
 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

TÍTULO DEL INFORME	FECHA DE INFORME		
Informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional primer semestre.	Año: 2023	Mes: 07	Día: 31


OBJETIVO(S):	<p>Objetivo General</p> <p>Verificar la gestión realizada y la eficacia de las acciones, en el cumplimiento del Plan de Mejoramiento derivado de auditorías internas y externas realizadas a los procesos de la Universidad.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar los soportes de la ejecución de las correcciones, acciones correctivas y de mejora propuestas. • Verificar el cumplimiento del cargue de la evidencia en las respectivas carpetas. • Evaluar el nivel de cumplimiento y la eficacia de las acciones.
ALCANCE:	El presente informe corresponde al primer semestre de 2023 (desde el 23 de enero al 23 de julio 2023).
MARCO NORMATIVO:	<p>Durante el desarrollo de la presente evaluación, se incluyeron las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”. Artículo 9. • 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”. <p>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”.</p>
METODOLOGÍA:	<p>El presente seguimiento, se realizó ejecutando las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresar al plan de mejoramiento y revisar carpetas. • Verificación de los soportes de la ejecución de las acciones propuestas. • Oportunidad en el cargue de la evidencia. • Evaluación de la eficacia de las acciones. • Diligenciamiento de la matriz de plan de mejoramiento. • Elaboración del informe. • Gestionar la publicación del informe en el microsítio de Control Interno de Gestión.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

ASPECTO O UNIDAD EVALUABLE:	Matriz de plan de mejoramiento institucional vigencia 2023.
LÍDER DE PROCESO Y/O JEFE(S) DE ÁREA(S):	Líderes de Procesos (Primera Línea) Control Interno de Gestión (Tercera Línea)

ANTECEDENTES	
<i>Nota: Descripción de la actividad que se está evaluando o explicación del proceso.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> La Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para ejecutarse en la vigencia 2023 y la normatividad vigente relacionada a Control Interno, presenta el informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional correspondiente al primer semestre de 2023 (enero 23 a julio 23), con base al monitoreo y cargue de la documentación relacionada en las acciones por parte de los líderes de los procesos y la verificación realizada por parte de la oficina de Control Interno de Gestión. El formato para suscripción de Plan de Mejoramiento fue ajustado en el mes de abril de 2022, al cual se le asignó el código FO-ECS-06 en versión 01 del 28/04/2023, publicado en la página del SIG en el proceso de EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL. De igual manera se actualizó la matriz del Plan de Mejoramiento Institucional para realizar el seguimiento a todos los planes suscritos de auditorías internas y externas, en la herramienta se adicionaron columnas para el cargue de la evidencia, prórrogas que solicita el proceso, oportunidad del cargue de la evidencia y cierre del hallazgo. La matriz se puede visualizar en el siguiente enlace: PLAN DE MEJORAMIENTO. El seguimiento al plan de mejoramiento es realizado por la Oficina de Control Interno de manera semestral, donde se revisan los soportes subidos por cada proceso, la oportunidad del cargue de la información, se verifica el cumplimiento de la acción establecida para eliminar la causa que le dio origen al hallazgo y se evalúa la eficacia de las acciones en tiempo. De igual manera cuando se realizan auditorías internas a los diferentes procesos y que han suscrito planes de mejoramiento, se hace la revisión de la eficacia de las acciones. Del seguimiento realizado en el segundo semestre de 2022 se presenta un informe de cumplimiento al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión ordinario del 20 de diciembre de 2022, además fue enviado a cada uno de los líderes de proceso, donde se describió por cada proceso el estado de los hallazgos y se dieron recomendaciones generales. De acuerdo al Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 20 de diciembre de 2022, se suscribieron planes de mejoramiento producto de las auditorías programadas para el primer semestre de la vigencia 2023. Además, durante las auditorías se realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas, las cuales se reportan en el informe de auditoría. 	

CONTENIDO	
<i>Nota: Verificación y análisis de resultados.</i>	
<p>Para el seguimiento al plan de mejoramiento institucional se revisó la evidencia cargada en las carpetas creadas para cada hallazgo y se verificó el cumplimiento de lo descrito en las acciones propuestas. Así mismo, se constató que los documentos soportes hayan sido cargados en el tiempo propuesto. La eficacia de las acciones fue evaluada durante las auditorías realizadas en el primer semestre de la vigencia 2023 y en el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno de Gestión, en lo relacionado a que las acciones propuestas no se vuelvan a presentar y el cumplimiento en el tiempo definido para realizarlas.</p> <p>De los diecisiete (17) planes vigentes, once (11) corresponden a auditorías internas y seis (6) de auditorías externas. La matriz institucional permite evidenciar la trazabilidad de los hallazgos que permanecían abiertos desde el año 2019, 2020, 2021, 2022 y los suscritos en el primer semestre de 2023. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:</p>	

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL					
	INFORME DE CUMPLIMIENTO					
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023	Página: 3 de 32		

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

1. AUDITORÍAS INTERNAS

1.1 Vigencia 2023

Proceso de Gestión de la Calidad (Sistema de Calidad y Ambiental)

Tabla 1. Relación de hallazgos y acciones auditoría sistema de calidad y ambiental

Hallazgos	Abierto	Acciones	Ejecutada	Pendiente	Vencida	Prórroga 1 o 2
8	8	50	3 (6%)	35 (70%)	7 (14%)	5 (10%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

La oportunidad y eficacia de las acciones ejecutadas fue del 0% y 100% respectivamente. Por otra parte, las acciones vencidas se relacionan a los siguientes hallazgos:

Hallazgo GCL23-02NCB

Acción 3: Actualizar la matriz de gestión de las salidas de la revisión por la dirección.

Hallazgo GCL23-05NCA

Acción 2: Actualizar los documentos: programa de uso eficiente y ahorro del agua, programa de residuos vegetales campus Barcelona, programa de gestión integral de residuos sólidos, programa de uso eficiente y ahorro de papel, programa de uso eficiente y ahorro de energía.

Acción 3: Actualizar la matriz de seguimiento de los programas del Sistema de Gestión Ambiental.

Hallazgo GCL23-06NCB

Acción 1: Actualizar la matriz de riesgos ambientales - Acta de reunión

Acción 2: Identificar los riesgos ambientales para la vigencia 2023 - Matriz de riesgos

Acción 3: Realizar socialización al equipo de Gestión Ambiental sobre la matriz de riesgos ambientales, incluyendo en ella la determinación de acciones para la ejecución y seguimiento de los controles asociados a cada riesgo -Acta de reunión.

Hallazgo GCL23-07NCB

Acción 5: Actualizar el documento plan de trabajo de calidad

Proceso de Gestión Jurídica

Tabla 2. Relación de hallazgos y acciones auditoría gestión jurídica

Hallazgos	Abierto	Acciones	Ejecutada	Pendiente	Vencida	En proceso	Prórroga 1 o 2
7	7	35	8 (22,8%)	16 (45,7%)	2 (5,7%)	6 (17,1%)	3 (8,5%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

La oportunidad y eficacia de las acciones ejecutadas fue del 75% (6) y 100% (8) respectivamente. Por otra parte, las acciones vencidas se relacionan a los siguientes hallazgos:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Hallazgo JUR23-04NCA

Acción 1: Establecer un cronograma con jornadas de capacitación sobre las obligaciones que tienen los supervisores en lo relacionado a elaborar los informes técnicos y financieros y evaluar su eficacia. Es de anotar que de acuerdo a acta de reunión aportada por el proceso, las capacitaciones se realizarán una vez se realicen los ajustes normativos internos.

Hallazgo JUR23-05NCA

Acción 1: Elaborar cronograma de capacitaciones y realizar las capacitaciones a los profesionales de la oficina jurídica relacionada con ajustes normativos. Es de anotar que mediante acta de reunión aportada por el proceso, la capacitación se realizará el 11 de agosto de 2023.

