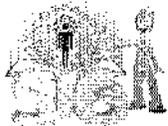


	EVALUACION INDEPENDIENTE	F- EI- 05 Código
		02 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA	08/08/2013 Fecha
		1 de 13 Página

Informe N°: 1		Fecha: Febrero 13 de 2015	
Proceso (s) Auditado (s)			
Fecha de inicio	01 septiembre de 2014	Fecha de cierre	05 de diciembre de 2014
Auditor Líder	Helber Alexander Roper Contreras		
Equipo Auditor	María Eugenia Barroso Zúñiga		
	Marisol Andrade		
	José Yovanny Caicedo Barrera		
Auditados	Nombre	Cargo	
	María Alexandra Maldonado Contreras	Secretaria General	
	Luz Marina Acevedo Contreras	Técnico Administrativo Profesional de Planeación y Mercadeo	
	José Yovany Caicedo Barrera	Vicerrector Académico	
	Jorge Sequeda Serrano	Prof. U. Ingeniería e Informática	
	Martha Barrera Hernández	Prof. U. Estudios Virtuales y D.	
	Simeón Fernández	Profesional Universitario de Talento Humano y Bienestar	
	Ramiro García Rangel	Auxiliar Administrativo de Archivo y Correspondencia	
	María Eugenia Barroso Zúñiga	Profesional de Contabilidad	
	Nora Marina Villamizar Arias	Prof. Univ. Sistemas	
	Ing. José Darío Guerrero Silva	Profesional Univ. De Granjas.	
	Rolando Rojas	Auxiliar Administrativo de Almacén	
	Ruth Yanira Buitrago Ortiz		
OBJETIVO DE LA AUDITORIA			
<p>Obtener evidencias que nos permitan establecer el cumplimiento de los requisitos que han sido establecidos, se contribuye al aseguramiento de los procesos, por cuanto se realizará una evaluación objetiva de los mismos, la cual permitirá proporcionar una opinión independiente, constituyéndose de esta forma en una herramienta de retroalimentación del Sistema, cuyo propósito fundamental es la mejora continua.</p>			

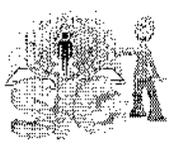
	EVALUACION INDEPENDIENTE	F- EI- 04
		Código
	INFORME AUDITORIA INTERNA	01
		Versión
		14/06/2013
		Fecha
		2 de 13
		Página

ALCANCE DE LA AUDITORIA				
Inicia con la planeación de las auditorias y finaliza con el seguimiento de las Acciones correctivas, Preventivas y/o de Mejora que se establezcan producto de las mismas.				
RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA				
1. Auditoria SIG				
Nº	N.C	O	Requisito	Descripción
1			PROCESO ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS	
	<		4.2.1 Calidad Eje 3 MECI	No se aplican los documentos implementados para el Proceso.
		X	8.4 Calidad 2.3.1 MECI	No se realizan análisis a los resultados de la evaluación de los proveedores, con el fin de llevar a cabo acción de mejora.
2			PROCESO ADMISIONS REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO	
		X	8.3 Calidad 2.2.1 MECI	Hay acciones del Plan de mejoramiento que no se han cumplido.
	<		4.2.4 Calidad 3 eje transversal MECI.	No están organizadas en su totalidad las historias académicas de la vigencia actual, y las otras vigencias no existe avance ordenación.
		X	4.2.3 Calidad 3 eje transversal MECI	No se aplican los formatos actualizados del SIG. Hicieron cambios en los procedimientos pero no han sido ajustados a la fecha, y generan formatos que está fuera del SIG.
		X	8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar seguimiento a los puntos de control que se generen a los mismos
	<		8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Se tiene definidos indicadores pero no se ha realizado la respectiva medición a los mismos ni se han generado acciones de mejora. Así mismo, no se aplica el formato establecido por el SIG para tal fin.
		X	4.2.3 Calidad 3 eje transversal MECI	No existe control en el uso de algunos documentos aprobados y actualizados por el SIG, es decir no se utiliza los aprobados para el proceso.

