Fecha: 23 de septiembre 2020
Proceso / Área / Actividad auditada: Bienestar Institucional
Criterios de auditoría: Caracterización y procedimientos del proceso de Bienestar Institucional, NTC ISO 9001:2015, MECI y normatividad interna y externa, las cuales hacen parte del proceso.
Responsable del proceso: Jefe de Bienestar Institucional
Nombre del auditado: Juan Carlos Peña Tijo
Nombre de auditor líder y auditores de apoyo: Auditor líder Ana Zorayda Riaño Bernal - Auditor de apoyo Nathalia Rozo.
Nombre del asesor de control interno: Eliana Andrea Vaca Rojas

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN EN SITIO		REUNIÓN DE CIERRE		
Día: 08	Mes: 09	Año: 2020	Desde: 08/09/2020 DD/MM/AAAA	Hasta: 18/09/2020 DD/MM/AAAA	Día: 23	Mes: 09	Año: 2020

OBJETIVO
Verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en la caracterización del proceso, procedimientos y el cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable.

ALCANCE
Comprende todas las actividades relacionadas en la caracterización, procedimientos y lineamientos relacionados con el proceso de bienestar institucional, de la vigencia 2019 y primer semestre 2020.

FORTALEZAS
1. El talento humano que labora en el proceso de Bienestar, mostró disposición durante la ejecución de la auditoría; en la contestación de las preguntas realizadas y en el reporte de la información requerida, de acuerdo a las responsabilidades asignadas por el proceso.

RELACIÓN DE HALLAZGOS			
CÓDIGO DEL HALLAZGO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN / EVIDENCIA / CRITERIO	NOMBRE DE LOS AUDITORES
CP-BIN-NC-001-2020	No Conformidad	En la caracterización del proceso CP-BIN-01 versión 05 en el planear se tiene establecido identificar las necesidades de la comunidad universitaria por cada área del BIU mediante un informe de necesidades. Revisada la documentación reportada por el proceso, no se evidenció el informe correspondiente al primer semestre 2019 y al verificar el informe del segundo semestre las fechas no eran coherentes con el corte en mención, incumpliendo lo establecido en la caracterización del proceso e información	Ana Zorayda Riaño Bernal-Nathalia Rozo

		documentada según el numeral 7.5.1 literal b de la norma NTC ISO 9001.2015.	
CP-BIN-NC-002-2020	No Conformidad	Revisados los informes de gestión de la vigencia 2019, se evidencio que el proceso, no especifica el porcentaje de cumplimiento respecto al Plan de Acción del proceso, así mismo no se tienen en cuenta las metas establecidas en los objetivos específicos para realizar un comparativo de una vigencia a la otra. No se especifica el presupuesto ejecutado por cada área y las razones del porque no se cumplio al 100% con lo establecido en el Plan de Acción. Lo anterior incumple con lo establecido en el numeral 8.5.2 Identificación y Trazabilidad de la norma NTC ISO 9001:2015.	Ana Zorayda Riaño Bernal- Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-003-2020	No Conformidad	En la revisión realizada a los informes técnicos de supervisión de los Convenios No 065 de 2018 firmados entre la Cooperativa Especializada de Ahorro y Crédito de la Orinoquia “COORINOQUIA” por valor de $103.579.907, Convenio No 073 de 2018 firmado entre CONGENTE por valor de $236.655.086, Convenio No 053 de 2018 firmado entre CONFECOOP por un valor de $2.289.810 y Convenio No 074 de 2018 firmado entre COUNILLANOS por un valor de $32.057.569 y la Universidad de los Llanos, se evidencio un informe técnico anual por cada convenio, sin embargo no se evidenciaron los informes trimestrales sobre el avance presupuestal y físico de los convenios, incumpliendo lo establecido en la Resolución Rectoral 1833 del 2014 en su numeral 3.15 “Por medio del cual se adopta el régimen de obligaciones y responsabilidades para el ejercicio de la supervisión e interventoría de los contratos y convenios suscritos por la Universidad de los Llanos”. Así mismo no se reportaron las Resoluciones Académicas donde se evidencie el listado de los estudiantes que fueron beneficiados con estos recursos, Resoluciones de asignación de supervisión que permitan la trazabilidad de los convenios. Por lo anterior se incumple con el numeral 8.5.2 Identificación y trazabilidad de la norma NTC ISO 9001:2015 y la Resolución Rectoral mencionada.	Ana Zorayda Riaño Bernal- Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-004-2020	No Conformidad	En la revisión realizada a los tres (3) indicadores de gestión del Proceso de Bienestar Institucional, se observó que para la vigencia 2019 y primer semestre 2020, no fueron medidos ni analizados, ver Anexo 1. Indicadores de Gestión. Lo anterior demuestra que no se están tomando las medidas de control ni el seguimiento, para alimentar los indicadores de acuerdo a la periodicidad establecida en cada uno, ver en el presente informe VERIFICACIÓN DE	Ana Zorayda Riaño Bernal- Nathalia Rozo

		INDICADORES. Por lo anterior se incumple con el numeral 9.1.3 Análisis y Evaluación de la norma NTC ISO 9001:2015.	
CP-BIN-NC-005-2020	No Conformidad	Realizada la visita al almacén del proceso de Bienestar Institucional se evidenció que la infraestructura no se encuentra en las condiciones adecuadas para el almacenamiento y conservación de los elementos deportivos y culturales para la prestación del servicio. Lo anterior genera un incumplimiento al numeral 7.1.3 Infraestructura de la norma NTC ISO 9001:2015.	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-006-2020	No conformidad	El proceso de Bienestar Institucional, no tiene un control adecuado y efectivo del sistema de inventario para devolutivos por falta de conectividad, lo que conlleva a que no se tenga un dato real de los elementos bajo responsabilidad del proceso. Se evidenciaron carnets de estudiantes con préstamos de elementos de Bienestar que no han sido reclamados, generando incertidumbre si el elemento fue devuelto o no. Por lo anterior se incumple con el numeral 8.5.1 Control de la Producción y Provisión del Servicio en su literal c, de la norma NTC ISO 9001:2015.	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-007-2020	No Conformidad	En la revisión realizada al Plan de Mejoramiento Institucional, suscrito con el Ministerio de Educación Nacional y el derivado de la auditoría interna realizada de la vigencia 2018, a la Observación y No conformidad abiertas, se evidenció que el proceso no tomó las medidas de control pertinentes para darle cumplimiento a las acciones de mejora y correctivas en los tiempos establecidos para realizarlas; ver en el presente informe VERIFICACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES. Lo anterior incumple con el numeral 10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA de la norma NTC ISO 9001: 2015.	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-008-2020	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría se verificó la Ley 181 de 1995 especialmente en su artículo 20 donde establece lo siguiente: *"Las instituciones de educación superior públicas y privadas, conformarán clubes deportivos de acuerdo con sus características y recursos, para garantizar a sus educandos la iniciación y continuidad en el aprendizaje y desarrollo deportivos, contribuir a la práctica ordenada del deporte, y apoyar la formación de los más destacados para el deporte competitivo y de alto rendimiento. Estos clubes podrán tener el respaldo de la personería jurídica de la respectiva institución de educación superior".* Dado lo anterior, se verificó con el proceso y se evidenció que en la Universidad de los Llanos, no se ha conformado un	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo

		club deportivo hasta la fecha, generando incumplimiento de lo establecido en la Ley.	
CP-BIN-NC-009-2020	No Conformidad	Revisadas las actas número 001 del 09/08/2019, acta 002 del 27/11/2019, acta 001 13/02/2020, acta 002 12/03/2020, acta 003 del 06/05/2020, acta 004 15/05/2020 y acta 005 del 24/06/2020 del consejo de Bienestar Institucional, se evidenció que no fueron firmadas por todos los miembros del consejo, incumpliendo con lo establecido en el manual de correspondencia y archivo MN-GDO-01 en su numeral 5.2.3.2 elaboración de actas.	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-010-2020	No Conformidad	En el acuerdo 025 del 07 de octubre del 2002 “Por el cual se crea el Sistema de Bienestar Institucional de la Universidad de los Llanos, en su artículo noveno: de la dirección de bienestar en su literal j establece presentar un informe de gestión semestral al Consejo de Bienestar Institucional. Se evidenció que el proceso elaboró los informes correspondientes al primero y segundo semestre de la vigencia 2019, sin embargo no se observó la presentación de los informes al Consejo de Bienestar Institucional, incumpliendo lo establecido en el acuerdo.	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-011-2020	No Conformidad	En el Acuerdo 05 del 2002 “Por medio del cual se modifica el artículo 17 del Acuerdo 060 de diciembre 14 de 1999 y se reglamentan las funciones del Comité de Trabajo Social” en su artículo primero literal e, y Acuerdo Superior 08 del 2020 en su artículo 12 literal d: se establece la conformación del Comité de Trabajo Social: dos estudiantes delegados por el Consejo Superior estudiantil CSE, nombrados por períodos de un (1) año. Se evidenció correo electrónico del 14 de junio 2019, enviado desde Bienestar Institucional al correo del Consejo Estudiantil solicitando los delegados al Comité, obteniendo respuesta el 14 de junio delegando a Paula Andrea Riveros Quevedo y Andres Felipe Cerquera Pacheco. De lo anterior, no se evidenció delegación posterior al 14 de junio del 2020 de los estudiantes, además revisada el acta número 001 del 10 de agosto del 2020 sigue figurando Felipe Cerquera como delegado del Consejo Estudiantil. Así mismo, revisada el acta número 003 del 18 de febrero del 2020, aparece como delegado de los estudiantes Leonardo Mendoza en reemplazo de Paula Riveros, incumpliendo lo establecido en el Acuerdo mencionado.	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo
CP-BIN-NC-012-2020	No Conformidad	En el Acuerdo 05 del 2002 “Por medio del cual se modifica el artículo 17 del Acuerdo 060 de diciembre 14 de 1999 y se reglamentan las funciones del Comité	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo

		de Trabajo Social" en su artículo décimo primero; establece la presentación de informe semestral a la Rectoría, a través de su presidente. No se evidenció informe del Comité de Trabajo Social ni el reporte a la Rectoría de la Universidad, de la vigencia 2019. Por lo anterior se incumple lo descrito en el Acuerdo en mención.	
CP-BIN-NC-013-2020	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría se tomó una muestra aleatoria de beneficiarios para descuentos socioeconómicos, así: 2019-1: Angie Nicol Sánchez, Juan A. Suarez, Paulin Llanos, Emily Acevedo, Angie Silva (Madres y padres cabeza de hogar), Natali López, Javier Rojas, Jeyner Urrutia, Luis Mosquera, Marcela Rosas (desplazados), Erick Melo, Joseph Mora (discapacitados) Alercio Castillo, Huber Arango, Natalia Castañeda (indigenas), Brandon Ambula, Andres Felipe Bedoya (Afro). 2019-2; Alejandro Rodriguez, Cara Gonzalez, Leydy Gonzalez, Lina Patricia Henao, Paula Moreno (conyugues), Fernando Alvares, Cristian Armenta, Yeimy Bata, John Camargo, Karen Cristiano (Hermanos), Maira Valentina Aguilar, Brayan Olivero, Miguel Guerrero,Michel Vanesa Cardenas, Nicolas Tirano (individual). No se logró hacer una confrontación de la información reportada en base de datos Vs el archivo físico, porque no se cuenta con un archivo debidamente organizado en sus respectivas carpetas, rotuladas y foliadas. Así mismo, al verificar los documentos de solicitudes de avances para las áreas de Bienestar, se dificultó la revisión porque no se encontraban archivados en la carpeta. De igual manera se evidenciaron oficios con un mismo número consecutivo y errores en fechas, situación que no permitió identificar y ubicar de manera fácil y rápida la información para su respectivo control, verificación y consulta, incumpliendo la ley general de archivo 594 del 2000, artículo 4, y el Manual de correspondencia y archivo MN-GDO-01 en sus numerales 5.4.1.1, 5.4.1.2,5.4.1.3 y 5.4.1.4.	Ana Zorayda Riaño Bernal – Nathalia Rozo

VERIFICACIÓN DE INDICADORES
INDICADOR No 1: Relación entre el presupuesto ejecutado y cobertura de la población objeto. **1.1 Artístico cultural** **1.2 Desarrollo Humano** **1.3 Promoción socioeconómica** **1.4 Recreación y Deporte** **1.5 Salud** última medición 30-12-2018