Proceso de Docencia (Centro de Idiomas Auditoría de Gestión)

Tabla 3. Relación de hallazgos y acciones auditoría de gestión al centro de idiomas

Hallazgos	Abierto	Acciones	Ejecutada	Pendiente	Vencida
10	10	54	6 (11,11%)	47 (87,04%)	1 (1,85%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De acuerdo al cumplimiento de las acciones ejecutadas por el proceso, se obtuvo una oportunidad en 5 (83,33% y una eficacia en 6 (100%) de las acciones. En este informe, se detalla la acción vencida, que a continuación se relaciona:

Hallazgo DOC23-03NCA

Acción 1: Cerrar las acciones vencidas en el Plan de Mejoramiento CELAC 2021 - Listado de asistencia

Proceso de Docencia (Diseño, aprobación y creación de programas académicos)

Tabla 4. Relación de hallazgos y acciones auditoría diseño, aprobación y creación de programas académicos

Hallazgos	Abierto	Acciones	Pendiente
4	4	23	23

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Las acciones suscritas se encuentran en término para su cumplimiento. El plan de mejoramiento fue suscrito el 07 de julio de 2023, por lo tanto no se tienen acciones ejecutadas ni vencidas.

Proceso de Proyección Social

Tabla 5. Relación de hallazgos y acciones auditoría proyección social

Hallazgos	Abiertos	Acciones	Pendientes
4	4	23	23

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

El plan de Mejoramiento fue suscrito el 07 de julio de 2023, por lo tanto las acciones se encuentran en términos para su cumplimiento.

Proceso de Docencia (Centro de Idiomas Auditoría de Calidad)

Tabla 6. Relación de hallazgos y acciones auditoría de calidad al centro de idiomas

Hallazgos	Abierto	Acciones	Pendiente
10	10	58	58

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El plan de mejoramiento fue suscrito el 30 de junio de 2023 por el proceso, en el seguimiento no se evidenciaron acciones ejecutadas ni vencidas, están en términos para su cumplimiento.

Proceso de Gestión de Bienes y Servicios (Servicios Generales)

La auditoría fue practicada por la Oficina de Planeación (Área de Calidad y Ambiental) y el plan de mejoramiento se encuentra en proceso de suscripción por parte del proceso.

1.2 Vigencias Anteriores

Proceso de Direccionamiento Estratégico (Sistema General de Regalías)

La auditoría realizada al Sistema General de Regalías en la vigencia 2022, derivó un total de 9 hallazgos, de los cuales su estado es el siguiente:

Tabla 7. Relación de hallazgos auditoría direccionamiento estratégico

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
9	2 (22,22%)	4 (44,44%)	3 (33,34%)


Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Es importante destacar que para los nueve hallazgos identificados, se establecieron 36 acciones y el estado de cumplimiento es el siguiente:

Tabla 8. Relación de acciones auditoría direccionamiento estratégico

Acciones	Ejecutada	Pendiente	Vencida	Prórroga 1 o 2
36	22 (61,11%)	2 (5,56%)	4 (11,11%)	8 (22,22%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Se realizó la verificación de la oportunidad y la eficacia de las acciones ejecutadas por el proceso. Su cumplimiento es el siguiente:

Oportunidad: 18 de 22 ejecutadas con el (81,82%)
 Eficacia: 22 acciones ejecutadas (100%)

Las acciones que no fueron cumplidas en el tiempo definido por el proceso y que se encuentran vencidas, son:

Hallazgo DIE22-05NCB

Acción 1: Definir los intervinientes, instancias, funciones y responsabilidades para la gestión integral de proyectos financiados con recursos del Sistema General de Regalías - Documento aprobado.

Hallazgo DIE22-06NCB

Acción 1: Proyectar la actualización de la normativa o creación de la norma que soporte la designación de supervisión o interventoría para proyectos de inversión financiados con recursos del SGR y gestionar la revisión oportuna de la Oficina Jurídica - Borrador de acto administrativo.

Hallazgo DIE22-09NCA

Acción 1: Definir lineamientos para la gestión integral de proyectos financiados con recursos del Sistema General de Regalías - Documento aprobado.
 Acción 2: Realizar sensibilización a las partes interesadas, sobre su responsabilidad frente a los lineamientos para la gestión integral de proyectos SGR - Registro de asistencia.

Proceso de Gestión de Calidad (Sistema de Gestión Ambiental y Calidad)

Para la vigencia 2022, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de Gestión aprobó la auditoría al Sistema de Gestión Ambiental y Calidad, la cual fue realizada por la oficina de Control Interno de Gestión y arrojó un resultado de 10 hallazgos, de los cuales, su estado es el siguiente:

Tabla 9. Relación de hallazgos auditoría al sistema de gestión ambiental y calidad

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
10	3 (30,00%)	4 (40,00%)	3 (30,00%)


Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los diez hallazgos identificados, se establecieron 31 acciones y el estado de cumplimiento es el siguiente:

Tabla 10. Relación de acciones auditoría al sistema de gestión ambiental y calidad

Acciones	Ejecutada	Prórroga 1 o 2
31	25 (80,65%)	6 (19,35%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

De las acciones propuestas por el proceso, se verificó la oportunidad y se evaluó la eficacia de las mismas, en las cuales se tiene lo siguiente:

Oportunidad: De las 25 ejecutadas, se observó oportunidad en 13 con el (52%)

Eficacia: 16 de las 25, con el (64%)

Como se observa en la Tabla 11, el proceso no tiene acciones vencidas, se solicitó prórroga para 6 acciones.

Proceso de Docencia (Comisiones de Estudio)

La auditoría fue realizada en la vigencia 2020 y en el plan de mejoramiento se observan 3 hallazgos, cuyo resultado es el siguiente:

Tabla 11. Relación de hallazgos auditoría comisiones de estudio

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
3	1 (33,33%)	0	2 (66.67%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los 3 hallazgos, el proceso estableció 6 acciones, las cuales presentan el siguiente resultado:

Tabla 12. Relación de acciones auditoría comisiones de estudio

Acciones	Ejecutada	Vencida
6	3 (50,00%)	3 (50,00%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Se verificó la oportunidad y se evaluó la eficacia de las acciones y su cumplimiento es: 0,00%.

Las acciones que tiene vencidas el proceso, son:

Hallazgo CP-DOC-NC17-2020

Acción 1: Realizar las acciones pertinentes para la consolidación y actualización de la documentación por comisionado para que se cumpla con la disposición, conservación y custodia (Teniendo en cuenta las vigencias de tiempo de retención en los archivos de gestión según TRD y lo descrito en el Procedimiento para Otorgamiento y Seguimiento a Comisiones de Estudio).

Hallazgo CP-DOC-NC18-2020

Acción 1: Realizar las acciones pertinentes para la consolidación y actualización de la información documentada por comisionado (Teniendo en cuenta las vigencias de tiempo de retención en los archivos de gestión según TRD y lo descrito en el Procedimiento para Otorgamiento y Seguimiento a Comisiones de Estudio).

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Acción 2: Realizar las acciones para consolidar los soportes documentales que se tienen en papel u otro soporte físico

Proceso de Docencia (Instituto de Educación a Distancia - IDEAD)

La Auditoría al proceso del IDEAD fue realizada en la vigencia 2021, en el plan de mejoramiento reporta 1 hallazgo abierto, el cual se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 13. Relación de hallazgos auditoría IDEAD

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
1	0	0	1

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El proceso identificó 2 acciones para eliminar la causa que le dio origen al hallazgo, las cuales evidencian lo siguiente:

Tabla 14. Relación de acciones auditoría IDEAD

Acciones	Ejecutada	Vencida
2	1 (50,00%)	1 (50,00%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Se verificó la oportunidad y se evaluó la eficacia de las mismas, en las cuales se observa un: (0,00%).

La acción vencida es:

Hallazgo CP-DOC-NC7-2021

Acción 2: Gestionar con Unitolima la elaboración del Acta de Terminación y Cierre del Convenio - Acta de Terminación y Cierre o Acta de Compromiso de las partes

Proceso de Docencia (Facultades)

En la vigencia 2022, se desarrolló la auditoría a las facultades adscritas a la Universidad de los Llanos, en la cual se evidenciaron 11 hallazgos y en los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno, se ha observado lo siguiente:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 15. Relación de hallazgos auditoría facultades

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
11	1 (9,09%)	7 (0,77%)	3

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para eliminar la causa del hallazgo, el proceso planteó 48 acciones. Como producto del seguimiento, se refleja el siguiente cumplimiento en el plan:

Tabla 16. Relación de acciones auditoría facultades

Acciones	Ejecutada	Vencida
48	35 (72,92%)	13 (27,08%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

En el seguimiento realizado se verificó la oportunidad y se evaluó la eficacia de las acciones, el cual presenta lo siguiente:

Oportunidad: Se observa en 22 que equivalen al (62.86%) de las 35 acciones ejecutadas.

