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

<b>TÍTULO DEL INFORME</b>	<b>FECHA DE INFORME</b>		
Informe de seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional	Año: 2023	Mes: 12	Día: 22

<b>OBJETIVO(S):</b>	<p><b>Objetivo General</b> Efectuar seguimiento al estado de avance, cumplimiento y eficacia de las acciones propuestas en el Plan de Mejoramiento derivado de las auditorías internas de gestión, calidad y las auditorías externas practicadas por los entes de control a la Universidad de los Llanos.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Revisar las carpetas creadas en DRIVE para el cargue de los soportes de cumplimiento de las acciones. Verificar la oportunidad del cargue de la evidencia en la carpeta. Evaluar la eficacia de las acciones propuestas por el proceso.</p>
<b>ALCANCE:</b>	El presente informe comprende el cumplimiento del plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2023, de auditorías de vigencias anteriores y las practicadas en la presente vigencia.
<b>MARCO NORMATIVO:</b>	<p>Durante el desarrollo del presente informe, se incluyeron las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Ley 80 de 1993.</b> "Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública". Artículo 66.</li> <li>● <b>Decreto 1499 de 2017</b> "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015". Artículo 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. Según lo dispuesto en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4 de marzo de 2021; que hace parte integral del Decreto 1499 de 2017, el cual determina los aspectos clave para el Sistema de Control Interno a tener en cuenta por parte de la primera línea de defensa: "La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados".</li> </ul>
<b>METODOLOGÍA:</b>	<p>El presente seguimiento, se realizó ejecutando las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Revisión de las carpetas creadas y compartidas en DRIVE.</li> <li>● Verificación de soportes que cumplan con las acciones propuestas</li> <li>● Revisión del cargue de la evidencia oportuna</li> <li>● Alimentar la matriz de acuerdo a la revisión de los soportes, con el estado de abierta, ejecutada, vencida, o prorroga.</li> </ul>

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración del informe de cumplimiento.</li> </ul>	
ASPECTO O UNIDAD EVALUABLE:	Matriz de Plan de Mejoramiento Institucional vigencia 2023.
LÍDER DE PROCESO Y/O JEFE(S) DE ÁREA(S):	Líderes de Procesos (Primera Línea) Control Interno de Gestión (Tercera Línea)

ANTECEDENTES
<i>Nota: Descripción de la actividad que se está evaluando o explicación del proceso.</i>
<p>En cumplimiento del programa anual de auditorías de la vigencia 2023 y la normatividad vigente aplicable a Control Interno, se elabora el informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional de manera semestral, el cual para el primer semestre de la presente vigencia se elaboró, presentó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, así como a cada uno de los procesos con plan de mejoramiento suscrito y se envió para la publicación en la página web de la Universidad en el micro sitio de Control Interno.</p> <p>Cada líder de proceso de la Universidad, tiene conocimiento del plan de mejoramiento derivado de las auditorías internas practicadas por la oficina de Control Interno de Gestión, el Sistema Integrado de Gestión y por los Entes de Control, para los cuales la oficina de Control Interno crea las carpetas en Google Drive para que cada proceso de acuerdo al avance de cumplimiento de las acciones cargue la evidencia correspondiente.</p> <p>De igual manera cuando se realizan auditorías, se revisa si el proceso tiene plan de mejoramiento abierto y en el informe de la auditoria se relacionan los hallazgos y el estado en que se encuentran. Así mismo si las acciones propuestas por el proceso fueron eficaces.</p>

CONTENIDO
<i>Nota: Verificación y análisis de resultados.</i>
<p>En cumplimiento de nuestro rol de seguimiento y evaluación, la oficina de Control Interno de Gestión realiza el seguimiento a la matriz de plan de mejoramiento institucional a diecinueve (19) planes de mejoramiento abiertos de vigencias anteriores y los suscritos en la vigencia 2023. No obstante, es importante mencionar, que en el plan de mejoramiento de Gestión de Calidad. Docencia, Talento Humano, Gestión de Bienes y servicios y Gestión de Apoyo a la Academia, se cargan planes de auditorías practicadas a las áreas que hacen parte del proceso.</p> <p>Así las cosas, a continuación, se describe el resultado del seguimiento por cada uno de los procesos con sus respectivas áreas:</p> <p><b>1. Auditorías internas vigencias anteriores.</b></p> <p><b>Direccionamiento Estratégico</b></p> <p>En la vigencia 2022 la oficina de Control Interno de Gestión, realizó auditoria al proceso, en la cual se derivaron nueve (9) hallazgos. Al corte del seguimiento realizado en el primer semestre de la vigencia</p>

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

2023, se cerraron seis (6) y al corte de elaboración del presente informe, tres (3) continúan abiertos, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Estado de hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<b>9</b>	<b>6</b>	<b>66,67%</b>	<b>3</b>	<b>33,33%</b>

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Tabla 2. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Direccionamiento o Estratégico</a>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>69,44%</b>	<b>19</b>	<b>76,00%</b>	<b>22</b>	<b>88,00%</b>

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El proceso suscribió treinta y seis (36) acciones para los hallazgos evidenciados, de las cuales se han cumplido veintiséis (26), con una oportunidad de diecinueve (19) y eficacia de veintidós (22).

Tabla 3. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>5</b>	<b>13,89%</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>5</b>	<b>13,89%</b>	<b>1</b>	<b>2,78%</b>

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla 3, el proceso culmina la vigencia con cinco (5) acciones vencidas y seis (6) acciones con prórroga.

Los hallazgos con sus respectivas acciones vencidas son las siguientes:

- Hallazgo DIE22-05NCB  
Acción correctiva: Implementación de la información documentada  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.
- Hallazgo DIE22-06NCB:  
Acción correctiva: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo ante la instancia competente

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Acción correctiva: Comunicar el acto administrativo a las diferentes partes interesadas

**Proceso de Gestión de la Calidad**

En la vigencia 2022 se practicó auditoria a los Sistemas de Gestión de Calidad y Ambiental, en la que se generaron diez (10) hallazgos. En el seguimiento realizado en el primer seguimiento de 2023, se cerraron siete (7). Para el segundo semestre de 2023 se realizó seguimiento a los tres (3) hallazgos abiertos y se observó lo siguiente:

- Se cerró el hallazgo No CP-GCL-NC4-2022, con una (1) acción la cual no fue oportuna ni eficaz.
- Dos (2) continúan abiertos como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4. Estado de hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
10	8	80,00%	2	20,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Tabla 5. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Sistemas de Gestión 2022</a>	31	29	93,55%	13	44,83%	16	55,17%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla 5, se ejecutaron veintinueve (29) acciones de las treinta y una (31) establecidas para los hallazgos, con una oportunidad de trece (13) y eficacia de dieciséis (16).

Tabla 6. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	2	6,45%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla 6, el proceso culmina el plan de mejoramiento de la vigencia 2022, con dos (2) acciones vencidas, las cuales se relacionan a continuación con sus respectivos hallazgos:

- Hallazgo No CP-GCL-NC7-2022 correspondiente al Sistema de Gestión Ambiental

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Acción de mejora: Formular el plan de saneamiento básico y sus respectivos programas para el servicio de alimentación y/o cafeterías.

- Hallazgo CP-GCL-NC8-2022.

Acción de mejora: Capacitar a las personas de cada uno de los sistemas de gestión, que se encargarán de actualizar la información en la página web del SIG.