Frecuencia de medición semestral
No evidencia medición y análisis. Relojes en 0

INDICADOR No. 2: Satisfacción de los usuarios de servicios de bienestar institucional.
No de capacitaciones realizadas 5 Vs No de capacitaciones planificadas en el PIC 82
Aparece fecha de la última medición 30-04-2019, sin embargo en el comportamiento del indicador aparece medición del I semestre 2018.
Frecuencia de medición semestral
Reloj marca 6.10. Medición 3.00

INDICADOR No 3: Cobertura de los servicios de bienestar institucional universitario
4.1 Ausentismo global
4.2 Personas ausentes
4.3 Por-enfermedades comunes
4.4 Por enfermedades laborales
Relojes en 0.00
última medición 30-12-2018
Frecuencia de Medición: semestral
No coinciden los relojes con lo establecido
3.1 Estudiantes de pregrado
3.2 Estudiantes de posgrado
3.3. Docentes
3.4 Personal administrativo

Se debe revisar y replantear el indicador No 3, puesto que no es coherente lo planteado. Por consiguiente los indicadores del Proceso de Bienestar Institucional no fueron eficaces.

VERIFICACIÓN AL MAPA RIESGOS

Nota: El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoría la eficacia de las acciones establecidas en el mapa de riesgos.
Nota: La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción asociada al control.

Se revisa el mapa de riesgos de la vigencia 2019, en el cumplimiento de las acciones establecidas, para controlar cada uno de los riesgos identificados por el proceso.

RIESGO 1. Asignación indebida de descuentos socioeconómicos a estudiantes
Acción de mejora o de control propuesta:

1. Seleccionar la muestra de estudiantes que serán sometidos al proceso de visita domiciliaria y realizar procedimiento de verificación de acuerdo a los criterios aprobados por el Comité de Trabajo Social.
2. Socializar con la comunidad estudiantil información relevante al proceso de solicitud de descuentos socioeconómicos (normativa, requisitos, procedimientos, sanciones).

OBSERVACIONES: No reportó avance en las periodicidades establecidas.

EFICAZ Si ___ No _X__ ¿Por qué? El proceso no sube la gestión realizada para las acciones de mejora planteadas, para realizar el seguimiento,

Se revisa el mapa de riesgos del primer semestre 2020, en el cumplimiento de las acciones establecidas, para controlar cada uno de los riesgos identificados por el proceso.

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

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

Acción de mejora o de control propuesta:

Actualizar el procedimiento de recepción y custodia de expedientes de descuento.

OBSERVACIONES: No se plantearon indicadores de eficacia y efectividad en la matriz del riesgo. Así mismo como evidencia colocan planillas e informes que no es coherente con lo descrito en la acción propuesta.

EFICAZ Si ___ No _X__ ¿Por qué? No es coherente la acción con lo realizado

RIESGO 2. Inexactitud intencionada de la información
CAUSAS DEL RIESGO: falsificar o alterar documentos e información de base de datos
Acción de mejora o de control propuesta: Actualizar bases de datos para control veraz y efectivo
Evidencia. Planillas e informes.
OBSERVACIONES: No se plantearon indicadores de eficacia y efectividad
Su próxima medición está para el 30 de agosto 2020.

EFICAZ Si _X__ No ___ ¿Por qué? Se realizó la acción en la periodicidad establecida

VERIFICACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES

Nota: El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoría la eficacia de las acciones correctivas que reporten cumplimiento en el plan de mejoramiento asociado al proceso.
Nota: La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción correctiva y/o mejora

Durante el proceso de planeación y auditoría en sitio se realizó la revisión del plan de mejoramiento suscrito de vigencias anteriores.

OBSERVACIÓN 22 MEN: Bienestar para el año lectivo 2016, se pudo verificar que existe una ejecución acorde con los planteamientos fijados en el presupuesto asignado y conforme la normatividad pertinente lo exige, es así como su ejecución presenta un 97,88% del total del presupuesto asignado, sin embargo, para el primer semestre de 2017 se presentó tan sólo una ejecución del 26.65%, es decir de los $1.322 millones asignados en el presupuesto tan solo se tenia ejecutado $352 millones.