Eficacia: Se observa en 28 acciones con el (80%).

Las acciones vencidas que reporta el proceso son:

Hallazgo DOC22-04NCA

Acción 1: Desarrollar un módulo en la plataforma SIAU para el registro de notas a estudiantes de posgrado matriculados - Certificación o constancia de la oficina de sistemas.

Acción 2: Capacitar a los directores de programa sobre las directrices establecidos en el reglamento de programas de posgrados y sobre el uso de la plataforma SIAU para registro de notas a estudiantes de posgrado matriculados - Acta de reunión

Acción 4: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida


Acción 5: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas - Acta de reunión

Hallazgo DOC22-09NCA

Acción 3: Revisar la normatividad tanto interna como externa que hace parte de la caracterización del proceso de docencia, con el fin de realizar el ajuste pertinente del marco legal asociado al proceso. - Caracterización del proceso.

Acción 5: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida

Acción 6: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas - Acta de reunión

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Hallazgo DOC22-10NCA

Acción 1: Documentar las SNC identificadas en el IPA 2022, en el proceso de Docencia

Acción 2: Realizar la revisión y actualización de la guía para identificación y tratamiento de Salidas No Conformes (GU-GCL-02), en el apartado del proceso de Docencia.

Acción 3: Realizar la revisión del procedimiento para el control de las salidas no conformes (PD-GCL-06), con el fin de verificar la pertinencia del mismo - Acta de reunión

Acción 4: Comunicar y sensibilizar a las partes interesadas, la guía para la identificación y tratamiento de Salidas No Conformes (GU-GCL-02) y el procedimiento para el control de las salidas no conformes (PD-GCL-06) - Correos electrónicos, piezas gráficas

Acción 5: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida

Acción 6: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas - Acta de reunión.

Proceso de Bienestar Institucional

El proceso viene con hallazgos abiertos de las vigencias 2020 y 2021, a los cuales se les ha realizado el respectivo seguimiento, para lograr que se cierren. No obstante ha sido bastante complejo realizar las acciones propuestas, toda vez que depende de un tercero para su cumplimiento. En la siguiente tabla se muestra el estado de los hallazgos y acciones:

Tabla 17. Relación de hallazgos y acciones auditoría bienestar institucional

Hallazgo Vigencia 2020		Acciones Vigencia 2020		Hallazgo Vigencia 2021		Acciones Vigencia 2021	
Cerrado	Abierto	Ejecutada	Vencida	Cerrado	Abierto	Ejecutada	Vencida
0	1	0	1	1	1	1	1

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

La oportunidad y la eficacia de las acciones es de (0,00)%

Para cada hallazgo se definen acciones para realizarlas en un tiempo determinado, no obstante no se han logrado cumplir y se encuentran vencidas. A continuación se relacionan:

Hallazgo CP-BIN-NC-008-2020

Acción 1: Proyectar documentación requerida y realizar gestión con las entidades pertinentes para la creación del club deportivo.

Hallazgo CP-BIN-NC4-2021

Acción 1: Distintivo de habilitación y acreditación de servicios consulta externa por médico general y enfermería.

Por otra parte, en la vigencia 2022 también se realizó auditoría al proceso de Bienestar Institucional, en la cual se evidenciaron 17 hallazgos. Se realizaron los respectivos seguimientos semestrales y se tiene el resultado que se muestra en la tabla 18:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 18. Relación de hallazgos auditoría bienestar institucional

Hallazgos	Cerrados		Abiertos
	2022	2023	
17	8 (47,06%)	1 (5,88%)	8 (47,06%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los hallazgos evidenciados en la auditoría, el proceso describió 28 acciones para eliminar la causa que originó los hallazgos, sin embargo; en los seguimientos realizados no se logró cerrar este plan de mejoramiento, debido a que no ejecutaron las acciones planteadas por el proceso.

Tabla 19. Relación de acciones auditoría bienestar institucional

Acciones	Ejecutada	Pendiente	Vencida
28	15 (53,57%)	2 (7,14%)	11 (39,29%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

En cada una de las acciones se verificó la oportunidad y se evaluó la eficacia:

Oportunidad: (100%) de las ejecutadas

Eficacia: 14 acciones con el (93.33%)

A continuación se relacionan las acciones que a la fecha se encuentran vencidas:

Hallazgo CP-BIN-NC2-2022

Acción 1: Formular el borrador de la política de bienestar.

Hallazgo CP-BIN-NC5-2022

Acción 2: Realizar controles semestrales aleatorios (Verificación de existencia) a los bienes - Dos (2) actas de controles aleatorios implementados.

Hallazgo CP-BIN-NC7-2022

Acción 2: Diseñar un mecanismo de aseguramiento de registros de los formatos FO-BIN-01 y FO-BIN-29 bajo modalidades no necesariamente presenciales - Un (1) mecanismo de registro definido y aprobado.

Hallazgo CP-BIN-NC10-2022

Acción 1: Formular borrador Modelo de Bienestar

Hallazgo CP-BIN-NC11-2022

Acción 1: Actualizar el procedimiento PD-BIN-03 y solicitar al SIG nuevamente la actualización de los formatos de Desarrollo Humano y Permanencia.

Acción 2: Ajustar el procedimiento PD-BIN-02, solicitar al SIG el cargue de la nueva versión; formalizar el protocolo para la atención de casos de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas" y "el protocolo y ruta

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

para la prevención, orientación y manejo de personas en riesgo de suicidio" dentro del procedimiento PD BIN 03; el "plan de participación de los núcleos familiares de los estudiantes como red de apoyo para la permanencia y graduación" enviar la evidencia donde se acordó eliminar esta propuesta de la ficha bpuni 2020; con el ajuste al procedimiento PD BIN .03 la observación El "programa de adaptación a la vida universitaria" quedará formalizado.

Hallazgo CP-BIN-NC12-2022

Acción 1: Citar a reunión al comité de permanencia conforme al Acuerdo N° 05 del 2016 - Cuatro (4) Actas de Reunión

Hallazgo CP-BIN-NC15-2022

Acción 1: Buscar una reunión conjunta con el área jurídica, la contratista, la dirección de bienestar y la coordinación de salud para la búsqueda del método de contratación adecuado, y/o el ajuste de las actividades contractuales. Mediante un acta de la reunión con conclusiones.

Acción 2: Realizar los ajustes en la contratación de acuerdo con los resultados de esta reunión con jurídica - Propuesta de contratación actualizada

Hallazgo CP-BIN-NC16-2022

Acción 1: Solicitar una propuesta integral de acuerdo a los requerimientos, por parte de un proveedor de servicios biomédicos. - Propuesta de prestación de servicios.

Acción 2: Realizar la correcta contratación y supervisión de la ejecución de un manejo integral de los equipos biomédicos del área de salud de Bienestar Institucional Universitario. - Informe de ejecución de contrato de servicios biomédicos.

Proceso de Proyección Social

En la vigencia 2022 se realizó auditoría al programa de egresados de la Universidad, en donde se evidenciaron 6 hallazgos. En el mes de junio del presente año, se realizó auditoría al proceso, en la cual se realizó revisión al cumplimiento del plan de mejoramiento. A continuación se muestra la tabla con los hallazgos y su estado:

Tabla 20. Relación de hallazgos auditoría proyección social

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
6	0	0	6

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los 6 hallazgos se suscribieron 29 acciones. Estas fueron revisadas en la auditoría realizada por la oficina de Control Interno y no se lograron cerrar, debido a que no se realizó la gestión pertinente para su cumplimiento, su estado es el siguiente:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 21. Relación de acciones auditoría proyección social

Acciones	Ejecutada	Pendiente	Vencida
29	1 (3,45%)	3 (10,34%)	25 (86,21%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Se observó cumplimiento en 1 acción a la cual se verificó la oportunidad y eficacia:

Oportunidad: 0,00%

Eficacia: 1 (100%)

A continuación se relacionan las 25 acciones vencidas:

Hallazgo PSO22-01NCA

Acción 1: Revisar y solicitar la actualización del módulo de egresados en la herramienta SIAU que permita consolidar el número total de graduados - Acta de reunión

Acción 2: Realizar la actualización de la plataforma SIAU en el módulo de egresados de acuerdo a los parámetros actualizados y requeridos - Modulo de egresados - SIAU actualizada.

