

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 1 de 19

Tipo de auditoría
Auditoría Interna basada en riesgos

Fecha del informe
22/03/2024

Unidad auditable:	Gestión de la Calidad
Líder del proceso o responsable de la unidad auditable:	Keila Milena García Duarte
Objetivo de la auditoría	
<p>Verificar el cumplimiento de los lineamientos de los Sistemas de Control Interno, Gestión de la Calidad y Gestión Ambiental, aplicables al proceso de Gestión de la Calidad, bajo los criterios de la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión que actualizó el Modelo Estándar de Control Interno MECI, requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015, Norma Técnica Colombiana NTC ISO 14001:2015, requisitos legales y normativos aplicables.</p>	
Alcance de la auditoría	
<p>Abarcó las actividades contempladas para el proceso de Gestión de la Calidad, teniendo en cuenta la información documentada, normatividad interna y externa aplicable al proceso, en la vigencia 2023.</p>	
Metodología de auditoría	
<p>Para asegurar el cumplimiento del objetivo de la auditoría, se realizó solicitud de información, revisión y análisis de los registros que permitan evidenciar el desarrollo del proceso, mediante la aplicación de técnicas contempladas en el PD-ECS-01 PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS, como inspección, procedimientos analíticos, rastreo, visita en sitio, entre otras aplicables.</p>	
Criterios de auditoría	
<p>Modelo Estándar de Control Interno MECI, información documentada (caracterización del proceso, manuales, planes, programas, procedimientos, guías y registros, entre otros), normatividad interna y externa aplicable al proceso, requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015 y Norma Técnica Colombiana NTC ISO 14001:2015.</p>	
Requisitos legales	Otros requisitos
<p>*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".</p> <p>*Ley 115 de 1994, "Por la cual se expide la Ley General de Educación".</p> <p>*Decreto 1075 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación"</p> <p>*Estatuto General de la Universidad de los Llanos</p> <p>*Acuerdo Superior 002 de 2021, "Por el cual se crea el Sistema de Aseguramiento de la Calidad – SAC – de la Universidad de los Llanos".</p> <p>*Resolución Rectoral 1756 de 2018, por la cual se actualiza el Sistema Integrado de Gestión SIG de la Universidad de los Llanos, se regulan sus órganos de administración, se autoriza a la oficina de planeación para administrar la página web del SIG y se derogan otras resoluciones rectorales, entre otras aplicables.</p> <p>*Ley 1474 DE 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."</p>	<p>*Modelo Estándar de Control Interno MECI: Componente 1. Ambiente de control Componente 2. Evaluación del riesgo Componente 3. Actividades de control Componente 4. Información y comunicación Componente 5. Actividades de monitoreo</p> <p>*Políticas de Gestión y Desempeño Institucional aplicables a la Universidad de los Llanos. NTC ISO 9001: 2015 NTC ISO 14001:2015</p>

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024

*Decreto 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública".

*Ley 1712 de 2014 "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones."

* Resolución 1519 de 2020 "por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos. Los demás aplicables al proceso.

Fechas de la auditoría			
Reunión de apertura	Ejecución en sitio		Reunión de cierre
12/03/2024	Desde: 12/03/2024	Hasta: 21/03/2024	22/03/2024

Roles en la auditoría			
Asesor de Control Interno	Auditor Líder	Auditor de Apoyo	Experto Técnico
Diana Zulay Reza Mondragón	Keila Milena Duarte García	Arlex Rodríguez Quevedo- Natalia Roza Forero-Sonia Clavijo Baquero-Paula Nicoll Morales (Observador)	N/A

Aspectos positivos
<ul style="list-style-type: none"> ● La disposición del personal frente al ejercicio de auditoría. ● Las acciones adelantadas para asegurar la formación de auditores en las normas técnicas Colombianas ISO 45001, ISO 9001 e ISO 14001 al interior de la universidad. ● La organización del MICROSITIO WEB, que soporta la información documentada del Sistema de Gestión de la Calidad y Sistema de Gestión Ambiental de la Universidad. ● El diseño de herramientas digitales que permiten hacer seguimiento a los Sistemas de Gestión. ● El proceso de Gestión de la Calidad lleva a cabo las auditorías internas de acuerdo al cronograma establecido y cumple con la trazabilidad de los registros requeridos según el procedimiento.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-001
<p align="center">Criterio</p> <p align="center">Acuerdo Superior 012 de 2020 Por la cual se adopta la Política para la Gestión Integral de Riesgos en la Universidad de los Llanos</p> <p align="center">MN-DIE-01 MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO</p> <p align="center">PD-DIE-03 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES</p> <p align="center">Modelo Estándar de Control Interno MECI: Componente 2: Evaluación del Riesgo</p>
Descripción del hallazgo

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 3 de 19

No se está garantizando lo establecido en el Acuerdo Superior 012 de 2020 Artículo 6. *METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS. La administración de los riesgos en la Universidad utilizará la metodología vigente dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP en la "Guía para la administración del riesgo", o las que la sustituyan o modifiquen y se apoyará en las demás guías técnicas generadas por el organismo normalizador.*

El proceso Gestión de la Calidad, no ha identificado riesgos de corrupción, como tampoco riesgos de seguridad de la información en las vigencias 2023 y 2024.

