumplimiento.

PSO22-06NCA-Trazabilidad del Comité Editorial de la Revista Institucional para Egresados

Actividad:

-Proyectar la actualización del acto administrativo "Por el cual se crea el Programa de Egresados de la Universidad de los Llanos".

-Registrar mediante acta de reunión las decisiones y actuaciones que se tomen en el Comité.

Con relación a lo anterior, a la fecha de finalización de la auditoría en sitio, no se evidencia el respectivo cargue de las evidencias del cumplimiento de las actividades antes descritas en el link establecido en la matriz 30.10.-19. Plan Mejoramiento General-Proyección Social.

De acuerdo a los siguientes hallazgos: PSO22-01NCA - Base de datos Egresados, PSO22-03NCA - Encuesta a empresarios y PSO22-04NCA -Gestión de Riesgos, no se evidenció cumplimiento en sus actividades, generando una No Conformidad Alta "PSO23-03NCA Plan de Mejoramiento" (Ver en el presente informe la sección de PLAN DE MEJORAMIENTO Y RELACIÓN DE HALLAZGOS).

9. Salidas No Conformes: De acuerdo a lo revisado en la matriz respectiva, para la vigencia 2022 no se reportaron actividades relacionadas con Salidas No conformes.

10. Fichas BPUNI

Vigencia 2022: FICHA VIAC 04 0511 2021 "Interacción de la universidad con el entorno mediante los diferentes campos de proyección social, aportando al desarrollo de la Orinoquia"

Se evidencia una Ficha BPUNI proyectada y aprobada el 05 de noviembre de 2021, con una fuente de recursos proveniente de la Estampilla Unillanos por un valor de \$1.400.000.000. Esta ficha presenta tres metas, las cuales se desglosan en 7 actividades y 37 subactividades.

Es importante aclarar que la ficha del proyecto fue actualizada según lo establecido en el Oficio 3130-188 del 26 de julio de 2022. En esta actualización se incorporaron las subactividades 2.6 y 3.9, lo cual implicó ajustes en la proyección financiera de las actividades 1, 2, 3 y 4. Es importante aclarar que esta actualización no afectó el objetivo inicial ni el monto total del proyecto. La aprobación de esta actualización se encuentra respaldada por la Resolución Rectoral N°1313 de 2022.

Durante la revisión y seguimiento de la ejecución física y financiera del proyecto de inversión, se constató que los formatos de seguimiento al proyecto fueron debidamente firmados y cargados en el banco de proyectos

dentro de los plazos establecidos. Al confrontar la ejecución física y financiera con el proceso, se identificó resultados mediante la siguiente información:

Periodo	Fecha Informe	Ejecución Física	Ejecución Financiera	%
Primer Trimestre	28/04/2022	10,54	\$ 313.459.796	22,4%
Segundo Trimestre	21/07/2022	31,05	\$ 48.902.387	3,5%
Tercer Trimestre	14/10/2022	22,75	\$ 385.749.406	27,6%
Cuarto Trimestre	31/01/2023	11,66	\$ 407.012.267	29,1%
Totales		76	\$ 1.155.123.856	82,5%

Según la información recopilada y tal como se indica en la tabla anterior, la ficha proyectada alcanzó un nivel de ejecución física del 91.6%, este porcentaje se ha calculado considerando la ponderación de las unidades de medida utilizadas para el seguimiento físico en los informes de avance trimestral, adicional a esto, se ha observado una ejecución financiera de \$1.155.123.856, lo que representa un porcentaje del 82.5%.

