

TÍTULO DE LA AUDITORÍA	FECHA INFORME		
Auditoría al Proceso de Gestión de la Calidad - Sistema de Calidad y Ambiental	Día: 22	Mes: 02	Año: 2023

Objetivo:	<p>Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.</p> <p>Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la institución cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión.</p> <p>Determinar la eficacia del sistema de gestión con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.</p> <p>Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.</p>
Alcance:	La auditoría se realizará a todas las actividades y lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Gestión Ambiental, teniendo en cuenta la información documentada, la normatividad interna y externa aplicable, durante la vigencia 2022.
Criterios:	<p>NTC ISO 9001:2015: Numerales 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 8.7, 9.1, 9.3, 10.1, 10.2, 10.3</p> <p>NTC ISO 14001:2015: Numerales 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 9.1, 9.3, 10.1, 10.2, 10.3</p> <p>DECRETO 1072 DE 2015: No aplica</p> <p>DOCUMENTACIÓN: Caracterización del proceso, Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Guías y Formatos.</p> <p>NORMATIVIDAD: Sistema de Gestión Ambiental: Acuerdo Superior 022 de 2021, Acuerdo Superior 003 de 2022, Resolución Rectoral 1059 de 2021; Decreto 2811 de 1974, Ley 9 de 1979, Decreto 2041 de 2014, Decreto 1076 de 2015, Resolución 330 de 2017, etc. Sistema de Gestión de Calidad: Resolución Rectoral 1758 de 2018, Ley 115 de 1994, Decreto 1075 de 2015, entre otras.</p> <p>OTROS: No aplica.</p>
Aspecto evaluable (Unidad Auditable):	Proceso de Gestión de la Calidad
Líder de proceso y/o Jefe(s) de área(s):	Samuel Elias Betancur Garzón - Asesor de Planeación

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN EN SITIO		REUNIÓN DE CIERRE		
Día: 02	Mes: 02	Año: 2023	Desde: 02/02/2023	Hasta: 14/02/2023	Día: 24	Mes: 02	Año: 2023

ROLES EN LA AUDITORÍA INTERNA			
Asesor de Control Interno de Gestión	Auditor Líder	Auditor de Apoyo	Experto Técnico
Eliana Andrea Vaca Rojas	Sergio Alejandro Martínez Díaz	Clara Natalia Rozo Forero Sonia Patricia Clavijo Baquero Arlex Rodríguez Quevedo Ana Zorayda Riaño Bernal	No Aplica

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Antecedentes

El proceso de Gestión de la Calidad es un proceso estratégico, cuyo objetivo es asegurar el sostenimiento y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de los Llanos mediante el uso de mecanismos que contribuyan a la mejora continua de los procesos (Tomado de la caracterización del proceso).

La anterior auditoría realizada fue en el año 2022, la cual tuvo alcance “Comprende todas las actividades relacionadas con los sistemas de gestión implementados en la institución”; el resultado de la auditoría fue de cuatro (4) Fortalezas, diez (10) No Conformidades, y veinte (20) Aspectos por Mejorar.

Actividades Desarrolladas

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial para las entrevistas, y para la revisión documental; periodo de evaluación comprendido entre el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022, se realizaron acciones de evaluación teniendo en cuenta lo establecido en:

- Caracterización del proceso.
- Políticas: Ambiental y de Calidad.
- Manuales: Calidad y Ambiental.
- Planes: Plan de Acción Institucional, Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA.
- Programas: Gestión integral de residuos sólidos, uso eficiente y ahorro del agua, manejo de residuos vegetales, uso eficiente y ahorro de papel, uso eficiente y racional de energía.
- Procedimientos: Control de salidas no conformes, formulación, monitoreo y seguimiento de los indicadores de gestión de los procesos, revisión por la dirección a los sistemas de gestión, acciones correctivas, preventivas y de mejora, gestión de los cambios en el sistema de gestión, y control de la información documentada del sistema integrado de gestión.
- Seguimiento a los Indicadores y Riesgos del proceso.
- Tabla de Retención Documental.

Para el desarrollo de la auditoría basada en riesgos se desarrolló así:

- Revisión y verificación de los documentos relacionados al proceso y la normatividad interna y externa aplicable. Definición del objetivo, alcance y criterios a tener en cuenta durante la auditoría.
- Identificación, análisis y valoración de los riesgos y oportunidades asociados a la auditoría:
 - a. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la debilidad en la aplicación de los requisitos del cliente, legales, norma y organizacionales, para el cumplimiento de los objetivos del sistema integrado de gestión.
 - b. Posibilidad de afectación reputacional por deficiencias en los controles definidos en los procedimientos para asegurar la conveniencia, eficacia y alineación con los procesos del sistema integrado de gestión.
 - c. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el incumplimiento de los objetivos, presupuesto, metas e indicadores establecidos en los programas de gestión asociados al plan institucional de gestión ambiental.
- Concertación y socialización con el proceso auditado las fechas para realizar las diferentes actividades de la auditoría.
- La auditoría se desarrolló atendiendo el Programa de Trabajo.
- Entrevistas con los funcionarios que intervienen en la gestión del Proceso de la Calidad.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.

Es importante anotar, que un hallazgo es el resultado de la evaluación de la evidencia frente a los criterios de auditoría; por lo tanto, a continuación, se resumen los hechos detectados en el examen de auditoría, referente a

deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso que amerita la implementación de un plan de mejoramiento para subsanar la situación encontrada:

Resumen de la auditoría

Código	Tipo de Hallazgo	Título de Hallazgo
GCL23-01NCB	No Conformidad Baja	Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación
GCL23-02NCB	No Conformidad Baja	Revisión por la Dirección
GCL23-03NCA	No Conformidad Alta	Salidas No Conformes
GCL23-04NCB	No Conformidad Baja	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora
GCL23-05NCA	No Conformidad Alta	Planificación y Control Operacional
GCL23-06NCB	No Conformidad Baja	Riesgos y Oportunidades
GCL23-07NCB	No Conformidad Baja	Información Documentada
GCL23-08NCA	No Conformidad Alta	Controles Ambientales en Contratos de Obra

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA
FORTALEZAS

Nota: Aspectos positivos del área o la actividad auditada.

- El personal que integra las Oficina de Calidad y Ambiental estuvieron dispuestos durante la ejecución de la auditoría y prestos a entregar la información solicitada, lo cual refleja la importancia dada a las actividades que realizan y cómo estas aportan al cumplimiento de los objetivos del sistema.
- Para el año 2022 se logró la certificación del Sistema de Gestión Ambiental - SGA, otorgado por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC. Además, a través de la mejora continua se logra mantener la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad con ampliación al campus Boquemonte.
- Se evidencia un mejoramiento continuo en la gestión del proceso, como también la actualización de la documentación e implementación de herramientas de seguimiento y medición que aseguran la eficacia del Sistema Integrado de Gestión.
- La formulación de controles para el ahorro y uso eficiente de los recursos y para las mediciones y análisis realizados en la gestión ambiental para identificar oportunidades de mejora que permitan lograr resultados satisfactorios, especialmente en la reducción del consumo de papel, agua y energía.
- El área ambiental realiza recorridos a la comunidad estudiantil a los diferentes puntos de la Universidad para involucrarlos en los compromisos ambientales que tiene implementados la institución.

INDICADORES

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

En la ejecución de la Auditoría al Proceso de Gestión de la Calidad, se revisaron los dos (2) indicadores de gestión:

Indicador 1. Desempeño del sistema de gestión de calidad

Objetivo: Medir el grado de desempeño del proceso de Gestión de la Calidad, teniendo en cuenta los aspectos más relevantes del mismo.

Línea base: No hay

Meta: 80%

Frecuencia de medición: Anual

Fórmula de cálculo:

- 1.1 Satisfacción de los estudiantes de pregrado y posgrado: Media aritmética de resultados de evaluación de la satisfacción de las partes interesadas
- 1.2 Mejora continua de los procesos: $(\text{No. de procesos racionalizados} / \text{Total de procesos}) * 100$
- 1.3 Gestión del Riesgo: $(\text{No. de riesgos mitigados} / \text{No. de riesgos identificados}) * 100$
- 1.4 Control de las salidas no conformes: $(\text{No. de salidas no conforme cerradas} / \text{No. salidas no conformes identificadas}) * 100$
- 1.5 Satisfacción de los docentes y administrativos: Nivel de satisfacción de docentes y administrativos

Medición del indicador:

- 1.1 Satisfacción de estudiantes de pregrado y posgrado: 83.00%
- 1.2 Mejora continua de los procesos: 100.00%
- 1.3 Gestión del riesgo: 84.21%
- 1.4 Control de las salidas no conformes: 81.82%
- 1.5 Satisfacción de los docentes y administrativos: 75.25%

Análisis:

- El indicador presenta medición durante tres vigencias por lo cual se debe actualizar la línea base, se debe revisar el gráfico del indicador en todas las vigencias da 100%, no se incluye la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad descrito en la norma.