Acción de mejora: Cumplir lo establecido en el Plan de Acción y cronograma de actividades del proceso Bienestar Institucional
Actividades: 1. Coordinar con las áreas internas o externas el cumplimiento de las actividades programadas
2. Hacer seguimiento al plan de acción y al cronograma de actividades de bienestar institucional para corroborar la ejecución correcta del presupuesto asignado. Mediante un acta de seguimiento**.VENCIDA EL 31/12/2019.**

Estado: Abierta

El proceso reportó informes, sin embargo definió como producto final un acta de seguimiento y no fue reportada.
EFICAZ Si ___ No _X__ ¿Por qué? No se cumplio en el tiempo establecido por el proceso
AUDITORÍA INTERNA: NO CONFORMIDAD CP-BIN-NC2-2019: No se evidencia control y seguimiento por parte de los que intervienen en la ejecución de los proyectos de Bienestar Institucional teniendo en cuenta que una vez revisadas las fichas BPUNI BU 02 2010 2017, BU 06 2010 2017, BU 04 2010 2017, BU 05 2010 2017 y BU 03 2010 2017 se encontraron los siguientes casos: avance por desplazamiento por valor $7'335.108 pesos, realizado el 27/11/2018 al centro de costos del área de salud; apoyo económico para el pago de semestre de doctorado por valor de $4'394.486 pesos, realizado el 17/07/2018 al centro de costos del área de desarrollo humano; avance por desplazamiento por valor de $585.554 pesos realizado el 11/05/2018 al centro de costos de arte y cultura, lo anterior puede conllevar a que exista un riesgo de incumplimiento en la ejecución de los recursos de acuerdo con las actividades planteadas y aprobadas en cada proyecto. **Acción correctiva:** Realizar acciones conjuntas entre varios procesos de la Universidad para mejorar los controles y el seguimiento en los procesos de ejecución de los recursos financieros **Actividad 2:**Realizar seguimiento bimensual de la ejecución de las fichas BPUNI de Bienestar Institucional y consignar en los informes pertinentes los gastos que no correspondan a las actividades planeadas en las fichas BPUNI del proceso, mediante Solicitud bimensual a la División Financiera de la ejecución pasiva de las Fichas BPUNI a cargo de Bienestar Institucional. **VENCIDA 23/12/2019.** **ESTADO: Abierta**
EFICAZ Si ___ No _X__ ¿Por qué? No se cumplió dentro de los tiempos establecidos.

ASPECTOS POR MEJORAR
1. Seguimiento periodico al manejo del archivo documental por parte de la coordinación del área socioeconómica, de tal modo que esté disponible en el momento en que se requiera. 2. Es importante realizar el monitoreo y diligenciamiento de la matriz del mapa de riesgos institucional por parte del procedimiento, en la periodicidad establecida, para evitar incumplimiento de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital Versión 4. 2018". 3. En el plan de acción, informes de gestión del líder del proceso, e informes presentados por los coordinadores de las áreas, se hace necesario realizar la revisión exhaustiva de la información incluida en los documentos, para así evitar incoherencias. Si bien es cierto no se tiene un formato de informes establecido, los informes que se proyecten deben contener los aspectos necesarios para dar a conocer la gestión realizada. Ejemplo, componente técnico y financiero. 4. Revisar la caracterización del proceso y realizar los ajustes pertinentes en la normatividad vigente que le aplica al proceso y actividades del ciclo PHVA. 5. Cualquier información solicitada por el equipo auditor, que no se presente durante la auditoría, puede generar una No Conformidad, por eso la importancia de mantener el archivo físico y digital actualizado y disponible.

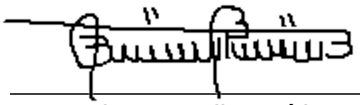
CONCLUSIONES

1. El objeto y criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría.

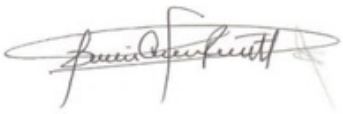
2. El resultado del informe de auditoría establece trece (13) No Conformidades, y cinco (05) Aspectos por Mejorar.

3. El líder del proceso debe comprometerse en la formulación, ejecución y cumplimiento del plan de mejoramiento con el objetivo de eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos y las acciones implementadas sean eficaces para que no se vuelvan a presentar.

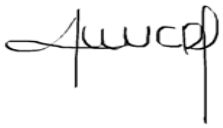
ANEXOS
Anexo 1. Indicadores de Gestión



Firma Auditor Líder



Firma del Auditado



Firma Asesor de Control Interno de Gestión