**Proceso de Docencia**

A continuación, se relacionan las áreas que hacen parte del proceso de Docencia que fueron auditadas y que a la fecha de corte del presente informe tienen planes de mejoramiento.

**Auditoría Comisiones de Estudio:** En la vigencia 2020 se realizó auditoría a las comisiones de estudio. En el plan de mejoramiento se reportan dos (2) hallazgos abiertos. Es importante mencionar que en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizado el 19 de diciembre de 2023, se socializó el estado del plan de mejoramiento. En la reunión, la asesora jurídica informó que "se reunirá con la vicerrectora académica para hacer los requerimientos pertinentes a los decanos".

Para cada uno de los hallazgos, se establecieron acciones y su estado son vencidas. A continuación, se relacionan:

Tabla 7. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	3	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

- Hallazgo CP-DOC-NC17-2020

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

- Hallazgo CP-DOC-NC18-2020

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

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

**Auditoría IDEAD:** Se tiene un (1) hallazgo abierto que viene de la vigencia 2021 con estado abierto y que, a la fecha del informe, continúa igual. Este hallazgo fue socializado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizado el 19 de diciembre de 2023 y se tomó la siguiente decisión:

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

“La asesora jurídica conversará con las asesoras externas para ver qué situación jurídica se recomienda para adelantar y poder finalizar el convenio, toda vez que ya se terminó el plazo de liquidación bilateral”.

El hallazgo y acción abierta y vencida es la siguiente:

- Hallazgo CP-DOC-NC7-2021  
Corrección: Gestionar con Unitolima la elaboración del Acta de Terminación y Cierre del Convenio

**Auditoría Facultades:** En la vigencia 2022, se realizó auditoría a las cinco (5) facultades de la Universidad de los Llanos, en la que se evidenciaron once (11) hallazgos. En el seguimiento realizado al primer semestre de la presente vigencia se cerraron ocho (8) y tres (3) continuaron abiertos. Como resultado del seguimiento realizado en el segundo semestre 2023 se tiene lo siguiente:

Tabla 8. Estado de hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
11	10	90,91%	1	9,09%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla 8, de los tres (3) hallazgos abiertos en el segundo semestre, se cerraron dos (2) y uno (1) continúa abierto, el cual pasa para la siguiente vigencia.

Tabla 9. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Facultades 2022</a>	48	43	89,58%	22	51,16%	28	65,12%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla anterior, de las cuarenta y ocho (48) acciones suscritas por el proceso se cerraron cuarenta y tres (43) y cinco (5) continúan abiertas. Se observa oportunidad en veintidós (22) y eficacia en veintiocho (28).

Tabla 10. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	5	10,42%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Las cinco acciones vencidas, son las siguientes:

- Hallazgo DOC22-10NCA  
 Corrección: Documentar las SNC identificadas en el IPA 2022, en el proceso de Docencia  
 Acción correctiva; Realizar la revisión y actualización de la guía para identificación y tratamiento de Salidas No Conformes (GU-GCL-02), en el apartado del proceso de Docencia.  
 Acción de mejora: Comunicar y sensibilizar a las partes interesadas, la guía para la identificación y tratamiento de Salidas No Conformes (GU-GCL-02) y el procedimiento para el control de las salidas no conformes (PD-GCL-06)  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

**Proceso de Proyección Social**

La oficina de Control Interno de Gestión, realizó auditoria en la vigencia 2022 al área de egresados, en la cual se derivaron seis (6) hallazgos. En el mes de junio de 2023, se realizó auditoría al proceso, en la que se revisó el plan de mejoramiento y se observó que no había cumplido con las acciones definidas para eliminar la causa que dio origen a los hallazgos, por lo tanto, se generó el hallazgo PSO23-03NCA.

Así las cosas, en el segundo semestre 2023 se realiza el seguimiento al plan de mejoramiento de la vigencia 2022 y el resultado es el siguiente:

Tabla 11. Estado de Hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
6	0	0,00%	6	100,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla, el proceso no tomo las medidas de control pertinentes para la revisión de los hallazgos y continua con los seis (6) hallazgos abiertos.

Tabla 12. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">PSO 2022</a>	29	2	6,90%	0	0,00%	1	50,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De las veintinueve (29) acciones definidas para los seis (6) hallazgos, se observó cumplimiento de dos (2), y eficacia en una (1).

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*


Tabla 13. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	27	93,10%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa, veintisiete (27) acciones están vencidas las cuales a continuación se describen:

- Hallazgo PSO22-01NCA  
 Acción correctiva: Revisar y solicitar la actualización del módulo de egresados en la herramienta SIAU que permita consolidar el número total de graduados  
 Acción correctiva: Revisar y actualizar el procedimiento establecido de acuerdo con las necesidades del proceso  
 Acción correctiva: Generar un informe semestral donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo PSO22-02NCA  
 Corrección: Realizar la entrega como meta del 17% de carnets pendientes del stock.  
 Acción correctiva: Proyectar la actualización del acto administrativo sobre la carnetización de egresados, y gestionar la revisión oportuna de la Oficina Jurídica  
 Acción correctiva: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo ante la instancia competente  
 Acción correctiva: Implementar las estrategias y mecanismos para la entrega oportuna mediante la carnetización digital  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo PSO22-03NCA  
 Acción correctiva: Revisar y actualizar el procedimiento establecido para la aplicación de encuestas a empleadores incluyendo los formatos requeridos en el proceso.  
 Acción correctiva: Generar un informe donde se cumplan con las condiciones mínimas establecidas en el procedimiento  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo PSO22-04NCA

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

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Acción correctiva: Identificar, analizar y valorar las situaciones críticas de acuerdo con los procedimientos y actividades claves del área de egresados y consignarlas en el mapa de riesgos del proceso.

Acción correctiva: Realizar el monitoreo y avance de los riesgos identificados

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

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

- Hallazgo PSO22-05NCA

Acción correctiva: Proyectar la actualización del acto administrativo "Por el cual se crea el Programa de Egresados de la Universidad de los Llanos", y gestionar la revisión oportuna de la Oficina Jurídica.

Acción correctiva: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo ante la instancia competente

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

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

- Hallazgo PSO22-06NCA

Acción correctiva: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo ante la instancia competente

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

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

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

### **Auditoria Bienestar Institucional**

En el presente informe, se traen hallazgos que el proceso tiene abiertos de las vigencias 2020, 2021 y 2022, que no se han logrado cerrar.

Vigencia 2020.


- Hallazgo CP-BIN-NC-008-2020

Acción correctiva: 1. Proyectar documentación requerida 2. Realizar gestión con las entidades pertinentes para la creación del club deportivo.

Vigencia 2021

- Hallazgo CP-BIN-NC4-2021

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

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 10 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Vigencia 2022

Se realizó auditoría al proceso en la que se evidenciaron diecisiete (17) hallazgos, de los cuales como resultado del seguimiento se han logrado cerrar nueve (9).

Tabla 14. Estado de hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
17	9	52,94%	8	47,06%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los diecisiete hallazgos, el proceso estableció veintiocho (28) acciones para eliminar las causas. En la siguiente tabla se muestran las ejecutadas, oportunidad y eficacia.