Indicador 2. Seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos.

Objetivo: Conocer la eficacia en el seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos.

Línea base: No hay

Meta: 80%

Frecuencia de medición: Semestral.

Fórmula de cálculo:

- $(\text{No. de procesos con seguimiento a los indicadores de gestión en el periodo de medición} / \text{No. total de procesos}) * 100$

Medición del indicador: 100.00%

Análisis:

- El indicador presenta medición durante tres vigencias por lo cual se debe actualizar la línea base, sin medición y análisis del indicador para la vigencia auditada.

Se revisaron los indicadores de los programas que pertenecen al Sistema de Gestión Ambiental:

Programa 1: Gestión Integral de Residuos Sólidos

Objetivo 1: Garantizar el adecuado manejo de los residuos aprovechables y no aprovechables

Meta 1: Aumentar en un 10% anual el aprovechamiento del material reciclable.

Indicador 1: Cantidad (kg) de reciclaje entregado al operador año actual / Cantidad del reciclaje de la meta) x 100

Análisis:

- La meta es de 3285,15 Kg para la vigencia 2022 (2986,5 Kg Línea base).
- Los datos consignados en el formato de seguimiento a generación de residuos aprovechables FO-GCL-27 coinciden con los soportes de ASOCOLOMBIA RECICLA.
- El total de residuos aprovechables es de 3429,15 Kg para la vigencia 2022.
- El avance acumulado de cumplimiento fue del 104,38%, se debe organizar la información y las fórmulas de cálculo en el entendido que el cumplimiento total de la meta no puede registrar más del 100%.

Objetivo 2: Garantizar el adecuado manejo de los residuos peligrosos.

Meta 1: Disminuir en un 3% la cantidad de residuos peligrosos de tipo químico generados en la Universidad.

Indicador 1: $(\text{Cantidad (kg) de residuos peligrosos entregados al gestor externo año actual} / \text{Cantidad (kg) de residuos peligrosos de la meta}) \times 100$

Análisis:

- En la vigencia 2021 fue un total de 5004,86 Kg y para la vigencia 2022 un total de residuos peligrosos de 7171,36 Kg (Meta 4854,714 kg 2022).
- Los datos consignados en el formato de seguimiento a generación de residuos peligrosos FO-GCL-02 coinciden con los soportes de la empresa Gestora Externa.
- El avance acumulado de cumplimiento fue del 101,56%, se debe organizar la información y las fórmulas de cálculo en el entendido que el cumplimiento total de la meta no puede registrar más del 100%.
- El grado de cumplimiento no puede ser positivo hacia la meta, debido a que el sentido del indicador es descendente y los datos están muy por encima del valor de la meta calculada, se debe ajustar la fórmula de cálculo del indicador.

Objetivo 3: Guiar a la comunidad Unillanista a una adecuada separación de los residuos desde la fuente de generación y mantener con el proceso de forma óptima.

Meta 1: Disminuir en un 3% la cantidad de residuos aprovechables encontrados en los residuos que se disponen en el relleno sanitario.

Indicador 1: $(\text{Cantidad de residuos aprovechables resultado del cuarteo del año base} - \text{Cantidad de residuos aprovechables resultado del cuarteo del año actual}) / \text{Cantidad de residuos aprovechables resultado del cuarteo del año base}) \times 100$

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento fue del 100% ya que su disminución fue del 8,59% (Meta 3%).
- No hay evidencia que soporte el cumplimiento de la meta.

Objetivo 4: Fortalecer la cultura ambiental de la comunidad Unillanista en temas relacionados a la gestión y manejo de los residuos sólidos de carácter peligrosos y no peligrosos.

Meta 1: Realizar al menos 5 campañas de sensibilización y/o divulgación en manejo de residuos sólidos de carácter peligroso y no peligroso

Indicador 1: $(\text{N}^\circ \text{ de campañas realizadas} / \text{N}^\circ \text{ de campañas establecidas}) \times 100$

Análisis:

- Se realizaron 5 actividades de sensibilización y/o divulgación.
- Se debe revisar el alcance de las campañas para poder verificar el cumplimiento real.

Meta 2: Capacitar al 80% del personal de aseo encargado del manejo de residuos ordinarios.

Indicador 1: $(\text{N}^\circ \text{ del personal de aseo capacitado} / \text{N}^\circ \text{ total del personal de aseo}) \times 100$

Análisis:

- El personal capacitado fue 28 de 33 que hay en total, lo que representa el 84,85%, se debe organizar la información y las fórmulas de cálculo en el entendido que el cumplimiento total de la meta no puede registrar más del 100% solo por superar la meta establecida.

Meta 3: Realizar al menos 4 capacitaciones relacionadas a la gestión integral de los residuos peligrosos.

Indicador 1: $(\text{N}^\circ \text{ de capacitaciones realizadas} / \text{N}^\circ \text{ de capacitaciones establecidas}) \times 100$

Análisis:

- Capacitación en manejo de sustancias y residuos peligrosos, manejo adecuado de plaguicidas, y buenas prácticas ambientales.

Programa 2: Ahorro y Uso Eficiente del Agua

Los indicadores relacionados en la matriz de seguimiento de los programas del sistema de gestión ambiental no corresponden a los estructurados en el programa en el ítem 8.3 Seguimiento del plan - 8.3.1 Indicadores de Gestión.

Meta 1. Mantenimiento, calibración y/o renovación de los medidores de agua existentes.

Indicador: (No de medidores funcionando y/o renovados / No medidores existentes instalados) * 100

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 100% porque todos los contadores se encuentran en correcto funcionamiento, sin embargo, los soportes relacionados no corresponden como evidencia al mantenimiento, calibración y/o renovación de los medidores.

Meta 2. Implementación de dispositivos y aparatos ahorradores de agua.

Indicador: (No. de llaves ahorradoras instaladas / No. de llaves para cambio) * 100

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 100% porque se adquirieron 85 unidades de Llaves Push, sin embargo, como evidencia se adjunta el Contrato de Compraventa No. 904 del 2022 celebrado entre la UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS y SUMICLINICOS E.U., cuyo objeto es la adquisición de 90 unidades de Llaves Push. Los soportes relacionados no corresponden como evidencia a la instalación de las llaves ahorradoras.

Meta 3. Estudio de factibilidad de la captación y aprovechamiento de agua lluvia para usos pecuario y agrícola.

Indicador: (No de estudios realizados / No de estudios programados)

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 0%.

Meta 4. Mantenimiento de aljibes, pozos profundos y tanques de almacenamiento de agua.

Indicador: (No de mantenimientos realizados / No de captaciones existentes)

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 100%.
- De acuerdo a lo descrito, se realizó mantenimiento a los pozos profundos y tanques de almacenamiento de agua por parte de la empresa IGEAM, sin embargo, no se evidencia soportes del cumplimiento de las actividades.

Meta 5. Monitoreo de calidad de agua de las fuentes de suministro de acuerdo al uso del recurso.

Indicador: (Análisis fisicoquímico programado / No de análisis fisicoquímico ejecutado) * 100%

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 100%, ya que se adjunta el reporte TECNOAmbiental S.A.S., tomado la muestra en 11 puntos en la sede Barcelona, sin embargo, no es posible identificar la línea de base para dar el avance de cumplimiento.

Meta 6. Campaña de reporte de fugas o daños en las redes, tanques de almacenamiento y equipos sanitarios existentes. Cumplimiento 100%

Indicador: (No de campañas ejecutadas / No de campañas planeadas) * 100

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 100%, se realizaron dos boletines (19 del 09/06/2022 y 43 del 24/11/2022) sobre el reporte de fugas.
- Se debe revisar el alcance de las campañas para poder verificar el cumplimiento real.

Meta 7. Divulgación de hábitos de ahorro de agua en la comunidad universitaria.

Indicador: (No de temas divulgados / No de divulgaciones planeadas)

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 100%.
- Las campañas planeadas fueron dos, se evidencia un boletín y un video informativo.

Meta 8. Campaña y/o divulgación de concientización sobre el ahorro de agua en la comunidad universitaria.

Indicador: No de campañas ejecutadas/No de campañas planeadas)*100

Análisis:

- El avance acumulado de cumplimiento es del 100%
- Las campañas planeadas fueron dos, se evidencia en el boletín Unillanista 01 y 32.

Programa 3: Residuos Vegetales**Objetivo 1: Orientar al personal que recolecta, transporta, almacena y trata los residuos vegetales a través de acciones y técnicas apropiadas para la transformación de los residuos vegetales.**

Meta 1: Capacitar al personal que interviene en el proceso de transformación del residuo vegetal desde que se recolecta hasta su producto final una vez al año o cada vez que cambie su función.

Actividad 1: Capacitar al personal que recolecta y transporta el residuo vegetal.