Con base en lo expuesto anteriormente, es importante resaltar que la ejecución financiera no alcanzó su totalidad debido a que ciertas subactividades fueron ejecutadas por debajo del 55%, las cuales se relacionan a continuación:

- 2.1. *Apoyo para la gestión de convenios, alianzas y participación en eventos de carácter regional, nacional de representación de la Universidad para el fortalecimiento de la función misional de Extensión Universitaria.* - **Ejecución: 55%**
- 2.6. *Diseño y desarrollo de cursos de educación continuada (competencias blandas dirigido a la comunidad estudiantil y Diplomado sobre extensión Universitaria con la Unión Latinoamericana de Extensión Universitaria (ULEU).* - **Ejecución: 33%**
- 3.2. *Obtención de identificadores ISBN, número de identificación único del libro.* - **Ejecución:53%**
- 3.5. *Evaluación de textos por parte de Pares académicos.* - **Ejecución: 0%**
- 4.2. *Participación en Ferias Editoriales a nivel regional, nacional e internacional.* - **Ejecución:37%**
- 5.1. *Apoyo para la participación en ferias universitarias, presencia institucional y del Programa de Egresados a nivel regional y nacional.* - **Ejecución: 49%**
- 6.2. *Desarrollo de actividades de formación para egresados.* - **Ejecución: 42%.**

A la fecha de la auditoría, el proyecto de inversión no presenta acta de terminación, según las observaciones realizadas en el cuarto informe de seguimiento a corte del 31 de diciembre de 2022, se informó sobre la existencia de reservas presupuestales relacionadas con contratos de compraventa, suministro y educación continuada los cuales requerían el proceso de liquidación y pago para la vigencia 2023.

Al revisar la información, se identificó un caso especial con el Contrato de Suministro N° 1210 de 2022. Dicho contrato inició el 29-11-2022 y estaba programado para concluir el 28-01-2023. Sin embargo, se prorrogó hasta el 28-02-2023, posteriormente se suspendió el 22-02-2023 y se reinició el 10-04-2023, para finalmente concluir el 16-04-2023. Al término de la auditoría en sitio, no se ha generado el acta de liquidación del contrato. La información anteriormente mencionada, fue confrontada a través del área de Vicerrecursos y el Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP II.

11. Tabla de Retención Documental e inventario documental.

Durante la auditoría realizada, se procedió a revisar el archivo documental físico y digital del proceso, tomando como referencia la Tabla de Retención Documental (TRD) aprobada mediante la Resolución Rectoral No.1056 de 2021. Durante este proceso de análisis, se constató que la información no se encuentra actualizada ni clasificada correctamente de acuerdo a las series y subseries establecidas en la TRD.

Además, al depurar la información relacionada en la tabla de retención, se identificó que hacen falta los siguientes soportes documentales:

- Convocatorias (Convocatoria de Becas y Oportunidades, Registro de publicación en web)
- Inventario de Audios, videos y producción audiovisual (Inventarios)
- Plan de Comunicaciones y Medios (Cronograma - Plan Indicativo)
- Proyectos de Internacionalización (Proyecto, presupuesto, proyecciones, informes, evaluaciones, registros, informe final)

De acuerdo a lo anterior, se genera una No Conformidad Alta "PSO23-04NCA Archivo de Gestión" (Ver en el presente informe la sección de RELACIÓN DE HALLAZGOS).

Resumen de la auditoría: En la auditoría realizada al proceso de Proyección Social se generaron hallazgos.

Código	Tipo de Hallazgo	Título de Hallazgo
PSO23-01NCB	No conformidad Baja	Indicadores de Gestión del proceso
PSO23-02NCA	No conformidad Alta	Matriz institucional de riesgos
PSO23-03NCA	No conformidad Alta	Plan de Mejoramiento
PSO23-04NCA	No conformidad Alta	Archivo de Gestión

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

FORTALEZAS

Nota: Aspectos positivos del área o la actividad auditada.

1. Disponibilidad de una matriz de seguimiento asociada a la ficha BPUNI donde permite identificar la ejecución de los gastos en relación con las actividades y subactividades establecidas en la ficha.
2. Se tiene una matriz identificada que permite llevar a cabo la trazabilidad de la ejecución de cada uno de los proyectos en relación a las actividades y productos establecidos en procedimiento PD-PSO-06.
3. La plataforma SIAU es un instrumento eficaz para el seguimiento de los proyectos ejecutados por Proyección Social.
4. El personal involucrado en el proceso de Proyección Social demostró grado de disposición para proporcionar la información requerida lo cual refleja claramente un sentido de pertenencia y compromiso institucional por parte de cada uno de los profesionales involucrados.