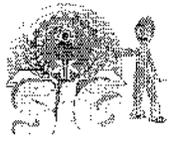
	EVALUACION INDEPENDIENTE		F- EI- 04 Código
			01 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA		14/06/2013 Fecha
			3 de 13 Página

3	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			
	X	8.5 Calidad 2.2.1 MECI	No se hizo seguimiento al Plan de mejoramiento del proceso producto de la auditoría interna de 2013.	
	<	8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar seguimiento a los puntos de control que se generen a los mismos.	
	<	8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Revisar los indicadores al proceso a través de su medición y realizar seguimiento a las acciones de mejora establecidas.	
	X	4.2.3 Calidad 3 eje transversal	Revisar el proceso de direccionamiento junto con sus formatos para verificar que los mismos queden ajustados conforme al SIG.	
	X	5.2 Calidad 1.2 MECI	No se ha realizando seguimiento a los planes que genera la institución en la presente vigencia (plan de acción, plan operativos, avances de los mismos).	
	X	6.2 Calidad 1.1.2 MECI	Se percibe en el líder del proceso desconocimiento y/o poca claridad en aspectos específicos del proceso el cual lidera.	
4	PROCESO GESTION ACADEMICA			
		8.3 Calidad 2.1.1 MECI	No se ha aplicado el procedimiento del Servicio No Conforme, acción que quedo establecida en el plan de mejoramiento de la auditoría interna vigencia 2013.	
		8.5 Calidad 2.3.1 MECI	Hay acciones del plan de mejoramiento que no se han cumplido.	
		5.2 Calidad 2.1.2 MECI	No se generó plan operativo para el proceso durante la vigencia 2014.	
		4.2.3 Calidad Eje 3 MECI	Los registros no cuentan con las directrices del proceso de Gestión Documental.	
5	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO			
	X	6.2 Calidad 1.1.2 MECI	No se evidencia seguimiento al Plan Institucional de Capacitación.	
	X	8.4 Calidad 2.3.1 MECI	No se informó a la alta dirección de los resultados de la evaluación del desempeño obtenido por el personal de carrera.	
		8.5.2 Calidad	No se hace seguimiento a las acciones	

34

	EVALUACION INDEPENDIENTE		F- EI- 04 Código
			01 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA		14/06/2013 Fecha
			4 de 13 Página

		X	2.3.1 MECI	correctivas establecidas en el plan de mejoramiento de la vigencia 2013.
	<		6.2 Calidad 1.1.2 MECI	No se hace seguimiento al programa de Salud Ocupacional, por parte del Comité de Salud Ocupacional.
	<		8.5.3 Calidad 2.3.1 MECI	No se cuenta con el mapa de riesgos actualizado y tampoco se hace seguimiento a los riesgos identificados en la vigencia 2013.
	<		8.2.3 Calidad 1.2.4 MECI	No realiza medición a los indicadores, por lo cual, no se realizan acciones de mejora.
	<		4.2.1 Calidad Eje 3 MECI	No se encuentran conformados todos los expedientes de las TRD del proceso para la vigencia 2014.
6	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL			
	>		4.2.4 Calidad 2.3 MECI	No se encuentra debidamente conformado el Archivo Central de la Institución, es decir la segunda etapa ciclo vital de los documentos no se ha organizado
	>		4.2.3 Calidad 2.3 MECI	No se evidencia el control de los documentos que se envían fuera de la Institución.
	>		4.2.4 Calidad 2.3 MECI	No se ha iniciado la organización del archivo central conforme a las tablas de valoración documental
	<		8.5.3 Calidad 1.3 MECI	No se ha generado y ajustado el mapa de riesgos del proceso.
	<		8.2.3 Calidad 1.2.4 MECI	Pendiente por ajustar el indicador relacionado con el control de registros.
		X	4.2.3 Calidad	No existe un control para el uso de los documentos aprobados y vigentes del Sistema Integrado de Gestión, es decir que el líder de cada proceso utilice la documentación que ha sido aprobada.
7	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA			
		X	8.5 Calidad 2.2.1 MECI	Mejorar lo expedientes de las matrículas de distancia que es remitido por Cartera.
	<		4.2.4 Calidad 3 eje transversal MECI	Terminar de organizar la documentación vigencias anteriores conforme a las TRD (Contabilidad y pagaduría)
	<		8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar seguimiento a los puntos de control que se generen a los mismos

	EVALUACION INDEPENDIENTE		F- EI- 04 Código
			01 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA		14/06/2013 Fecha
			5 de 13 Página

		X	8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Revisar los indicadores al proceso a través de su medición y realizar seguimiento a las acciones de mejora establecidas
		X	4.2.3 Calidad 3 eje transversal MECI	No son utilizados algunos formatos aprobados del Sistema Integrado de Gestión, por ejemplo, el formato de indicadores y su seguimiento.
		X	2.3 Calidad 3 eje transversal MECI	No existe control en los documentos obsoletos, es decir, estos son reutilizados.

