UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

NIT 892.000757-3

INFORME DE SEGUIMIENTO

INFORME DE PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL A 19 DE DICIEMBRE 2018

ANA ZORAYDA RIAÑO BERNAL

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
OFICINA DE CONTROL INTERNO Y SEGUIMIENTO
VILLAVICENCIO
19 DE DICIEMBRE 2018

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
NIT 892.000757-3

INFORME DE SEGUIMIENTO

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO: Verificar el cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora establecidas para eliminar la causa que le dio origen a la No Conformidad y Observación, derivadas de las auditorías internas y externas realizadas por los funcionarios de la Oficina de Control Interno con apoyo de funcionarios de otras dependencias y de los entes de control.

METODOLOGIA DEL SEGUIMIENTO: Se elaboró el acta con las No Conformidades y observaciones de cada proceso institucional, se realiza visita en sitio y se verifica cada uno con la evidencia correspondiente.

MARCO NORMATIVO:

- Ley 87 de 1993 "por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

OBSERVACIONES.

El Plan de Mejoramiento Institucional 2018, contiene hallazgos, No Conformidades y observaciones correspondientes a las vigencias 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018, derivados de auditorías internas y externas (Contraloría General y Departamental).

A la Fecha de cierre 19 de diciembre 2018, se finaliza con 105 No Conformidades de las cuales se cerraron 67 y 38 continúan abiertas. Así mismo se establecieron 18 observaciones con cierre de 15 y 4 siguen abiertas. Total 123.

Cuadro General 2018 No Conformidades y Observaciones

Tabla No 1

Plan de Mejoramiento 2018			
		Abiertas	**Cerradas**
No Conformidades	105	38	67
Observaciones	18	3	15
Total	123	41	82

Así mismo, se evidenciaron 121 acciones correctivas, se cerraron 76 y 45 siguen abiertas. De igual manera se suscribieron 18 acciones de mejora, se cerraron 15 y 3 pasan abiertas para la siguiente vigencia. Total 139.

Cuadro General acciones correctivas y acciones de mejora

Tabla No 2

Plan de Mejoramiento 2018			
		Abiertas	**Cerradas**
Acciones Correctivas	121	45	76
Acciones de Mejora	18	3	15
Total	139	48	91

INFORME DE SEGUIMIENTO

A continuación se hace descripción de los hallazgos, No Conformidades y Observaciones que vienen de vigencias anteriores y que a la fecha del presente informe, no se han cerrado.

AÑO 2014.
En el Plan de Mejoramiento 2018, se traen dos (2) hallazgos que no se cerraron en las vigencias anteriores. El primero corresponde a un hallazgo de la Contraloría General de la República con una acción de mejora y una actividad, que aún no se ha podido cerrar, porque depende de un tercero. Sin embargo este tema está en socialización y discusión en la triestamentaria conformada por estudiantes, administrativos, docentes y sindicatos, el hallazgo es el siguiente:

HALLAZGO CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
HALLAZGO 15 03 001: Vinculación de personal docente y administrativo. La planta de personal docente de carrera de la universidad de los Llanos ocupa aproximadamente un 15% del total de los profesores, cifra que resulta sustancialmente inferior frente a un 85% que corresponde a los profesores ocasionales y catedráticos vinculados durante este periodo. Se evidencio la vinculación mediante Resolución Rectoral por periodos inferiores a un año, de profesores ocasionales de tiempo completo, con renovación sucesiva de contratos y en cuyo objeto se establece el cumplimiento de funciones misionales (docencia, investigación, proyección social) en programas permanentes de la universidad y no transitorios como lo establece la Ley. Igual situación se estableció con los profesores catedráticos vinculados por periodos académicos. Falta de gestión oportuna por parte de la universidad de los Llanos, en la realización de las convocatorias y la provisión definitiva y permanente de los cargos docentes de tiempo completo. En cuanto a los estudios de reforma de la estructura orgánica y planta de cargos, la universidad de los Llanos, hasta el 19 de noviembre de 2013 mediante resolución rectoral No 4284 conformo el equipo técnico para elaborar el estudio de reforma de estructura orgánica y planta de cargos; así mismo el consejo superior, no ha establecido la política de relevo generacional.