Así mismo, no se está asegurando el cumplimiento a la política de administración de los riesgos definida en el Acuerdo Superior 012 de 2020, al no evidenciarse en el portal Web de la entidad, la identificación de riesgos de seguridad de la información, corrupción y seguridad digital para la vigencia 2024, en los procesos de Direccionamiento estratégico, comunicación institucional entre otros. **Este aspecto se comparte con el proceso Gestión de TIC.**

Verificado el MN-DIE-01 MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO VERSIÓN 1, se contempla en el apartado INTRODUCCIÓN, que el documento incluye "...requisitos, criterios y procedimientos planeados para evidenciar el cumplimiento de la "Política para la Gestión Integral de Riesgos" (Acuerdo Superior 012 de 2020), mediante la identificación y control de los riesgos de gestión, corrupción, seguridad digital, seguridad y salud en el trabajo y ambientales", sin embargo, en el manual no se contempla los criterios para los riesgos de corrupción. Así mismo, establece en el ítem 6.1 "CONFORMACIÓN EQUIPO TÉCNICO DE RIESGOS", sin embargo, no se establece las condiciones o criterios para la operatividad del mismo, como tampoco, se define su participación en las actividades descritas en el procedimiento PD-DIE-03 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES.

El PD-DIE-03 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES, establece en las condiciones generales "Los líderes de proceso podrán llevar a cabo ajustes y modificaciones a los planes de tratamiento de los riesgos o fechas de cumplimiento para las acciones, después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia, por lo menos (15) días calendario antes de la fecha del segundo monitoreo..."; de acuerdo con las fechas de monitoreo, este plazo se extiende hasta el 15 de agosto de cada vigencia. Esta situación resulta limitante en los casos que, se requiera la actualización de los riesgos por materialización de los mismos, se identifiquen nuevos riesgos o se requiera realizar ajustes en los controles.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-002

Criterio

Ley 1712 de 2014, "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones". ARTÍCULO 11. Información mínima obligatoria respecto a servicios, procedimientos y funcionamiento del sujeto obligado. Todo sujeto obligado deberá publicar la siguiente información mínima obligatoria de manera proactiva. Literal c) Una descripción de los procedimientos que se siguen para tomar decisiones en las diferentes áreas.

DECRETO 124 de 2016, Artículo 2.1.4.8. Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 4 de 19

Resolución 1519 de 2020 por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos

Acuerdo Superior 012 de 2020, Por la cual se adopta la Política para la Gestión Integral de Riesgos en la Universidad de los Llanos.

Descripción del hallazgo

No se está asegurando el cumplimiento de los requisitos de la Ley 1712 de 2014, con relación a los siguientes aspectos que hacen parte de la información mínima obligatoria respecto a servicios, procedimientos y funcionamiento del sujeto obligado:

- No se evidencia que los procedimientos adoptados mediante el sistema de Gestión de la Calidad y Gestión Ambiental, se encuentren publicados en el portal Web de la entidad enlace de Transparencia y Acceso a la información. Si bien es cierto que, en la página web en el botón de Transparencia, se describe un enlace con el nombre *1.9 Procedimientos que se siguen para tomar decisiones en las diferentes áreas, el enlace, se publicó el “Mapa de Procesos”*. Lo anterior, incumpliendo lo indicado en el Literal C del artículo 11 de la Ley 1712 DE 2014.
- No se evidencia el link y tampoco la publicación de los planes de mejoramiento, conforme a lo establecido en el Anexo 2 ESTÁNDARES DE PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN de la Resolución 1519 de 2020, ítem *4. Planeación, Presupuesto e Informes, 4.7 Informes de gestión, evaluación y auditoría*. **Este aspecto se comparte con el proceso Gestión de TIC.**
- Si bien el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, se viene publicando en el enlace: <https://www.unillanos.edu.co/index.php/estrategia-de-participacion-ciudadana>, el sitio de publicación no corresponde al establecido en el Anexo 2 ESTÁNDARES DE PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN de la Resolución 1519 de 2020, el cual indica que esta información se debe publicar en el Menú de Transparencia, ítem *4. Planeación, Presupuesto e Informes*. Así mismo, los documentos publicados en el enlace relacionado no registran la fecha de publicación en el sitio web, contraviniendo lo establecido en el referido Anexo 2 ítem “2.4.1 Criterios generales de publicación de información pública” literal *e. Todo documento o información debe indicar la fecha de su publicación en página web*. **Este aspecto se traslada al proceso Gestión de TIC.**

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-003

Criterio

NTC ISO 9001:2015

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

Modelo Estándar de Control Interno MECI - Componente 5 Actividades de Monitoreo.

Descripción del hallazgo

Verificado el rol de la segunda línea de defensa de los sistemas de gestión de la calidad y ambiental, se evidencia debilidades en el ejercicio de monitoreo en los siguientes aspectos:

Acciones correctivas, preventivas y de mejora: De acuerdo a la verificación y visita en sitio, con relación al procedimiento PD-GCL-05 PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA Versión 7 del 25/01/2023, se evidencia que, desde el SIG no se tiene contemplado el rol de la segunda línea de defensa con respecto al monitoreo, seguimiento y cierre a la implementación de las acciones suscritas en el plan de mejoramiento que corresponde a las auditorías realizadas por la segunda línea.

Matriz de riesgos: No se registró monitoreo por parte de la primera y segunda línea de defensa para los riesgos identificados al proceso de Docencia DOC-03, DOC-04 y DOC-05 a corte 30 de abril 2023.

Matriz de cambios y oportunidades:

En la Matriz de Gestión de Cambios y Oportunidades del Sistema de Gestión de la Calidad, ubicada en la ruta DRIVE <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1m-0sGFSITJRRKsTfJPVt-och1x9xSnMS2tnYkSxhfll/edit#gid=0>, en el proceso de Docencia, se identificaron dos oportunidades que corresponden a: Continuidad de matrícula cero para estudiantes de estratos 1, 2 y 3 y Ampliación de la oferta académica de la Universidad, en ambos casos, no se formuló plan para la gestión de la oportunidad, como tampoco, se evidencia monitoreo y trazabilidad de información con el proceso para la gestión de las oportunidades identificadas.