Acción 3: Revisar y actualizar el procedimiento establecido de acuerdo con las necesidades del proceso - Procedimiento y formatos actualizados y publicados en el SIG

Acción 4: Generar un informe semestral donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento - Informe semestral de egresados.

Acción 5: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida - Carpeta compartida

Acción 6: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas - Acta de reunión.

Hallazgo PSO22-02NCA

Acción 1: Realizar la entrega como meta del 17% de carnets pendientes del stock.

Acción 1. Proyectar la actualización del acto administrativo sobre la carnetización de egresados, y gestionar la revisión oportuna de la Oficina Jurídica- Borrador acto administrativo

Acción 2: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo ante la instancia competente - Acto administrativo aprobado

Acción 3: Implementar las estrategias y mecanismos para la entrega oportuna mediante la carnetización digital - Soportes de entrega estrategias definidas

Acción 4: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida.


Hallazgo PSO22-03NCA

Acción 1: Revisar y actualizar el procedimiento establecido para la aplicación de encuestas a empleadores incluyendo los formatos requeridos en el proceso - Procedimiento y formatos actualizados y publicados en el SIG

Acción 2: Generar un informe donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento - Informe de gestión del procedimiento

Acción 3: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida

Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Hallazgo PSO22-04NCA

Acción 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 - Mapa de riesgos actualizado.

Acción 2: Realizar el monitoreo y avance de los riesgos identificados.

Acción 3: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias a la carpeta compartida.

Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.

Hallazgo PSO22-05NCA

Acción 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 revisión oportuna de la Oficina Jurídica - Borrador de acto administrativo

Acción 2: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo ante la instancia competente - Acto administrativo aprobado

Acción 3: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida

Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.

Hallazgo PSO22-06NCA

Acción 2: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo ante la instancia competente - Acto administrativo aprobado

Acción 3: Registrar mediante acta de reunión las decisiones y actuaciones que se tomen en el Comité.- Acta de comité

Proceso de Gestión de Talento Humano

En el plan de mejoramiento Institucional, se tiene la trazabilidad de la auditoría realizada al proceso de Talento Humano en la vigencia 2021, donde se observaron 6 hallazgos. En la siguiente tabla, se muestra el resultado:

Tabla 22. Relación de hallazgos auditoría talento humano

Hallazgos	Cerrado	
	2022	2023
6	4 (66,67%)	2 (33,33%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los 6 hallazgos evidenciados en la auditoría, el proceso estableció 28 acciones, las cuales presentan el siguiente resultado:

Tabla 23. Relación de acciones auditoría talento humano

Cantidad de acciones	Ejecutadas
28	28

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Como se observa en la tabla 22 y 23, este plan de mejoramiento fue cerrado, de acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno en el segundo semestre de la presente vigencia. Se verificó la oportunidad de la información y se realizó la evaluación de la eficacia de las acciones propuestas para cada una de las no conformidades. Su % es el siguiente:

Oportunidad: Se observó en 25 con el (92,59%)
 Eficacia: En 27 con el (100%)

Por otra parte, nuevamente se realizó auditoría al Proceso de Gestión de Talento Humano en la vigencia 2022, evidenciando en el ejercicio de auditoría 3 hallazgos, a los cuales se les suscribió plan de mejoramiento y a la fecha de seguimiento el cumplimiento se refleja en la tabla 24, así:

Tabla 24. Relación de hallazgos auditoría talento humano

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
3	1 (33,33%)	0 (0,00%)	2 (66,67%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los 3 hallazgos el proceso suscribió 12 acciones, de las cuales en el seguimiento realizado se tiene lo siguiente:

Tabla 25. Relación de acciones auditoría talento humano

Acciones	Ejecutadas	Vencidas	Prórroga 1 o 2
12	5 (41,67%)	4 (33,33%)	3 (25%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para las acciones ejecutadas se verificó la oportunidad y eficacia en el cumplimiento, el cual se relaciona a continuación:

Oportunidad: 0%
 Eficacia: 0%

Las acciones vencidas en el proceso, son las siguientes:

Hallazgo GTH22-NCA02

Acción 1: Solicitar acompañamiento a la Oficina de Archivo para la actualización de la rotulación de la documentación - Acta de reunión.

Acción 2. Rotular las carpetas según Tabla de Retención Actualizada.

Acción 3: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida.

Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Proceso de Gestión de Talento Humano (Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo)

De acuerdo a lo aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2022, se aprobó ejecutar la auditoría al proceso de SGSST, en la que se evidenciaron 30 hallazgos, en el cual su estado se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla 26. Relación de hallazgos auditoría SGSST

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
30	0 (0,00%)	2 (6,67%)	28 (93,33%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los 30 hallazgos evidenciados en el ejercicio de auditoría interna, se definieron 164 acciones para eliminar la causa que dio origen a cada uno de los hallazgos. A continuación se relaciona el estado de las acciones:

Tabla 27. Relación de acciones auditoría SGSST

Acciones	Ejecutadas	Vencidas	Prórroga 1 o 2
164	13 (7,93%)	27 (16,46%)	124 (75,61%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

La oportunidad y la eficacia de las acciones es la siguiente:

Oportunidad: 5 de 13 ejecutadas con el (38,46%)
 Eficacia: 10 (76,92%)

Las 27 acciones vencidas, son las que se relacionan a continuación:

Hallazgo CP-GTH-NC7-2022


- Acción 2: Diligenciamiento de la matriz para la gestión de los cambios y oportunidades del SG SST.
- Acción 3: Enviar a Control Interno los soportes del cumplimiento de las acciones planificadas
- Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

Hallazgo CP-GTH-NC12-2022

- Acción 1: Actualizar procedimiento de control de documentos.
- Acción 2: Revisar los documentos de la carpeta de control de documentos SGC y reubicarlos en el proceso que corresponda
- Acción 3: Enviar a Control Interno los soportes del cumplimiento de las acciones planificadas
- Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

Hallazgo CP-GTH-NC17-2022

- Acción 1: Realizar capacitaciones a los trabajadores sobre el uso, mantenimiento y almacenamiento de los EPP

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Acción 2: Implementar matriz de identificación de EPP de acuerdo al procedimiento
 Acción 3: Realizar inspecciones sobre el uso, el cuidado, el estado, la necesidad de reposición y mantenimiento de los diferentes EPP de los trabajadores y/o contratistas - Registros de control y uso de elementos
 Acción 4: Actualización del procedimiento de selección, uso y mantenimiento de epp
 Acción 5: Actualizar la información documentada (Matriz de identificación de epp, entrega de elementos de protección personal, control y uso de elementos de protección personal, inspección epp, acta de entrega dotación industrial) - 1 Documentación formalizada (actualizada y publicado)
 Acción 6. Implementación del procedimiento de selección, uso y mantenimiento de epp
 Acción 7: Enviar a Control Interno los soportes del cumplimiento de las acciones planificadas
 Acción 8: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

Hallazgo CP-GTH-NC21-2022

Acción 1: Actualización del procedimiento reporte e investigación de accidente o incidente de trabajo y los documentos de referencia - 1 Procedimiento y documentos de referencia formalizados
 Acción 2: Implementar el procedimiento reporte e investigación de accidente o incidente de trabajo y los documentos de referencia - Registros de reporte e investigación de accidente o incidente de trabajo
 Acción 3: Enviar a Control Interno los soportes del cumplimiento de las acciones planificadas
 Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

Hallazgo CP-GTH-NC29-2022

Acción 1. Revisar y actualizar la información documentada publicada en el micrositio del sistema integrado de gestión
 Acción 2. Realizar seguimiento a la implementación de la información documentada publicada - Reunión de revisión a la implementación mediante acta de reunión
 Acción 3: Enviar a Control Interno los soportes del cumplimiento de las acciones planificadas
 Acción 4: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