Acción Correctiva: Adelantar actividades para consolidar propuesta de nueva estructura organizacional de la Universidad de los Llanos.
Actividad: Presentar y gestionar ante el Consejo Superior la nueva propuesta de rediseño organizacional de la Universidad de los Llanos. Hallazgo vencido el 30/10/2018.

El hallazgo 2 que corresponde a una auditoría interna proceso de docencia Facultad de Ciencias Económicas, se realizó la gestión y se logró cerrar.

Tabla No 3
Año 2014

Auditoría	Entidad/Proceso	Hallazgo/N.C	Abierto	Cerrado	Acciones Correctivas	Abierta	Cerrada
Externa	C.G.R.	1	1		1	1	
Interna	Docencia	1		1	1		1
Total		2	1	1	2	1	1

INFORME DE SEGUIMIENTO

AÑO 2015

Se pasan seis (6) hallazgos al plan de mejoramiento 2018. De estos se cerraron cuatro (4) y dos (2) continúan abiertos y pasan para la vigencia 2019. Los hallazgos abiertos son los siguientes:

Proceso de bienestar institucional
Hallazgo BIN004H: No se asignó el debido porcentaje de descuento socioeconómico
Acción de Correctiva: Presentar ante las instancias pertinentes propuesta de modificación a la normatividad que regula el proceso de descuento socioeconómico.
Actividad: Presentar la propuesta de modificación a los cuerpos colegiados pertinentes, el hallazgo venció el 01/09/2018. Este tema está en discusión de la triestamentaria.

Hallazgo BIN006H: No se evidenció la política de bienestar institucional
Acción Correctiva: Construcción de la política de Bienestar Institucional
Actividad 1: Presentación de la Política de Bienestar ante el Consejo de Bienestar, fecha de vencimiento 09/09/2018.
Actividad 2: Presentar la propuesta de política a los cuerpos colegiados pertinentes, fecha de vencimiento 20/09/2018.

Tabla No 4
Año 2015

Auditoría	Entidad/Proceso	Hallazgo/N. C	Abierto	Cerrado	Acciones Correctivas	Abierta	Cerrada
Interna	Docencia (Posgrados-Admisiones)	2	0	2	2	0	2
Interna	Bienestar Instit.	2	2	0	2	2	0
Interna	Investigación	1	0	1	1	0	1
Interna	Docencia (Básicas)	1	0	1	1	0	1
Total		6	2	4	6	2	4

AÑO 2016

Pasaron dos (2) hallazgos abiertos y dos (2) acciones correctivas para el 2018 del proceso de Docencia (Responsabilidades Académicas), los cuales en los seguimientos realizados por la oficina de control interno de gestión, se evidenció que se cumplió con las acciones correctivas establecidas para eliminar la causa. Los hallazgos fueron cerrados.

AÑO 2017

En el plan de mejoramiento 2018, se pasaron cuarenta y cinco (45) hallazgos cuyas fechas para corregir las deficiencias era el 2018. Se cerraron cuarenta (40) y cinco (5) pasan para el 2019, los que continúan abiertos son los siguientes:

INFORME DE SEGUIMIENTO

Proceso gestión de apoyo a la academia
Laboratorios:
Hallazgo PD-GAA-H172017: Los laboratorios no cuentan con la documentación de sus políticas, programas, procedimientos e instructivos para asegurar la calidad de los resultados.

Acción Correctiva: Documentar los procedimientos e instructivos necesarios para el funcionamiento de los laboratorios.
Actividad: 1. Elaborar la matriz de requisitos legales externa e interna para el funcionamiento de los laboratorios. 2. Elaborar el manual de procedimientos e instructivos para asegurar la calidad de los resultados.

Hallazgo PD-GAA-H202017: Los Laboratorios desconocen el proceso de compras, por lo cual solicitan mediante correo electrónico los reactivos indicando las características. Los laboratorios de investigación lo realizan a través de DGI.

Acción Correctiva: Generar espacios de sensibilización acerca de los procedimientos dispuestos para compras de reactivos, insumos y dispositivos de laboratorios.
Actividad: Realizar capacitación donde se dé a conocer las actividades asociadas a la adquisición de insumos, reactivos y dispositivos.

Hallazgo PD-GAA-H262017: Los laboratorios de histopatología, microbiología animal, laboratorio clínico, centro de calidad de agua, ecología acuática no cuentan con áreas separadas para la realización actividades incompatibles.