INDICADORES

Nota: Se realizará la revisión de los indicadores del proceso, planes, programas y/o proyectos.

Para proceso de Proyección Social, se tomaron dos (2) indicadores asociados directamente a su gestión denominados:

1. Proyectos que se desarrollan en el campo de la Proyección Social.

Objetivo:Determinar el nivel de gestión institucional en el contexto regional y nacional a través de los proyectos que se desarrollan desde la Proyección Social.

Fórmula de Cálculo

1.1 Proyectos comunitarios

(Número de Proyectos comunitarios desarrollados en el período de medición).

Línea Base: 21

Meta: 25

1.2 Proyectos de cooperación

(Número de Proyectos de cooperación desarrollados en el período de medición).

Línea Base: 1

Meta: 2

1.3 Proyectos especiales o recurrentes

(Número de Proyectos especiales o recurrentes desarrollados en el período de medición).

Línea Base: 5

Meta: 6

Frecuencia de la Medición: Anual

Observaciones:

- El indicador se midió en los tiempos establecidos, 15/12/2022.
- Subindicador 1.1. Proyectos comunitarios. El cumplimiento de la meta fue superior a lo formulado, de 25 proyectos como meta, se ejecutaron 29.
- Subindicador 1.2. Proyectos de cooperación: Tiene establecido una meta de dos (2) proyectos para ejecutar, para la vigencia se presentaron dos (2) proyectos, de los cuales solamente uno (1) cumplió con lo establecido en cuanto a las etapas de la convocatoria y el otro proyecto restante no continuó a la segunda etapa de convocatoria, por tanto se evidenció incumplimiento de la meta proyectada.
- Subindicador 1.3. Proyectos recurrentes y especiales: se observó que cumplió la meta proyectada.
- Revisado el indicador sobre el "Comportamiento del Indicador", se identificó que la formulación y la información proporcionada no son coherentes entre sí.

2. Satisfacción de los beneficiarios en los proyectos de proyección social.

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de la población objetivos de los proyectos de las diferentes áreas de Proyección Social.

Fórmula de Cálculo

$((\text{No. Total de beneficiarios satisfechos} / \text{No. Total de encuestados}) * 100)$

Línea Base: 5

Meta: 6

Frecuencia de la Medición: Semestral

Observaciones:

- La redacción actual del objetivo del indicador no es clara y coherente, lo que dificulta la comprensión y la medición efectiva del indicador.
- Se observa medición del segundo semestre de 2022, sin embargo, es importante señalar que este indicador está diseñado para ser evaluado semestralmente y al revisar el primer semestre de 2022, no se encuentra ninguna justificación o causa por la cual no se haya llevado a cabo la medición del indicador.
- Debido a la falta de medición en el primer semestre de 2022, el indicador no puede considerarse eficiente para obtener un resultado completo para dicho año.
- Las fechas del "Comportamiento del Indicador" se encuentran desactualizadas.

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS

Nota: La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción asociada al control establecidas.

Verificado la Matriz Institucional de Riesgos de Gestión, se observó que el proceso de Proyección Social dos (2) riesgos operativos auditados para la vigencia 2022, tal como se detalla a continuación:

Riesgo 01: Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la ejecución presupuestal de los proyectos de proyección social debido a la falla en la ejecución de algunas actividades en los procedimientos por parte de coordinadores de los proyectos y la falta de seguimiento a la ejecución de los proyectos por parte de los directores de centro.

Tipo de Riesgo: Operativo.

Acciones de mejora o de control propuesta:

1. Capacitar a los directores de centro, coordinadores y colaboradores de proyectos sobre los requisitos y directrices para la elaboración y entrega de los informes de los proyectos.

Fechas de ejecución o periodicidad: Anual

Evidencias:

1. Listado de asistencia o video de la reunión

Observaciones:

No se evidencia los registros de asistencia ni video de la capacitación a los directores de centro, coordinadores y colaboradores de proyectos sobre los requisitos y directrices para la elaboración y entrega de los informes de los proyectos.