Hallazgo CP-GTH-NC30-2022

Acción 1: Actualizar la información documentada del área
 Acción 2: Incluir los indicadores de eficacia de los programas documentados - 1 Matriz de Indicadores del SG-SST, actualizada y publicada
 Acción 3: Enviar a Control Interno los soportes del cumplimiento de las acciones planificadas
 Acción 4. Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

Proceso de Gestión de Internacionalización

Esta auditoría fue incluida y aprobada en el Plan Anual de Auditoría para realizarse en la vigencia 2022, la cual fue ejecutada en donde se evidenciaron 17 hallazgos. Se suscribió plan de mejoramiento con el proceso, al cual, la oficina de Control Interno de Gestión realizó los seguimientos respectivos, los cuales arrojan el siguiente resultado:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 28. Relación de hallazgos auditoría internacionalización

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
17	0	4 (23,53%)	13 (76,47%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para poder eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, el proceso suscribió 46 acciones, a las cuales se realizó el seguimiento en lo relacionado a la evidencia de cumplimiento, de acuerdo a lo descrito en la acción y lo citado en el hallazgo. De acuerdo al cumplimiento, en la tabla 29, se muestra el resultado:

Tabla 29. Relación de acciones auditoría internacionalización

Acciones	Ejecutadas	Pendientes	Vencidas
46	21 (45,65%)	1 (2,17%)	24 (52,17%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para las 21 acciones ejecutadas, se verificó la oportunidad de cumplimiento y se evaluó la eficacia, la cual se muestra a continuación.

Oportunidad: 10 (47.62%)
Eficacia: 21 (100%)

Las acciones vencidas que tiene el proceso a la fecha de seguimiento, son las que se relacionan a continuación:

Hallazgo CP-GIT-NC03-2022

Acción 1: Revisar y actualizar la caracterización, los procedimientos y formatos del proceso de acuerdo a los cambios de la normatividad interna y necesidades del contexto.

Acción 2: Presentación de la caracterización, procedimientos y formatos actualizados al SIG para aprobación y publicación en la página Web - Acta de aprobación y publicación en la página web del SIG

Hallazgo CP-GIT-NC04-2022

Acción 2: Realizar la reunión de preparación para movilidad con estudiantes y sus acudientes y socializar los compromisos establecidos en el Art. 5 del A.A. 014 de 2021. - 8 listas de asistencia


Acción 3: Incluir dentro de la matriz de movilidad el seguimiento de los compromisos de los estudiantes de movilidad académica. - 1 matriz de movilidad actualizada

Acción 4: Implementar el seguimiento de los compromisos de los estudiantes de movilidad académica.

Hallazgo CP-GIT-NC05-2022

Acción 2: Ejecución de la capacitación al equipo de OIRI sobre sobre la medición de indicadores de gestión del Proceso - Un acta

Acción 3. Ajustar y actualizar la información registrada en los indicadores de gestión vigencia 2021 de acuerdo a las evidencias disponibles. - 1 Matriz de indicadores ajustada y actualizada. Ficha de indicadores

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

CONTENIDO	
<i>Nota: Verificación y análisis de resultados.</i>	
de OIRI actualizada	
Hallazgo CP-GIT-NC07-2022	Acción 4: Presentar ante Vice Académica de manera trimestral los reportes de avance del proyecto - 4 Informe avance proyecto.
Hallazgo CP-GIT-NC08-2022	Acción 1: Realizar seguimiento a los contratos de OIRI mediante la matriz de seguimiento de compromisos - 1 Matriz de seguimiento de compromisos.
Hallazgo CP-GIT-NC09-2022	Acción 1: Realizar seguimiento a las convocatorias mediante la matriz de seguimiento de compromisos. - 1 Matriz de seguimiento de compromisos. Acción 2. Presentar y enviar a la Vicerrectoría Académica el informe de convocatorias de forma semestral - 2 Informes de convocatorias realizadas
Hallazgo CP-GIT-NC10-2022	Acción 1. Presentación de la Resolución Rectoral de modificación Ficha BPUNI - Resolución Rectoral - Acción 2: Establecer un cronograma de capacitaciones para administrativos (personal de planta) y/o contratistas que tengan relación con el proceso de internacionalización - Cronograma de capacitación. Acción 3: Realizar las capacitaciones programadas. - Cronograma de capacitación ejecutado.
Hallazgo CP-GIT-NC11-2022	Acción 1. Revisión del proceso Gestión de Internacionalización a la luz de la normatividad existente - 1 Acta de reunión
Hallazgo CP-GIT-NC12-2022	Acción 1: Realizar seguimiento semestral a los convenios mediante la matriz de seguimiento de convenios.- 2 Matriz de seguimiento de convenios actualizada semestral
Hallazgo CP-GIT-NC14-2022	Acción 1: Incluir dentro de los estudios de oportunidad y conveniencia de los contratos del segundo semestre de 2022 las actividades 1.1 y 1.2 de la ficha BPUNI VIAC 18. - 6 Estudios de oportunidad y conveniencia.
Hallazgo CP-GIT-NC15-2022	Acción 2: Realizar seguimiento mensual al microsítio de internacionalización. - 1 Matriz de compromisos de equipo OIRI
Hallazgo CP-GIT-NC16-2022	Acción 1: Estructurar procedimiento para formular planes de internacionalización - 1 Borrador de procedimiento Acción 2: Enviar al SIG el procedimiento para su revisión, aprobación y publicación en el microsítio. - 1 Procedimiento Acción 3. Socializar a las partes interesadas el procedimiento para formular los planes de internacionalización. - 1 Correo electrónico, Boletín, capacitación, reuniones, etc.
Hallazgo CP-GIT-NC17-2022	Acción 1: Formular el Plan Institucional de Internacionalización a siete años. - 1 Plan institucional de internacionalización a siete años formulado

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Acción 2: Gestionar la aprobación del Plan Institucional de Internacionalización. validación y aprobación del plan institucional de internacionalización - 1 Plan institucional de internacionalización a siete años aprobado
 Acción 3: Socializar a las partes interesadas los Planes Institucionales de Internacionalización. - Correos electrónicos, capacitación, etc.

Proceso Gestión de Bienes y Servicios (Almacén)

En la vigencia mencionada, se realizó auditoría al proceso de Gestión de Bienes y Servicios, específicamente a la unidad auditable Almacén en la vigencia 2022. En la auditoría se evidenciaron 4 hallazgos. El seguimiento realizado al plan de mejoramiento, muestra lo siguiente:

Tabla 30. Relación de hallazgos auditoría almacén

Hallazgos	Cerrado	
	2022	2023
4	3 (75%)	1 (25%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El proceso suscribió en el plan de mejoramiento 20 acciones para los 4 hallazgos. Su estado es el siguiente:

Tabla 31. Relación acciones auditoría almacén

Acciones	Ejecutadas
20	20

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para las 20 acciones ejecutadas, se realizó la verificación de la oportunidad y la eficacia:

Oportunidad: 14 (70%)

Eficacia: 16 (80%)

Proceso de Gestión de TIC

La auditoría interna practicada en la vigencia 2022, evidenció 9 hallazgos, los cuales reflejan el siguiente avance:

Tabla 32. Relación de hallazgos auditoría TIC

Hallazgos	Cerrado	Abierto
	2023	
9	2 (22.22%)	7 (77.78%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

En el plan de mejoramiento el proceso suscribió 45 acciones para ser ejecutadas durante las vigencias de 2022, 2023 y 2024. El avance que refleja el seguimiento, es el siguiente:

Tabla 33. Relación de acciones auditoría TIC

Acciones	Ejecutada	Pendiente	Vencida	En proceso
45	13 (28,89%)	18 (40,00%)	8 (17,78%)	6 (13,33%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De las 13 acciones que fueron ejecutadas por el proceso, su oportunidad y eficacia es la siguiente.

Oportunidad: De las 18 ejecutas se evidencio en 6 con el (46.15%)

Eficacia: 13 con el (100%)

Las acciones a las cuales el proceso no realizó la gestión para su cumplimiento y que se encuentran vencidas, se relacionan a continuación:

Hallazgo GRT22-03NCB

Acción 2: Realizar el seguimiento y control a la documentación relacionada con el procedimiento de desarrollo de software - Repositorio digital

Acción 3: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida

Acción 4. Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

Hallazgo GRT22-04NCA

Acción 3: Proyectar un acto administrativo que establezca los lineamientos para el uso de los recursos informáticos de la Universidad de los Llanos, ajustada a la realidad Institucional y del proceso, que derogue la 1831 de 2018.