Acción Correctiva: Solicitar a la oficina de Planeación el diagnostico de las instalaciones de los laboratorios.
Actividad: 1. Solicitud de diagnóstico con base a las necesidades técnicas de cada uno de los laboratorios. 2. Diagnóstico de las instalaciones según las necesidades.

Hallazgo PD-GAA-H272017: Los laboratorios biología, química, Microbiología y fitopatología, suelos, Microbiología animal controlan el acceso porque han realizado adecuaciones y aquellas que no han sido intervenidas no son eficientes en relación con el numeral.
Para este hallazgo la acción correctiva y actividad son las mismas que para el hallazgo anterior.

Hallazgo PD-GAA-H322017: No existe evidencia de los protocolos para el transporte y almacenamiento de equipos ni el registro de las calibraciones realizadas.
Acción de mejora y actividad, las mismas que en el hallazgo anterior.

Los hallazgos de la auditoría realizada a laboratorios, estaban vencidos y se prorrogo para el 29 de marzo 2019.

Proceso gestión de calidad: Pasa con un hallazgo abierto con fecha de vencimiento 02 de septiembre 2019.

INFORME DE SEGUIMIENTO

Tabla No 5
Año 2017

Auditoría	Entidad/Proceso	Hallazgo/ N.C	Abierto	Cerrado	Acciones Correctivas	Abierta	Cerrada
Interna	Gestión de Apoyo a la Academia (Clínica Veterinaria)	2	0	2	3	0	3
Interna	Bienestar Instituc.	1	0	1	1	0	1
Interna	Gestión de Apoyo a la Academia (Ayudas Educativas)	1		1	2		2
Interna	Gestión de la Calidad	2	1	1	3	1	2
Interna	Gestión de Tic	2		2	2		2
Interna	Gestión de Apoyo a la Academia (Laboratorios)	20	5	15	20	5	15
Interna	Gestión Financiera	5	0	5	5	0	5
Interna	Jurídica	8	0	8	8	0	8
Interna	Gestión de Bienes y servicios (Servicios Generales)	4	0	4	4	0	4
Total		45	6	39	48	6	42

AÑO 2018

En las auditorías realizadas durante el año 2018, se evidenciaron cincuenta (50) No Conformidades de las cuales se cerraron 23 N.C y 27 pasan abiertas para el Plan de Mejoramiento 2019. Para estas No Conformidades se establecieron 63 acciones correctivas, se cerraron 29 y 34 quedan abiertas. Las fechas de vencimiento de estas acciones correctivas estas planteadas para el 31 de diciembre 2018 y año 2019.

De las No Conformidades que pasan para el Plan de Mejoramiento, las siguientes están vencidas:

Proceso Gestión de Bienes y Servicios (Vicerrectoría de Recursos)
Hallazgo 19: En los contratos 1870, 1906 y 1824 de 2016 se observó que la Universidad de los Llanos no está realizando la publicación en el SECOP de acuerdo a lo dispuesto en el manual de contratación, artículo 4 de la Resolución Rectoral No 2558 de 2015: "A partir del 18 de septiembre de 2014 la UNIVERSIDAD publicará desde la minuta del contrato y todos aquellos documentos que modifique las condiciones iniciales desde el contrato hasta su liquidación en la página del SECOP". Por tanto, se presume la vulneración del principio de Publicidad de que trata el artículo 209 de la Constitución Política, Ley 1712 de 2014 y Decreto 103 de 2015
Acción Correctiva: Modificar la Resolución Rectoral 2079 de 2014 y 2558 de 2015 conforme a la autonomía universitaria para publicar la información de contratos de la Universidad de los Llanos que superen la mínima cuantía. Fecha de inicio el 01 de febrero al 31 de marzo 2018.

INFORME DE SEGUIMIENTO

Proceso Bienestar Institucional

No Conformidad PD-BIN-NC4-2018: Al revisar el inventario de elementos de bienestar comprados a través de las fichas BPUNI vigencias 2015 a 2017, no se encuentran soportes que evidencien la trazabilidad de los siguientes elementos: una guitarra de línea, 10 balones de fútbol número 3 marca molten, 82 uniformes para deportistas juegos ASCUN 2015, 190 uniformes ASCUN 2017, 18 pares de tenis danza urbana, 17 gorras danza urbana, 20 cotizas criollas vigencia 2017.