EFICAZ Si No ¿Por qué? No se cumplió con la acción propuesta en el tiempo estipulado.

Riesgo 2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de las metas de proyección social debido a las deficiencias en la planeación y ejecución en la ejecución de las actividades y proyectos.

Acción de mejora o de control propuesta: Realizar reuniones de equipo de trabajo de la Dirección General de Proyección Social en las cuales se evalúe el cumplimiento de la metas y se establezcan directrices de acuerdo a los resultados reportados

Fecha de ejecución o periodicidad: Trimestral.

Evidencias: Acta de reunión.

Observaciones:

No se evidencian actas de las reuniones de equipo de trabajo de la Dirección General de Proyección Social.

EFICAZ Si No ¿Por qué? No se cumplió con la acción propuesta en el tiempo estipulado.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Nota: La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción correctiva y/o mejora que reportan cumplimiento en el último plan de mejoramiento asociado a la unidad auditable. Además se revisarán las acciones abiertas vencidas con el fin de registrar el estado de las mismas.

Código del hallazgo: PSO22-01NCA

Tipo de hallazgo: No Conformidad Alta No Conformidad Baja No Conformidad Observación

Tipo de acción: Acción Correctiva Acción de Mejora Corrección

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
1. Revisar y solicitar la actualización del módulo de egresados en la herramienta SIAU que permita consolidar el	N/A	Acta de reunión	Terminación: 2022-11-30 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input checked="" type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

número total de graduados				
2.Revisar y actualizar el procedimiento establecido de acuerdo con las necesidades del proceso	N/A	Procedimiento y formatos actualizados y publicados en el SIG	Terminación: 2022-10-30 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input checked="" type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>
3.Generar un informe semestral donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento	N/A	Informe semestral de egresados	Terminación: 2022-07-20 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

Estado del Hallazgo:

1. Durante la auditoría al sitio, no se evidenció acta de la reunión.
2. En auditoría en sitio, se evidencia borrador de la actualización del procedimiento, no se registra en el SIG actualizado ni cargado.
3. Se evidencia informe de gestión de egresados semestre 2022-1 y 2022-2, sin embargo, este no se basa en un procedimiento actualizado conforme a las acciones establecidas en el hallazgo.

De acuerdo con lo anterior, todas las acciones continúan abiertas.

EFICAZ Si No ¿Por qué? No se cumplieron con las actividades planteadas en el tiempo estipulado.

Código del hallazgo: PSO22-02NCA

Tipo de hallazgo: No Conformidad Alta No Conformidad Baja No Conformidad Observación

Tipo de acción: Acción Correctiva Acción de Mejora Corrección

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
1.Realizar la entrega como meta del 17% de carnets pendientes del stock.	N/A	Soportes de entrega	Terminación: 2022-11-30 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>
2.Proyectar la actualización del acto administrativo sobre la carnetización de egresados, y gestionar la revisión oportuna de la Oficina Jurídica	N/A	Borrador acto administrativo	Terminación: 2022-11-30 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

Estado del Hallazgo:

1. Durante auditoría en sitio, se evidencian listados de asistencia de egresados a los cuales se realizó entrega de carnets con fecha de enero a septiembre, noviembre y diciembre de 2022, siendo esto el 18% entregado de 650 carnets en stock.
2. Se evidencia borrador del documento del acto administrativo de la creación de la Política de Egresados, no se evidencia gestión ante la oficina Jurídica para la revisión.

Con relación a lo anterior, no se observa evidencia cargada en la carpeta de la matriz del Plan de Mejoramiento, por lo tanto, continúa abierta.

EFICAZ Si ___ No X ¿Por qué? No se cumplieron con las actividades planteadas en el tiempo estipulado.