Hallazgo GRT22-07NCA

Acción 1: Actualización de la Política de Seguridad de la Información y establecimiento de los roles y responsabilidades.- Proyecto de acto administrativo

Hallazgo GRT22-08NCA

Acción 2: Realizar una medición de uso de los diversos micrositos - Diagnóstico

Hallazgo GRT22-09NCB

Acción 1: Levantamiento de hoja de vida de equipos de tecnológicos - Base de datos con hoja de vida de los equipos

Acción 3. Utilizar una herramienta que genere correctamente los reportes de los mantenimientos preventivos y correctivos - Herramienta de Software seleccionada

Proceso de Gestión de Apoyo a la Academia (Área de Biblioteca)

En la auditoría realizada en la vigencia 2021 a la Unidad auditable de Biblioteca, se evidenciaron 6 hallazgos. En los seguimientos realizados por la oficina de Control Interno de Gestión, se evidenció que aún no se logra cerrar el plan de mejoramiento del proceso, toda vez que no se realizó la gestión para dar cumplimiento de lo propuesto en los términos inicialmente establecidos por el proceso. Su estado es el siguiente:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 34. Relación de hallazgos auditoría biblioteca

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
6	3 (50%)	2 (33,33%)	1 (16,67%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, el proceso estableció 18 acciones. No obstante, a la fecha no se han logrado cerrar en su totalidad y su estado se muestra a continuación:

Tabla 35. Relación de acciones auditoría biblioteca

Acciones	Ejecutadas	Vencidas
18	17 (94,44%)	1 (5,56%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De las 17 acciones ejecutadas, se observó oportunidad y eficacia en 16 con el (94,12%).

La acción que continúa abierta y vencida es la siguiente:

Hallazgo CP-GAA-NC5-2021

Acción 1: Reformulación de los indicadores de gestión que permitan medir el cumplimiento del objetivo - Indicadores de gestión de biblioteca actualizados

Auditoría Gestión de Apoyo a la Academia (Sistema de Laboratorios)

La auditoría al proceso, fue realizada en el mes de noviembre y como resultado se evidenciaron 7 hallazgos. El plan de mejoramiento fue suscrito en diciembre de 2022. En el seguimiento realizado, se evidenció el siguiente resultado de avance:

Tabla 36. Relación de hallazgos auditoría sistema de laboratorios.

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
7	0 (0,00%)	2 (28,57%)	5 (71,43%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

El proceso definió 33 acciones para realizarse en la vigencia 2023. El seguimiento realizado en el primer semestre, evidenció el avance que se muestra en la siguiente tabla:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 37. Relación de acciones auditoría sistema de laboratorio.

Acciones	Ejecutadas	Pendientes	Vencidas	En proceso
33	14 (42,42%)	15 (45,45%)	2 (6,06%)	2 (6,06%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

De las 14 acciones ejecutadas se verificó la oportunidad y se evaluó la eficacia, presentando lo siguiente:

Oportunidad: En 9 acciones con el (64.29%)

Eficacia: 14 (100%)

Las acciones que se reportan vencidas por el proceso, son las siguientes:

Hallazgo GAA22-06NCA

Acción 2. Impartir capacitación de organización de archivos conforme a la Tabla de Retención Documental TRD a todos los laboratorios - Registro de asistencias, registros fotográficos

Hallazgo GAA22-07NCA

Acción 1: Capacitar por parte de la coordinación del sistema de laboratorios al personal de los laboratorios de Nutrición animal, Microbiología vegetal, Microbiología animal en el proceso de clasificación y almacenamiento de los productos químicos de los laboratorios - Lista de asistencia de capacitación.

Proceso de Gestión de Apoyo a la Academia (Centro de Calidad de Aguas - CCA)

En virtud de la auditoría practicada al Centro de Calidad de Aguas por un auditor externo con experiencia en 170025, en el mes de noviembre, se evidenciaron 9 hallazgos. En el seguimiento realizado, se observó avance para el cierre de los hallazgos, el cual se muestra a continuación:

Tabla 38. Relación de hallazgos auditoría centro de calidad de aguas

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
9	0 (0,00%)	5 (55,56%)	4 (44,44%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

Para los hallazgos el proceso definió 31 acciones para ser realizadas en la vigencia 2023. Su estado es el siguiente:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 39. Relación de acciones auditoría centro de calidad de aguas

Acciones	Ejecutadas	Pendientes	Vencidas
31	19 (61,29%)	4 (12,90%)	8 (25,81%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

Para las 19 acciones ejecutadas por el proceso se verificó la oportunidad y su eficacia, presentando un % de cumplimiento, así:

Oportunidad: 14 (73,68%)

Eficacia: 18 (94.74%)

Las acciones que se evidencian vencidas en el proceso, se relacionan a continuación:

Hallazgo GAA22-09NC

Acción 1: Iniciar el trámite administrativo de cotización para la calibración con un laboratorio acreditado por ONAC de los instrumentos: Horno binder 5057359 y multiparámetro HACH 20019 - Cotización del servicio de calibración del Horno binder Y multiparámetro HACH 20019.

Acción 5: Documentar en un formato de Excel el listado de los equipos del CCA con sus respectivos datos de incertidumbre y los análisis aplicables para verificar el cumplimiento de los métodos

Hallazgo GAA22-10NC

Acción 1: Identificar el trabajo no conforme para detectar las causas de la desviación del % de error para el blanco fortificado para el análisis Grasas y Aceites - FORMATO PARA EL CONTROL DE TRABAJO NO CONFORME FO-GAA-290, Lista asistencia del trabajo no conforme, Resultados de las pruebas realizadas.

Acción 2: Identificar el trabajo no conforme para detectar las causas de la desviación del % de recuperación de la muestra fortificada para el análisis de grasas y aceites

Hallazgo GAA22-13NC

Acción 1: Iniciar el trámite administrativo de cotización para la calibración con un laboratorio acreditado por ONAC de la incubadora WTC Binder Código:5270618 - Cotización del servicio de calibración de la incubadora WTC Binder Código: 5270618

Acción 2: Realizar la solicitud a la Vicerrectoría de recursos para la contratación de los servicios de calibración de los equipos del Centro de Calidad de Aguas - Solicitud de oficio y ficha técnica.

Acción 3: Adjudicación del Contrato por parte de la vicerrectoría para la calibración de los equipos del Centro de Calidad de Aguas: incubadora WTC Binder código: 5270618 - Contrato adjudicado y certificados de calibración

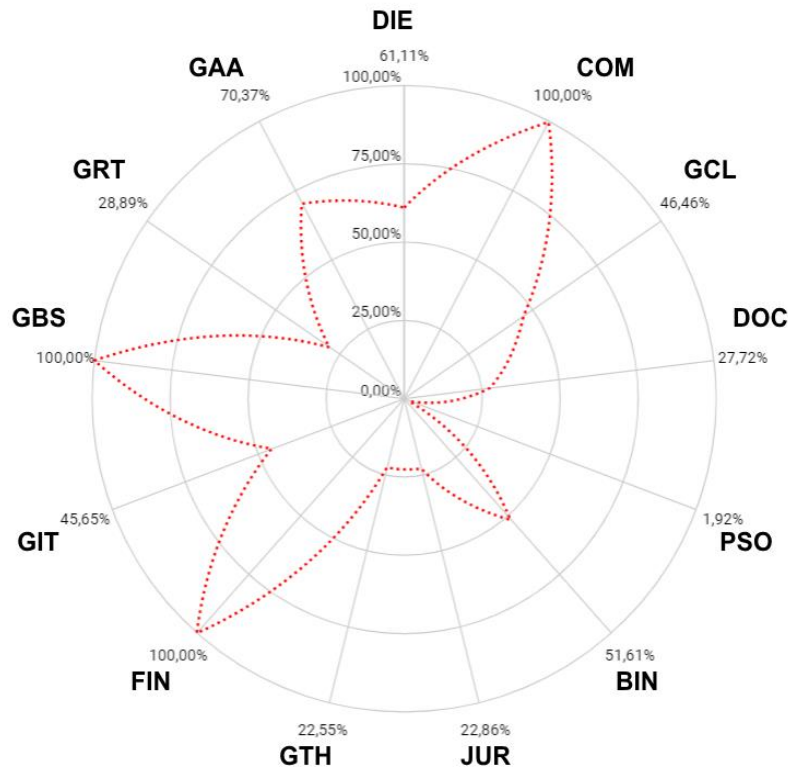
Hallazgo GAA22-16NC

Acción 2: Diligenciar en el FO-GAA-129 Formato control de uso diario de equipos de laboratorio, el registro completo de los ciclos de esterilización según como lo establece el método de referencia SM 9020 B. - Registro de los ciclos de esterilización completo de las incubadoras en el FO-GAA-129 Formato control de uso diario de equipos de laboratorio.