Tabla 15. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">BIN 2022</a>	28	17	60,71%	15	88,24%	14	82,35%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla 15, se ejecutaron diecisiete (17) acciones con una oportunidad de quince (15) y eficacia de catorce (14)


Tabla 16. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	11	39,29%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Las once (11) acciones que el proceso no ejecuto, se encuentran en estado vencidas. A continuación, se relacionan:

- Hallazgo CP-BIN-NC2-2022  
Acción correctiva: Aprobar mediante Acuerdo Superior la nueva política de bienestar
- Hallazgo CP-BIN-NC5-2022  
Acción correctiva: Realizar controles semestrales aleatorios (Verificación de existencia) a los bienes.
- Hallazgo CP-BIN-NC7-2022

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

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*


- Acción correctiva: Diseñar un mecanismo de aseguramiento de registros de los formatos FO-BIN-01 y FO-BIN-29 bajo modalidades no necesariamente presenciales.
- Hallazgo CP-BIN-NC10-2022  
Acción correctiva: Aprobar mediante Acuerdo Superior Modelo de Bienestar
- Hallazgo CP-BIN-NC11-2022  
Acción correctiva: 1. Actualizar el procedimiento PD-BIN-03 2. Solicitar al SIG nuevamente la actualización de los formatos de Desarrollo Humano y Permanencia  
Acción correctiva: 3.1.1 Ajustar el procedimiento PD-BIN-02 3.1.2. Solicitar al SIG el cargue de la nueva versión 3.2.1 Formalizar el protocolo para la atención de casos de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas" y "el protocolo y ruta para la prevención, orientación y manejo de personas en riesgo de suicidio" dentro del procedimiento PD BIN 03 3.2.2 El "plan de participación de los núcleos familiares de los estudiantes como red de apoyo para la permanencia y graduación" enviar la evidencia donde se acordó eliminar esta propuesta de la ficha bpuni 2020 3.2.3. Con el ajuste al procedimiento PD BIN .03 la observación El "programa de adaptación a la vida universitaria" quedará formalizado
- Hallazgo CP-BIN-NC12-2022  
Acción correctiva: Citar a reunión al comité de permanencia conforme al Acuerdo N° 05 del 2016
- Hallazgo CP-BIN-NC15-2022  
Acción correctiva: Buscar una reunión conjunta con el área jurídica, la contratista, la dirección de bienestar y la coordinación de salud para la búsqueda del método de contratación adecuado, y/o el ajuste de las actividades contractuales.  
Acción correctiva: Realizar los ajustes en la contratación de acuerdo con los resultados de esta reunión con jurídica.
- CP-BIN-NC16-2022  
Acción correctiva: Solicitar una propuesta integral de acuerdo a los requerimientos, por parte de un proveedor de servicios biomédicos.  
Acción correctiva: Realizar la correcta contratación y supervisión de la ejecución de un manejo integral de los equipos biomédicos del área de salud de Bienestar Institucional Universitario.

### **Auditoría Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**

En la vigencia 2022 se practicó auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en la cual se evidenciaron treinta (30) hallazgos con ciento cincuenta y cuatro (164) acciones. Durante el primer semestre se realizó seguimiento y no se logró cerrar el plan. El proceso solicitó prórrogas para su cumplimiento, sin embargo, no se lograron cumplir, algunas por depender de terceros.

En el mes de noviembre en cumplimiento del plan de auditoría se realizó auditoría exclusivamente al plan de mejoramiento, en la que se logró cerrar ocho (8) hallazgos y dos (2) ya habían sido cerrados en el seguimiento, para un total de veinte (20) hallazgos abiertos.

Los veinte (20) hallazgos abiertos se cerraron con el informe de auditoría en la que se generaron dos (2) hallazgos por incumplimiento de la eficacia de las acciones e incumplimiento de los hallazgos.

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 12 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

### Auditoría Talento Humano

La auditoría al proceso de Gestión de Talento Humano, fue realizada en la vigencia 2022, evidenciando tres (3) hallazgos. De estos fue cerrado uno (1) en diciembre de 2022 y a la fecha del presente informe, dos (2) continúan abiertos y vencidos.

Tabla 17. Estado de hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
3	1	33,33%	2	66,67%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los tres (3) hallazgos el proceso definió doce (12) acciones para realizarlas en la vigencia 2022 y solicito prórroga para cumplirlas en la vigencia 2023. No obstante, en la siguiente tabla se muestran las ejecutadas, oportunidad y eficacia.

Tabla 18. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Talento Humano 2022</a>	12	6	50,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional


Como se observa en la tabla 18, de las doce (12) acciones se ejecutaron seis (6) con una oportunidad y eficacia de 0%.

Tabla 19. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	6	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

En la tabla se reflejan seis (6) acciones vencidas, las cuales a continuación se relacionan:

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 13 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

- Hallazgo GTH22-NCA01  
Acción correctiva: Socializar al personal involucrado en el Comité de Convivencia Laboral, respecto a las funciones que establece el Acuerdo Superior 012 de 2016.  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo GTH22-NCA02  
Acción correctiva: Solicitar acompañamiento a la Oficina de Archivo para la actualización de la rotulación de la documentación  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

### Auditoría proceso de Internacionalización

Este proceso fue auditado en la vigencia 2022, por la oficina de Control Interno de Gestión. Como resultado de la auditoría se evidenciaron diecisiete (17) hallazgos, para los cuales el proceso estableció cuarenta y seis (46) acciones. En el primer semestre de la presente vigencia, se cerraron cuatro (4) hallazgos y en el segundo semestre se cerraron tres (3), para un total de siete (7) hallazgos cerrados y diez (10) continúan abiertos y vencidos. Sobre estos hallazgos se informará a Rectoría y al proceso para tomar las acciones pertinentes.

Tabla 20. Acciones suscritas


Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
OIRI 2022	46	25	54,35%	10	40,00%	21	84,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional


De las cuarenta y seis (46) acciones se ejecutaron veinticinco (25), con una oportunidad en diez (10) y una eficacia de veintiuna (21).

Las veintiún (21) acciones restantes, se encuentran vencidas y a continuación se describen con su respectivo hallazgo:

- Hallazgo CP-GIT-NC03-2022  
Acción correctiva: Revisar y actualizar la caracterización, los procedimientos y formatos del proceso de acuerdo a los cambios de la normatividad interna y necesidades del contexto.  
Acción correctiva: Presentación de la caracterización, procedimientos y formatos actualizados al SIG para aprobación y publicación en la página Web
- Hallazgo CP-GIT-NC04-2022