En la matriz del Sistema de Gestión Ambiental: En el proceso de Gestión de Bienes y Servicios, se identifica cambios en la infraestructura física que corresponde a Planta eléctrica comedor, sin embargo, no se establece propósito del cambio, consecuencias, impacto, ni plan de acción; así mismo, no se registra monitoreo y trazabilidad de información con el proceso para la gestión de las oportunidades identificadas.

Indicadores de Gestión: Con relación a la ficha técnica de medición de los indicadores de gestión, se evidencia que la medición se realizó solo hasta el mes de diciembre de 2023, no se logró identificar que la medición haya sido realizada en la frecuencia establecida en cada uno de los indicadores de los procesos (mensual, trimestral, semestral). Así mismo, en la ficha técnica del indicador 1. *Monitoreo a la ejecución del Plan de Acción Institucional - PAI.*, que corresponde al proceso de Direccionamiento Estratégico, el monitoreo fue realizado con fecha 13 de diciembre, donde la segunda línea manifiesta que, el proceso no ha realizado seguimiento desde el mes de julio hasta diciembre. No obstante, en la misma ficha técnica, se evidencia que la medición se realizó en los periodos correspondientes por parte de la primera línea de defensa, de igual forma, no se demuestra que se presenten observaciones a los procesos en cuanto al análisis y la coherencia de las actividades para alcanzar o mantener las metas definidas por los líderes de proceso.

De acuerdo a una muestra seleccionada de medición de indicadores de gestión de los siguientes procesos, se evidencia:

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Direccionamiento Estratégico:

Indicador 1. Monitoreo a la ejecución del Plan de Acción Institucional - PAI: Se evidencia que la medición y la frecuencia del indicador es mensual, se constata que el monitoreo se realizó por parte del SIG en el mes de diciembre de 2023.

Indicador 2. Verificación de la ejecución del Plan Operativo Anual de Inversiones - POAI: Se evidencia que, la periodicidad de la medición es trimestral y el monitoreo se realizó por parte del SIG en el mes de diciembre de 2023.

Comunicación Institucional:

Indicador 1. Ejecución del plan de medios y comunicaciones: No se evidencia medición del indicador ni su respectivo análisis en la vigencia 2023, se comprueba que, la periodicidad de la medición es semestral y el monitoreo se realizó por parte del SIG en el mes de diciembre de 2023.

Indicador 2. Reconocimiento del manual de identidad visual de la Universidad: No se evidencia medición del indicador ni su respectivo análisis en la vigencia 2022 y 2023, como tampoco el monitoreo por parte del SIG para la vigencia 2022.

Gestión de la Calidad:

Indicador 1. Desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad: Se evidencia que para la vigencia 2023, no se realizó la respectiva medición ni su respectivo análisis. Se comprueba que, el 15 de diciembre realizaron el respectivo monitoreo, sin embargo, el indicador no presenta medición con su respectivo análisis para la vigencia 2023. Así mismo, se refleja que, el indicador no establece claridad en los aspectos que son objeto de medición de acuerdo a lo contemplado en la ficha técnica del indicador, en relación a la fórmula de cálculo.

Gestión de Internacionalización:

En los cuatro (4) indicadores registrados a cargo del proceso, no se evidencia fecha de monitoreo de los indicadores por parte del SIG.

PROCESO MISIONAL

Docencia:

Para los nueve (9) indicadores del proceso, se identifica que, el análisis del resultado de la medición no detalla valores específicos, como tampoco se refleja un adecuado monitoreo por parte del SIG que permita establecer acciones para la toma de decisiones.

Salidas No Conformes: PD-GCL-06 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES, verificada la matriz correspondiente FO-GCL-04 FORMATO PARA REPORTE Y TRATAMIENTO DE LAS SALIDAS NO CONFORMES, ubicado en la ruta DRIVE https://docs.google.com/spreadsheets/d/1IYurNzTZmeNbVNXOZj0c5M2Cs4JJwjsZizVs8ywwaqE/e_dit#gid=39856272, no se evidencia la verificación de la ejecución de las actividades de tratamiento y la eficacia de las mismas por parte del SIG durante la vigencia auditada, conforme lo establece el procedimiento.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 7 de 19

Revisión por la dirección: Revisado el informe de la revisión por la dirección de la vigencia 2022, presentado en la vigencia auditada, se evidenció que, las acciones derivadas de las oportunidades de mejora del Sistema de la Gestión de la Calidad y del Sistema de Gestión Ambiental, registradas en el acta 001 del 31/03/2023, no se evidenció el respectivo monitoreo que genere una efectividad en el cumplimiento de las acciones establecidas. Adicionalmente, en el informe no se están definiendo acciones de mejora de los resultados de los indicadores de gestión, plan de mejoramiento, riesgos, plan uso y ahorro eficiente del agua, programa de manejo de residuos vegetales, plan de gestión de riesgos y manejo de vertimientos, y no se cuenta con una periodicidad definida y documentada para el monitoreo dentro del procedimiento PD-GCL-04 revisión por la dirección.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-004
Criterio ISO 9001:2015 numeral 7.5 Información documentada 7.5.2 creación y actualización <i>Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: ...c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.</i>
Descripción del hallazgo
<p>Revisada la información documentada del proceso de Gestión de la Calidad, se evidenciaron las siguientes situaciones que evidencian debilidad en la adecuación de los sistemas de gestión (Hallazgo de tipo reiterativo):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PD-GCL-04 Procedimiento de la Revisión por la Dirección a los Sistemas de Gestión: En las actividades descritas, no se contempla realizar monitoreo por parte del sistema de gestión de la calidad y sistema de gestión ambiental, además, la actividad número 10, <i>Realizar y evaluar el cumplimiento y eficacia de las salidas de la revisión por la dirección</i> no se está realizando en razón a que, no se ha suscrito acciones derivadas de la revisión por la dirección dentro del plan de mejoramiento. 2. PD-GCL-05 Procedimiento de Acciones Correctivas Preventivas y de Mejora: Las actividades del contenido número 1, 3, 4 y 5, no cuentan con el adecuado resultado del producto; la actividad número 2, no cuenta con producto y la actividad número 5, no se estable responsable desde la segunda línea de defensa en el ejercicio de monitoreo, seguimiento y cierre a la implementación de las acciones suscritas, como tampoco, se establece periodicidad en el monitoreo por parte del proceso SIG. 3. PD-GCL-06 Procedimiento para el Control de Salidas No Conformes: Las actividades número 1 y 7 del contenido, no cuentan con el adecuado resultado del producto, la actividad 5 no cuenta con producto. No se establece periodicidad para la verificación de la ejecución de las actividades de tratamiento y la eficacia de las mismas por parte del SIG. 4. PD-GCL-07 Procedimiento para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento Indicadores de Gestión: Las actividades del contenido número 1, 2 y 6 no cuentan con el adecuado resultado del producto, en la actividad número 5, no se refleja la ficha técnica de los indicadores, como resultado