Código del hallazgo: PSO22-03NCA

Tipo de hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja ___ No Conformidad ___ Observación ___

Tipo de acción: Acción Correctiva ___ Acción de Mejora ___ Corrección ___

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
1.Revisar y actualizar el procedimiento establecido para la aplicación de encuestas a empleadores incluyendo los formatos requeridos en el proceso.	N/A	Procedimiento y formatos actualizados y publicados en el SIG	Terminación: 2022-11-20 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <u>X</u> En proceso ___ Terminada ___
2.Generar un informe donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento	N/A	Informe de gestión del procedimiento	Terminación: 2023-01-31 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <u>X</u> En proceso ___ Terminada ___
3.Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida	N/A	Carpeta compartida	Terminación: 2023-02-08 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <u>X</u> En proceso ___ Terminada ___

Estado del Hallazgo:

1. No se evidencia procedimiento actualizado ni publicado en el SIG.
2. No se evidencia informe de gestión del procedimiento.
3. No se evidencia carpeta compartida en la matriz de seguimiento del Plan de Mejoramiento Institucional de la vigencia 2022.

De acuerdo con lo anterior, todas las acciones continúan abiertas.

EFICAZ Si ___ No X ¿Por qué? No se cumplieron con las actividades planteadas en el tiempo estipulado.

Código del hallazgo: PSO22-04NCA

Tipo de hallazgo: No Conformidad Alta No Conformidad Baja No Conformidad Observación

Tipo de acción: Acción Correctiva Acción de Mejora Corrección

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
1. Identificar, analizar y valorar las situaciones críticas de acuerdo con los procedimientos y actividades claves del área de egresados y consignarlas en el mapa de riesgos del proceso.	N/A	Mapa de riesgos actualizado	Terminación: 2022-08-30 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>
2. Realizar el monitoreo y avance de los riesgos identificados	N/A	Monitoreo matriz de riesgos	Terminación: 2022-10-10 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>
3. Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida	N/A	Carpeta compartida	Terminación: 2022-10-10 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>
4. Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas	N/A	Acta de reunión	Terminación: 2022-12-09 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input checked="" type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

Estado del Hallazgo:

Verificada la matriz institucional de riesgos, se observa un riesgo relacionado con las acciones propuestas y su correspondiente monitoreo, sin embargo, no se encuentra cargada la evidencia en la carpeta compartida como lo establece la acción número 3, por lo tanto continúa abierta.

EFICAZ Si No ¿Por qué? No se cumplieron con las actividades planteadas en el tiempo estipulado.

Código del hallazgo: PSO22-05NCA

Tipo de hallazgo: No Conformidad Alta No Conformidad Baja No Conformidad Observación

Tipo de acción: Acción Correctiva Acción de Mejora Corrección

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
1. Proyectar la actualización del acto administrativo "Por el cual se crea el Programa de Egresados de la Universidad de los Llanos", y gestionar la	N/A	Borrador Acto administrativo	Terminación: 2022-10-31 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

revisión oportuna de la Oficina Jurídica.

Estado del Hallazgo:

1. Durante la auditoría en sitio, se evidencia borrador del documento acto administrativo de la creación de la Política de Egresados, sin embargo, no se observa evidencia cargada en la carpeta de la matriz del Plan de Mejoramiento, por lo tanto continúa abierta.
2. No se evidencia gestión ante la oficina Jurídica para su respectiva revisión

De acuerdo con lo anterior, todas las acciones continúan abiertas.

EFICAZ Si ___ No X ¿Por qué? No se cumplieron con las actividades planteadas en el tiempo estipulado.

Código del hallazgo: PSO22-06NCA

Tipo de hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja ___ No Conformidad ___ Observación ___

Tipo de acción: Acción Correctiva ___ Acción de Mejora ___ Corrección ___

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
1. Proyectar la actualización del acto administrativo "Por el cual se crea el Programa de Egresados de la Universidad de los Llanos".	N/A	Borrador Acto administrativo	Terminación: 2022-10-31 Prórroga: No Cierre: Sí	Sin iniciar ___ En proceso ___ Terminada <u>X</u>
2. Registrar mediante acta de reunión las decisiones y actuaciones que se tomen en el Comité.	N/A	Acta de comité	Terminación: 2022-12-15 Prórroga: No Cierre: Abierta	Sin iniciar ___ En proceso <u>X</u> Terminada ___