8 PROCESO GESTIÓN JURIDICA

		x	8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Revisar los indicadores al proceso a través de su medición.
--	--	---	---------------------------	---

9 PROCESO GESTIÓN TIC'S

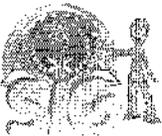
	x		8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar Seguimiento a los puntos de control que se generen a los mismos.
	x		8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Revisar los indicadores al proceso a través de su medición y realizar seguimiento a las acciones de mejora establecidas
		X	5.2 Calidad 1.2 MECI	No se presenta avances a su plan operativo.

10 PROCESO DE GRANJAS

	X		8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar Seguimiento.
	X		8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Revisar los indicadores al proceso a través de su medición y realizar seguimiento a las acciones de mejora establecidas.
		X	5.2 Calidad 1.2 MECI	No se ha realizado seguimiento a los planes que genera la institución en la presente vigencia (plan de acción, plan operativos, avances de los mismos)

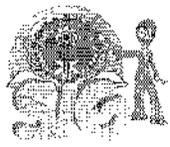
11 PROCESO INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FISICOS

53

	EVALUACION INDEPENDIENTE		F- EI- 04
			Código
	INFORME AUDITORIA INTERNA		01
			Versión
			14/06/2013
			Fecha
			6 de 13
			Página

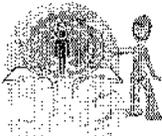
		X	8.5 Calidad 2.2.1 MECI	No fue generado del Plan de mejoramiento al proceso durante la vigencia 2013, teniendo en cuenta que no se realizó auditoría interna al mismo en dicha vigencia
	<		6.3 Calidad 3 eje transversal MECI	No fue generado plan de mantenimiento para la vigencia.
		X	6.3 Calidad 3 eje transversal MECI	Los inventarios de la Institución no se encuentran actualizados en un 100%, solo existen parcialmente en un 50%.
	<		4.2.4 Calidad 3 eje transversal MECI	La documentación de las vigencias anteriores no está organizada conforme a las TRD.
	<		8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar seguimiento a los puntos de control que se generen a los mismos
	<		8.2.3 Calidad 1.2 MECI	No fueron generados indicadores al proceso ni se ha realizado la medición y acciones de mejora
		X	6.2 Calidad 1.1.2 MECI	Se percibe en el líder del proceso desconocimiento y/o poca claridad en aspectos generales y específicos del Sistema Integrado de Gestión
	<		5.2 Calidad 1.2.1	Se percibió que no fue generado plan operativo al proceso y por tanto no existe avance del mismo.
		X	8.5 Calidad 2.2.1 MECI	No ha generado acciones de mejora conforme a los hallazgos establecidos por los entes de control.
12	PROCESO MEDICION ANÁLISIS Y MEJORA			
	<		8.5.3 Calidad 2.3.1 MECI	No se evidencia avance o reporte de medición del desempeño de los procesos, a través de los indicadores.
		X	8.4, 8.5 Calidad 2.3.1 MECI	No se ha realizado plan de mejoramiento ante los resultados de aplicación del procedimiento Satisfacción del Cliente.
		X	8.5.1 Calidad 2.3.1 MECI	No se cuenta con evidencias sobre las acciones de mejora producto de la aplicación del procedimiento PQRS.
	<		8.5.2 Calidad 2.3.1 MECI	No se ha realizado el plan de mejoramiento producto del ejercicio de la revisión del SIG.

251

	EVALUACION INDEPENDIENTE	F- EI- 04 Código
		01 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA	14/06/2013 Fecha
		7 de 13 Página

	<	8.2.4 Calidad 2.1.1 MECI	No se tienen identificados los indicadores para la vigencia 2014 y tampoco se tiene seguimiento
	<	8.5.3 Calidad 2.3.1 MECI	No se cuenta con el mapa de riesgos institucional en donde se establezcan los riesgos más críticos de los procesos y su respectivo
	<	8.5.3 Calidad 2.3.1 MECI	No se hace seguimiento a los mapas de riesgos.
13	PROCESO DE COMUNICACIÓN PUBLICA		
	<	4.3.1 Calidad Eje 3 MECI	No se ha terminado de documentar la actividades del proceso.
	<	8.5.3 Calidad 2.3.1 MECI	No se cuenta con el mapa de riesgos actualizado y tampoco se hace seguimiento a los riesgos identificados en la vigencia del 2013
	X	8.5.1 Calidad 2.3.1 MECI	No se determinan acciones de mejora de acuerdo al análisis de la medición del indicador.
	X	4.2.4 Calidad Eje 3 MECI	Algunos registros no se ajustan a las directrices del proceso de Gestión Documental.
14	PROCESO DE INVESTIGACION		
	<	8.4, 8.5 Calidad 2.3.1 MECI	No se elaboró plan de mejoramiento para tratar las no conformidades detectadas en la auditoría vigencia 2013.
	X	7.3 Calidad 1.2.1 MECI	No se evidencia en el Comité Central la aprobación de los planes y programas para el proceso en la vigencia 2014.
	X	4.2.1 Calidad Eje 3 MECI	Los registros no se ajustan a las directrices del proceso de Gestión Documental.
	<	8.5.3 Calidad 2.3.1 MECI	No se evidencia mapa de riesgos y seguimiento a las acciones preventivas para el proceso.
	<	8.2.3 Calidad 1.2.4 MECI	No se evidencia el establecimiento de indicadores para el proceso
		4.2.1 Calidad	En el proceso no se evidencian normas o