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 8 de 19

de la actividad, igualmente no se establece la periodicidad en el monitoreo por parte de la segunda línea de defensa.

5. PD-GCL-08 Procedimiento para la Gestión de Cambios y Oportunidades de los Sistemas de Gestión: Las actividades del contenido número 4 y 5, no establece el producto de la actividad.

6. Mapa de procesos: Durante el desarrollo de la auditoría, se observó que se mantiene publicada una versión obsoleta del mapa de procesos en las áreas de la sede administrativa. Así mismo, se observa que en los manuales de los sistemas de calidad y ambiental se mantiene la versión obsoleta del mismo.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-005

Criterio

Acuerdo Superior 002 de 2021 “Por el cual se crea el Sistema de Aseguramiento de la Calidad – SAC – de la Universidad de los Llanos”.

Resolución rectoral 1756 de 2018 por la cual se actualiza el Sistema Integrado de Gestión SIG de la Universidad de los Llanos, se regulan sus órganos de administración, se autoriza a la oficina de Planeación para administrar la página web del SIG y se derogan otras resoluciones rectorales.

NTC ISO 9001:2015, numeral 4. Contexto de la organización

NTC ISO 14001:2015 numeral 4. Contexto de la organización

Descripción del hallazgo

No se está dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 9 de la Resolución rectoral 1756 de 2018, que establece “*Integrar el Sistema de Gestión de la Calidad, el Sistema de la Seguridad y Salud en el Trabajo, el Modelo Estándar de Control Interno y el Modelo Institucional de Autoevaluación y Autorregulación (Adoptado mediante resolución académica No. 061 de 2012), en un único sistema denominado Sistema Integrado de Gestión-SIG.* Lo anterior, en razón a los siguientes aspectos detectados durante el ejercicio de auditoría:

1. Si bien la resolución rectoral 756 de 2018 establece en sus artículos 13 “*Responsables*” y 14 “*Responsabilidades*”, las responsabilidades de los servidores públicos de la Universidad de los Llanos, en relación con el Sistema Integrado de gestión, en cabeza de los líderes de procesos, no se ha establecido de manera explícita un responsable de liderar la planificación e implementación, que permita asegurar dicha integración.
2. El acuerdo Superior 002 de 2021 establece en el párrafo del artículo 1 “*Al crear el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Universidad de los Llanos - SAC, se aprueba el documento base del Sistema, el cual queda incorporado al presente Acuerdo y forma parte integral del mismo*”; no obstante, no se evidencia su publicación conjunta. En el acuerdo se registran imprecisiones con relación al nombre del sistema que unos apartes se denomina Sistema de Aseguramiento de la Calidad SAC y en otros se menciona como Sistema Institucional de Aseguramiento de la Calidad SIACA.

Así mismo, el ARTÍCULO 8°. OPERACIÓN DEL SISTEMA, del mencionado acuerdo establece “*La operación del sistema se realiza por medio de la ejecución de los procesos articulados al Sistema Integrado de Gestión a través de los componentes de los que trata el Artículo 6 del*

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024

presente Acuerdo Superior". No obstante, en la práctica no está operando los sistemas a nivel de integración.

3. Verificado el registro MATRIZ CONTEXTO INSTITUCIONAL - 2022 y 2023, ubicado en el micrositio del portal web de la entidad, link: <https://sig.unillanos.edu.co/index.php/sistema-de-gestion/analisis-del-contexto>, se evidencia que solo se contempla el contexto en lo relacionado al Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión Ambiental.
4. En verificación del micrositio del portal web link: <https://sig.unillanos.edu.co/index.php/sistema-de-gestion/partes-interesadas>, se evidencia que únicamente se han identificado las partes interesadas pertinentes a los sistemas de Gestión de la Calidad y Gestión Ambiental.
5. Verificada la caracterización del proceso PD-GCL-01 Gestión de la calidad, se evidenció que el alcance solo contempla el Sistema de Gestión de la Calidad, en la etapa del "Actuar" no se contemplan las salidas para el sistema de Gestión ambiental, como tampoco, se contempla el alcance, entradas y salidas para el sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-006

Criterio

NTC ISO 14001: 2015

7.5 Información documentada

7.5.2 Creación y actualización

Literal c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación

Descripción del hallazgo

Se verificó el documento "PG-GCL-03 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS", el cual se encuentra en versión 07 con fecha de vigencia 31/03/2023, se evidencia debilidad en la adecuación con relación a los siguientes aspectos:

- El programa contempla los lineamientos para el manejo de los residuos ordinarios, residuos peligrosos y especiales, sin embargo, el título, el alcance y la clasificación que se incorpora en la figura 1 del documento, lo limita a residuos sólidos.
- No establece la ruta de evacuación de residuos no peligrosos en la sede San Antonio.
- No contempla criterios para la disposición final de residuos peligrosos como son: los residuos de iluminación, tóner y/o cartuchos.
- No contempla la ruta y/o toma de acciones posteriores para la atención al trabajador. (En los casos de la atención inmediata por contingencia "Accidente de riesgo biológico por la manipulación de residuos").