Actividad 2: Capacitar al personal encargado de hacer el tratamiento del residuo vegetal.

Indicador: (# personas capacitadas / # Total personas involucradas en el proceso) * 100

Frecuencia: Semestral

Análisis:

- La meta no está relacionada tal cual en la matriz de seguimiento de los programas del sistema de gestión ambiental FO-GCL-44, está descrita como “Capacitar anualmente al 100% del personal que interviene en el proceso de transformación de residuos vegetales”.
- El avance acumulado de cumplimiento fue del 100%, ya que se evidencia soporte de capacitación en manejo de residuos vegetales - compostera del 10/03/2022 con seis asistentes.
- La medición del indicador no puede ser 100% ya que se debía realizar de manera semestral, por ende se obtuvo un cumplimiento del 50%.

Objetivo 2: Asegurar una recolección eficiente y un transporte continuo de los residuos a la zona de almacenamiento (compostera)

Meta 1: Realizar el 100% de la recolección de los residuos vegetales en las zonas verdes del campus mejorando notablemente el paisaje

Actividad 1: Realizar el barrido y la poda de las zonas verdes según cronograma asignado al personal encargado.

Actividad 2: Hacer la recolección del residuo vegetal y transportarlo a la zona de almacenamiento (compostera). inmediatamente se haga el barrido o la poda.

Indicador: #kg de Recolección de residuos vegetales en el semestre.

Análisis:

- La meta no está relacionada tal cual en la matriz de seguimiento de los programas del sistema de gestión ambiental FO-GCL-44, está descrita como “Aumentar en un 10% el aprovechamiento de los residuos vegetales”.
- Los datos que se incluyen en la matriz de seguimiento no concuerdan con la evidencia soportada en el formato de entrada y salida de abono orgánico FO-GCL-33.

Objetivo 3: Optimizar el tratamiento del residuo con el uso de maquinaria y técnicas apropiadas para la disminución de su volumen y su reutilización

Meta 1: Transformar los residuos vegetales en materia prima para enriquecer los suelos nuevamente, de las diferentes zonas verdes del campus

Actividad 1: Almacenar el material vegetal por pilas por semana.

Actividad 2: Aplicar el tratamiento o técnica apropiada para la rápida descomposición del material vegetal.

Actividad 3: Cernir el resultado del tratamiento (compost) y empacarlo en lonas de 50 kilos.

Actividad 4: Llevar los bultos de compost a la caseta del vivero para ser usados en los diferentes procesos de incorporación al suelo del campus o donde disponga el director de la biofábrica.

Indicador: (kg de compost producido en el semestre / total en kg residuos vegetales recolectados en el semestre) * 100

Análisis:

- Este objetivo no está incluido en la matriz de seguimiento, por ende no tiene identificado seguimiento y cumplimiento a las actividades.

Programa 4: Ahorro y Uso Eficiente de Papel

Objetivo 1: Sensibilizar al personal administrativo mediante buenas prácticas en materia de gestión documental y buen uso de herramientas tecnológicas disponibles en la universidad.

Meta 1: Sensibilizar anualmente al 40% del personal administrativo de planta y académico administrativo de planta sobre el programa de uso eficiente y ahorro de papel.

Indicador 1: (Número de personas capacitadas en el período de medición /Número total de personas involucradas en el proceso) x 100.

Actividad 1: Charlas de cómo prevenir el consumo excesivo de papel y donde se puede reutilizar o reciclar.

Actividad 2: Capacitación de buen uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC 'S).

Análisis:

- La meta no está relacionada tal cual en la matriz de seguimiento de los programas del sistema de gestión ambiental FO-GCL-44, está descrita como "Sensibilizar anualmente al 45% de las oficinas administrativas sobre el programa de uso eficiente y ahorro de papel."

Objetivo 2: Promover sentido de responsabilidad enfocado en las 3R 's (reducir, reutilizar, reciclar) para disminuir el uso de papel creando un aporte positivo al medio ambiente.

Meta 1: No registra.

Indicador 1: No registra.

Actividad 1: Charlas para promover cultura y responsabilidad enfocado en las 3R 's (reducir, reutilizar, reciclar).

Análisis:

- En el programa de uso eficiente y ahorro de papel, no registra meta ni indicador.
- La meta en la matriz de seguimiento de los programas del sistema de gestión ambiental FO-GCL-44, está descrita como "Realizar al menos 2 campañas y/o divulgación en el ahorro y uso eficiente de papel en el año."
- El programa indica que las actividades deben realizarse semestralmente, en la matriz de seguimiento, indica que son actividades anuales. Pendiente cargar soportes para una actividad semestral.

Objetivo 3: Medir el consumo de papel con fines de mejorar el desempeño en cuanto al consumo y/o eficiencia.

Meta 1: Reducir el consumo de papel un 5% para el año 2024.

Indicador: (Número de resmas de papel distribuidas en año actual - Número de resmas de papel distribuidas el año anterior) / Número de resmas de papel distribuidas el año anterior) * 100.

Actividad 1: Implementar las buenas prácticas de gestión documental y buena utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Análisis:

- La línea base para medir este indicador es la vigencia 2022.

Objetivo 4: No registra

Meta 1: Disponer correctamente el 40 % del papel que se recupera anual.

Indicador: (Número de kg de papel entregados al gestor externo en el año / (Número de resmas de papel compradas en el año * 2.3 Kg)) * 100

Actividad 1: Recolectar todo el papel reciclado de las oficinas administrativas del Campus.

Actividad 2: Almacenar todo el papel reciclado en el shut correspondiente.

Actividad 3: Darle disposición final al papel reciclado del Campus.

Análisis:

- Esta meta no está incluida en la matriz de seguimiento, no presenta seguimiento y cumplimiento a la meta.

Programa 5: Ahorro y Uso Eficiente de la Energía**Objetivo 1: Sensibilizar sobre el uso racional de energía a toda la comunidad universitaria.**

Meta 1. Sensibilizar anualmente al 15 % del personal académico y administrativo de planta sobre el programa de uso eficiente y ahorro de energía.

Indicador: (Número de personas capacitadas en el período de medición / Número total personas involucradas personal administrativo y académico administrativo de planta) x 100

Actividad 1: Realizar campañas de sensibilización a la comunidad universitaria sobre el uso eficiente y ahorro de energía.

Actividad 2: Realizar Boletines informativos sobre buenas prácticas de ahorro energético (1 cada tres meses)

Análisis:

- No existe coherencia en la meta planteada entre el programa con la matriz de seguimiento, ya que el programa indica la sensibilización al 15% del personal administrativo y la matriz relaciona sensibilizar el 45% del personal administrativo.

Objetivo 2: Reducir progresivamente el consumo de energía para el año 2025.

Meta 1: Reducir el consumo de energía en 5% para el año 2025.

Indicador: (Consumo de energía eléctrica año anterior - Consumo de energía eléctrica año actual) / Consumo de energía eléctrica año anterior) x 100

Actividad 1: Hacer el levantamiento de la Red Eléctrica de todas las sedes y Unidades Productivas de la Universidad

Actividad 2: Identificar pérdidas de energía a través de inspecciones termográficas

Actividad 3: Hacer mantenimiento de poda a los árboles que causen oscuridad a las áreas construidas dando luminosidad necesaria evitando utilizar las bombillas

Actividad 4: Modernización, Independización y automatización del circuito eléctrico que favorezca la medición del consumo de energía por edificio o bloque de cada sede de la universidad

Actividad 5: Instalar micromedidores por áreas de la Universidad para la fácil medición y control de energía

Actividad 6: Evaluar el consumo energético semestralmente en cada una de las sedes y unidades productivas de la universidad

Actividad 7: Instalar dispositivos que favorezcan la eficiencia de energía (sensores de movimiento y temporizador)

Análisis:

- La vigencia 2022 es la línea base para medir el indicador a futuro.

Objetivo 3: Implementar tecnologías de energía eficientes en el sistema de luminarias para el año 2025.

Meta 1: Lograr que al menos el 40 % de luminarias tengan tecnología LED

Indicador: (Número de luminarias con tecnología LED instaladas en la Universidad / Número total de luminarias instaladas en la Universidad) * 100.

Actividad 1: Realizar revisiones periódicas sobre el estado de las luminarias

Actividad 2: Sustituir periódicamente las bombillas incandescentes existentes por bombillos ahorradores de energía de alta eficiencia (LED)

Análisis:

- No existe coherencia en la meta planteada entre el programa con la matriz de seguimiento, ya que la matriz indica que el 30 % de luminarias tengan tecnología LED para el año 2025.
- No se registra seguimiento en la matriz.

Objetivo 4: Implementar tecnologías de energía eficientes en el sistema de aire acondicionado para el año 2025.

Meta 1: Lograr que al menos el 40% de los aires acondicionados tengan tecnología INVERTER Certificación (SEER)

Indicador: (Número de aires acondicionados con tecnología INVERTER instalados en la Universidad / Número total de aires acondicionados instalados en la Universidad) * 100.