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Figura 1. Porcentaje de acciones ejecutadas por proceso producto de las auditorías internas.



Fuente: Control Interno de Gestión

El porcentaje de cumplimiento para los 13 procesos que presentaron avance en las acciones suscritas en el plan de mejoramiento, muestra que 3 procesos tienen el plan de mejoramiento en un 100%, 3 procesos con un cumplimiento mayor al 50% y 7 procesos menor al 50%. Los procesos de Investigaciones, Gestión Documental, Evaluación Control y Seguimiento Institucional y Autoevaluación Institucional, no tienen planes de mejoramiento suscrito y/o vigente.

2. AUDITORÍAS EXTERNAS

2.1 Vigencia 2023

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC

En el mes de marzo y abril, ICONTEC realizó auditoría a la Universidad de los Llanos, evidenciando 2 No conformidades, para la cual se suscribió el respectivo plan de mejoramiento, para ejecutarse en el segundo semestre 2023 y primer semestre 2024.

Se definieron 10 acciones, para eliminar las causas de las No conformidades. Establecieron una acción para cumplirse el 30 de junio de 2023, de la cual; no se observó evidencia de cumplimiento y su estado es vencida.

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

La acción es la siguiente:

No - Conformidad Menor 2

Acción 1: Realizar la disposición final del material ubicado en la zona de puntos de acopio - Registros de disposición final del material.

Centro Latinoamericano de Certificación - CELAC

El Centro Latinoamericano de Certificación CELAC, realizó auditoría al proceso de Docencia - Centro de Idiomas el 27 de enero de 2023, evidenciando 2 hallazgos de los cuales 1 continúa abierto.

Para los dos hallazgos se proyectaron 14 acciones y su estado es el siguiente:

Tabla 40. Relación de acciones auditoría CELAC

Acciones	Ejecutada	Pendiente
14	8 (57,14%)	6 (42,86%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De las 8 acciones ejecutadas, se observó oportunidad en 1 con el (14,29%)
Y 2 acciones eficaces de las 8 ejecutadas con el (25%)

2.2 Vigencias Anteriores

Contraloría Departamental del Meta

El Ente de Control realizó auditoría a la Universidad de los Llanos en el segundo semestre de 2022, donde se evidenciaron 3 hallazgos, para los cuales se suscribió plan de mejoramiento en el mes de enero de la vigencia 2023.

El estado de los hallazgos se relacionan a continuación:

Tabla 41. Relación hallazgos auditoría contraloría departamental del Meta

Hallazgos	Cerrado	Abierto
3	2 (66,67%)	1 (33,33%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

La oficina de Talento Humano de la Universidad de los Llanos, definió 3 acciones para cada uno de los hallazgos. Su estado se relaciona en la siguiente tabla:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 42. Relación de acciones auditoría contraloría departamental del Meta

Acciones	Ejecutada	Vencida
3	2 (66,67%)	1 (33,33%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

De las 2 acciones ejecutadas, su oportunidad es (0,00%) y su eficacia (100%)

La acción vencida es la siguiente:

Hallazgo 1

Acción 1: Ajustar el procedimiento PD-GTH-06 Contratación y pago de profesores catedráticos incluyendo las particularidades asociadas al Centro de Idiomas.

Contraloría General de la República - CGR

El ente de control realizó auditoría en el primer semestre de 2022 y se suscribió plan de mejoramiento en el mes de junio de 2022. El 19 de enero 2023 se hizo reporte a SIRECI, informando el cierre de 7 hallazgos. El 19 de julio de 2023, se realizó el reporte de avance, informando que se cerró 1 hallazgo. A la fecha quedan 2 hallazgos abiertos. En la siguiente tabla se relaciona el estado de los hallazgos:

Tabla 43. Relación de hallazgos auditoría CGR

Hallazgos	Cerrado	Abierto
10	8 (80%)	2 (20%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

Para los 10 hallazgos se definieron 15 acciones, de las cuales su avance es el siguiente:

Tabla 44. Relación de acciones auditoría CGR 2022

Acciones	Ejecutadas	Pendientes	Vencidas
15	12 (80%)	2 (13,33%)	1 (6,67%)


Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

La oportunidad y eficacia de las acciones ejecutadas fue del 100%.

A continuación se relaciona la acción que se reporta vencida:

Hallazgo 2.

Acción 1: Elaboración de un procedimiento para el tratamiento contable de los ingresos de difícil identificación por parte de Contabilidad y Tesorería - Presentar en Comité de Sostenibilidad Contable un procedimiento para el tratamiento contable de las consignaciones de difícil identificación y la relación de los ingresos de difícil identificación vigencia 2022.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Ministerio de Educación Nacional - MEN

El Ministerio de Educación Nacional practicó una auditoría a la Universidad de los Llanos en la vigencia 2017. A la fecha en el Plan de Mejoramiento Institucional se tiene 1 hallazgo abierto y vencido. Los procesos de Jurídica y Tesorería vienen gestionando el cumplimiento de la acción propuesta, para dar cierre al hallazgo.

Para el hallazgo se estableció la siguiente acción:

Hallazgo 9.

Acción 1: Revisar cada convenio en que proceso va, así mismo solicitar acta de liquidación - Certificación de cuentas bancarias canceladas.

No se tiene oportunidad ni eficacia de la acción, toda vez que su estado está abierta y vencida.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC

En el mes de febrero de 2022, la Universidad recibió auditoría del ente certificador ICONTEC, el cual evidenció 8 No conformidades en los procesos de Talento Humano, oficina de Planeación, Control Interno de Gestión, Vicerrectoría Académica y Proyección Social, para lo cual se suscribió el respectivo plan de mejoramiento.

En virtud del seguimiento realizado, el estado de las No conformidades es la siguiente:

Tabla 45. Relación de hallazgos auditoría ICONTEC 2022

Hallazgos	Cerrado		Abierto
	2022	2023	
8	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

Así mismo, cada uno de los procesos definió las acciones pertinentes para cada uno de los hallazgos evidenciados en la auditoría, en total 48.

De acuerdo al seguimiento realizado, se tiene el siguiente avance en el plan de mejoramiento:

Tabla 46. Relación de acciones auditoría ICONTEC 2022

Acciones	Ejecutadas	Pendientes	Vencidas
48	45 (93,75%)	3 (6,25%)	0 (0,00%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

De las 45 acciones ejecutadas, únicamente 37 presentaron oportunidad con un (82,22%)

De igual manera de las 45 acciones, se observó que 38 fueron eficaces con un (84,44%)

En el plan de mejoramiento no se reflejan acciones vencidas, para los procesos responsables.

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Centro Latinoamericano de Certificación - CELAC

En la vigencia 2021, el Ente certificador realizó auditoría al proceso de Docencia - Centro de Idiomas, evidenciando 3 hallazgos. La oficina de Control interno ha venido realizando los seguimientos pertinentes para verificar el cumplimiento del respectivo plan. De igual manera en el mes de mayo 2023, se realizó auditoría interna, en donde se generó un No Conformidad Alta, por incumplimiento en el plan de mejoramiento. Así las cosas, a continuación se relacionan el estado de las N.C.

Tabla 47. Relación de hallazgos auditoría CELAC 2021

Hallazgos	Cerrados	Abiertos
	2023	
3	2 (66,67%)	1 (33,33%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

Para los 3 hallazgos el proceso suscribió 20 acciones y su estado es el siguiente:

Tabla 48. Relación de acciones auditoría CELAC 2021

Acciones	Ejecutadas	Vencidas
20	17 (85%)	3 (15%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

La oportunidad y la eficacia en las 17 acciones ejecutadas corresponden a 7 con un (41,18%).