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-007

Criterio

NTC ISO 14001: 2015

7.5 Información documentada

7.5.3 Control de la información documentada

La información documentada requerida por el sistema de gestión ambiental y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:

a) esté disponible y sea adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;

Descripción del hallazgo

Verificados los registros FO-DIE-24 MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES 2022 y MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL, compartidos en el micrositio del portal web de la entidad, se evidenció que los mismos, se encuentran desactualizados y con errores de diligenciamiento. No obstante, se evidenciaron documentos similares actualizados por el personal responsable, pero almacenados en espacio DRIVE que no corresponde a los publicados en el micrositio.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-008

Criterio

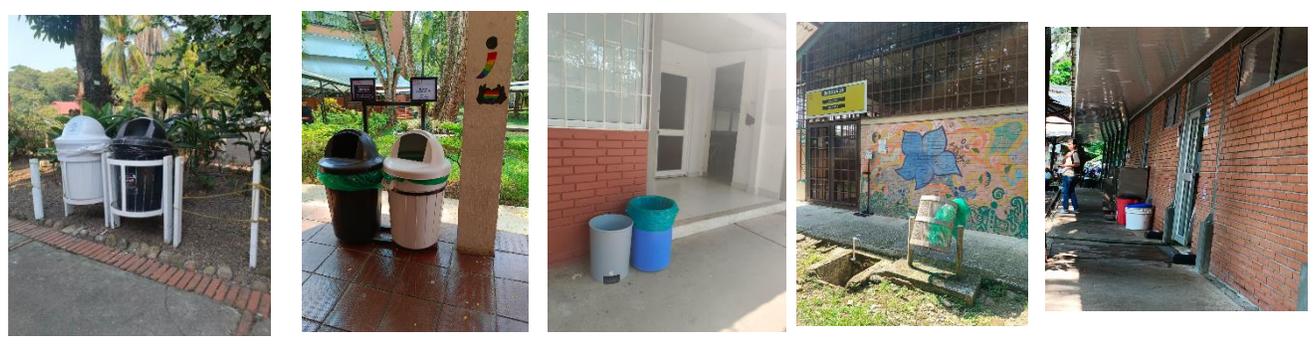
Resolución 2184 de 2019 “Por la cual se modifica la resolución 668 de 2016 sobre uso racional de bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones”.

Decreto 089 de 2014 de la Alcaldía de Villavicencio, por el cual se reglamenta “las actividades de generación, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos denominados ESCOMBROS, sobrantes de las actividades de construcción, reparación o demolición, de obras civiles, públicas o privadas, y de las actividades conexas, complementarias o análogas con estas, y es aplicable a todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, generadores, recolectores, transportadores, o disponedores finales de Escombros, en la jurisdicción del Municipio de Villavicencio”.

PG-GCL-03 Programa de gestión integral de residuos sólidos.

Descripción del hallazgo

Áreas administrativas, de aulas, bienestar institucional, laboratorios y cocina del comedor estudiantil. Se evidencia que no se ha dispuesto de manera completa, el código de colores en los puntos ecológicos para la separación de residuos ordinarios, en los siguientes casos:



Separación en la fuente:

No se está asegurando la adecuada separación en la fuente, en los puntos ecológicos dispuestos por la Universidad; con relación a los residuos ordinarios en las diferentes áreas del campus universitario, como se muestra en las siguientes imágenes:



Residuos especiales (Hallazgo de tipo reiterativo):

Durante el recorrido por la zona de parqueo de Bienestar Institucional, se evidenciaron residuos de construcción y demolición (denominados residuos especiales) sin el debido tratamiento; los cuales no se gestionan de acuerdo a la normatividad ambiental Decreto 089 de 2014 de la Alcaldía de Villavicencio, como se muestra a continuación:



● **Punto de recolección del programa Pos consumo**

Se evidencia que la disposición de estos residuos peligrosos no cuenta con los debidos controles:

- ❖ La caneca dispuesta para el depósito de aceite de cocina: se encuentra abierta y con derrame del producto que a la vez cae al suelo, adicionalmente, se observa dentro de la misma, residuos que no corresponden al producto recolectado.
- ❖ La caneca dispuesta para pilas: Se encuentra llena y no hay más espacios para el depósito de las mismas.
- ❖ La caneca de las tapas: Se encuentra llena y no hay más espacios para el depósito de las mismas.



- **Productos Químicos**

Verificada la zona donde se encuentra la planta de tratamiento, se evidencia que existen más de 100 bidones que contienen productos químicos como: cloro líquido, hipoclorito de sodio en solución con más de un año de almacenamiento. Los cuales están expuestos a altas temperaturas de calor y que ha ocasionado una reacción (explosión) en algunos bidones, de acuerdo a lo informado por el personal del proceso durante el ejercicio de la auditoría. Así mismo, existen bidones que no cuentan con su respectiva etiqueta que indique el producto que contiene. No obstante, esta situación ha sido advertida en diferentes auditorías realizadas por la oficina de Control Interno, sin que a la fecha se hayan tomado acciones correctivas.