Estado del Hallazgo:

1. En auditoría en sitio, se evidencia borrador de la proyección de la actualización del acto administrativo "Por el cual se crea el Programa de Egresados de la Universidad de los Llanos". Se cierra auditoría.
2. En auditoría en sitio, se evidencia acta N°01 con fecha del 20/05/2022, donde se toma la decisión de escoger el tema principal dentro de la edición 22, se encuentra con las respectivas firmas, sin embargo, no se observa evidencia cargada en la carpeta de la matriz del Plan de Mejoramiento, por lo tanto, continúa abierta.

EFICAZ Si ___ No X ¿Por qué? No se cumplieron con las actividades planteadas.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

Código: PSO23-01NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta ___ No Conformidad Baja X

Título:	Indicadores de Gestión del proceso
Condición:	Durante la revisión de los indicadores de gestión del proceso de Proyección Social, se observó que para el primer semestre de la vigencia 2022 no fue medido el Indicador N°2 "Satisfacción de los beneficiarios en los proyectos de proyección social".
Criterio:	CP-PSO-01 "Caracterización del Proceso" PD-GCL-07 "Procedimiento para la formulación, monitoreo y seguimiento de los indicadores de gestión de los procesos"
Causa:	Debilidad en la medición y control de los indicadores de gestión.
Efecto:	Incumplimiento en la medición del indicador.

	Desconocimiento del grado de satisfacción, limitando la capacidad de evaluar adecuadamente el impacto y la efectividad de las actividades realizadas.
Recomendación:	Planificar la medición del indicador en la periodicidad establecida. Definir los criterios de medición y los parámetros de evaluación del indicador.

RELACIÓN DE HALLAZGOS
Código: PSO23-02NCA **Tipo de Hallazgo:** No Conformidad Alta X No Conformidad Baja

Título:	Matriz Institucional de Riesgos
Condición:	<p>Verificada la matriz institucional de riesgos de Gestión 2022, se observó que el proceso de Proyección Social, cuenta con dos (2) riesgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <p><i>1. Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la ejecución presupuestal de los proyectos de proyección social debido a la falla en la ejecución de algunas actividades en los procedimientos por parte de coordinadores de los proyectos y la falta de seguimiento a la ejecución de los proyectos por parte de los directores de centro</i></p> <p>Acción de mejora o de control propuesta: Capacitar a los directores de centro coordinadores y colaboradores de proyectos sobre los requisitos y directrices para la elaboración y entrega de los informes de los proyectos. Medio de Verificación: Listado de asistencia o video de la reunión.</p> <p><i>2. "Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de las metas de proyección social debido a las deficiencias en la planeación y ejecución en la ejecución de las actividades y proyectos".</i></p> <p>Acción de mejora o de control propuesta: Realizar reuniones de equipo de trabajo de la Dirección General de Proyección Social en las cuales se evalúe el cumplimiento de la metas y se establezcan directrices de acuerdo a los resultados reportados. Medio de Verificación: Actas de las reuniones de equipo de trabajo.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, no se evidenciaron los productos identificados en los medios de verificación como lo establece la matriz para la vigencia auditada.</p>
Criterio:	<p>Resolución Rectoral 112 de 2022 "Por medio de la cual se adopta el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos Institucional en la Universidad de los Llanos para el año 2022". Artículo 1. Adoptar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos Institucional (Riesgos de Gestión y de Corrupción) de la Universidad de los Llanos para el año 2022, contenidos en el documento que se anexa a la presente Resolución y que forma parte integral de la misma.</p> <p>Procedimiento PD- DIE 03 "Procedimiento para la Gestión de los riesgos y oportunidades institucionales", condición general " El monitoreo y evaluación permanente a la gestión de riesgos de gestión y de corrupción en concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, está a cargo de los líderes de procesos junto con el equipo de trabajo de las áreas o dependencias que lo conforman, igualmente, la oficina de planeación realizará monitoreo tres veces al año así: corte a 30 de abril, corte a 30 de agosto y corte a 30 de diciembre".</p>
Causa:	<p>Debilidades en el reporte de la matriz institucional por parte del proceso. Debilidad en el análisis y monitoreo del tratamiento del riesgo por parte de la Oficina de Planeación.</p>
Efecto:	Incumplimiento de las acciones establecidas en la matriz de riesgos.
Recomendación:	Eficacia en el monitoreo de la matriz de riesgos institucional por parte de los responsables.