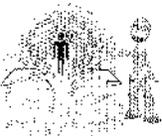
14

	EVALUACION INDEPENDIENTE	F- EI- 04 Código
		01 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA	14/06/2013 Fecha
		8 de 13 Página

			Eje 3 MECI	estándares vinculados al proceso para la generación de los artículos de investigación.
15	PROCESO DE COMUNICACION PUBLICA			
		X	8.5 Calidad 2.2.1 MECI	Se generó Plan de mejoramiento al proceso producto del auditoría interna 2013, pero no se hizo seguimiento al mismo a través del componente de autocontrol de MECI.
	<		8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Revisar y ajustar los indicadores del proceso y generar las acciones de mejora, una vez realizada la medición y seguimiento a los mismos.
		X	6.3 Calidad 3 eje transversal MECI	El inventariode la Biblioteca no se encuentra actualizado, teniendo en cuenta que se contrató una personal para tal fin en vigencias anteriores.
	<		8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar seguimiento a los puntos de control que se generen a los mismos.
		X	6.2 Calidad 1.1.2 MECI	Se percibe en el líder del proceso desconocimiento y/o poca claridad en aspectos generales y específicos del Proceso, teniendo en cuenta que es nuevo en el cargo.
	<		5.2 Calidad 1.2.1	Se percibió que no fue generado plan operativo al proceso y por tanto no existe avance del mismo.
		X	6.3 Calidad 3 eje transversal MECI	No se ha realizado mantenimiento a la Biblioteca de conformidad con la medidas que se deben tener para ellos, por lo tanto, se presume posibles riesgos a los funcionarios que trabajan en las misma y el por deterioro en los libros y demás documentación.
		X	6.2 Calidad 1.1.2 MECI	Se aplica el Manual de Bioseguridad aprobado por la institución pero no se tiene conocimiento del mismo por parte de la

8/11

278
253

	EVALUACION INDEPENDIENTE	F- EI- 04 Código
		01 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA	14/06/2013 Fecha
		9 de 13 Página

			funcionaria encargada de los laboratorios de Ciencias Naturales.
16	PROCESO DE EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL		
	X	8.5.3 Calidad 2.3 MECI	Revisar y ajustar los riesgos del proceso y realizar Seguimiento.
	X	8.2.3 Calidad 1.2 MECI	Revisar los indicadores al proceso a través de su medición y realizar seguimiento a las acciones de mejora establecidas.
	X	5.2 Calidad 1.2 MECI	No se ha realizado seguimiento a los planes que genera la institución en la presente vigencia (plan de acción, plan operativos, avances de los mismos)

2. Auditoría de Gestión

Nº	Criterio	Descripción del Hallazgo

CONCLUSIONES

- ✓ Hay Líderes de procesos que no tienen claro o desconocen algunos aspectos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión.
- ✓ Se destaca en algunos líderes el conocimiento y la experiencia para el manejo del proceso.
- ✓ La no aplicación de documentos identificados y aprobados genera inconformidades con el procedimiento control de documentos, ya que se utilizan versiones obsoletas.
- ✓ En los procesos no se ha dado aplicación a las TRD en su totalidad, de conformidad con las series establecidas, lo que conlleva a una inadecuada organización documental.
- ✓ No existe evidencia documental que dé cuenta del establecimiento de correcciones, acciones preventivas y/o correctivas producto de la medición de los indicadores.
- ✓ Los indicadores han sido establecidos pero no han sido medidos a la fecha.
- ✓ El no contar con indicadores establecidos para los procesos no permite realizar mediciones al mismo y por lo tanto establecer acciones que conlleven a la mejora

48

249
251

	EVALUACION INDEPENDIENTE	F- EI- 04 Código 01 Versión
	INFORME AUDITORIA INTERNA	14/06/2013 Fecha 10 de 13 Página

y a la retroalimentación del mismo.