Hallazgo de incumplimiento Código: Código: GCL-2024-009
Criterio

PG-GCL-01 Programa para el uso eficiente y ahorro del agua sede Barcelona
Modelo Estándar de Control Interno MECI - Componente 3 Actividades de Control
Resolución PS-GJ.1.2.6.23.2548 de 21 de diciembre de 2023 Por medio del cual se concede la prórroga de un permiso de concesión de aguas subterráneas y se dictan otras disposiciones

Descripción del hallazgo

Durante el recorrido de campo realizado en el marco de la auditoría interna, se evidenció que no se está asegurando el cumplimiento de los controles establecidos en el programa para uso eficiente y ahorro del agua sede Barcelona, con relación a los siguientes aspectos:

Planta de reserva: Se evidenció que existen varios tubos que tienen fugas de agua, igualmente el aljibe piscina, los cuales no han sido reparados, encontrándose deficiencias en la adecuación estructural.



 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 13 de 19

Consumo de agua: De acuerdo al registro de FO-GCL-01 CONTROL DE CONSUMO DE AGUA DE ALJIBES Y POZOS, se evidencia que, en los meses de la vigencia 2023, (julio, 1,21 l/s), (agosto, 1.56 l/s) (septiembre, 1.04 l/s), (octubre, 2,34 l/s) el micro medidor está registrando un mayor consumo a lo autorizado por la autoridad ambiental aprobado mediante la resolución PS-GJ.1.2.6.23.2548 de 21 de diciembre de 2023, sin embargo, no se evidencia la implementación de controles que conlleven al consumo controlado respecto al máximo autorizado por la autoridad ambiental. **Este aspecto se traslada con la Vicerrectoría de Recursos y el área de Servicios Generales.**

Verificado el documento **PG-GCL-01 Programa para el uso eficiente y ahorro del agua sede Barcelona**, no contempla el esquema de roles y responsabilidades frente a los controles establecidos dentro del mismo.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-010

Criterio

ISO 9001:2015, numeral 4.1 Comprensión de la Organización y de su contexto

ISO 14001:2015 4.1 Conocimiento de la organización y de su contexto

Modelo Estándar de Control Interno MECI - Componente 3 Actividades de Control

Descripción del hallazgo

No se está asegurando el cumplimiento al numeral 4.1, de las normas ISO 9001:2015 y 14001:2015, teniendo en cuenta que, revisada la MATRIZ CONTEXTO INSTITUCIONAL 2022 y 2023 actualizada en abril de 2023, no se incluyeron los siguientes aspectos resultado del análisis del contexto y el impacto a los sistemas de gestión de la calidad y ambiental, identificados en la revisión por la dirección realizada en marzo de 2023:

Con relación al Sistema de Gestión de la Calidad:

Cuestiones Externas:

- Ingreso de instituciones competitivas del orden internacional y nacional a la región.
- Aumento del salario mínimo en un 16%.
- Aumento de la inflación (13,25% enero 2023, 13,1% en 2022, 5,6% en 2021, 1,61% en 2020, 3,8% en 2019).
- Aumento del precio del dólar y del petróleo.
- Alto índice de desempleo en Colombia (11,2% en 2022, 13,7% en 2021, 15,9% en 2020, 10,5% en 2019).

Cuestiones Internas:

- Cambio de oficina de proyección social del edificio emporio a Campus San Antonio.
- Regreso de las novenas navideñas.

Con relación al Sistema de Gestión Ambiental:

Cuestiones Externas:

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024

- Expedición de la Resolución 851 de 2022 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible “Por la cual se desarrollan los artículos 2.2.7A.1.3, 2.2.7A.2.1, el numeral 3.1 del artículo 2.2.7A.2.2, el numeral 3 del artículo 2.2.7A.2.4, el artículo 2.2.7A.4.2 y el artículo 2.2.7A.4.4 del Título 7A del Decreto 1076 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible sobre la gestión de los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE) y se dictan otras disposiciones”
- Expedición de la Ley 2232 de 2022 “Por la cual se establecen medidas tendientes a la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos productos plásticos de un solo uso y se dictan otras disposiciones”.

Cuestiones Internas:

- Instalación de dos (2) plantas eléctricas que funcionan a base de combustible Diesel con una potencia de 12kVA en el comedor y 75kVA en el laboratorio de Veterinaria.
- Acuerdo Superior 003 de 2022 “Por la cual se adoptan medidas de un solo uso en la Universidad de los Llanos”.

Adicionalmente, en el informe de la revisión por la dirección, se menciona que el seguimiento del contexto interno y externo, se realiza cada 3 años.

Verificado el micrositio del portal web de la entidad, se establece en la ventana “Sistema de Gestión/Análisis del contexto de la Universidad: ...*El seguimiento y revisión del contexto institucional se realiza cada año; los cambios que se presenten se ponen a consideración de la Alta Dirección mediante el informe de revisión por la dirección de los Sistemas de Gestión*”.

Así mismo, verificada MATRIZ CONTEXTO INSTITUCIONAL 2022 y 2023, en la sección “Metodología” se establece: “*El seguimiento y revisión del contexto institucional se debe realizar cada año registrando los cambios que se presenten en el informe de revisión por la dirección de los Sistemas de Gestión. De igual forma, cada tres años, cuando se elija nueva administración institucional, se debe actualizar la parametrización de las cuestiones internas y externas establecidas en el análisis matricial externa e interna*”.