A continuación se relacionan las 3 acciones vencidas:

N.C. 3.

Acción 3.1. Realizar monitoreo a los indicadores de gestión de los procesos, para asegurar que se lleve a cabo el diligenciamiento oportuno de los mismos - Correos electrónicos.

Acción 3.3: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas - Formato Plan de Mejoramiento institucional.

Verificar la eficacia de las acciones implementadas.

Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - IDEAM

En la auditoría realizada en el mes de agosto por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, se evidenciaron 10 hallazgos. El avance del plan es el siguiente:

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Tabla 49. Relación de hallazgos auditoría IDEAM 2021

Hallazgos	Cerrados	Abiertos
	2023	
10	7 (70%)	3 (30%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

Se definieron 10 acciones para cada uno de los hallazgos evidenciados por el IDEAM, las cuales el proceso ha venido realizando las acciones, no obstante por no evidenciar lo descrito en la acción el plan continúa abierto.

A continuación se muestra el estado actual de las acciones:

Tabla 50. Relación de acciones auditoría IDEAM 2022

Acciones	Ejecutadas	Vencidas
25	22 (88%)	3 (12%)

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional.

De las 22 acciones ejecutadas, 19 fueron oportunas con un (86,36%) y 22 fueron eficaces con un (100%).

Las 3 acciones vencidas son las que a continuación se relacionan:

Hallazgo 3

Acción 4: Registrar el seguimiento de las comprobaciones intermedias en el formato de Excel creado para tal fin.

Hallazgo 5

Acción 3: Solicitar a la oficina del sistema integrado de gestión, la revisión, aprobación y publicación en el micrositio web del Centro de Calidad de Aguas del IN-GAA-177 INSTRUCTIVO PARA LA REVISIÓN DE SOLICITUDES OFERTAS Y CONTRATO y del instructivo de la declaración de la conformidad.

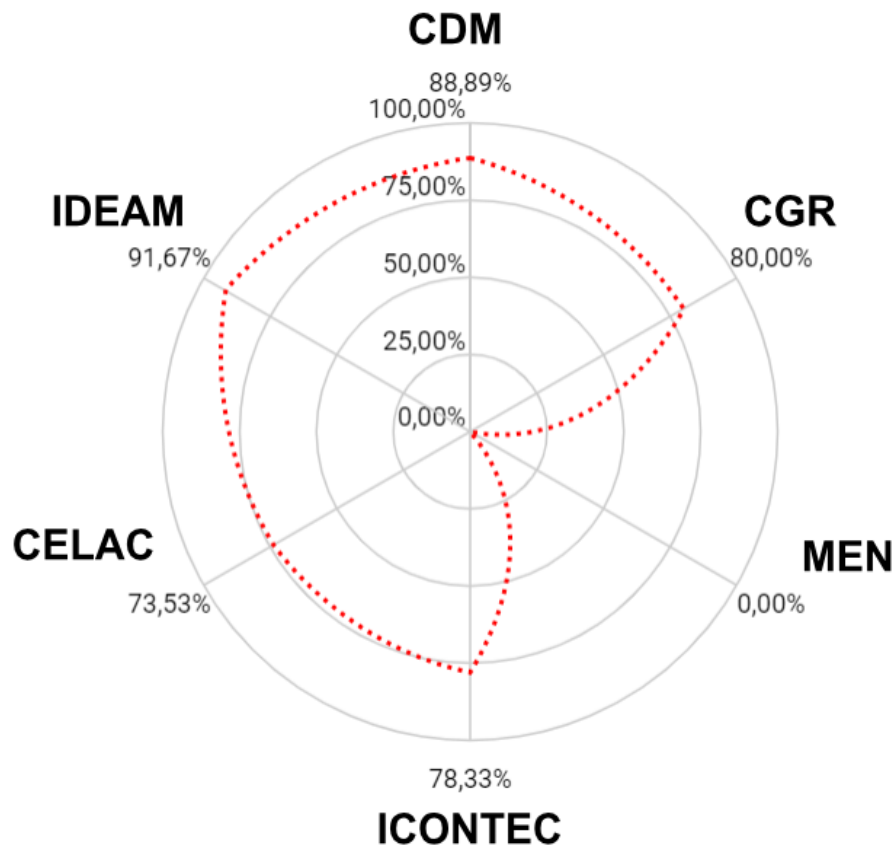
Hallazgo 8

Acción 2: Actualización del instructivo IN-GAA-126 AGUA SUPERFICIAL, SUBTERRÁNEA, RESIDUAL NO DOMÉSTICA Y RESIDUAL DOMÉSTICA y envío a la oficina del sistema integrado de gestión para su revisión, aprobación y publicación en el micrositio web del SIG.

CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Figura 2. Porcentaje de acciones ejecutadas producto de las auditorías externas.




Fuente: Control Interno de Gestión

El porcentaje de cumplimiento de las acciones para los 6 planes de mejoramiento suscritos con los entes de control, muestra que 5 están superiores al 70% y uno con el 0,00%

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Nota: Estas recomendaciones pueden suscribir plan de mejoramiento.

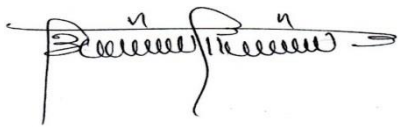
1. Incluir en las actividades establecidas en el contrato de los profesionales de apoyo, el monitoreo al plan de mejoramiento.
2. Verificar la información que se carga en las carpetas de cada no conformidad, con el fin de que cumpla con lo descrito en la acción y no saturar el DRIVE con documentación innecesaria.
3. Se hace necesario que las acciones que se suscriben en el plan de mejoramiento sean analizadas y objetivas, para que eliminen la causa que originó el hallazgo y no se vuelvan a evidenciar en próximas auditorías.
4. Los líderes de los procesos, deben realizar un seguimiento semestral a los planes de mejoramiento y

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE CUMPLIMIENTO		
	Código: FO-ECS-11	Versión: 01	Fecha de aprobación: 12/05/2023

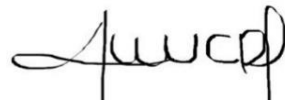
OPORTUNIDADES DE MEJORA
<i>Nota: Estas recomendaciones pueden suscribir plan de mejoramiento.</i>
dar la importancia necesaria para que se realicen las acciones propuestas y evitar incumplimientos internos y externos en aras de evitar posibles sanciones por los entes de control.

CONCLUSIONES
<i>Nota: Deben dar respuesta de manera estricta al objetivo del trabajo.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● En las auditorías internas realizadas en el primer semestre de 2023, se generaron 43 hallazgos y están en términos para su cumplimiento. ● De las auditorías practicadas por los entes de control en el primer semestre de 2023, se evidenciaron 4 hallazgos, de los cuales 3 continúan abiertos. ● De los 151 hallazgos de auditorías internas de vigencias anteriores, se cerraron 63. ● De los 35 hallazgos de los entes de control de vigencias anteriores, se cerraron 27. ● Los procesos plantearon 580 acciones para los hallazgos derivados de auditorías internas de vigencias anteriores. La eficacia fue evaluada sobre 253 acciones ejecutadas, las cuales corresponden a 206 con un cumplimiento del 81,42% ● De igual manera para las auditorías practicadas por los entes de control se definieron 112 acciones. La eficacia correspondió a 81 acciones con el 82,65% de las 98 ejecutadas. ● Exhortar a los líderes de procesos a dar cumplimiento a las acciones suscritas en los planes de mejoramiento y tomar las medidas de control pertinentes para que se sigan realizando las acciones de mejora, con el fin de minimizar los hallazgos por las auditorías internas y externas.

ANEXOS
N/A. La matriz de plan de mejoramiento se encuentra publicada en el micrositio mencionado en el inicio del informe, para toda la comunidad en general que quiera conocerla.



Elaborado por:
ANA ZORAYDA RIAÑO BERNAL
Profesional de Apoyo



Revisado y aprobado por:
ELIANA ANDREA VACA ROJAS
Asesor de Control Interno de Gestión