RELACIÓN DE HALLAZGOS
Código: PSO23-03NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja

Título:	Plan de Mejoramiento
Condición:	<p>Al realizar la revisión del Plan de Mejoramiento Institucional, se evidenció que el proceso de Proyección Social, no cumplió las siguientes acciones establecidas en la vigencia 2022:</p> <p>No Conformidad: PSO22-01NCA - Base de datos Egresados</p> <p>Acción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar y solicitar la actualización del módulo de egresados en la herramienta SIAU que permita consolidar el número total de graduados. 2.Revisar y actualizar el procedimiento establecido de acuerdo con las necesidades del proceso. 3.Generar un informe semestral donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento. <p>No Conformidad: PSO22-02NCA-Carné de egresados</p> <p>Acción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Realizar la entrega como meta del 17% de carnets pendientes del stock. <p>No Conformidad: PSO22-03NCA - Encuesta a empresarios</p> <p>Acción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Revisar y actualizar el procedimiento establecido para la aplicación de encuestas a empleadores incluyendo los formatos requeridos en el proceso. 2.Generar un informe donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento 3.Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida. <p>No Conformidad: PSO22-04NCA -Gestión de Riesgos</p> <p>Acción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Identificar, analizar y valorar las situaciones críticas de acuerdo con los procedimientos y actividades claves del área de egresados y consignarlas en el mapa de riesgos del proceso. 2.Realizar el monitoreo y avance de los riesgos identificados 3.Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida.
Criterio:	Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”. Artículo 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. Según lo dispuesto en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4 de marzo de 2021; que hace parte integral del Decreto 1499 de 2017, el cual determina los aspectos clave para el Sistema de Control Interno a tener en cuenta por parte de la primera línea de defensa: “La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados”; además, para la segunda línea de defensa: “Asesoría a la 1ª línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno: i) riesgos y controles; ii) planes de mejoramiento; iii) indicadores de gestión; iv) procesos y procedimientos”.
Causa:	Debilidad en el monitoreo por parte de Proyección Social sobre las acciones formuladas de acuerdo a las fechas de cumplimiento.
Efecto:	Incumplimiento de las acciones establecidas en la matriz del Plan de Mejoramiento Institucional.

	Reincidencia de hallazgo
Recomendación:	Realizar monitoreos periódicos por parte de Proyección Social al plan de mejoramiento para garantizar el cumplimiento de las actividades propuestas.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

Código: PSO23-04NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja

Título:	Archivo de Gestión
Condición:	<p>Durante la auditoría realizada, se procedió a revisar el archivo documental físico y digital del proceso, tomando como referencia la Tabla de Retención Documental (TRD) vigente. Se evidenció que la información no se encuentra actualizada ni clasificada correctamente de acuerdo a las series y subseries establecidas en la TRD. Además, al depurar la información relacionada en la tabla de retención, se identificó que hacen falta los siguientes soportes documentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convocatorias (Convocatoria de Becas y Oportunidades, registro de publicación en web) - Inventario de Audios, videos y producción audiovisual (Inventarios) - Plan de Comunicaciones y Medios (Cronograma - Plan Indicativo) - Proyectos de Internacionalización (Proyecto, presupuesto, proyecciones, Informes, evaluaciones, registros, Informe final).
Criterio:	Resolución Rectoral No. 1056 de 2021 <i>"Por la cual se adopta la versión 2 de las Tablas de Retención Documental - TRD de la Universidad de los Llanos y se dictan otras disposiciones"</i> Oficina Productora 3130. Dirección de Proyección Social.
Causa:	Desconocimiento en la aplicación de la Tabla de Retención Documental. Insuficiente capacitación al personal y desconocimiento de normatividad aplicable. Desactualización de las series y subseries del archivo de gestión.
Efecto:	Dificultad en la identificación rápida y precisa de los documentos requeridos para el uso administrativo.
Recomendación:	<p>Informar a la Oficina de archivo y correspondencia las series y subseries que no corresponden al proceso de proyección social.</p> <p>Brindar capacitación y orientación al personal encargado de gestionar los documentos, tanto físicos como digitales, así como la importancia de seguir las pautas establecidas en la tabla de retención documental.</p>