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

CONTENIDO
<i><u>Nota:</u> Verificación y análisis de resultados.</i>
<p>Corrección: Realizar la reunión de preparación para movilidad con estudiantes y sus acudientes y socializar los compromisos establecidos en el Art. 5 del A.A. 014 de 2021.</p> <p>Acción correctiva: Incluir dentro de la matriz de movilidad el seguimiento de los compromisos de los estudiantes de movilidad académica.</p> <p>Acción correctiva: Implementar el seguimiento de los compromisos de los estudiantes de movilidad académica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC07-2022 Acción correctiva: Presentar ante Vice académica de manera trimestral los reportes de avance del proyecto</li> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC08-2022 Acción correctiva: Realizar seguimiento a los contratos de OIRI mediante la matriz de seguimiento de compromisos.</li> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC09-2022 Acción correctiva: Realizar seguimiento a las convocatorias mediante la matriz de seguimiento de compromisos. Acción correctiva: Presentar y enviar a la Vicerrectoría Académica el informe de convocatorias de forma semestral</li> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC10-2022 Acción correctiva: Presentación de la Resolución Rectoral de modificación Ficha BPUNI Acción correctiva: Establecer un cronograma de capacitaciones para administrativos (personal de planta) y/o contratistas que tengan relación con el proceso de internacionalización Acción correctiva: Realizar las capacitaciones programadas.</li> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC11-2022 Acción correctiva: Revisión del proceso Gestión de Internacionalización a la luz de la normatividad existente Acción correctiva: Actualizar el mapa de procesos, manual de calidad y caracterización del proceso de Gestión de Internacionalización, de acuerdo a las revisiones y análisis</li> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC14-2022 Acción correctiva: Incluir dentro de los estudios de oportunidad y conveniencia de los contratos del segundo semestre de 2022 las actividades 1.1 y 1.2 de la ficha BPUNI VIAC 18.</li> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC16-2022 Acción correctiva: Estructurar procedimiento para formular planes de internacionalización Acción correctiva: Enviar al SIG el procedimiento para su revisión, aprobación y publicación en el micrositio. Acción correctiva: Socializar a las partes interesadas el procedimiento para formular los planes de internacionalización.</li> <li>• Hallazgo CP-GIT-NC17-2022 Acción correctiva: Formular el Plan Institucional de Internacionalización a siete años. Acción correctiva: Gestionar la aprobación del Plan Institucional de Internacionalización. validación y aprobación del plan institucional de internacionalización Acción correctiva: Socializar a las partes interesadas los Planes Institucionales de Internacionalización.</li> </ul>

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 15 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

### Auditoría Proceso Gestión de TIC

La auditoría fue realizada en la vigencia 2022 por la oficina de Control Interno, en la que evidencio nueve (9) hallazgos. En el plan de mejoramiento suscrito por el proceso, definieron cuarenta y cuatro acciones.

Tabla 21. Estado de los hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
9	3	33,33%	6	66,67%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla veintiuno se han cerrado tres (3) hallazgos y seis (6) continúan abiertos de los cuales tres (3) están vencidos.

Tabla 22. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Gestión TIC</a>	44	24	54,55%	16	66,67%	22	91,67%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De las cuarenta y cuatro acciones suscritas, se ejecutaron veinticuatro con oportunidad en dieciséis (16) y eficacia de veintidós (22).


Tabla 23. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
2	4,55%	8	18,18%	10	22,73%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Las ocho (8) acciones que se reflejan vencidas, son las siguientes:

- Hallazgo GRT22-03NCB  
 Acción correctiva: Realizar el seguimiento y control a la documentación relacionada con el procedimiento de desarrollo de software  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 16 de 35

## CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

- Hallazgo GRT22-04NCA  
Acción correctiva: Revisar y aprobar el acto administrativo
- Hallazgo GRT22-05NCB  
Acción correctiva: Ajustar los planes de acuerdo con la estructura establecida en el procedimiento definido por el SIG.
- Hallazgo GRT22-07NCA  
Acción correctiva: Revisar y aprobar el acto administrativo  
Acción correctiva: Diseño de una herramienta para realizar el seguimiento y evaluación de las políticas.
- Hallazgo GRT22-08NCA  
Acción correctiva: Realizar una medición de uso de los diversos micro sitios

### **Proceso Gestión de apoyo a la Academia – Biblioteca**

En la auditoría practicada por Control Interno de Gestión en la vigencia 2021, se evidenciaron seis (6) hallazgos. En el plan de mejoramiento suscrito por el proceso, establecieron dieciocho (18) acciones. El plan de mejoramiento fue cerrado en su totalidad en el segundo seguimiento de la presente vigencia, en el que se evidenció oportunidad y eficacia en dieciséis (16) acciones.

### **Proceso Gestión de apoyo a la Academia – Sistema de Laboratorios**

Auditoría practicada en la vigencia 2022, evidenciando siete (7) hallazgos de los cuales tres (3) continúan abiertos.

Tabla 24. Estado de los hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
7	4	57,14%	3	42,86%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Para los siete (7) hallazgos el proceso suscribió treinta y tres (33) acciones. En los seguimientos realizados a los soportes cargados en las carpetas DRIVE, se han cerrado veintidós (22) con una oportunidad y eficacia del 0%.

A continuación, se relaciona el estado de las acciones:

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Tabla 25. Estado de acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
1	3,03%	9	27,27%	1	3,03%	0	0,00%	0	0,00%


Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Las acciones vencidas, se relacionan seguidamente:

- Hallazgo GAA22-03NCB  
Corrección: Revisar y actualizar los documentos de los laboratorios que se encuentran estandarizados en la página del SIG y documentos proyectados por parte de los coordinadores de cada laboratorio a fin de ajustarlos al quehacer actual.
- Hallazgo GAA22-04NCB  
Acción correctiva: Realizar por parte de la coordinación de cada laboratorio dos revisiones semestrales garantizando la veracidad de la información reportada en el formato.  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
Acción correctiva: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo GAA22-06NCA  
Corrección: Impartir capacitación de organización de archivos conforme a la Tabla de Retención Documental TRD a todos los laboratorios  
Acción correctiva: Organizar y archivar adecuadamente los documentos definidos en la tabla de retención documental por parte de cada coordinador de laboratorios.  
Acción correctiva: Realizar por parte de la oficina de archivo un seguimiento semestral para la verificación de la organización y conservación documental conforme a los procedimientos establecidos.  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y subir las evidencias en la carpeta compartida  
Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

### **Auditoría Gestión de Apoyo a la Academia – Centro de Calidad de Aguas**

Auditoría realizada en la vigencia 2022, en la que se derivaron nueve (9) hallazgos. En el plan de mejoramiento, el proceso definió treinta (30) acciones. Como resultado del seguimiento al segundo semestre de 2023, el plan de mejoramiento fue cerrado en su totalidad.

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 18 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

### AUDITORIAS INTERNAS VIGENCIA 2023

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprobó mediante acta 7 del 20 de diciembre de 2022 el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2023, en el que se establecieron once (11) auditorías internas de gestión y seis (6) de calidad. Posteriormente en acta 01 del 20 de abril de 2023 se incluye la auditoría de Calidad al Centro de Idiomas y en acta No 6 del 15 de noviembre de 2023 se incluye la auditoría al Centro de Calidad de Aguas proceso de Gestión de Apoyo a la Academia. En conclusión, fueron aprobadas diecinueve auditorías para la vigencia 2023.

#### Auditoría Sistemas de Gestión de Calidad y Ambiental - Gestión

La auditoría a los sistemas de gestión fue ejecutada en los meses de enero y febrero de la presente vigencia. En el ejercicio de la auditoría se evidenciaron ocho (8) hallazgos y como resultado del seguimiento realizado a los soportes cargados por el proceso en las carpetas creadas en DRIVE, se cerraron dos (2) y seis (6) continúan abiertos. En la siguiente tabla se muestra el resultado:

Tabla 26. Estado de hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
8	2	25,00%	6	75,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Tabla 27. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Calidad y Ambiental 2023</a>	50	16	32,00%	4	25,00%	9	56,25%


Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De las cincuenta (50) acciones suscritas por el proceso para los hallazgos evidenciados en la auditoría, se ejecutaron dieciséis (16), con una oportunidad en cuatro (4) y eficacia de cinco (5).

Tabla 28. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	24	48,00%	3	6,00%	6	12,00%	1	2,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional


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

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Como se observa en la tabla 28, el proceso finaliza la vigencia con veinticuatro acciones vencidas las cuales se relacionan a continuación:

- Hallazgo GCL23-02NCB  
Acción correctiva. Actualizar la matriz de gestión de las salidas de la revisión por la dirección
- Hallazgo GCL23-03NCA  
Acción correctiva: Actualizar el procedimiento para el control de salidas no conformes  
Acción correctiva: Actualizar el formato para reporte y tratamiento de las salidas no conformes  
Acción correctiva: Actualizar la guía dentro del formato para reporte y tratamiento de SNC  
Acción correctiva: Realizar la divulgación a las partes intervinientes en el procedimiento sobre la actualización del mismo  
Acción correctiva: Realizar el monitoreo a las salidas no conformes reportadas por los procesos misionales  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
Acción correctiva: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo GCL23-05NCA  
Acción correctiva: Actualizar el Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA  
Acción correctiva: Actualizar los documentos: programa de uso eficiente y ahorro del agua, programa de residuos vegetales campus Barcelona, programa de gestión integral de residuos sólidos, programa de uso eficiente y ahorro de papel, programa de uso eficiente y ahorro de energía  
Acción correctiva; Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo GCL23-07NCB  
Corrección. Actualizar el listado maestro de documentos del Sistema Integrado de Gestión  
Acción correctiva. Proyectar la actualización del acto administrativo que reglamenta el Sistema Integrado de Gestión, y gestionar la revisión oportuna de la Oficina Jurídica  
Acción correctiva: Gestionar la revisión y aprobación del acto administrativo  
Acción correctiva: Solicitar la actualización de la Tabla de Retención Documental de la Oficina de Planeación (Series, Subseries y Tipos Documentales) para el Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Gestión Ambiental  
Acción correctiva: Actualizar el manual del sistema integrado de gestión  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo GCL23-08NCA  
Corrección. Realizar correcta disposición de los escombros encontrados.

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 20 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Acción correctiva: Realizar una sensibilización a los supervisores y contratistas de obra, sobre la importancia de la disposición de escombros

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

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

### Auditoría Docencia – Centro de Idiomas - Gestión

En la auditoría realizada en el mes de abril de 2023, se derivaron diez (10) hallazgos y como resultado del seguimiento realizado se cerraron tres (3), como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 29. Estado de hallazgos

Cantidad de hallazgos	Cerrado		Abierto	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
10	3	30,00%	7	70,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Tabla 30. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Centro de Idiomas (Gestión) 2023</a>	54	30	55,56%	26	86,67%	30	100,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional


Se suscribieron cincuenta y cuatro (54) acciones para los hallazgos, se cerraron treinta (30), con una oportunidad de veintiséis (26) y eficacia de treinta (30).

Tabla 31. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	18	33,33%	6	11,11%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla 31, se tienen dieciocho (18) acciones vencidas las cuales se relacionan a continuación.

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 21 de 35

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

- Hallazgo DOC23-01NCB  
 Acción correctiva: Incluir en ficha técnica del indicador un campo para registrar el monitoreo de indicadores por parte del proceso de gestión de la calidad  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.
- Hallazgo DOC23-02NCA  
 Acción correctiva. Realizar el monitoreo de la matriz de riesgos del Centro de Idiomas.  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo DOC23-03NCA  
 Corrección: Cerrar las acciones vencidas en el Plan de Mejoramiento CELAC 2021.  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo DOC23-06NCA  
 Acción correctiva: Realizar asesoría al centro de idiomas para la articulación de la plataforma estratégica del centro de idiomas a los planes estratégicos de la Universidad.  
 Acción correctiva: Documentar matriz de planeación y seguimiento a los objetivos estratégicos del centro de idiomas.  
 Acción correctiva: Realizar monitoreo al cumplimiento de los objetivos estratégicos del centro de idiomas.  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas
- Hallazgo DOC23-09NCA  
 Acción correctiva: Capacitar al responsable de la ficha BPUNI sobre al procedimiento de formulación y seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión.  
 Acción correctiva: Solicitar al Banco de proyectos la verificación de la información que el centro de idiomas haya cargado en el drive de la Ficha BPUNI.  
 Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción de mejora: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas

**Auditoría Docencia – Centro de Idiomas - Calidad**

La auditoría fue realizada por Planeación – SIG en los meses de mayo y junio de 2023, en la que se derivaron diez (10) no conformidades. En el seguimiento realizado a la evidencia de avance y/o

### CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

cumplimiento en las carpetas en DRIVE, no se cerraron hallazgos, por consiguiente, pasan abiertos para la siguiente vigencia realizar el respectivo seguimiento.

Para los diez hallazgos, el proceso estableció cincuenta y ocho (58) acciones correctivas y de mejora las cuales en la siguiente tabla se muestra el resultado:

Tabla 32. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Centro de Idiomas (Calidad) 2023</a>	58	11	18,97%	8	72,73%	8	72,73%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El proceso planteo cincuenta y ocho (58) acciones, de las cuales se ejecutaron once (11). Se observó oportunidad y eficacia en ocho (8).

Tabla 33. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	5	8,62%	42	72,41%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Se observa que a la fecha de informe el proceso pasa con cinco (5) acciones vencidas, las cuales se relacionan a continuación:

- Hallazgo DOC23-12NCA  
Acción correctiva: Documentar una metodología para evaluar los cursos ofertados por el Centro de Idiomas, de acuerdo a los requisitos normativos aplicables
- Hallazgo DOC23-15NCB  
Acción correctiva: Realizar seguimiento a los objetivos de calidad del Centro de Idiomas
- Hallazgo DOC23-17NCB  
Acción correctiva: Formular un plan de comunicaciones para el Centro de Idiomas
- Hallazgo DOC23-19NCA  
Acción correctiva: Actualizar el manual de calidad en lo referente al Centro de Idiomas, teniendo en cuenta todos los requisitos aplicables
- Hallazgo DOC23-20NCB  
Acción correctiva: Actualizar el manual de calidad definiendo las autoridades frente a la revisión por la dirección del Sistema de Gestión del Centro de Idiomas

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

### Auditoría Docencia – Creación de Programas - Gestión

La auditoría fue realizada en el mes de junio de la presente vigencia, como resultado se derivaron cuatro (4) hallazgos y su estado son abiertos.

El proceso definió veintitrés (23) acciones para eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos evidenciados, las cuales a continuación se muestran:

Tabla 34. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Creación de Programas 2023</a>	23	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa, no se ejecutaron acciones por parte del proceso


Tabla 35. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	17	73,91%	6	26,09%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El proceso estableció acciones para ser ejecutadas durante el segundo semestre de 2023, sin embargo, en el seguimiento realizado a las carpetas creadas en DRIVE plan de mejoramiento del proceso, no se observó cumplimiento, por lo tanto, se arrojan diecisiete (17) acciones vencidas, las cuales seguidamente se relacionan:

- Hallazgo DOC23-21NCA  
Corrección: Actualizar el procedimiento para la creación de programas académicos teniendo en cuenta la operatividad de la Universidad, responsables y los plazos de cumplimiento.  
Acción de mejora: Realizar seguimiento al cronograma establecido para la construcción de condiciones de calidad del nuevo programa académico
- Hallazgo DOC23-22NCA  
Acción correctiva: Actualizar la matriz institucional de riesgos de gestión y de corrupción vigente  
Acción correctiva: Diseñar e implementar una herramienta de control para la trazabilidad de la creación de programas

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 24 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Acción correctiva: Generar un informe con las acciones de contingencia debido a la materialización del riesgo con los programas que presentan demoras en el diseño y aprobación.  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida.

Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas

- Hallazgo DOC23-23NCB

Acción correctiva: Ajustar el formato FO-DIE-08 con el propósito de incluir la gestión de los riesgos asociados al proyecto

Acción de mejora: Enviar comunicación por parte de la Responsable del proyecto dirigida al proponente, con el propósito de solicitar que se realice el diligenciamiento de los formatos inherentes al seguimiento, dispuestos por la Oficina Asesora de Planeación desde área de Banco de Proyectos.

Acción correctiva: Realizar el cargue de los formatos inherentes al seguimiento del proyecto de inversión que se encuentran pendientes.

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

Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas

- Hallazgo DOC23-24NCA

Acción correctiva: Realizar reunión para definir la documentación preliminar que debe ser archivada en medio físico y/o digital y los responsables de su gestión

Acción correctiva: Desarrollar una reunión con los participantes del proceso para brindar las orientaciones, con relación al manejo de la documentación relacionada con propuestas de nuevos programas académicos.

Acción correctiva: Solicitar a la Oficina de archivo y correspondencia la revisión y actualización de las TRD de la vicerrectoría académica de acuerdo al contexto actual

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


Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas

### **Auditoría Docencia – Facultad de Ciencias Económicas – Calidad**

La auditoría a la Facultad fue realizada en el mes de septiembre por el proceso de planeación - SIG, en la que se evidenciaron dos (2) No conformidades. El proceso estableció cuatro (4) acciones de mejora y cinco (5) acciones correctivas para un total de nueve (9) acciones.

### **Auditoria Proceso de Investigaciones – Calidad**

Planeación - SIG realizó auditoria al proceso en el mes de octubre, en la que no se detectaron hallazgos. Se evidenciaron ocho (8) fortalezas y cinco (5) oportunidades de mejora.

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 25 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

### Auditoría Proceso de Proyección Social - Gestión

En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías, en el mes de junio de la presente vigencia se realizó auditoría a Proyección Social, en la que se evidenciaron cuatro (4) hallazgos. Se realizó el respectivo seguimiento en el segundo semestre y su estado son abiertos.

Para eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, el proceso definió veintitrés (23) acciones, las cuales se muestra su estado en la siguiente tabla:

Tabla 36. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">PSO 2023</a>	23	3	13,04%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Como se observa en la tabla, se evidencia cumplimiento en tres (3) acciones y 0% en oportunidad y eficacia.


Tabla 37. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	16	69,57%	4	17,39%	0	0,00%	0	0,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

A corte del presente informe, se observó que el proceso no cargó los soportes de cumplimiento de las acciones definidas y su estado son vencidas. A continuación, se relacionan:

- Hallazgo PSO23-01NCB  
 Acción correctiva: Reunión presencial o virtual para realizar la revisión por parte del SIG de la propuesta de indicadores presentada por la Dirección General de Proyección Social  
 Acción correctiva: Modificación de los indicadores  
 Acción de mejora: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida  
 Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas
- Hallazgo PSO23-02NCA  
 Acción correctiva: Actualización del procedimiento PD-PSO-06 Procedimiento para la presentación, aprobación y ejecución de proyectos de extensión y sus formatos de soportes.  
 Acción correctiva: Socialización del procedimiento PD-PSO-06 Procedimiento para la presentación, aprobación y ejecución de proyectos de extensión y sus respectivos formatos

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 26 de 35

## CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

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

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

Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas

- Hallazgo PSO23-03NCA

Acción correctiva: Cumplir con la totalidad de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento derivado de la auditoría practicada en la vigencia 2022, específicamente las No Conformidades PSO22-01NCA, PSO22-02NCA, PSO22-03NCA, PSO22-04NCA.

Acción correctiva: Realizar tres (3) reuniones con los profesionales de apoyo de la Dirección General de proyección Social para seguimiento del Plan de Mejoramiento derivado de las auditorías internas practicadas al proceso de Proyección Social

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

Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas

- Hallazgo PSO23-04NCA

Acción de mejora: Informar al área de Archivo las inconsistencias de la tabla de retención documental que han asignado, presentando una propuesta de series y subseries para la Dirección General de Proyección Social

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

Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas

### Auditoría Proceso de Gestión Jurídica – Gestión

En el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2023, se planeó ejecutar auditoría al proceso en el mes de marzo, la cual fue realizada por Control Interno de Gestión y se evidenciaron siete (7) hallazgos. Como resultado del seguimiento y revisión de los soportes cargados en cada una de las carpetas creadas en DRIVE y que cumplieran con lo descrito en las acciones, se cerraron los hallazgos.


Para cada uno de los hallazgos se definieron en total treinta y cinco (35) acciones, para las cuales el proceso realizó lo pertinente para su cierre.

Tabla 38. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
JUR 2023	35	35	100,00%	23	65.71%	24	68.57%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Se observa una oportunidad en veintitrés (23) acciones y eficacia en veinticuatro (24)

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 27 de 35

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

**Auditoría Proceso de Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – Gestión.**

En el mes de noviembre de 2023 se realizó la respectiva auditoria planeada en el plan anual de auditoria, en la que se derivaron dos (2) hallazgos por incumplimiento en los hallazgos e ineficacia de las acciones. El proceso no suscribió el plan de mejoramiento, el cual queda pendiente para la vigencia 2024.

**Auditoría Gestión de Talento Humano – Asuntos Docentes – Gestión**

La auditoría al área de Asuntos Docentes fue programa en al plan anual de auditoria para ejecutarse en el mes de octubre, la cual fue realizada por la oficina de Control Interno de Gestión, en la que se evidenciaron cuatro (4) hallazgos. En el plan de mejoramiento suscrito por el proceso, se plantearon diecinueve (19) acciones para desarrollarse en la vigencia 2024.

**Auditoria Gestión de Internacionalización – Calidad**

En el plan anual de auditoria se programó la auditoría para realizarse en el mes de noviembre de 2023, por la oficina de Planeación, la cual fue ejecutada y se evidencio un (1) hallazgo, para el que se suscribió plan de mejoramiento con siete (7) acciones correctivas para ejecutarse en la vigencia 2024.

**Auditoría Gestión Documental - Gestión**


El proceso fue auditado en el mes de julio, en la cual se derivaron siete (7) hallazgos. Se suscribió el respectivo plan de mejoramiento con el proceso en la que establecieron cuarenta (40) acciones para desarrollarse en la vigencia 2024.

**Auditoria Gestión de Bienes y Servicios – Servicios Generales – Calidad**

En virtud del plan anual de auditoria, fue realizada en el mes de junio por el proceso de Planeación – SIG. Se derivaron seis (6) hallazgos. En el plan de mejoramiento suscrito por el proceso, definieron cuarenta y ocho (48) acciones.

De las cuarenta y ocho (48) acciones propuestas, definieron tres (3) para ejecutarse al 15 de diciembre de 2023, las cuales se relacionan a continuación:

- Hallazgo GBS23-03NCB  
Acción correctiva: Determinar las necesidades de personal para atender las solicitudes de las dependencias de todos los campus de la Universidad  
Acción correctiva: Efectuar el monitoreo y verificación de las acciones formuladas, y cargar las evidencias en la carpeta compartida
- Hallazgo GBS23-04NCB

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023	<b>Página:</b> 28 de 35

## CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

Acción correctiva: Determinar las necesidades de personal para atender las solicitudes de las dependencias de todos los campus de la Universidad

### **Auditoría Gestión de Apoyo a la Academia – Cantero Clínico Veterinario - Gestión**

Audito aprobada y ejecutada en el mes de septiembre de la presente vigencia por Control Interno de Gestión. Se evidenciaron siete (7) hallazgos. El proceso suscribió plan de mejoramiento en el que estableció treinta y seis (36) acciones.

Tabla 39. Estado de las acciones

Acciones en proceso		Acciones vencidas		Acciones pendiente		Acciones prórroga 1		Acciones prórroga 2	
Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	0,00%	5	13,89%	31	86,11%	0	0,00%	0	0,00%


Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El proceso definió fechas para los primeros días del mes de diciembre, para lo cual se observa que cinco (5) acciones están vencidas. A continuación, se describen:

- Hallazgo GAA23-07NCB  
Acción correctiva: Realizar envío de la información del sistema de inventarios al terminar cada semestre por vía electrónica desde la regencia en farmacia al profesional de apoyo administrativo del Centro Clínico Veterinario. Solicitar la gestión de la contratación con la facultad de personal para el centro clínico veterinario con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos del monitoreo permanente de factores ambientales en área de farmacia.
- Hallazgo GAA23-12NCA  
Acción correctiva: Solicitar la compra de una planta eléctrica exclusivamente para el Centro Clínico Veterinario
- Hallazgo GAA23-13NCA  
Acción de mejora: Presentar los informes en los tiempos establecidos al Fondo rotatorio de estupefacientes a través de correo electrónico  
Acción correctiva: Presentar la totalidad de los informes a los Fondos Rotatorios de Estupefacientes. Solicitar reunión con la directora del fondo rotatorio de estupefacientes de la sede de Villavicencio, para realizar acuerdo de entrega de informes según sus requerimientos  
Acción correctiva: Asignar en el contrato del personal de apoyo designado, la actividad de control en la entrega oportuna de los informes a los respectivos Fondos Rotatorios de Estupefacientes.

### **Auditoría Gestión de Apoyo a la Academia - Granja – Gestión**

Auditoría practicada en el mes de agosto 2023, evidenciando seis (6) hallazgos. En el plan de mejoramiento suscrito se plantearon cuarenta y un (41) acciones.

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

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

De las cuarenta y un acciones, al cierre de la vigencia 2023, se evidencian tres (3) vencidas, las cuales se describen:

- Hallazgo GAA23-01NCB  
Acción correctiva: implementación virtual del formato FO-GAA-81. Relación mensual ventas de productos de la Granja de la Universidad de los Llanos.
- Hallazgo GAA 23-04 NCA  
Corrección: Establecer una herramienta de seguimiento en formato Excel, codificado y con fórmulas correspondientes que permitan el registro de ventas por producto, el análisis comparativo del inventario productivo con las ventas y genere gráficos o tablas dinámicas para resumir la información, además, incluir celda con la serie y método de los recibos de pago efectuados en la oficina de Tesorería, PSE, o recibos auxiliares de caja.
- Hallazgo GAA 23-05 NCA  
Acción correctiva: Implementar el aplicativo del SIAU creado por la Oficina de Sistemas para pagos online mediante la plataforma PSE, en donde se registre la información de usuarios, producto, cantidad, unidad de medida, valor unitario, valor total.

### **Auditoria Gestión de Apoyo a la Academia – Laboratorios – Calidad**

Programada y ejecutada en los meses de agosto y septiembre 2023, por Planeación – Calidad. Se evidenciaron dos (2) hallazgos. Se suscribió plan de mejoramiento en el cual se identificaron nueve (9) acciones para ser ejecutadas en la vigencia 2024.

### **Auditoría Evaluación Control y Seguimiento – Calidad**


Fue realizada en el mes de noviembre por Planeación – SIG, en el que se identificaron tres (3) hallazgos. En el plan de mejoramiento suscrito por el proceso, definieron catorce (14) acciones para ser ejecutadas en la vigencia 2024.

### **Auditoría Autoevaluación Institucional – Gestión**


En el plan de auditoria, fue aprobada para realizarse en el mes de mayo de la presente vigencia. La oficina de Control Interno de Gestión, desarrollo la respectiva auditoría en la que no se evidenciaron hallazgos.

### **Auditorias Entes de Control y certificadores**

### **Contraloría Departamental del Meta**

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

CONTENIDO
<i><u>Nota:</u> Verificación y análisis de resultados.</i>
<p>El Ente de Control realizó auditoría a la Universidad de los Llanos en el segundo semestre de 2022, donde se evidenciaron 3 hallazgos, para los cuales se suscribió plan de mejoramiento en el mes de enero de la vigencia 2023.</p> <p>En la información reportada a la Entidad en el primer semestre de 2023, se cerraron dos (2) hallazgos y uno quedó abierto. En el seguimiento realizado en el segundo semestre se logró cerrar este hallazgo, dando así cumplimiento al 100% del Plan de mejoramiento.</p> <p><b>Contraloría General de la República – CGR</b></p> <p>El ente de control realizó auditoría en el primer semestre de 2022 en el que evidencio diez (10) hallazgos. Se suscribió plan de mejoramiento en el mes de junio de 2022, en el que se plantearon quince (15) acciones de mejora. El 19 de enero 2023 se hizo reporte a SIRECI, informando el cierre de 7 hallazgos. El 19 de julio de 2023, se realizó el reporte de avance, informando que se cerró 1 hallazgo. Así las cosas, al primer semestre se cerraron ocho (8) hallazgos.</p> <p>En el seguimiento efectuado en el segundo semestre, no se logró cerrar el hallazgo No 2, el cual se relaciona a continuación:</p> <p>“Recaudos por Identificar. En los E.F., a 32/12/2021 la Unillanos en la cuenta 2407 Recursos a favor de terceros, la partida más significativa corresponde a la subcuenta 240720 Recaudos por clasificar que refleja un saldo de \$96.375.132 y pertenece a consignaciones que a la fecha no han sido identificados sus beneficiarios y no se conoce su destinación”.</p> <p>La acción de mejora planteada fue la siguiente:</p> <p>Elaboración de un procedimiento para el tratamiento contable de los ingresos de difícil identificación por parte de Contabilidad y Tesorería.</p> <p>La actividad definida para la acción fue:</p> <p>Presentar en Comité de Sostenibilidad Contable un procedimiento para el tratamiento contable de las consignaciones de difícil identificación y la relación de los ingresos de difícil identificación vigencia 2022.</p> <p>En virtud de la acción y la actividad descrita en el plan de mejoramiento, el proceso actualizó el procedimiento en versión 03 de fecha 09/12/2022, en el que incluyo la siguiente condición general: “Coordinar con las diferentes dependencias de la Universidad la identificación de los ingresos que su recaudo no fue realizado a través de factura - recibo SIAU (Código de Barras). Esta relación de ingresos por identificar se debe enviar mensualmente a las dependencias y sus correos institucionales”.</p> <p>En consecuencia, de lo anterior, el hallazgo continúa abierto, hasta que el procedimiento describa claramente el tratamiento de las consignaciones.</p>

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 31 de 35

## CONTENIDO

Nota: Verificación y análisis de resultados.

El hallazgo No 3, vence en el mes de junio de 2024. Por lo tanto, a la fecha del presente informe, quedan dos hallazgos abiertos con el ente de control.

