

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

Fecha: 21/05/2021
Proceso / Área / Actividad auditada: Bienestar institucional
Criterios de auditoría: Caracterización del proceso, ISO 9001:2015, normatividad interna y externa aplicables al proceso.
Responsable del proceso: Jefe Bienestar Institucional
Nombre del auditado: Juan Carlos Peña Tijo
Nombre de auditor líder y auditores de apoyo: Auditor líder Natalia Rozo - Auditor de apoyo: Henry Gil
Nombre del asesor de control interno: Eliana Andrea Vaca Rojas

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN EN SITIO		REUNIÓN DE CIERRE		
Día:	Mes:	Año:	Desde:	Hasta:	Día:	Mes:	Año:
11	05	2021	11/05/2021	20/05/2021	24	05	2021

OBJETIVO
Verificar el cumplimiento de las actividades contempladas en la caracterización del proceso, ejecución de convenios y de la normatividad interna y externa aplicable al proceso.

ALCANCE
Comprende desde las actividades contempladas en la caracterización del proceso, hasta la ejecución de convenios, normatividad interna y externa aplicable al proceso, vigencia 2020.

FORTALEZAS
<ol style="list-style-type: none"> El equipo de trabajo del proceso de Bienestar Institucional mostró la mejor disposición para atender el proceso de auditoría y las solicitudes de información en los momentos requeridos Se ha demostrado un mejoramiento en la gestión al actualizar y documentar la información de una manera más clara y detallada para que sea evidenciada y entendida en los procesos de auditoría. Se demostró versatilidad en el cambio de estrategias para la prestación del servicio en las diferentes áreas del proceso de bienestar institucional.

RELACIÓN DE HALLAZGOS			
CÓDIGO DEL HALLAZGO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN / EVIDENCIA / CRITERIO	NOMBRE DE LOS AUDITORES
CP-BIN-NC-001-2021	No conformidad	Al revisar una muestra de PQRS tomadas de las planillas de incidencias remitidas por la oficina de archivo y correspondencia que se encontraban en estado abiertas para la vigencia 2020, se evidenció que los casos de Andrés Felipe cuadros, Elkin Javier Home Molina, Hans David Herrera López, José Leonardo Hernández Cantor y Fabian Camilo Reina Cuesta , aunque se les dio trámite de respuesta, no se envió copia de ella a la oficina de archivo y	Natalia Rozo Henry Gil

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

		correspondencia, adicional a ello, se dio una respuesta por fuera de los términos establecidos para el caso de Fabián Camilo Reina , generando un incumplimiento en la Resolución rectoral 292 del 2018 en su capítulo III, numerales 3 y 4 competencias, tiempos de respuesta a PQRSD por los servidores públicos.	
CP-BIN-NC-002-2021	No conformidad	Revisado el contrato 153 del 2014 suscrito con el ICETEX, en el cual se designa como supervisor al jefe de bienestar institucional a través de la Resolución rectoral 1406 de 2014, no se evidenciaron informes de supervisión para la vigencia 2020, conforme lo establece la Resolución 1833 del 2014 "por medio del cual se adopta el régimen de obligaciones y responsabilidades para el ejercicio de la supervisión e interventoría de los contratos y convenios suscritos por la Universidad de los Llanos" (artículo 11, numeral 1.10).	Natalia Rozo Henry Gil
CP-BIN-NC-003-2021	No conformidad	Al revisar las cláusulas de cumplimiento establecidas en la minuta del convenio 195 del 2013, no se evidenciaron soportes de actas de reunión, informes de seguimientos y evaluación por parte del comité operativo durante la vigencia 2020, generando un incumplimiento en las cláusulas sexta y séptima del convenio.	Natalia Rozo Henry Gil
CP-BIN-NC-004-2021	No conformidad	En el proceso de auditoría con el área de salud, se evidenció que los consultorios que prestan el servicio médico de las sedes San Antonio y Barcelona, No se encuentran habilitados por la Secretaria Departamental de Salud, de conformidad con la resolución Ministerial (Ministerio de Salud) 3100 de 2019 (requisitos y procesos para la habilitación de servicios de salud).	Natalia Rozo Henry Gil