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Actualizar el procedimiento PD-PSO-06 *"Procedimiento para la presentación, aprobación y ejecución de proyectos comunitarios, recurrentes y especiales"*, de acuerdo a las necesidades reales y el quehacer del proceso.
2. Realizar socialización del PD-PSO-06 *"Procedimiento para la presentación, aprobación y ejecución de proyectos comunitarios, recurrentes y especiales"*, identificando responsables y roles para el cumplimiento de acciones y actividades.
3. Revisar, actualizar y ajustar, las fórmulas de los indicadores de gestión en cuanto al *"Comportamiento del Indicador"* para que se refleje de manera precisa y coherente la realidad del indicador.
4. Revisar las acciones correctivas respecto a lo descrito en el plan de mejoramiento para el cumplimiento oportuno en el tiempo estipulado.
5. Establecer un mecanismo adecuado para la aprobación y firma de las actas de reuniones del Consejo Institucional de Proyección Social, considerando que las reuniones se llevan a cabo de manera mensual.
6. Actualizar el normograma del procedimiento PD-PSO-09 *"Procedimiento para la gestión de la presencia institucional y mercadeo"*, de acuerdo a las herramientas establecidas por el SIG.

7. Es fundamental que se realice medición de la efectividad de la presencia institucional, con el propósito de evaluar y tener una visión más clara del impacto generado por la oferta académica de la institución a través de la Proyección Social.
8. Mejorar la planificación de los proyectos de inversión para garantizar el cumplimiento total de las metas y actividades propuestas.
9. Cargar oportunamente las evidencias del cumplimiento de las actividades en la matriz del plan de mejoramiento institucional.

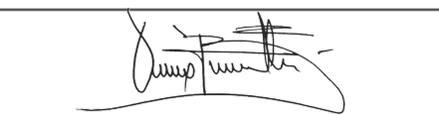
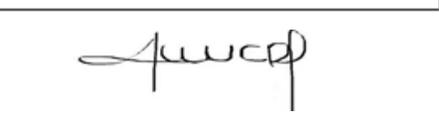
CONCLUSIONES

Nota: Deben dar respuesta de manera estricta al objetivo de la auditoría y deben estar respaldadas en los hallazgos u observaciones.

- Se cumplieron los objetivos establecidos en el programa de trabajo, de conformidad con el programa anual de auditorías de la presente vigencia, dando alcance a la verificación y cumplimiento de las normas vigentes, así como la efectividad de los controles definidos en los procedimientos, riesgos, entre otros.
- La auditoría se convierte en una herramienta que contribuye a la toma de decisiones del proceso de Autoevaluación Institucional, para el cumplimiento de sus objetivos.
- El resultado del presente Informe de Auditoría establece cuatro (4) Hallazgos, cuatro (4) Fortalezas y nueve (9) Oportunidades de Mejora.
- La auditoría aplicada permite mejorar el desempeño del proceso detectando las principales oportunidades de mejora en busca de la Calidad Institucional.

ANEXOS

NO APLICA


SoniaClavijoBaquero.SONIA PATRICIA CLAVIJO
BAQUERO
Auditor Líder
OMAR YESID BELTRÁN GUTIÉRREZ
Auditado
ELIANA ANDREA VACA ROJAS
Asesor de Control Interno de Gestión