De acuerdo con el ciclo PHVA, el sistema de gestión, inicia con el análisis del contexto que, posteriormente es objeto de evaluación y seguimiento en el marco de la revisión por la dirección (para el caso de la universidad, se ha establecido como mínimo una vez al año). Con base en esta premisa, la “matriz de evaluación del contexto institucional”, debe servir como insumo para la revisión por la dirección.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-011

Criterio

ISO 9001:2015, 10.2 No conformidad y acción correctiva

ISO 14001:2015 10.2 No conformidad y acción correctiva

Modelo Estándar de Control Interno MECI - Componente 5 Actividades de Monitoreo

Descripción del hallazgo

No se está asegurando el cumplimiento de las acciones contempladas en los planes de mejoramiento formulados por el proceso Gestión de la Calidad.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 15 de 19

Verificado el registro 30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General, ubicado en el link, https://docs.google.com/spreadsheets/d/1xQKcDfDQXm1SA--ROnPqaQzcz0Q7I_CYngw0sf6J-9A/edit#gid=247632417, se evidencia que no se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para los siguientes hallazgos:

Con relación al Sistema de Gestión de la Calidad:

- GCL23-02NCB, Revisión por la dirección
- GCL23-03NCA, Salidas No Conformes

Con relación al Sistema de Gestión Ambiental:

- GCL23-05NCA; Planificación y control operacional
- GCL23-08NCA. Controles ambientales en contratos de obra
-

Con relación al Sistema de Gestión de la Calidad y Sistema de Gestión Ambiental:

- GCL23-07NCB; Información documentada

Así mismo los planes de mejoramiento correspondientes a la vigencia 2022 se encuentran abiertos debido a cumplimiento parcial de las acciones.

Hallazgo de incumplimiento Código: GCL-2024-012

Criterio

Ley 1712 de 2014 Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

Ley 1474 de 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Resolución 1519 de 2020 por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos y anexos.

NTC ISO 14001: 2015, 7.5 Información documentada, 7.5.3 Control de la información documentada

PD-GCL-09 procedimiento de control de la información documentada del sistema integrado de gestión-tabla de retención documental

Descripción del hallazgo

Verificados los mecanismos establecidos para la gestión documental se pudo constatar que se han presentado cambios que a la fecha no han sido contemplados en la información documentada de los sistemas de gestión, de acuerdo a los aspectos relacionados a continuación:

Tabla de Retención Documental:

- Se evidencian documentos con clasificación como tipo de documento en papel, no obstante, en la práctica se está generando retención de manera digital tanto en archivo de gestión como en archivo central.

OFICINA PRODUCTORA: 3050. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

CÓDIGO	SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	Tipo Documento		RETENCIÓN		Disposición final				PROCEDIMIENTOS	
		Papel	Electrónico	Archivo Gestión	Archivo Central	CT	E	M/D	S		
3050-02.48	Actas de la Comisión Asesora de Planeación -Citación a la reunión de la Comisión Asesora de Planeación. - Acta de la Comisión Asesora de Planeación. - Registro de Asistencia	X	X	5	5	X					Documento en el que se registran los temas tratados y acordados por la Comisión Asesora de Planeación en razón de las funciones asignadas. La subserie se conserva totalmente en su soporte original, y se digitaliza para la conservación permanente de ambos soportes por su importancia histórica para la Universidad como evidencia de la evolución administrativa.
3050-02.51	Actas de Reunión -Formato Acta de Reunión	X		3	2		X				Agotado el tiempo de retención en el archivo de gestión, la serie se elimina por cuanto es un documento operativo que no adquiere valores secundarios que ameriten su conservación.
3050-02.52	Acta de Revisión del Sistema Integrado de Gestión - S.I.G. por la Alta Dirección - Citación a la reunión -Acta de la reunión - Registro de asistencia.	X	X	5	5	X					Al agotarse el tiempo de retención en el archivo central, la subserie se elimina por cuanto es un documento operativo que no adquiere valores secundarios.
3050-02.53	Acta de Revisión y Aprobación de Documentos del Sistema Integrado de Gestión - S.I.G. - Citación a la Reunión - Acta - Registro de asistencia.		X	3	2	X					Al agotarse el tiempo de retención en el archivo central, la subserie se conservará en su soporte original dado que refleja la evolución documental del Sistema Integrado de Gestión.

- Actualmente se viene implementado el espacio OneDrive, para el almacenamiento de los documentos de la Universidad, sin embargo, no se ha establecido un lineamiento general para su aplicación, ni su alineación con la información documentada de los sistemas de gestión.

No. total hallazgos
12

Recomendaciones

1. Brindar asesoría y acompañamiento a la primera línea de defensa para la identificación, valoración y definición de controles para los riesgos fiscales.
2. Se recomienda actualizar el Acuerdo Superior 012 de 2020 y ajustar la redacción del párrafo del Artículo 1, con el fin de brindar claridad sobre los riesgos de corrupción especialmente en lo relacionado a las acciones de tratamiento donde solo se deberán aplicar acciones para reducir, evitar o compartir el riesgo más la aceptación del riesgo no aplica para los riesgos de corrupción.
3. Reforzar y proporcionar las personas necesarias para la implementación de las mejoras de los sistemas de Gestión de la Calidad y Ambiental, que permita fortalecer la operación y control de los procesos.
4. Gestionar los recursos necesarios para fortalecer la infraestructura tecnológica y capacidad instalada que, permita contribuir en el mantenimiento y las mejoras de los Sistemas de Gestión.
5. Fortalecer la identificación y clasificación de las oportunidades de mejora con respecto a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y 14001:2015 en el informe de la revisión por la dirección, así mismo en las acciones para la mejora reportadas en las actas de la revisión.