VERIFICACIÓN DE INDICADORES
<p>INDICADOR No 1: Relación entre el presupuesto ejecutado y cobertura de la población objeto.</p> <p>1.1 Artístico cultural: Medición 85,088 1.2 Desarrollo Humano: Medición 52,361 1.3 Promoción socioeconómica: Medición 62,520 1.4 Recreación y Deporte: Medición 40,384 1.5 Salud: Medición 215,929</p> <p>última medición 20/01/2021 Frecuencia de medición es semestral Se evidencia análisis de resultados para el periodo en mención.</p> <p>INDICADOR No. 2: Satisfacción de los usuarios de servicios de bienestar institucional.</p> <p>Aparece fecha de la última medición 20/01/2021 Frecuencia de medición es semestral Reloj marca 2.90 Se evidencia análisis de resultados para el periodo en mención.</p> <p>INDICADOR No 3: Cobertura de los servicios de bienestar institucional universitario</p> <p>3.1 Estudiantes pregrado: medición 71,21 3.2 Estudiantes posgrado: medición 33,00 3.3 Docentes: medición 21,35</p>

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

3.4 administrativos: medición 31,59
última medición 20/01/2021
Se evidencia análisis de resultados para el periodo en mención.

VERIFICACIÓN AL MAPA RIESGOS

Nota: El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoría la eficacia de las acciones establecidas en el mapa de riesgos.

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

RIESGO 1. Posibilidad de manipulación de los documentos y expedientes de descuentos socioeconómicos para beneficio de terceros.

CAUSAS DEL RIESGO: Ausencia de puntos de control en el procedimiento.

Acción de mejora o de control propuesta: Actualizar el procedimiento de recepción y custodia de expedientes de descuento.

OBSERVACIONES: No se plantearon indicadores de eficacia y efectividad en la matriz del riesgo
Se evidencia cumplimiento en cada uno de los seguimientos cuatrimestrales.

EFICAZ Si No ¿Por qué?

Se cumplió el 100% de la acción con una eficacia de 5 puntos.

RIESGO 2. Inexactitud intencionada de la información

CAUSAS DEL RIESGO: falsificar o alterar documentos e información de base de datos.

Acción de mejora o de control propuesta: Actualizar bases de datos para control veraz y efectivo

OBSERVACIONES: No se plantearon indicadores de eficacia y efectividad, para el segundo cuatrimestre no se evidenció ejecución según reporte efectuado en el seguimiento realizado por control interno en la matriz.
Para el tercer cuatrimestre se reporta cumplimiento y efectividad de 5 puntos

EFICAZ Si No ¿Por qué?

Se cumplió el 100% de la acción con una eficacia de 5 puntos.

VERIFICACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES

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

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

No aplica, debido a que las acciones tienen fecha de cumplimiento a 31 de mayo vigencia 2021

EFICAZ Si No ¿Por qué?

N/A

ASPECTOS POR MEJORAR

1.Reportar la ejecución de las acciones relacionadas con los riesgos en las fechas establecidas, con el fin de dar cumplimiento a la matriz de riesgos institucional.

2.Establecer una estructura en el modelo de informe que permita, consolidar, organizar, detallar e identificar de manera eficaz la información de la gestión realizada por el área de desarrollo humano.

3.Sistematizar de manera integral las bases de datos que maneja el área de desarrollo humano, con el fin de poder identificar eficazmente la información.

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

4. Implementar mejores estrategias para lograr un mayor impacto y participación de la comunidad universitaria en los servicios prestados por parte del área artística y cultural.

CONCLUSIONES

1. El objetivo y criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo con lo establecido en el Plan de Auditoría.
2. El resultado del informe de auditoría establece cuatro (4) No Conformidades, y cuatro (4) Aspectos por Mejorar.
3. El líder del proceso debe comprometerse en la formulación, ejecución y cumplimiento del plan de mejoramiento con el objetivo de eliminar la causa raíz que dieron origen a los hallazgos y las acciones implementadas sean eficaces para que no se vuelvan a presentar.

ANEXOS

N/A



Firma Auditor Líder



Firma del/Auditado



Firma Asesor de Control Interno
de Gestión