- ✓ El líder del proceso no tiene claro o desconoce algunos aspectos relacionados con el proceso de Direccionamiento estratégico.
- ✓ No identificar riesgos para los proceso, puede llegar afectar el cumplimiento de los objetivos del mismo.
- ✓ No realizar seguimiento al plan de capacitación puede llegar a afectar la eficacia del plan de capacitación y no permite establecer acciones correctivas en el desvío del objetivo del plan.
- ✓ No hacer seguimiento al programa de Salud Ocupacional evita controlar situaciones indeseables que pongan en riesgo el cumplimiento de las actividades trazadas en el programa.
- ✓ De conformidad con la última visita realizada, se pudo establecer que se han aplicado las TRD en un 62% en todos los procesos que forman parte del SIG.
- ✓ Los documentos vigentes que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión han sido publicados en un 95% en la página web Institucional.
- ✓ No contar con el seguimiento a las PQRS evita que se verifique la implementación de acciones de mejora para el proceso.
- ✓ Aunque en el link de investigación aparecen 7 grupos de investigación, sólo uno se encuentra activo. Los grupos y semilleros de investigación no se han incrementado, por el contrario, han disminuido, lo cual influye en el número de proyectos de investigación o innovación que se diseñen para atender las necesidades institucionales o del entorno.

RECOMENDACIONES

- ✓ Generar acciones correctivas, correcciones y/o acciones preventivas producto del seguimiento al proceso.
- ✓ Generar y aplicar la documentación del proceso, teniendo en cuenta los lineamientos impartidos desde el Proceso Gestión Documental y las mismas necesidades del proceso.
- ✓ Establecer acciones correctivas y/o correcciones que permitan subsanar las no conformidades y/u observaciones detectadas en la auditoría interna y realizar seguimiento a las mismas.
- ✓ Dar aplicación a las TRD teniendo en cuenta las Series, Sub-series y Tipos documentales que fueron establecidas en este documento para la unidad productora.
- ✓ Realizar seguimiento al Proceso teniendo en cuenta para ello los indicadores establecidos para el mismo y generar las acciones de mejora

250
255

	EVALUACION INDEPENDIENTE	F- EI- 04
		Código
	INFORME AUDITORIA INTERNA	01
		Versión
		14/06/2013
		Fecha
		11 de 13
		Página

- que se consideren necesarias.
- ✓ Utilizar los formatos y/o documentación que hace parte del proceso, y si existen cambios en el desarrollo del procedimiento y sus anexos, ajustarlos y presentarlos ante el grupo operativo para su revisión y aprobación.
 - ✓ Revisar y ajustar los riesgos establecidos para el proceso y hacer los respectivos ajustes a que hay lugar.
 - ✓ Realizar seguimiento a los diferentes planes de la Institución, aplicando el componente de autocontrol establecido por MECI.
 - ✓ Hacer seguimiento a planes y programas para demostrar su efectividad dentro del Sistema Integrado de Gestión.
 - ✓ Identificar y organizar todas las series documentales que conforman el proceso, con el fin de evidenciar el cumplimiento de las actividades dentro del proceso de Talento Humano.
 - ✓ Generar acciones que permitan la organización del fondo Acumulado existente en la Institución, y de esta forma establecer el Archivo Central con el fin de dar una mayor organización a los documentos, y facilitar su custodia y organización.
 - ✓ Generar acciones que permitan el control de los documentos que se envían fuera de la Institución.
 - ✓ Generar acciones que permitan la organización del archivo central conforme a las tablas de valoración documental.
 - ✓ Revisar y ajustar el mapa de riesgos de cada vigencia en el primer trimestre de cada año.
 - ✓ Los auditores deben generar los informes de manera rápida y hacerlos llegar a los auditados y al líder del proceso con el fin de que se consolide la información en los tiempos establecidos en el plan de auditoría.
 - ✓ Los auditores deben entregar al líder del proceso la documentación completa producto de las auditorías practicadas en cada uno de los diferentes procesos.
 - ✓ Los líderes de los diferentes procesos deben realizar la evaluación de la auditoría con el objeto de que esta sirva de base para mejorar el proceso de auditoría de la entidad.
 - ✓ Los auditores deben entregar firmados por las partes involucradas en el proceso (auditado y auditor) los diferentes informes de auditoría.
 - ✓ Se recomienda que los siguientes líderes de procesos alleguen el respectivo plan de mejoramiento resultado de la auditoría del SIG con el fin de que la oficina de control interno haga seguimiento a las acciones de mejora que se deben implementar:
Proceso de Gestión de Infraestructura y Recursos Físicos.
Proceso Gestión de Bienestar
Proceso Gestión Direcciónamiento Estratégico
Proceso Gestión de TI
Proceso Gestión de Granjas