### **Auditoría Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC - 2022**

El Ente Certificador realizó auditoría en la vigencia 2022 en la cual evidencio ocho (8) no conformidades. En el plan de mejoramiento suscrito, los procesos definieron cuarenta y ocho (48) acciones para ser desarrolladas en el segundo semestre 2022 y vigencia 2023, sin embargo, no se logró evidenciar el cumplimiento al 100% del plan de mejoramiento.

Así las cosas, se continua con la No conformidad No 2 abierta, la cual es la siguiente:

“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. Requisito: 14001: 8.1”

Las acciones que no se cumplieron y que su estado es vencido, se describen a continuación:

Acción correctiva: Realizar inspecciones asociadas al etiquetado y trasvase de sustancias químicas a todo el personal de aseo de manera bimestral

Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas

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


### **Auditoría Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC – 2023**

En la vigencia 2023 se recibió visita del respectivo ente en la que como resultado del ejercicio se evidenciaron dos (2) no conformidades, para las cuales se suscribió el plan de mejoramiento con diez (10) acciones.

Tabla 40. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">ICONTEC - 2023</a>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 32 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

En el seguimiento realizado a los soportes cargados en las carpetas relacionadas a las no conformidades, no se logró evidenciar cumplimiento en la totalidad de las acciones. Por lo tanto, nueve (9) acciones se reportan en estado vencidas y una (1) en estado pendiente. A continuación, se describen cada una:

- Hallazgo 1**  
 Corrección: Realizar calibración de los medidores de agua con una entidad competente  
 Acción correctiva: Incluir en el procedimiento de contratación una condición general que especifique que cuando la Universidad adquiera equipos de medición o contrate servicios de calibración o verificación, los certificados de calibración sean emitidos por un organismo acreditado.  
 Acción correctiva: Implementar el procedimiento actualizado.  
 Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas  
 Acción correctiva: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.
- Hallazgo 2**  
 Corrección: Realizar la disposición final del material ubicado en la zona de puntos de acopio  
 Acción correctiva: Adecuar un espacio para el almacenamiento de los elementos dados de baja.  
 Acción correctiva: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas  
 Acción correctiva: Formular acciones de mejora en caso de que no hayan sido eficaces las acciones planificadas.

### **Auditoría Centro Latinoamericano de Certificación – CELAC 2021**


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

Tabla 41. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">CELAC-2021</a>	20	17	85,00%	7	41,18%	7	41,18%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

El plan de mejoramiento reporta diecisiete (17) acciones ejecutadas de las veinte (20) programadas por los procesos, con una oportunidad y eficacia en siete (7) acciones. Tres (3) acciones reportan un estado de vencidas:

	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE CUMPLIMIENTO</b>		
	<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 01	<b>Fecha de aprobación:</b> 12/05/2023
			<b>Página:</b> 33 de 35

## CONTENIDO

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

- Hallazgo 3.
  - Realizar monitoreo a los indicadores de gestión de los procesos, para asegurar que se lleve a cabo el diligenciamiento oportuno de los mismos.
  - Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas. Verificar la eficacia de las acciones implementadas.

### Auditoría Centro Latinoamericano de Certificación – CELAC 2023

En el primer semestre de 2023, el Centro de Idiomas recibió auditoría del Ente Certificador, en la que arrojó como resultado de dos (2) No conformidades, de las cuales una continúa abierta. El Centro suscribió el plan de mejoramiento, en el que definieron catorce (14) acciones para eliminar las causas que dieron origen a las No conformidades.

Tabla 42: Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">CELAC - 2023</a>	14	12	85,71%	5	41,67%	6	50,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

De las catorce (14) acciones se observan ejecutadas doce (12), con una oportunidad en cinco (5) y eficacia de seis (6)

Dos acciones no fueron ejecutadas y se reportan como vencidas:

- Hallazgo 1
  - Revisar el procedimiento de acciones correctivas para asignar los responsables del manejo del Centro de Idiomas
  - Hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas.

### Auditoría del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM 2022

En la auditoría realizada en el mes de agosto por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, se evidenciaron 10 hallazgos.

En el seguimiento realizado en el primer semestre de 2023, se cerraron siete (7) hallazgos. Durante el segundo semestre se cerraron dos (2) hallazgos, para un total de nueve (9) hallazgos cerrados. Uno (1) continúa abierto para realizar seguimiento en la siguiente vigencia.

En el plan de mejoramiento fueron definidas por el Centro de Calidad de Aguas doce (12) acciones. De estas se cerraron once (11) y una (1) continúa abierta y vencida.

**CONTENIDO**

*Nota: Verificación y análisis de resultados.*

Tabla 43. Acciones suscritas

Proceso	Cantidad de acciones	Acciones ejecutadas		Oportunidad		Eficacia	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<a href="#">Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - IDEAM</a>	12	11	91,67%	9	81,82%	11	100,00%

Fuente: Plan de Mejoramiento Institucional

Se evidenció oportunidad en nueve (9) acciones y eficacia en once (11)

La acción vencida es la siguiente:

- Hallazgo 3  
4. Registrar el seguimiento de las comprobaciones intermedias en el formato de Excel creado para tal fin.

**Auditoría Ministerio de Educación Nacional**

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


Para el hallazgo se estableció la siguiente acción: "Revisar cada convenio en que proceso va, así mismo solicitar acta de liquidación - Certificación de cuentas bancarias canceladas"

Este hallazgo continúa abierto y vencido, hasta lograr cancelar las cuentas de convenios evidenciadas por el MEN.

**OPORTUNIDADES DE MEJORA**

*Nota: Estas recomendaciones pueden suscribir plan de mejoramiento.*

1. Revisar cada una de las acciones planteadas para los hallazgos evidenciados en las auditorías internas y externas por cada líder de proceso con el profesional asignado para realizar el monitoreo al plan de mejoramiento, con el fin de verificar su cumplimiento y cargar la evidencia pertinente en cada una de las carpetas de Google Drive
2. Realizar por parte del líder del proceso y profesional responsable, un monitoreo permanente al plan de mejoramiento.
3. Formular acciones que sean eficaces y eliminen las causas que dan origen a los hallazgos.

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

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA

*Nota: Estas recomendaciones pueden suscribir plan de mejoramiento.*

#### CONCLUSIONES

*Nota: Deben dar respuesta de manera estricta al objetivo del trabajo.*

Como resultado del seguimiento realizado al plan de mejoramiento institucional, se concluye que los líderes de proceso, no están tomando las medidas de control necesarias para revisar los planes suscritos derivados de las auditorías practicadas por la Oficina de Control Interno de Gestión, Sistema Integrado de Gestión – Calidad, por los Entes de Control y certificadores, toda vez, que en varios procesos se evidencian hallazgos y acciones vencidas de vigencias anteriores y de las practicadas en la presente vigencia.

Los procesos de auditoria son importantes, porque ayudan a conocer el estado actual de cada uno de los procesos, para determinar la eficiencia y eficacia de la implementación de sus controles, con el fin de tomar a tiempo las acciones necesarias para el cumplimiento de objetivos y metas propuestas.

Dar la importancia necesaria y suficiente a los planes de mejoramiento derivados de las diferentes auditorías, en procura de evitar sanciones por parte de los entes de control y certificadores.

#### ANEXOS

<https://sig.unillanos.edu.co/index.php/sistema-de-gestion/plan-de-mejoramiento>

ORIGINAL FIRMADO

---

Elaborado por:  
Ana Zorayda Riaño Bernal  
Profesional de Apoyo

ORIGINAL FIRMADO

---

Revisado y aprobado por:  
Zulith Andrea Romero Martin  
Asesora Control Interno de Gestión (E)