Actividad 1: Realizar seguimiento trimestral a los aires acondicionados, a través de sus bitácoras de mantenimiento, verificando su estado actual para establecer si se debe cambiar o no.

Actividad 2: Implementar criterios en los procesos de adquisición y renovación de equipos de aire acondicionado

Análisis:

- No existe coherencia en la meta planteada entre el programa con la matriz de seguimiento, ya que la matriz indica que el 30% de los aires acondicionados tengan tecnología INVERTER (Certificación SEER).
- No se registra seguimiento en la matriz.

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS

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

Riesgo 1. Posibilidad de afectación reputacional por la pérdida de la certificación internacional del Sistemas de gestión de la Calidad de la Universidad debido al incumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001.

Acción de mejora o de control propuesta: No aplica.

Fecha de ejecución o periodicidad: No aplica.

Evidencias: No aplica.

Indicador de eficacia: No aplica.

Controles existentes:

- El Consejo Superior Universitario aprueba el presupuesto de la Universidad de forma anual, contemplando la operación del Sistema de Gestión de la Calidad para garantizar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora de los procesos institucionales.
- Los líderes de proceso con el acompañamiento del equipo de gestión de la calidad verifican el cumplimiento de los requisitos aplicables para realizar la planificación y control operacional de sus actividades a partir de la implementación del procedimiento de control de documentos del SIG (PD-GDO-09).
- La oficina de control interno de gestión gestiona la aprobación y ejecución del programa anual de auditoría interna para determinar la conformidad de los procesos, productos y servicios con los requisitos aplicables.
- La alta dirección con el acompañamiento del equipo de gestión de la calidad verifican cada año la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad mediante la implementación del procedimiento de revisión por la dirección (PD-GCL-04).
- Los líderes de proceso con el acompañamiento del equipo de gestión de la calidad verifican cada vigencia el cumplimiento de las metas del proceso mediante la implementación del procedimiento para la formulación, monitoreo y seguimiento de los indicadores de gestión de los procesos (PD-GCL-07).

Observaciones (En caso de materializarse el riesgo, indique las acciones realizadas): No se evidenció la materialización del riesgo.

Verificación de la acción: Revisada la matriz institucional de riesgos se evidencia el monitoreo en las tres periodicidades definidas, se ha conservado la certificación del SGC en la norma ISO 9001.

EFICAZ Si No ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de los controles existentes.

Riesgo 2. Posibilidad de afectación reputacional y económica por la pérdida de los permisos ambientales debido al vencimiento de los términos y el incumplimiento de los requerimientos de CORMACARENA.

Acción de mejora o de control propuesta: Realizar monitoreo y evaluación de los requerimientos de la autoridad ambiental.

Fecha de ejecución o periodicidad: Trimestral

Evidencias: Formato de seguimiento de los requerimientos de la autoridad ambiental (FO-GCL-10).

Indicador de eficacia: (Número de monitoreos realizados / Total de trimestres) * 100%

Observaciones (En caso de materializarse el riesgo, indique las acciones realizadas): No se evidenció la materialización del riesgo.

Verificación de la acción: Se tiene diligenciada matriz con su respectiva evidencia e informes presentados.

EFICAZ Si No ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones de control propuestas en las fechas establecidas.

Riesgo 3. Posibilidad de afectación reputacional por el desmejoramiento de las condiciones ambientales y sanitarias en los campus de la Universidad debido a la gestión incorrecta de un aspecto o impacto ambiental significativo.

Acción de mejora o de control propuesta: Realizar seguimiento a la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA a través del monitoreo de los programas asociados.

Fecha de ejecución o periodicidad: Cuatrimestral.

Evidencias: Matrices de seguimiento de los programas ambientales.

Indicador de eficacia: (Seguimientos realizados / Seguimientos programados) x 100%

Observaciones (En caso de materializarse el riesgo, indique las acciones realizadas): No se evidenció la materialización del riesgo.

Verificación de la acción: La matriz de seguimiento no contempla todos los indicadores estructurados en algunos programas.

EFICAZ Si No ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones de control propuestas en las fechas establecidas, sin embargo, no está garantizando el cumplimiento real de los programas.

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: CP-GCL-NC2-2022

En la revisión del PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL derivado de las auditorías internas de las vigencias anteriores, se evidenció que el proceso no tomó las medidas de control pertinentes para darle cumplimiento a lo establecido en las acciones de mejora, correcciones y acciones correctivas en los tiempos dispuestos del hallazgo CP-GCL-NC9-2020; ver en el presente informe VERIFICACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES.

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
Revisión de las acciones y actividades establecidas que se encuentran vencidas en los planes de mejoramiento suscritos	Darle cumplimiento a las acciones descritas en el plan de mejoramiento vigente	Envío de soportes de cumplimiento a la oficina de control interno, mediante comunicación interna	Terminación: 11-02-2022 Prórroga: NO APLICA Cierre: 07-02-2022	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input checked="" type="checkbox"/>

Estado del Hallazgo: Se evidencia cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento de vigencias anteriores.

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Realizar seguimiento periódicos a los planes de mejoramiento vigentes	Incluir dentro del plan de acción interno y/o cronograma el monitoreo a las acciones y actividades descritas en los planes de mejoramiento.	Plan de acción y/o cronograma, mediante matriz actualizada	Terminación: 30-04-2022 Prórroga: NO APLICA Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar ___ En proceso ___ Terminada <u>X</u>

Estado del hallazgo: Las acciones descritas en el hallazgo CP-GCL-NC9-2020 fueron cerradas durante la vigencia auditada.

EFICAZ Si X No ___ ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones en fechas extemporáneas.

Código del hallazgo: CP-GCL-NC3-2022

En el desarrollo de la auditoría al verificar el COMITÉ TÉCNICO AMBIENTAL, no se evidencian las actas de reunión del funcionamiento del comité.

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

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Revisión y actualización de la normatividad correspondiente al comité técnico ambiental	Establecer el acto administrativo que reglamente el comité técnico ambiental.	Resolución Rectoral aprobada	Terminación: 31/08/2022 Prórroga: No aplica Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar ___ En proceso ___ Terminada <u>X</u>

Estado del Hallazgo: La Resolución Rectoral N°2181 del 15 de noviembre 2022 "Por medio de la cual se crea y se conforma el comité institucional de gestión y desempeño de la Universidad de los Llanos", absorbió el comité técnico ambiental.

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Revisión y actualización de la normatividad correspondiente al comité técnico ambiental	Poner en operación el comité técnico ambiental, de acuerdo a la resolución de su regulación, mediante actas	Actas de reunión de las sesiones del Comité Técnico Ambiental, de acuerdo a la periodicidad establecida en el acto administrativo.	Terminación: 31/12/2022 Prórroga: No aplica. Cierre: No aplica.	Sin iniciar ___ En proceso <u>X</u> Terminada ___

Estado del Hallazgo: El comité institucional de gestión y desempeño de la universidad se reunió como mínimo una vez cada tres meses, por lo cual no ha sesionado después de la aprobación del acto administrativo. Solicitar ampliación para darle cumplimiento a la actividad.

EFICAZ Si ___ No X ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones en fechas extemporáneas.

Código del hallazgo: CP-GCL-NC4-2022

No se está asegurando la comunicación de la información documentada actualizada y que son transversales con otros procesos en su aplicación y registro de evidencias.

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

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Realizar la revisión y actualización del procedimiento de control de documentos del sistema integrado de gestión, incluyendo los criterios para garantizar la óptima comunicación de la información documentada	Revisar y actualizar el procedimiento de control de documentos del sistema integrado de gestión, mediante Procedimiento actualizado en la página del SIG	Procedimiento actualizado en la página del SIG	Terminación: 30-08-2022 Prórroga: 15-02-2023 Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar ___ En proceso ___ Terminada <u>X</u>

Estado del Hallazgo: Se actualizó el procedimiento para el control de la información documentada del sistema integrado de gestión con código PD-GCL-09 versión 09 con fecha de aprobación del 18/11/2022.

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Realizar la revisión y actualización del procedimiento de control de documentos del sistema integrado de gestión, incluyendo los criterios para garantizar la óptima comunicación de la información documentada	Notificar mediante los medios de comunicación interno la actualización de los documentos en el sistema integrado de gestión, con el fin de poner en conocimiento de todos los interesados, mediante Notificación realizada al líder del proceso y/o procesos relacionados, mediante correo electrónico	Notificación realizada al líder del proceso y/o procesos relacionados, mediante correo electrónico	Terminación: 31-12-2022 Prórroga: NO APLICA Cierre: NO APLICA	Sin iniciar ___ En proceso <u>X</u> Terminada ___

Estado del Hallazgo: Se encuentra pendiente de cargar los soportes de las notificaciones realizadas a los líderes de los diferentes procesos involucrados.

EFICAZ Si ___ No X ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones en fechas extemporáneas.

Código del hallazgo: Hallazgo CP-GCL-NC5-2022

Durante el desarrollo de la auditoría al Sistema de Gestión Ambiental no se evidencio la definición de los lineamientos ambientales para la adquisición de bienes y servicios con criterios que consideren aspectos ambientales como parte de la estrategia de Compras Públicas Sostenibles de Bienes y Servicios de la Política Nacional de Producción y Consumo Sostenible del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.

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

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Formular lineamientos ambientales para la adquisición de bienes y servicios en la Universidad	Formular una guía con apoyo del proceso de gestión de bienes y servicios, que contenga los lineamientos ambientales para la adquisición de bienes y servicios, mediante guía actualizada y publicada	Guía actualizada y publicada	Terminación: 30/092022 Prórroga: No aplica Cierre: 15-12-2022	Sin iniciar ___ En proceso ___ Terminada <u>X</u>

Estado del Hallazgo: La matriz con los lineamientos ambientales para la adquisición de bienes y servicios continúa vigente. Para la vigencia 2023 se tiene programada capacitación en compras verdes, criterios ambientales y planes de manejo ambiental.

EFICAZ Si X No ___ ¿Por qué? Se cumplió en el tiempo establecido.

Código del hallazgo: CP-GCL-NC6-2022

En la revisión realizada al PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS PG-GCL-03 (Vigencia 2021), no se evidenció la ruta de recolección de residuos (solo para peligrosos) y no se encuentra publicada en lugares estratégicos dentro de la Universidad, para los residuos especiales no se evidencia soporte por parte del contratista del tratamiento de los residuos (escombros), no se evidenció soporte de la disposición final de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos - RAEE, no se tiene un plan de acción establecido para gestionar los residuos especiales (Llantas) que no son recibidos en las jornadas de entrega a la Autoridad Ambiental, no se está implementando en su totalidad el FO-GCL-15 FORMATO PARA ENTREGA DE RESIDUOS INDUSTRIALES AL GESTOR EXTERNO (Vigencia 2018), no se evidencia la conformación y funcionamiento del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS (Resolución 1164 de 2002), no se evidencia el correcto diligenciamiento del FO-GCL-05 FORMATO PARA ENTREGA DE RESIDUOS QUÍMICOS (Vigencia 2018), no se evidencian los indicadores de destinación (Resolución 1164 de 2002), no se ha estructurado el formulario RH1 (Resolución 1164 de 2002), dentro de la caracterización de los residuos de las cafeterías y/o restaurantes no se incluyen los residuos de aceites usados, no hay evidencia donde repose constancia del lavado y desinfección de acuerdo a lo descrito en el PROCEDIMIENTO DE LAVADO Y DESINFECCIÓN CANECAS Y CENTRO DE ACOPIO DE RESIDUOS PD-GCL-02 (Vigencia 2021).

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

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Solicitar los certificados de disposición de la gestión final de los RCD, y generar un archivo digital de los certificados	Solicitar los certificados de disposición final de los RCD	Certificados de disposición final de RCD	Terminación: 31/12/2022 Prórroga: NO APLICA Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar ___ En proceso ___ Terminada <u>X</u>

Estado del Hallazgo: Se tienen los certificados de UNINGECOL SA. del mes de agosto y CONSORCIO PROEDUCACIÓN de noviembre 2022.

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
Revisar y actualizar la documentación	Divulgar los cambios realizados en los documentos a los involucrados.	Soportes de asistencia	Terminación: 31/8/2022 Prórroga: NO APLICA Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar ___ En proceso ___ Terminada <u>X</u>

Estado del hallazgo: Se hicieron correos electrónicos del 14 de marzo de 2022 donde se da a conocer los formatos FO-GCL-05, FO-GCL-16, y las rutas de recolección interna.

EFICAZ Si X No ___ ¿Por qué? Se cumplió en el tiempo establecido

Código del hallazgo: CP-GCL-NC7-2022

En el desarrollo de la auditoría no se evidencia para la vigencia auditada, la formulación del Plan de Saneamiento Básico donde se incluyan los programas de limpieza y desinfección, control de plagas, manejo de los desechos sólidos y líquidos y desechos peligrosos, agua potable.

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

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

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
--------------------------	-----------------------------	-----------	-----------------------	------------------------

Revisar y actualizar la documentación	Formular el plan de saneamiento básico y sus respectivos programas para el servicio de alimentación y/o cafeterías, mediante documentos aprobados y cargados en la página del SIG.	Documentos aprobados y cargados en la página del SIG	Terminación: 31/08/2022 Prórroga: NO APLICA Cierre: NO APLICA	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--	--	---	---

Estado del Hallazgo: No se tiene documentado el plan de saneamiento básico y sus respectivos programas para el servicio de alimentación y/o cafeterías. Solicitar ampliación para darle cumplimiento a la actividad.

EFICAZ Si No ¿Por qué? No se evidencia cumplimiento de las acciones en fechas establecidas.

Código del hallazgo: CP-GCL-NC8-2022

En la revisión del microsítio del Sistema Integrado de Gestión no se evidencia actualización y adecuación de la página integrando todos los sistemas de gestión (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y el Modelo Estándar de Control Interno - MECI).

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
Rediseñar la página web del sistema integrado de gestión, incluyendo los componentes de los diferentes sistemas que lo componen.	Realizar la renovación de la página web del sistema integrado de gestión, permitiendo la publicación de información de los diferentes sistemas de gestión, mediante Página web renovada,	Página web renovada	Terminación: 30/10/2022 Prórroga: 15/02/2023 Cierre: NO APLICA	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

Estado del hallazgo: Debido a situaciones técnicas no se ha podido completar la renovación de la página web del sistema integrado de gestión. Solicitar ampliación para darle cumplimiento a la actividad.

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
Rediseñar la página web del sistema integrado de gestión, incluyendo los componentes de los diferentes sistemas que lo componen.	Comunicar a las partes interesadas sobre la actualización de la página web del SIG	Piezas publicitarias publicadas	Terminación: 30/11/2022 Prórroga: 03/03/2023 Cierre: NO APLICA	Sin iniciar <input checked="" type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

Estado del hallazgo: Esta actividad no se puede cumplir sin tener la página web renovada.

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
Rediseñar la página web del sistema integrado de gestión, incluyendo los componentes de los diferentes sistemas que lo componen.	Crear de usuarios para cada sistema de gestión, que les permitan publicación de información	Usuarios de la página web creados	Terminación: 30/11/2022 Prórroga: 03/03/2023 Cierre: NO APLICA	Sin iniciar <input checked="" type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>

Estado del hallazgo: Esta actividad no se puede cumplir sin tener la página web renovada.

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

Rediseñar la página web del sistema integrado de gestión, incluyendo los componentes de los diferentes sistemas que lo componen.	Capacitar a las personas de cada uno de los sistemas de gestión, que se encargará de actualizar la información en la página web del SIG.	Soportes de asistencia- Capacitaciones realizadas.	Terminación: 30/11/2022 Prórroga: 03/03/2023 Cierre: NO APLICA	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	---

Estado del hallazgo: Esta actividad no se puede cumplir sin tener la página web renovada.

EFICAZ Si No ¿Por qué? No se evidencia cumplimiento de las acciones en fechas establecidas.

Código del hallazgo: CP-GCL-NC9-2022

En la revisión de la INFORMACIÓN DOCUMENTADA del proceso, publicada en el micrositio del SIG, se evidenció que el procedimiento PD-GCL-05 PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (Vigencia 2021); en referencia a las condiciones generales establecidas para la suscripción y seguimiento del plan de mejoramiento institucional no están articulados en sus actividades y productos generados. Por otra parte, al revisar los siguientes instructivos IN-GBS-02 INSTRUCTIVO PARA FORMATO PARA INSPECCIONES DE ALJIBES O POZOS PROFUNDOS (Vigencia 2015), IN-GBS-03 INSTRUCTIVO PARA FORMATO PARA MANTENIMIENTO DE ALJIBES O POZOS PROFUNDOS (Vigencia 2015), IN-GCL-03 INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO ETIQUETA RESIDUOS QUÍMICOS (Vigencia 2018), IN-GCL-04 INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FORMATO ENTREGA RES. QUÍMICOS (Vigencia 2018), IN-GCL-05 INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FORMATO TOMA LECTURA MEDIDORES DE AGUA (Vigencia 2015), IN-GCL-06 INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DE LA ETIQUETA RAE (Vigencia 2016), IN-GCL-07 INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO ETIQUETAS MARCACIÓN RECIPIENTES DE RESIDUOS (Vigencia 2021), IN-GCL-08 INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FORMATO PARA ENTREGA DE RESIDUOS QUÍMICOS E INDUSTRIALES AL GESTOR EXTERNO (Vigencia 2018), IN-GCL-09 INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ETIQUETA PARA BOLSAS DE RESIDUOS INFECCIOSOS (Vigencia 2018), IN-GCL-10 INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE ETIQUETAS PARA RESIDUOS PELIGROSOS CORTOPUNZANTES (Vigencia 2019), podrían ser parte de cada formato lo que conlleva a reducir el volumen de documentos innecesarios.

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
Realizar la revisión y actualización de los documentos relacionados al proceso	Revisar los procedimientos, instructivos, manuales, y formatos del proceso, determinando su validez y actualización, mediante Acta de aprobación de documentos, y Documentos actualizados en la página del SIG.	Acta de aprobación de documentos --- Documentos actualizados en la página del SIG	Terminación: 31/12/202 Prórroga: No aplica Cierre: 13/12/2022	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input checked="" type="checkbox"/>

Estado del hallazgo: Se hicieron las respectivas actualizaciones de acuerdo a las necesidades del área, con base a los documentos citados en la no conformidad.

EFICAZ Si No ¿Por qué? Se cumplió en las fechas señaladas.

Código del hallazgo: CP-GCL-NC10-2022

En la revisión de la información documentada del Sistema de Gestión Ambiental publicada en el micrositio del SIG, no se evidencia diligenciamiento apropiado de los siguientes formatos: FO-GBS-58 FORMATO PARA INSPECCIONES DE ALJIBES O POZOS PROFUNDOS (Vigencia 2015), FO-GBS-59 FORMATO PARA MANTENIMIENTO DE ALJIBES O POZOS PROFUNDOS (Vigencia 2015), FO-GBS-81 FORMATO CONTROL DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DE TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE, FO-GBS-68 PLANILLA CONTROL DE MANTENIMIENTO PTAP (Vigencia 2016), FO-GCL-06 FORMATO PARA TOMA DE LECTURA DE MEDIDORES DE AGUA (FO-GBS-84 / FO-GBS-87).

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
Realizar la revisión y actualización de los documentos relacionados al proceso	Revisar los documentos que se encuentran aprobados, y que soporten la gestión ambiental, con el fin de determinar si son pertinentes y formularlos, de manera que se optimice la recolección de información, mediante Acta de aprobación de documentos	Acta de aprobación de documentos	Terminación: 31/10/2022 Prórroga: No aplica Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input checked="" type="checkbox"/>

Estado del Hallazgo: Se evidencian actas de reunión por parte del área de calidad y los procesos, para actualización, y/o eliminación de la información documentada.

 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
Realizar la revisión y actualización de los documentos relacionados al proceso	Publicar en la página web del SIG los documentos actualizados	Documentos publicados	Terminación: 31/10/2022 Prórroga: No aplica Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input checked="" type="checkbox"/>

Estado del Hallazgo: Se evidencia publicada en el micrositio del SIG la información documentada relacionada.

 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
Realizar la revisión y actualización de los documentos relacionados al proceso	Divulgar a las partes intervinientes los documentos actualizados	Acta de reunión	Terminación: 30/11/2022 Prórroga: No aplica Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input checked="" type="checkbox"/>

Estado del hallazgo: Se evidencian actas de reunión por parte del área de calidad y los procesos, para actualización, y/o eliminación de la información documentada.

 EFICAZ Si No ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones en fechas extemporáneas.

Código del hallazgo: No Conformidad 2

La organización no implementa los controles de los procesos de acuerdo con los criterios de operación.

Evidencia: Durante el recorrido realizado en las instalaciones de la sede Barcelona; se identificaron sustancias químicas sin la rotulación y la hoja de seguridad correspondiente en los siguientes lugares:

- Farmacia del centro clínico veterinario.
- Baño del edificio administrativo.

 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
Verificar que el personal del centro clínico veterinario y de aseo del edificio administrativo cuente con las fichas de seguridad de las sustancias químicas utilizadas	NO APLICA	Informe con registros fotográficos	Terminación: 31/05/2022 Prórroga: No aplica Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Terminada <input checked="" type="checkbox"/>

Estado del hallazgo: Se evidencia el informe realizado con fecha del 31/05/2022, por el área Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental, en donde aún no se cuentan con las fichas de seguridad, los productos

químicos almacenados en recipientes para alimentos, etiquetas en mal estado o sin etiqueta, y almacenamiento inadecuado de las sustancias químicas.

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
Realizar seguimiento al etiquetado de sustancias químicas usadas y que cuente con las fichas de seguridad, mediante registros del seguimiento.	NO APLICA	Registro del seguimiento	Terminación: 31/05/2022 Prórroga: No aplica Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar __ En proceso __ Terminada <u>X</u>

Estado del Hallazgo: Se evidencia el informe realizado con fecha del 12/12/2022, por el área Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental, en donde se evidencia registro fotográfico de envases con sus respectivas etiquetas.

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
Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas.	NO APLICA	Plan de mejoramiento institucional	Terminación: 31/05/2022 Prórroga: No aplica Cierre: 14-02-2023	Sin iniciar __ En proceso __ Terminada <u>X</u>

Estado del hallazgo: El hallazgo evidenciado por ICONTEC se sigue presentando, durante el recorrido realizado en las instalaciones en la sede Barcelona, se identificaron sustancias químicas sin la rotulación y la hoja de seguridad correspondiente en los siguientes lugares: Farmacia del Centro Clínico Veterinario, Baño del Edificio Administrativo, Edificio facultad de Ciencias Básicas e Ingeniería, y la Planta de Tratamiento de Agua Potable.

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
Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.	NO APLICA	Plan de mejoramiento institucional	Terminación: 31/05/2022 Prórroga: No aplica Cierre: NO APLICA	Sin iniciar __ En proceso <u>X</u> Terminada __

Estado del hallazgo: Las acciones formuladas no fueron eficaces, pese a los controles asociados al etiquetado de sustancias químicas usadas. Se deben suscribir acciones de mejora sobre ese mismo hallazgo.

EFICAZ Si __ No X ¿Por qué? La condición del hallazgo evidencia previamente es recurrente, las acciones formuladas no fueron eficaces pese a los controles asociadas de etiquetado de sustancias químicas usadas.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

Código: GCL23-01NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta __ No Conformidad Baja X

Título: Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación

Condición: El monitoreo de los indicadores de gestión de los procesos para revisar el diligenciamiento oportuno de los indicadores no es eficaz, no se evidencia seguimiento y medición de los indicadores para la vigencia 2022 en los procesos de Comunicación Institucional, Docencia, Investigación, Proyección Social, Gestión Jurídica, Gestión Financiera, Gestión Documental, Gestión de TIC, y Gestión de Apoyo a la Academia - Biblioteca.
En las etapas de formulación, revisión, reporte y seguimiento de indicadores de la Universidad no contempla todos los sistemas de gestión institucionales.

	<p>El procedimiento no establece un paso a paso para asegurar la correcta formulación de los indicadores.</p> <p>En el indicador 1 del proceso “Desempeño del Sistema de Gestión de Calidad”, cuyo objetivo es el de “Medir el grado de desempeño del proceso de Gestión de la Calidad...”, no se incluye la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad descrito en la norma.</p> <p>En el indicador 2 del proceso “Seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos”, no presenta medición y análisis del resultado del indicador para la vigencia auditada.</p> <p>No está estructurado un indicador de gestión que mida el desempeño del Sistema de Gestión Ambiental de acuerdo a lo descrito en la norma.</p>
Criterio:	<p>PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS PD-GCL-07 Versión 02 Fecha de aprobación 07/10/2021</p> <p>6. Contenido</p> <p>Actividad 5 “Realizar el monitoreo de los indicadores de gestión de los procesos”.</p> <p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>Numeral 9.1.1 Generalidades, Literal a) qué necesita seguimiento y medición; La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad</p> <p>NTC ISO 14001:2015</p> <p>Numeral 9.1.1 Generalidades, La organización debe hacer seguimiento, medir, analizar y evaluar su desempeño. Literal a) qué necesita seguimiento y medición;</p>
Causa:	<p>Ineficacia en el monitoreo, análisis y evaluación de los indicadores de los procesos</p> <p>Falta de control por parte de los líderes de los procesos en el diligenciamiento de los indicadores.</p> <p>No se conserva información documentada apropiada como evidencia de los resultados.</p> <p>Articulación del procedimiento a los sistemas de gestión.</p> <p>No se aseguran resultados válidos para seguimiento y medición</p> <p>Ausencia en la medición y análisis del resultado del indicador</p>
Efecto:	<p>Incumplimiento al procedimiento</p> <p>Incumplimiento a la gestión del proceso</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.</p>
Recomendación:	<p>Revisar y actualizar los indicadores de los sistemas de gestión de la Calidad y Ambiental</p> <p>Formular un indicador para medir el porcentaje anual de documentos vencidos de los Sistemas de Gestión.</p> <p>Formular un indicador para medir la educación ambiental para la comunidad universitaria.</p> <p>Actualizar el procedimiento.</p> <p>Documentar un listado maestro de indicadores.</p>

Código: GCL23-02NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta ___ No Conformidad Baja _X_

Título:	Revisión por la Dirección
Condición:	<p>No se evidencia el seguimiento a la gestión de las salidas de la revisión por la dirección de manera semestral.</p> <p>El formato para la gestión de las salidas de la revisión por la dirección no cumple con las condiciones específicas para realizar el seguimiento y evaluación de la eficacia de las salidas de la revisión por la dirección.</p> <p>No se han suscrito acciones de mejora fruto de la revisión por la dirección a cada uno de los Sistemas de Gestión (Sistema de Gestión de Competencia para los Laboratorios de Ensayo y Calibración, Centro de Idiomas, Seguridad y Salud en el Trabajo).</p>

	<p>No se han publicado los informes de revisión por la dirección en el micrositio del SIG (Sistema de Gestión de Competencia para los Laboratorios de Ensayo y Calibración, Centro de Idiomas, Seguridad y Salud en el Trabajo).</p> <p>El monitoreo realizado no asegura el cumplimiento de las acciones propuestas, se evidencian vencidas y sin cumplimiento.</p> <p>No se evalúa la eficacia en el cumplimiento de las acciones establecidas para las salidas de la revisión por la dirección.</p> <p>No se evidencia la actividad a realizar a las acciones establecidas que se encuentren abiertas de vigencias anteriores.</p> <p>No se está asegurando una comunicación eficaz de las acciones establecidas para las salidas de la revisión por la dirección.</p>
Criterio:	<p>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN A LOS SISTEMAS DE GESTIÓN PD-GCL-04</p> <p>Versión 04 Fecha de aprobación 05/11/2021</p> <p>5. Condiciones Generales</p> <p>“El seguimiento a la gestión de las salidas de la revisión por la dirección se realizará semestralmente, por parte de la oficina de Control Interno de Gestión”.</p> <p>6. Contenido</p> <p>Actividad 7. “Suscribir las acciones de mejora fruto de la revisión por la dirección a cada uno de los Sistemas de Gestión”.</p> <p>Actividad 8. “Publicar el informe de revisión por la dirección en el micrositio del SIG en el enlace de Documentos Internos”</p> <p>Actividad 9. “Realizar el monitoreo de las salidas de la Revisión por la Dirección”</p> <p>Actividad 10. “Realizar seguimiento y evaluar el cumplimiento y eficacia de las salidas de la Revisión por la Dirección”.</p> <p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>Numeral 9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección</p> <p>NTC ISO 14001:2015</p> <p>Numeral 9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</p>
Causa:	<p>El procedimiento se encuentra desactualizado a la realidad operativa del proceso.</p> <p>Ineficacia en el monitoreo, seguimiento y evaluación a las salidas de la revisión por la dirección</p>
Efecto:	<p>Inconsistencia en la información que se plasma en los informes.</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.</p>
Recomendación:	<p>Actualización del procedimiento.</p> <p>Integrar la suscripción de las salidas de la revisión por la dirección al plan de mejoramiento institucional.</p> <p>Publicar los informes de la revisión por la dirección de los diferentes sistemas de gestión en el micrositio del SIG.</p> <p>Documentar una plantilla del informe de revisión por la dirección para todos los sistemas de gestión.</p>

Código: GCL23-03NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja ___

Título:	Salidas No Conformes
Condición:	<p>Los requisitos relacionados para la Salida No Conforme no están debidamente documentados.</p> <p>En la definición del tratamiento que debe realizarse a la Salida No Conforme no se está generando el acta para esta actividad.</p> <p>No se define el producto de las acciones del tratamiento para el cargue de la información.</p> <p>Sin verificación del tratamiento y cierre de las acciones.</p> <p>Para las Salidas No Conforme repetitivas no se suscribieron acciones correctivas de acuerdo a lo descrito en el procedimiento.</p> <p>El formato de informe no se está utilizando.</p>

Criterio:	<p>PD-GCL-06 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES Versión 07 Fecha de aprobación: 07/10/2021</p> <p>6. Contenido</p> <p>Actividad 3. "Reportar la Salida No Conforme".</p> <p>Actividad 3. "Definir el tratamiento que debe realizarse a la Salida No Conforme. Nota: En el acta se debe registrar quién toma la decisión sobre el tipo de tratamiento que se dará a la SNC".</p> <p>Actividad 5. "Aplicar el tratamiento a las salidas no conformes".</p> <p>Actividad 6. "Verificar la ejecución de las actividades de tratamiento y la eficacia de las mismas".</p> <p>Actividad 7. "Elaborar el informe de salidas no conformes".</p> <p>NTC ISO 9001:2015 Numeral 8.7.2 Literal a) describa la no conformidad;</p>
Causa:	<p>Información incompleta y detallada para poder identificar las responsabilidades del tratamiento y la descripción de la no conformidad de las salidas no conformes.</p> <p>Ineficacia en el seguimiento de la información.</p>
Efecto	<p>Debilidad en el seguimiento y control al tratamiento de las salidas no conformes</p> <p>Incumplimiento al procedimiento</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.</p>
Recomendación:	<p>Actualización del procedimiento.</p> <p>Articulación de la guía dentro del formato para reporte y tratamiento de SNC.</p> <p>Actualizar el formato para reporte y tratamiento de las salidas no conformes.</p>

Código: GCL23-04NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta ___ No Conformidad Baja X

Título:	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora
Condición:	<p>Durante la revisión en sitio no se evidencia la identificación de acciones preventivas, correctivas y de mejora derivadas del seguimiento y medición de los procesos (Indicadores), de la recurrencia de las peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones, de la recurrencia del servicio no conforme y trabajo no conforme, de los resultados de la supervisión, inspecciones, medición de los indicadores del SG-SST, de las recomendaciones del COPASST.</p> <p>No se relaciona en la suscripción de correcciones, acciones correctivas, preventivas y de mejora propuestas con respecto al sistema de gestión ambiental (aspectos e impactos ambientales).</p> <p>No se evidencia monitoreo, seguimiento y cierre de la implementación de las acciones suscritas por cada una de las fuentes, descritas en el procedimiento ni su inclusión en el Plan de Mejoramiento Institucional.</p>
Criterio:	<p>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA PD-GCL-05 Versión 06 Fecha de aprobación 07/10/2021</p> <p>6. Contenido</p> <p>Actividad 2. "Formular las correcciones, acciones correctivas, preventivas o de mejora, según sea el caso".</p> <p>Actividad 3. "Suscribir las correcciones, acciones correctivas, preventivas y de mejora propuestas con el acompañamiento de la oficina de control interno de gestión, área del SIG, gestión ambiental o de seguridad y salud en el trabajo, según corresponda"</p> <p>Actividad 5. "Realizar monitoreo, seguimiento y cierre a la implementación de las acciones suscritas".</p> <p>NTC ISO 9001:2015 10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA</p> <p>NTC ISO 14001:2015 10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA</p>

Causa:	<p>El procedimiento se encuentra desactualizado a la realidad operativa del proceso. No se comunica el procedimiento a las partes interesadas. Inexistencia de controles eficientes en la identificación y suscripción de acciones de cada una de las fuentes descritas en el procedimiento. Ineficacia en el monitoreo, seguimiento y evaluación.</p>
Efecto:	<p>Incumplimiento al procedimiento. Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad. Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental. Sanciones por parte de los entes de control.</p>
Recomendación:	Actualización del procedimiento.

Código: GCL23-05NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja

Título:	Planificación y Control Operacional
Condición:	<p>PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL - PIGA El documento plan está desactualizado en cuanto a la política ambiental, objetivos ambientales, matriz de evaluación al cumplimiento política ambiental, y la matriz de aspectos e impactos ambientales. El seguimiento y medición al cumplimiento del PIGA no incluye el cumplimiento al proyecto de inversión BPUNI.</p> <p>PROGRAMA PARA EL USO EFICIENTE Y AHORRO DEL AGUA SEDE BARCELONA PG-GCL-01 El Programa de Uso Eficiente y Ahorro del Agua no aplica para todos los procesos, actividades y/o servicios que requieran agua, de acuerdo al alcance de la certificación del SGA. No hay seguimiento a las metas de reducción de consumo y de pérdida de agua planteadas en el programa. Las metas descritas en la matriz de plan de acción del programa no están relacionadas en la matriz de seguimiento de los programas del SGA.</p> <p>PROGRAMA DE RESIDUOS VEGETALES CAMPUS BARCELONA PG-GCL-02. La capacitación al personal que interviene en el proceso de transformación del residuo vegetal se realizó anualmente y no semestral. Las metas descritas en la matriz de plan de acción del programa no están relacionadas en la matriz de seguimiento de los programas del SGA.</p> <p>PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS PG-GCL-03 No se evidencia control de la generación de los residuos del campus Boquemonte, Edificio Centro de Idiomas y Emporio. No se evidencian las rutas de evacuación de residuos en el campus Boquemonte, Unidades Productivas, Edificio Centro de Idiomas y Emporio. No se describe cómo se realiza el almacenamiento de los residuos del campus Boquemonte, Centro de Idiomas, Emporio, CENAR, Manacacias, Tahur, La Banqueta, Granja Restrepo.</p> <p>PROGRAMA DE USO EFICIENTE Y AHORRO DE PAPEL PD-GCL-04. Los indicadores del programa están desactualizados. Las metas descritas en la matriz de plan de acción del programa no están relacionadas en la matriz de seguimiento de los programas del SGA. La meta "Sensibilizar anualmente al 40% del personal administrativo de planta y académico administrativo de planta sobre el programa de uso eficiente y ahorro de papel", se incluyeron a los contratistas, y no se cumplió con el porcentaje establecido. La meta "Realizar al menos 2 campañas y/o divulgación en el ahorro y uso eficiente de papel en el año", no se cumplió. La meta "Reducir el consumo de papel en un 5%", no se midió.</p> <p>PROGRAMA DE USO EFICIENTE Y AHORRO DE ENERGÍA PG-GCL-05 Los indicadores del programa están desactualizados.</p>

	Las metas descritas en la matriz de plan de acción del programa no están relacionadas en la matriz de seguimiento de los programas del SGA.
Criterio:	NTC ISO 14001:2015 Numeral 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL
Causa:	Debilidad en la formulación de las metas e indicadores Debilidad en la verificación de las metas e indicadores establecidos
Efecto:	Incumplimiento de las metas e indicadores de los programas Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.
Recomendación:	Actualizar los programas. Actualizar el plan institucional de gestión ambiental. Actualizar la matriz de seguimiento de los programas del Sistema de Gestión Ambiental.

Código: GCL23-06NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta ___ No Conformidad Baja <u>X</u>	
Título:	Riesgos y Oportunidades
Condición:	Para el Riesgo 1 “Presión sobre los recursos naturales”, dos acciones de control planeadas no se ejecutaron. Para el Riesgo 2 “Contaminación de los recursos naturales”, dos acciones de control no reportan monitoreo y seguimiento. Para los Riesgos 3 al 10 las acciones de control no reportan monitoreo y seguimiento en su totalidad. En la matriz de riesgos institucional no se evidencia en su totalidad el monitoreo de los riesgos identificados en los procesos de acuerdo a su periodicidad establecida garantizando el cumplimiento de las acciones de mejora o control propuestas.
Criterio:	NTC ISO 14001:2015 Numeral 6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES “La organización debe mantener la información documentada de sus riesgos y oportunidades que es necesario abordar” NTC ISO 9001:2015 Numeral 6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES
Causa:	Debilidades en el reporte de la matriz institucional. Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.
Efecto:	Incumplimiento en el monitoreo y seguimiento en la matriz de riesgos ambientales Materialización de los riesgos ambientales
Recomendación:	Actualizar el procedimiento. Actualizar la matriz de riesgos ambientales. Establecer roles y responsabilidades para dar cumplimiento en el monitoreo y seguimiento.

Código: GCL23-07NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta ___ No Conformidad Baja <u>X</u>	
Título:	Información Documentada
Condición:	La oficina de planeación, no se asegura que la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad, el sistema de gestión ambiental y por la Norma Internacional se controle para asegurarse de que esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; la Tabla de Retención Documental aprobada el 27 de mayo de 2021, dentro de las Series, Subseries y Tipos Documentales no contempla el Sistema de Gestión de Calidad ni el Sistema de Gestión Ambiental donde se relacionen los procesos y procedimientos (Caracterización del proceso, procedimientos del proceso, formatos, entre otros documentos como instructivos, guías, manuales, protocolos, programas, etc), la medición y análisis de indicadores, el control de salidas no conformes, las acciones correctivas, preventivas y de mejora, y la gestión del cambio; ya que son documentos generados en medio digital y contienen la memoria documental de la universidad.

	<p>El Plan de Trabajo de Calidad como resultado de la planeación del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad, no presenta seguimiento y medición para asegurar el cumplimiento de la planificación del sistema.</p> <p>El listado maestro de documentos presenta desactualización en algunos documentos.</p> <p>El Manual de Gestión Ambiental no cuenta con un acto administrativo de aprobación.</p> <p>La Tabla de Retención Documental aprobada el 27 de mayo de 2021, relaciona el Manual de Procesos y Procedimientos junto con el acto administrativo de aprobación, en primera medida no está documentado el manual de procesos y procedimientos el cual debe funcionar como guía para el buen entendimiento de la estructura documental, sin embargo existe una Resolución Rectoral 2417 de 2008 "Por la cual se adopta el Manual de Procesos y Procedimientos de la Universidad de los Llanos, bajo la norma NTCGP 1000:2004, V0.1".</p> <p>El Plan de Gestión Ambiental no cuenta con su respectivo acto administrativo de aprobación.</p>
Criterio:	<p>NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA Tabla de Retención Documental 3050 Oficina Asesora de Planeación 3050-34.14 CÓDIGO 3050-32.05 SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES Manual de Gestión Ambiental - Manual del Sistema de Gestión Ambiental - Acto Administrativo de Aprobación CÓDIGO 3050-32.09 SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES Manual de Procesos y Procedimientos -Manual -Acto Administrativo de Aprobación Instructivo para la elaboración y codificación de documentos. CÓDIGO 3050-34.14 SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES Plan de Gestión Ambiental - Plan del Sistema de Gestión Ambiental - Acto Administrativo de Aprobación</p>
Causa:	<p>Desactualización de la estructura documental en la información documentada del proceso.</p> <p>Los procesos programados por el SIG para su reestructuración y reingeniería de la información documentada no se han gestionado.</p> <p>Desactualización de las referencias normativas y actividades dentro de los procedimientos.</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.</p>
Efecto:	<p>Afectación al seguimiento y control de la información documentada.</p> <p>Dificultad en el acceso a la información actualizada.</p> <p>Procesos y procedimientos desactualizados.</p>
Recomendación:	<p>Actualizar la Tabla de Retención Documental en sus series, subseries, tipos documentales, y tiempos en el archivo de gestión.</p> <p>Evaluar el plan de trabajo formulado.</p> <p>Realizar un informe de gestión del área de calidad.</p> <p>Actualizar la información documentada frente a las necesidades reales del proceso.</p> <p>Integrar los diferentes manuales que hagan parte de los requisitos del SIG.</p>

Código: GCL23-08NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja ___

Título:	Controles Ambientales en Contratos de Obra
Condición:	Durante el recorrido realizado en las instalaciones en la sede Barcelona, se identificaron puntos de almacenamiento de escombros del contrato 2625 de 2021 "Consorcio Unicampus", sin tener cobertura con lonas, carpas, plásticos u otros materiales para evitar la generación de partículas al medio atmosférico, además no se contaba con su respectiva señalización.
Criterio:	NTC ISO 14001:2015 Numeral 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

	“La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente esté controlados o que se tenga influencia sobre ellos”
Causa:	Incumplimiento en lo establecido en el Plan de Manejo Ambiental presentado por el contratista
Efecto:	Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.
Recomendación:	Realizar actas de inspección de obra por parte del área ambiental. Realizar oportunamente la recogida y el transporte de los escombros para evitar la generación de partículas al medio atmosférico.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Documentar una plantilla para la formulación de manuales.
- Actualizar el alcance de la información documentada a quienes aplican.
- Actualizar la planificación y evaluación de los objetivos ambientales y de calidad junto con sus resultados cualitativos y cuantitativos.
- Actualizar las obligaciones de los contratistas frente a la responsabilidad y cumplimientos de los lineamientos del Sistema de Gestión Ambiental.
- Realizar inspecciones en los puntos ecológicos verificando el código de colores, demarcación y señalización.

CONCLUSIONES

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

- La auditoría permitió a la Oficina de Control Interno de Gestión abordar y evaluar un tema de suma importancia, toda vez que permite determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- El Objetivo y Criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo.
- El resultado del presente Informe de Auditoría establece cinco (5) Fortalezas, tres (3) No Conformidades Altas, cinco (5) No Conformidades Bajas, y cinco (5) Aspectos por Mejorar.
- El Sistema de Gestión Ambiental y el Sistema de Gestión de la Calidad deben comprometerse en la formulación, ejecución y cumplimiento del plan de mejoramiento con el objetivo de eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos y las acciones implementadas sean eficaces para que no se vuelvan a presentar.

ANEXOS

NO APLICA


SERGIO ALEJANDRO MARTÍNEZ DÍAZ
Auditor Líder
SAMUEL ELÍAS BETANCUR GARZÓN
Auditado
ELIANA ANDREA VACA ROJAS
Asesor de Control Interno de Gestión