6. Aunar esfuerzos que contribuyan a gestionar ante las autoridades competentes la intervención frente a los árboles en riesgo que han sido identificados en el campus de Barcelona.
7. Garantizar que las Auditorías Internas realizadas por el Sistema de Gestión de la Calidad, se realicen en el marco de la Segunda línea de defensa del Sistema de Control interno, el cual fue actualizado en el marco de la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, Decreto 1499 de 2017.
8. Garantizar lo contemplado en el Acuerdo 012 de 2020, Por la cual se adopta la política para la gestión integral de los riesgos de la Universidad de los Llanos.
9. Verificar que los riesgos de corrupción, fraude, fiscales, financieros y de seguridad de la información, se identifiquen en cada uno de los procesos de la Universidad y que los mismos, se definan de manera clara y precisa, dando cumplimiento a los parámetros establecidos en las guías metodológicas del DAFP.
10. Definir los tiempos en los procedimientos como mecanismo de seguimiento y control enfocado a fortalecer la eficiencia en el desempeño de los procesos.
11. Establecer de manera clara, la periodicidad para el monitoreo y seguimiento en el marco de los sistemas de gestión.
12. Identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto del alcance de los objetivos de la entidad.
13. Garantizar el cumplimiento de las metas del plan de acción 2024, a cargo del proceso de Gestión de la Calidad.
14. Actualizar los manuales, procedimientos y demás documentación del proceso, pertinente a los roles y responsabilidades, frente a las actividades desarrolladas por el proceso.
15. Verificar que se garantice el cumplimiento de los criterios a evaluar en la auditoría externa de certificación.
16. Mejorar la metodología sobre la cual se abordan las oportunidades, en cumplimiento al literal 6.2 de la ISO 9001:2015.
17. Adoptar y garantizar el cumplimiento de la política de gestión y desempeño que corresponde al Fortalecimiento y Simplificación de procesos.
18. Dar cumplimiento a la meta de reducción del gasto público, fijada por la Presidencia de la República a través de las Directivas Presidenciales, por medio de controles efectivos que permitan garantizar la Austeridad sobre el Gasto público.
19. Realizar acompañamiento a los líderes de procesos, para fortalecer la gestión de los indicadores en cumplimiento a la misionalidad de cada uno, y que este arroje un adecuado análisis y medición del indicador que contribuya a la toma de decisiones.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 18 de 19

20. Establecer la frecuencia de monitoreo y seguimiento por parte de la primera y segunda línea de defensa a nivel sistema de Gestión, con el fin de evitar situaciones como las presentadas en el hallazgo 003 (indicadores de Gestión).
21. Garantizar el cumplimiento de Ley General de Archivo 594 de 2000 y actualizar las tablas de retención documental a cargo del proceso.
22. Evaluar la pertinencia del traslado del procedimiento de la Revisión por la Dirección al proceso de Direccionamiento estratégico.
23. Garantizar que, en el informe de Revisión por la Dirección, se incluyan todas las entradas de los sistemas de Gestión, para la toma de acciones.
24. Asegurar desde la segunda línea de defensa, para que, el Comité de Gestión y Desempeño tomen acciones, frente a todos los resultados de la Revisión por la Dirección.
25. Actualizar el programa de uso eficiente de ahorro y uso de agua, conforme a los nuevos lineamientos autorizados por la Autoridad Ambiental.
26. Generar estrategias de sensibilización enfocadas a generar cultura ambiental y toma de conciencia por parte de la comunidad universitaria.
27. Establecer necesidades de capacitación para los sistemas de gestión con el fin de fortalecer las competencias en el personal con respecto a la normatividad vigente.
28. Es importante que los procesos auditados, envíen los registros diligenciados de manera oportuna derivados de los procesos de auditoría, como es el caso de las evaluaciones de la auditoría.
29. Vincular la verificación técnica en la ejecución de todos los contratos que involucren aspectos ambientales.
30. Establecer acciones de mejora derivadas de las evaluaciones de la satisfacción del usuario.
31. Aunar esfuerzos para garantizar que, desde la vicerrectoría de recursos, se garantice el mantenimiento de los tanques de almacenamiento de agua.
32. Formular los planes de mejoramiento de los hallazgos detectados durante el ejercicio de la auditoría y reportarlos a la oficina de Control Interno, dentro de los siguientes quince (15) días calendario, al recibo del informe final de auditoría.

Conclusiones

1. Cumplimiento del objeto de la auditoría: Se logró el cumplimiento del objetivo de la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría.
2. Análisis sobre la existencia de no conformidades similares: Se evidencia recurrencia en 6 de los 8 hallazgos evidenciados en la auditoría interna realizada en la vigencia 2023, lo que denota debilidad y toma de acciones en el monitoreo y mejora del proceso.
3. Necesidad de actualizar los riesgos y oportunidades del proceso: De acuerdo con lo identificado en el hallazgo No. 1, se requiere que el proceso, identifique riesgos de corrupción de acuerdo

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 19 de 19

con los lineamientos de la política para administración de los riesgos establecida por la Universidad.

4. Necesidad de hacer cambios al sistema de gestión de calidad: Los Sistemas de Gestión de la Calidad y Gestión Ambiental, deben fortalecer las acciones de seguimiento y monitoreo que permitan tomar acciones, para garantizar el aseguramiento de los sistemas de gestión, que contribuyan a la mejora continua.
5. Cumplimiento frente al Sistema de Control Interno: El proceso Gestión de la Calidad, debe fortalecer los componentes relacionados con las actividades de control y monitoreo que refleje la mejora en el desempeño.

Anexos

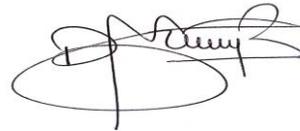
N/A

Elaborado por:



KEILA MILENA GARCÍA DUARTE
Auditor Responsable de Auditoría

Aprobado por:



DIANA ZULAY REZA MONDRAGÓN
Asesora Control Interno de Gestión