Acción Correctiva: Revisión, actualización y sistematización del Inventario a cargo de la oficina de Bienestar Institucional. Fecha de inicio el 23 de abril al 30 de noviembre 2018.

Proceso Direccionamiento Estratégico

No Conformidad PD-DIE-NC2-2018: De los 11 procedimientos del proceso, se tomó una muestra aleatoria de dos y se observó lo siguiente: Procedimiento PD-DIE-07 Direccionamiento, monitoreo y evaluación políticas Institucionales, no se está ejecutando en el 100% de sus actividades. PD-DIE-04 Procedimiento de Planeación del Desarrollo de la Estructura Física, se tienen establecidas 8 actividades, de las cuales se cumple la actividad No 1.

Acción Correctiva: Revisar el marco normativo vigente y los componentes del proceso de Direccionamiento Estratégico. Actualizar los procedimientos. Fecha de inicio el 15 de junio al 15 de diciembre 2018.

Proceso Gestión de TIC

Observación PD-GRT-OBS3-2018: Al revisar el mapa de riesgos de la vigencia 2017, se evidencia entre las acciones establecidas para controlar el riesgo número 1, no se elaboró la capacitación y no se ha aprobado la política de seguridad a través de acto administrativo.

Acción de mejora: Actualizar la resolución rectoral 1740 de 2015 con los nuevos lineamientos de la utilización de los recursos informáticos. Con la asesoría de la Facultad de ciencias Básicas e Ingeniería se está realizando la actualización de la política de seguridad, realizar la capacitación a todos los funcionarios. Fecha de inicio 10 de agosto al 14 de diciembre 2018.

INFORME DE SEGUIMIENTO

Tabla No 6
Año 2018

Auditoría	Entidad/Proceso	Hallazgo /N.C	Abierto	Cerrado	Acciones Correctivas	Abierta	Cerrada
Interna	Comunicaciones	3	1	2	3	1	2
Externa	C.D. (Direccionamiento Estratégico)	15	14	1	25	21	4
Externa	C.D. (Gestión de Bienes y Servicios)	6	5	1	6	5	1
Interna	Bienestar Institucional	5	1	4	5	1	4
Interna	Docencia (Comisiones de Estudio)	5	1	4	5	1	4
Interna	Proyección Social	4	0	4	4	0	4
Interna	Internacionalización	2	0	2	5	0	5
Interna	Direccionamiento Estratégico	3	1	2	3	1	2
Interna	Gestión de Bienes y Servicios (Almacén)	1	1	0	1	1	0
Interna	Gestión de Talento Humano	1	1	0	1	1	0
Interna	Gestión de TIC	3	0	3	3	0	3
Interna	Autoevaluación Inst.	2	2	0	2	2	0
Total		**50**	**27**	**23**	**63**	**34**	**29**

Dieciocho (18) observaciones, 15 se cerraron y 3 continúan abiertas. 18 acciones de mejora 15 cerradas y 3 abiertas.

Tabla No 7
Año 2018

Auditoría	Entidad/Proceso	Observaciones	Abierto	Cerrado	Acciones de Mejora	Abierta	Cerrada
Interna	Docencia (Comisiones de Estudio)	1		1	1		1
Interna	Internacionalización	3	0	3	3	0	3
Interna	Direccionamiento Estratégico	4	0	4	4	0	4
Interna	Gestión de Bienes y Servicios (Almacén)	2	2	0	2	2	0
Interna	Gestión de Talento Humano	5	0	5	5	0	5
Interna	Gestión de TIC	3	1	2	3	1	2
Total		**18**	**3**	**15**	**18**	**3**	**15**

INFORME DE SEGUIMIENTO

CONCLUSIONES.

Como resultado del seguimiento de la oficina de Control Interno de Gestión y gran compromiso de los líderes de los procesos auditados, se logró avanzar significativamente en la gestión para dar cumplimiento a las acciones correctivas y de mejora. Sin embargo es importante seguir inculcando a todos los funcionarios la responsabilidad de los planes de mejoramiento y continuar en el mejoramiento continuo de los procesos.

Pasan para el Plan de Mejoramiento 2019 las siguientes:

38 No Conformidades abiertas con 45 acciones correctivas
3 observaciones abiertas con 3 acciones de mejora.

ANEXOS. Plan de Mejoramiento 7 folios.

Firmas:

RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO