

**TÍTULO DEL INFORME**

Informe de [Seguimiento al Plan de Mejoramiento General]

**FECHA DE INFORME**

Año: [2025]	Mes: [10]	Día: [14]
----------------	--------------	--------------

**OBJETIVO:** Realizar seguimiento al estado de avance, cumplimiento y eficacia de las acciones propuestas en el Plan de Mejoramiento derivado de las auditorías internas y las auditorías externas de certificación practicadas a la Universidad de los Llanos.

**ALCANCE:** El presente informe comprende el cumplimiento del plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2025 y anteriores.

**MARCO NORMATIVO:**

- [Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"
- Decreto 1499 de 2017, "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".]

**CONTENIDO**
**1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO GENERAL**

La Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento al rol de evaluación y seguimiento, presenta el resultado del tercer seguimiento al Plan de Mejoramiento General, correspondiente a las vigencias 2025 y anteriores.

A partir del presente informe se actualizan los nombres de los siguientes procesos, de acuerdo con el nuevo mapa de procesos, así:

Nombre anterior	Nombre actual
Proyección social	Extensión y Proyección Social
Gestión de Internacionalización	Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales
Gestión de la Calidad	Aseguramiento de la Calidad Institucional (Este proceso unificó Gestión de la Calidad y Autoevaluación Institucional)
Gestión Documental	Gestión Documental y de Relacionamiento con la Ciudadanía

A continuación, se presenta el resultado del seguimiento realizado al plan de mejoramiento general, con corte al 30 de septiembre de 2025:

**Tabla 1 Planes en seguimiento por proceso**

Proceso	Vigencia 2023		Vigencia 2024		Vigencia 2025		Total planes en seguimiento (Abiertos)	Total Acciones
	Planes	Acciones	Planes	Acciones	Planes	Acciones		
Gestión de TIC	0	0	1	6	10	44	11	50
Gestión de Talento Humano	0	0	2	28	7	43	9	71
Gestión de Bienes y Servicios	0	0	3	11	4	16	7	27

Bienestar Institucional	0	0	0	0	7	71	7	71
Extensión y Proyección Social	0	0	0	0	4	19	4	19
Direccionamiento Estratégico	0	0	0	0	4	21	4	21
Docencia	0	0	4	18	0	0	4	18
Aseguramiento de la Calidad Institucional	0	0	1	5	2	9	3	14
Gestión de Apoyo a la Academia	1	7	2	9	0	0	3	16
Comunicación Institucional	0	0	0	0	3	12	3	12
Gestión Documental y de Relacionamento con la Ciudadanía	0	0	0	0	3	12	3	12
Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales	1	7	1	4	0	0	2	11
Gestión Financiera	0	0	0	0	1	6	1	6
Evaluación, Control y Seguimiento Institucional	1	5	0	0	0	0	1	5
Investigación	0	0	0	0	1	7	1	7
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>81</b>	<b>46</b>	<b>260</b>	<b>63</b>	<b>360</b>

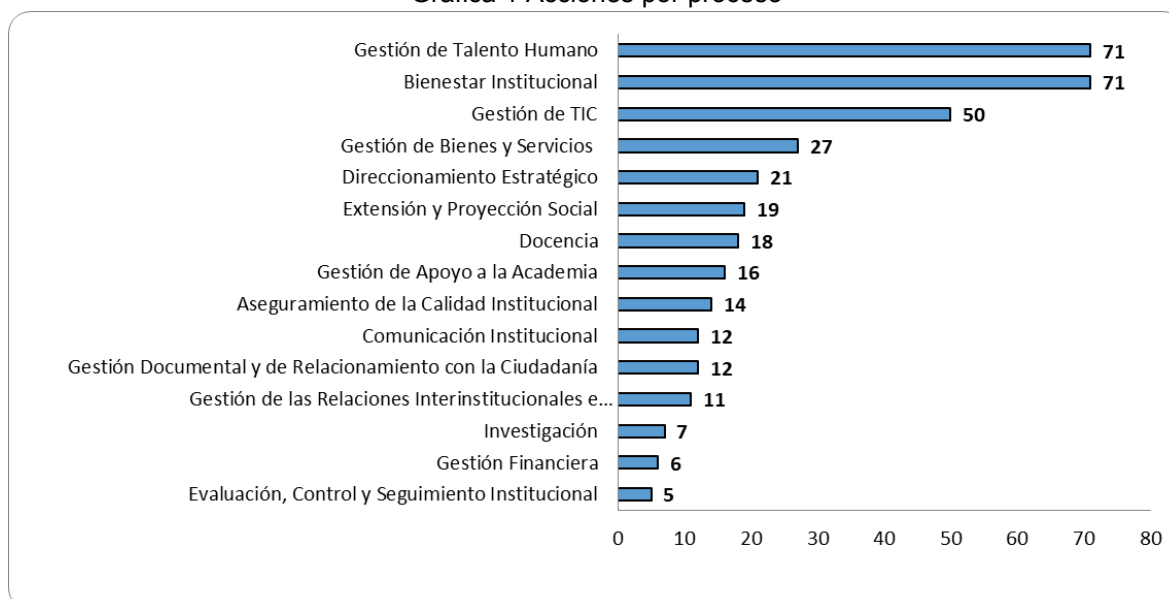
Fuente: 30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2024/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2025

De acuerdo con la información registrada en la tabla No. 1 *Planes en seguimiento por proceso*, a la fecha de corte, se registran 63 planes en seguimiento, de los cuales 3 corresponden a la vigencia 2023, 14 a la vigencia 2024 y 46 a la vigencia 2025, con un total de 360 acciones formuladas.

### 1.1 ACCIONES POR PROCESO

En la siguiente gráfica, se presenta el número de acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos, por proceso:

Gráfica 1 Acciones por proceso



Fuente: 30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2024/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2025

Los procesos con mayor número de acciones corresponden a Bienestar Institucional (71), Gestión de Talento Humano (71) y Gestión de TIC (50).

## 1.2 ESTADO DE LAS ACCIONES

A continuación, se presenta el estado de las acciones, las cuales se han clasificado como Ejecutadas, Vencidas, En proceso, Pendientes o Sin Ejecutar y Eficaces:

- **Ejecutada:** Cuando el proceso evidencia la ejecución total de la actividad.
- **Vencida:** Cuando el proceso no evidencia ejecución total o parcial de la actividad, dentro de los plazos establecidos
- **En proceso:** Cuando el proceso evidencia ejecución parcial de la actividad dentro de los plazos establecidos
- **Pendiente o Sin Ejecutar:** Cuando aún no se ha iniciado la actividad, pero los plazos no se han vencido.
- **Eficaz:** Cuando la acción permitió eliminar la causa raíz del hallazgo.

Tabla 2 Estado de las acciones

Proceso	Total Acciones	Acciones Ejecutadas	Acciones Vencidas	Acciones en proceso	Acciones pendientes o sin ejecutar	Acciones eficaces	% de Eficacia por proceso frente a la ejecución de las acciones	% de Eficacia frente al plan de mejoramiento del proceso
Gestión de Talento Humano	71	11	29	31	0	10	91%	14%
Bienestar Institucional	71	36	2	33	0	36	100%	51%
Gestión de TIC	50	2	4	44	0	2	100%	4%
Gestión de Bienes y Servicios	27	10	3	14	0	10	100%	37%
Direccionamiento Estratégico	21	5	4	12	0	5	100%	24%
Extensión y Proyección Social	19	3	7	9	0	3	100%	16%
Docencia	18	9	2	7	0	9	100%	50%
Gestión de Apoyo a la Academia	16	4	0	5	7	4	100%	25%
Aseguramiento de la Calidad Institucional	14	1	13	0	0	1	100%	7%
Comunicación Institucional	12	3	0	9	0	3	100%	25%
Gestión Documental y de Relacionamiento con la Ciudadanía	12	2	0	10	0	2	100%	17%
Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales	11	6	2	0	3	5	83%	45%
Investigación	7	2	0	5	0	2	100%	29%
Gestión Financiera	6	3	0	3	0	3	100%	50%
Evaluación, Control y Seguimiento Institucional	5	2	0	0	3	2	100%	40%
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>99</b>	<b>66</b>	<b>182</b>	<b>13</b>	<b>97</b>	<b>98%</b>	<b>27%</b>

28%      18%      51%      4%      98%

Fuente: 30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2024/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2025

Como resultado de la gestión general del plan de mejoramiento y de acuerdo a la *Tabla 2 Estado de las acciones*, de las 360 acciones formuladas, se registran 99 acciones ejecutadas, que representan el 27% de ejecución. Por su parte de las 99 acciones ejecutadas, se registran 97 acciones eficaces lo que representa 98% de eficacia frente a la ejecución.

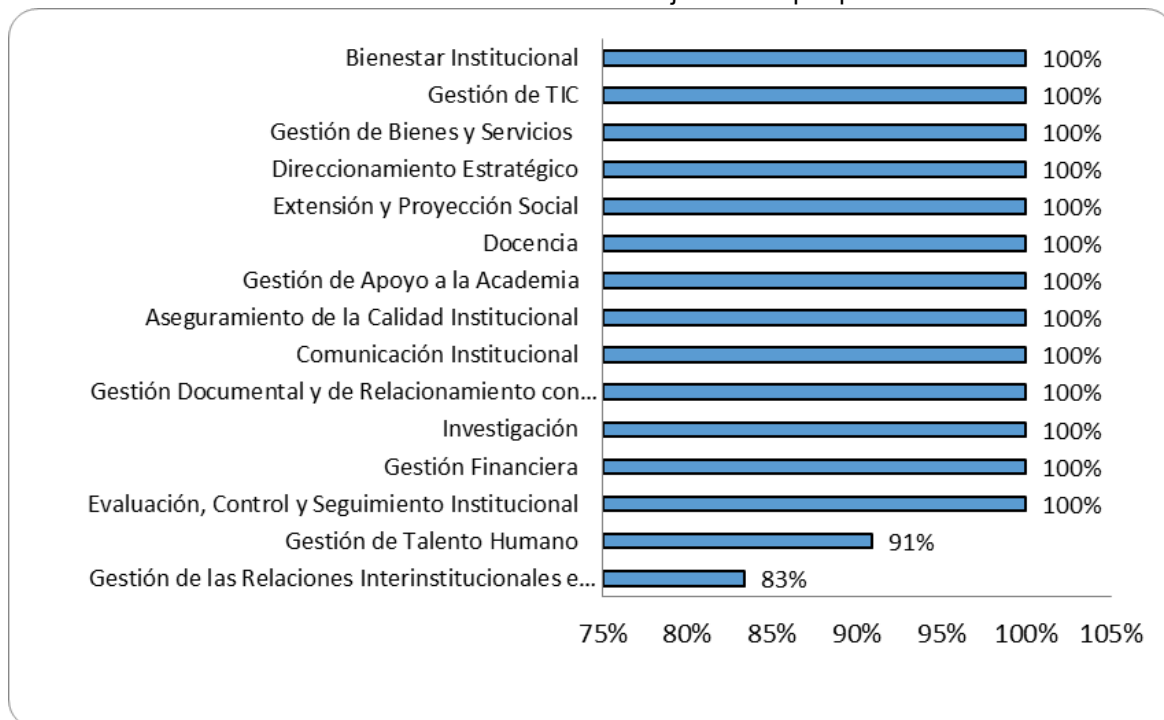
Así mismo, los datos recopilados reflejan 66 acciones vencidas, lo que representa un 18% de vencimiento frente al total de acciones formuladas, mientras que 182 acciones que se encuentran en proceso representan el 51% frente al total de acciones y 13 acciones pendientes o sin ejecutar, representan el 4% frente al total de acciones formuladas.

### 1.3 EFICACIA DE LAS ACCIONES

#### 1.3.1 NIVEL DE EFICACIA DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR PROCESO

En la siguiente gráfica, se presenta el nivel de eficacia de las acciones por proceso, el cual se determinó tomando como dato de referencia el total de acciones ejecutadas en el periodo de seguimiento.

Gráfica 2 Eficacia de las acciones ejecutadas por proceso

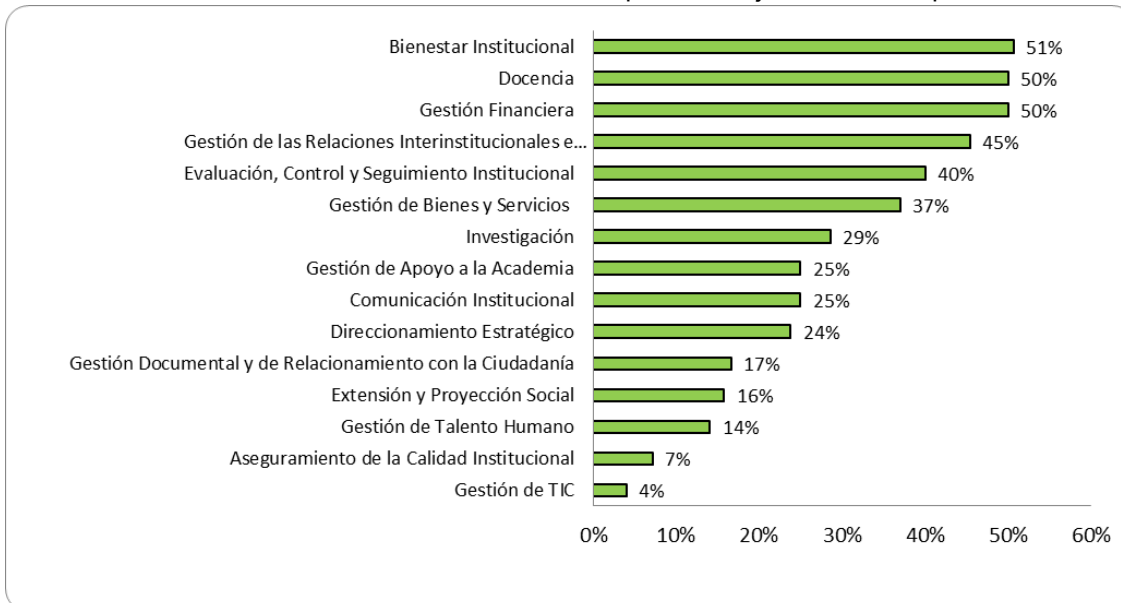


Fuente: 30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2024/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2025

De acuerdo con los datos de la Tabla No. 2 y la Gráfica No. 2, los procesos que registran un menor nivel de eficacia de las acciones ejecutadas corresponden a Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales (5/6) y Gestión del Talento Humano (10/11).

#### 1.3.2 NIVEL DE EFICACIA DE LAS ACCIONES FRENTE AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PROCESO

A continuación, se presenta el nivel de eficacia de las acciones frente al total de acciones formuladas por parte del proceso:

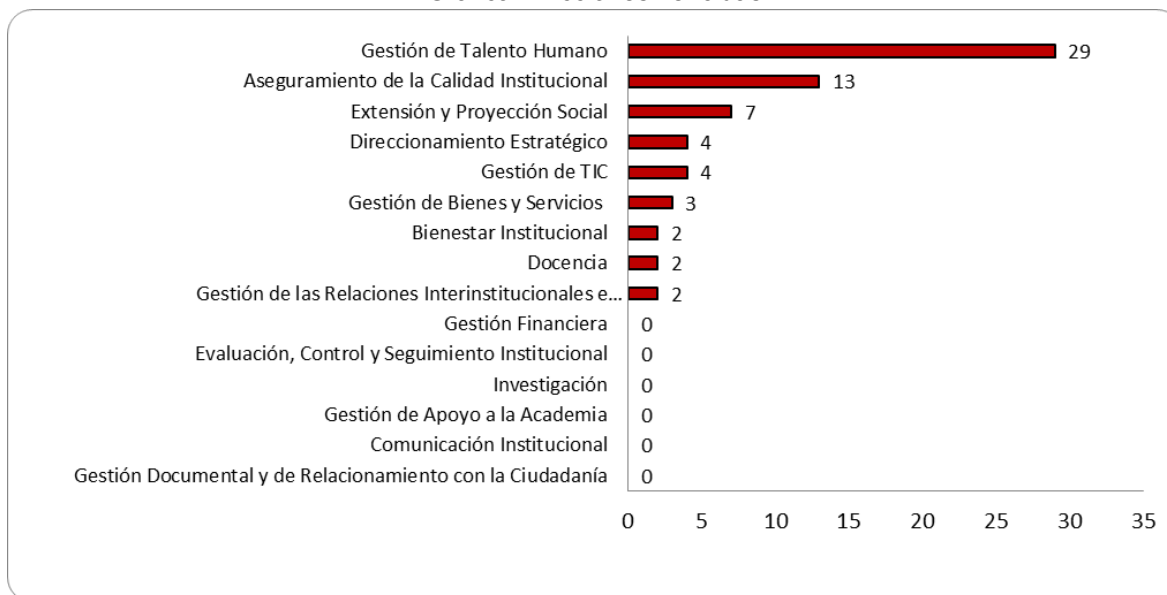
**Gráfica 3 Eficacia de las acciones frente al plan de mejoramiento del proceso**


Fuente: 30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2024/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2025

De acuerdo con los datos de la Tabla No. 2 y la Gráfica No. 3, los procesos que alcanzaron mayor nivel de eficacia de las acciones frente al total de acciones contempladas en su plan de mejoramiento fueron Bienestar Institucional (36/71), Docencia (9/18), Gestión Financiera (3/6) y Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales (5/11). No obstante, y con relación a todos los procesos, la eficacia frente al plan de mejoramiento se mantiene por debajo del 60%.

### 1.2.3 ACCIONES VENCIDAS

Al corte del 30 de septiembre, se registra un total de 66 acciones vencidas, es decir, sobre las cuales el proceso no reportó evidencias del cumplimiento de acuerdo con la fecha límite de implementación propuesta. A continuación, se presenta los procesos que registraron acciones vencidas.

**Gráfica 4 Acciones vencidas**


Fuente: 30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2024/3040-34.19 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2025

Los procesos que registran acciones vencidas, corresponden a Gestión de Talento Humano (29), Aseguramiento de la Calidad Institucional (13), (1) Extensión y Proyección Social (7), Direccionamiento Estratégico (4), Gestión de TIC (4), Gestión de Bienes y Servicios (3), Bienestar Institucional (2), Docencia (2) y Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales (2).

Por otra parte, se registran 182 acciones en proceso y 13 acciones pendientes o sin ejecutar, las cuales se encuentran dentro de la fecha límite de implementación.

A continuación, se presenta una síntesis de la situación de cada proceso respecto al plan de mejoramiento general:

- **Direccionamiento Estratégico:** De un total de 4 planes en seguimiento y 21 acciones formuladas, el proceso registra 5 acciones ejecutadas de manera eficaz, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 24% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 4 acciones vencidas y 12 en proceso.
- **Comunicación Institucional:** De un total de 3 planes en seguimiento y 12 acciones formuladas, el proceso registra 3 acciones ejecutadas de manera eficaz, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 25% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 9 acciones en proceso.
- **Aseguramiento de la Calidad Institucional:** De un total de 3 planes en seguimiento y 14 acciones formuladas, el proceso registra 1 acción ejecutada eficazmente, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 7% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra a la fecha de corte, 13 acciones vencidas.

El proceso tiene pendiente evaluar la pertinencia de las acciones cerradas no eficaces del hallazgo GCL-2024-012 relacionado con la Tabla de Retención Documental del proceso.

- **Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales:** De un total de 2 planes en seguimiento, con 11 acciones formuladas, el proceso registra 6 acciones ejecutadas, de las cuales 5 fueron cumplidas de manera eficaz, lo que representa 83% de eficacia frente a la ejecución y 45% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 2 acciones vencidas y 3 pendientes o sin ejecutar.

Adicionalmente, el proceso tiene pendiente suscribir el plan de mejora para el hallazgo GIT-2024-06, cuyo plan de mejoramiento fue cerrado con acciones no eficaces.

- **Docencia:** De un total de 4 planes en seguimiento con 18 acciones, el proceso registra 9 acciones ejecutadas, las cuales se cumplieron de manera eficaz, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 50% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 2 acciones vencidas y 7 en proceso.
- **Investigación:** El proceso registra 1 plan de mejoramiento, con 7 acciones, de las cuales se ejecutaron 2 eficazmente, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 29% de eficacia del plan de mejoramiento. Igualmente, el proceso registra 5 acciones en proceso.
- **Extensión y Proyección Social:** De un total de 4 planes en seguimiento con 19 acciones, el proceso registra 3 acciones ejecutadas eficazmente, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 16% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 7 acciones vencidas y 9 en proceso.
- **Bienestar Institucional:** De un total de 7 planes y 71 acciones en seguimiento, el proceso registra 36 acciones ejecutadas eficazmente, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 51% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 2 acciones vencidas y 33 en proceso.

- **Gestión de Talento Humano:** De un total de 9 planes en seguimiento con 71 acciones, el proceso registra 11 acciones ejecutadas de las cuales 10 fueron cerradas eficazmente, lo que representa 91% de eficacia frente a la ejecución y 14% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 29 acciones vencidas y 31 en proceso.

Por otra parte, el proceso registra los siguientes 2 hallazgos identificados en la vigencia 2024 y 1 hallazgo identificado en la vigencia 2025, con traslado, sin formular acciones:

- **Hallazgo por traslado GIT-2024-02:** *Verificada la Estructura Orgánica de la Universidad de los Llanos, la cual se encuentra con fecha de vigencia de marzo de 2023, se evidencia que, no se refleja dentro de la misma la oficina de Relaciones Nacionales e Internacionales que a su vez se encuentra enmarcada en el Acuerdo Superior N°009 de 2018 (Política de Internacionalización), artículo 4, como una de las Instancias de Gestión de la Internacionalización. Lo anterior denota desactualización en la Estructura Orgánica vigente.*

*Lo anterior, incumple lo establecido en la Ley 87 de 1993. "Artículo 4. Elementos para el Sistema de Control Interno. Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno:...d. Delimitación precisa de la autoridad y los niveles de responsabilidad..."*

*Con relación a este hallazgo se traslada al proceso de Gestión de Talento Humano (hallazgo identificado en la auditoria interna del proceso Gestión de Internacionalización 2024).*

- **Hallazgo GTH-2024-01:** *No se está asegurando la integración del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con los sistemas de gestión implementados en la universidad de acuerdo a lo contemplado en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores, "Numeral 11. Integración. "El empleador debe involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo, al conjunto de sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en la empresa". Lo anterior, se denota al mantenerse de manera independiente los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en los siguientes documentos:*

- *La política, objetivos y el manual del SST se han establecido de manera independiente a otros sistemas de gestión implementados por la Universidad como el caso del Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión Ambiental.*
- *Las caracterizaciones de los procesos, la Matriz de Análisis del Contexto de la Organización, Matriz de comunicación, los procedimientos y otros documentos transversales, no contemplan los aspectos relacionados con el SG-SST.*

*Lo anterior incumple lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores, "Numeral 11. Integración, la Resolución Rectoral N°1269 de 2024, artículo 2 Modificar... y el Modelo Estándar de Control Interno MECI, componente 1 Ambiente de Control.*

- **Hallazgo GTH-2024-12:** *Verificado el Acuerdo Superior No. 012 de 2016, "Por la cual se deroga los Acuerdos Superiores No. 001 de 2009 y 001 de 2013 y se determinó la conformación y funcionamiento del Comité Universitario de Prevención y Atención del Acoso Laboral al interior de la Universidad de los Llanos", se evidenciaron los siguientes aspectos:*

- *Mediante el Acuerdo Superior 012 de 2016, "por la cual se deroga los Acuerdos Superiores No. 001 de 2009 y 001 de 2013 y se determinó la conformación y funcionamiento del Comité Universitario de Prevención y Atención del Acoso Laboral al interior de la Universidad de los Llanos", se estableció que, el Comité de Convivencia Laboral estará conformado por 2 representantes del empleador y 2 representantes de los trabajadores con sus respectivos suplentes. No obstante, y teniendo en cuenta que actualmente la universidad registra más de cincuenta (50) trabajadores, este aspecto incumple lo establecido en la Resolución 652 de 2012, Artículo 3 Conformación...3. Entre 51 a 500 servidores públicos o trabajadores, el Comité estará conformado por seis (6) miembros, tres (3) representantes de los trabajadores y tres (3) del empleador.*

• De igual manera, el mencionado Acuerdo Superior, contempla en su artículo 7 que el comité sesionará ordinariamente cada 3 meses, mientras que, la Resolución 652 de 2012, establece en el Artículo 9. "Reuniones. El Comité de Convivencia Laboral se reunirá ordinariamente por lo menos una (1) vez al mes, sesionará con la mitad más uno de sus integrantes y extraordinariamente cuando se presenten casos que requieran de su inmediata intervención y podrá ser convocado por cualquiera de sus integrantes". Con relación a este aspecto se traslada a la Oficina Asesora Jurídica y a la Secretaría General.

□ **Hallazgo por traslado DOC-2025-008:** En la verificación del Procedimiento para la Afiliación, Retiro y Pago de Aportes de Estudiantes al Sistema General de Riesgos Laborales-PD-DOC-55, se determinó una muestra con base en el registro FO-DOC-54 INFORMACIÓN DE ESTUDIANTES PARA AFILIADOS AL SGRL, correspondiente a los periodos académicos I y II de 2024 y primer periodo académico de 2025, a partir de la cual se solicitó a Seguridad y Salud en el Trabajo, los respectivos certificados de afiliación a la ARL Positiva, estableciendo INCUMPLIMIENTO en la afiliación, determinada como actividad No. 7 del procedimiento en mención, en los siguientes casos:

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	PROGRAMA - PERIODO	DATOS CERTIFICACIÓN ARL	OBSERVACIÓN DE LA AUDITORÍA
1	NUÑEZ CARRILLO SERGIO ARISTIDES	ARL ENFERMERÍA IPA 2024	Fecha de inicio de cobertura: 10-03-2025 Fecha de retiro: 31-05-2025 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre I-2024
2	VIAFARA BONILLA LAURA MAOLY	ARL ENFERMERÍA IPA 2024	Fecha de inicio de cobertura: 21-08-2024 Fecha de retiro: 31-12-2024 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre I-2024
3	ROJAS TORRES HAROLD SANTIAGO	ARL ENFERMERÍA IPA 2024	Fecha de inicio de cobertura: 21-08-2024 Fecha de retiro: 31-12-2024 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre I-2024
4	CORONEL RIVERA DEYSSA NATHALIA	ARL ENFERMERÍA IIPA 2024	Fecha de inicio de cobertura: 10-03-2025 Fecha de retiro: 31-05-2025 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre II-2024
5	GIRALDO TORO MARIA ALEJANDRA	ARL ENFERMERÍA IIPA 2024	Fecha de inicio de cobertura: 10-03-2025 Fecha de retiro: 31-05-2025 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3722001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre II-2024
6	PESCADOR QUEVEDO LINA ALEJANDRA	ARL FISIOTERAPIA 2024-2	Fecha de inicio de cobertura: 10-03-2025 Fecha de retiro: 31-05-2025 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre II-2024

7	BARBÓN GUEVARA EMANUEL ENRIQUE	ARL FISIOTERAPIA 2025-1	Fecha de inicio de cobertura: 01-03-2025 Fecha de retiro: 01-03-2025 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	Registra un solo día de afiliación
8	RUALES PUERCHAMBUD EDISON ALDAIR	ARL FONOAUDIOLÓGÍ A 2024-2	Fecha de inicio de cobertura: 07-04-2025 Fecha de retiro: 31-05-2025 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre II-2024
9	FONSECA GUTIERREZ BRINNY TATIANA	ARL FONOAUDIOLÓGÍ A 2024-2	Fecha de inicio de cobertura: 07-04-2025 Fecha de retiro: 31-05-2025 Estado Afiliación: RETIRADO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre II-2024
10	LUGO IBATA MARIA PAULA	ARL TFR 2025-1	Fecha de inicio de cobertura: 01-09-2025 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001	No hay evidencia de afiliación correspondiente al semestre I-2025

- **Gestión de Bienes y Servicios:** De un total de 7 planes en seguimiento, con 27 acciones formuladas, el proceso registra 10 acciones ejecutadas de manera eficaz, lo que representa el 100% de eficacia frente a la ejecución y 37% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 3 acciones vencidas y 14 acciones en proceso.

Así mismo, el proceso registra:

- 2 planes cerrados con acciones no eficaces: GBS23-05NCB y GCL-2024-009. Se recomienda al proceso evaluar la pertinencia de la acción no eficaz y de ser necesario establecer nuevo plan de mejoramiento, decisión que deberá ser concertada en reunión entre el responsable del proceso y la oficina de Control Interno de Gestión.
- El proceso registra 2 hallazgos por traslado, identificados en la auditoría interna realizada al proceso Gestión de Talento Humano-Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, vigencia 2024, en formulación:

**Hallazgo GTH-2024-04:** *Con relación a lo contemplado en el Decreto 1630 de 2021 "Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la gestión integral de las sustancias químicas de uso industrial, incluida su gestión del riesgo, y se toman otras determinaciones" y Decreto 1496 de 2018. Por el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química, se identifica lo siguiente:*

*En la Planta de Tratamiento de Agua Potable-PTAP, se evidenció:*

- *Químicos como hipoclorito e hidróxido de sodio en el suelo.*
- *Bidones de yaquil y soda cáustica con más de un año de vencimiento y expuestos a altas temperaturas de calor, en la mayoría de los casos las etiquetas se encuentran deterioradas o no registran fecha de vencimiento.*

- Más de 50 unidades en stock, que, por la cantidad significativa, permanecen largos periodos de tiempo sin utilizar.

- En la Planta de Tratamiento de Agua Residuales-PTAR, se evidenció hipoclorito en el suelo y expuesto a altas temperaturas de calor.

Estas situaciones conllevan a un riesgo ambiental y potencial peligro para los trabajadores, no obstante, las mismas obedecen a hallazgos reiterados en las auditorías internas, de igual manera desde los sistemas de Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo se han realizado inspecciones y sus resultados se ha comunicado a las dependencias responsables, sin que a la fecha se hayan tomado acciones efectivas.

**Hallazgo GTH-2024-05:** ...Así mismo, durante las visitas de inspección a las diferentes áreas de la Universidad, se evidencia lo siguiente:

**SEDE BARCELONA:**

- Al verificar las condiciones locativas del Laboratorio de Anatomía, se observó acumulación de moscas, humedad, así mismo, se percibe olores químicos y otros olores fuertes por posible contaminación ambiental. Al verificar las inspecciones realizadas por el área de SST, se evidencia que éstas condiciones han sido previamente identificadas mediante inspección realizada por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo el 11 de septiembre de 2024, así mismo, el Sistema de Gestión Ambiental realizó informe de inspección el cual fue comunicado por medio de correo electrónico el día 23 de septiembre de 2024, a la Vicerrectoría de Recursos Universitarios, sin que a la fecha se hayan tomado acciones.

- 1 hallazgo identificado en la auditoria de Gestión Documental 2025, con traslado, sin formular:

**Hallazgo GDO-2025-04:** Se evidencia una solicitud radicada mediante el aplicativo web con radicado 2025000613, con fecha 11/02/2025, la cual registra estado "Vencida" y la cual se encuentra a cargo del área Servicios Generales.

- 1 hallazgo identificado en la auditoria de Gestión de Apoyo a la Academia 2025, con traslado, sin formular:

**Hallazgo GAA-2025-08:** Durante la inspección realizada al cuarto frío (sistema de refrigeración) de la sala de necropsias, se evidenció que el equipo se encuentra averiado, por lo que no está cumpliendo con su función principal de enfriamiento para el almacenamiento adecuado de residuos provenientes de los laboratorios. Esta falla ha generado condiciones inadecuadas de manejo de residuos biológicos, perceptibles en la emisión de olores putrefactos y la presencia de vectores (moscas) en el área. De acuerdo con los registros entregados por el coordinador de la sala, esta situación fue informada al área de Servicios Generales mediante correo electrónico del 22 de julio de 2025, sin que hasta la fecha se haya documentado una acción correctiva efectiva. Lo anterior, constituye un incumplimiento de los principios y objetivos establecidos en el Acuerdo Superior No. 022 de 2021, "Por el cual se adopta la Política Ambiental de la Universidad de los Llanos", y adicionalmente los controles relacionados con:

- o Gestión integral de residuos: que exige el manejo adecuado, seguro y ambientalmente responsable de los residuos generados por las actividades académicas y de investigación.
- o Prevención de la contaminación: que implica tomar medidas oportunas para evitar afectaciones al ambiente y a la salud humana.

- o *Compromiso institucional con la sostenibilidad: el cual se ve comprometido ante la omisión de medidas correctivas para garantizar condiciones sanitarias y ambientales apropiadas.*

- 1 hallazgo identificado en la auditoria de Docencia, sin formular:

**Hallazgo DOC-2025-001:** *"En el marco de los proyectos aprobados para el Plan de Fomento a la Calidad 2023, y el Fortalecimiento del Bienestar Estudiantil en las prácticas formativas en el marco de la relación docencia - Servicio de la Universidad de los Llanos, se evidenció lo siguiente:*

1. *Con relación al contrato No. 1006 de 2024 – CONSTRUCTORA S.A.S cuyo objeto contractual corresponde a: Estudios técnicos, diseño y gestión de licenciamiento para las unidades rurales Manacacias, Tahur y Banqueta de la Universidad de los Llanos, según ficha BPUNI FCARN 01 0308 2023. En la revisión del expediente contractual, se evidenció que, el contrato tenía un plazo de ejecución inicial para 4 meses y quince días, se evidencia que el contrato inició el 05 de agosto de 2024 y su fecha de finalización de 19 de diciembre de 2024, sin embargo, este contrato presenta tres prórrogas así:*

1. *Prórroga No. 1 - por tres meses (fecha de terminación 19 de marzo de 2025)*
2. *Prórroga No. 2 - por tres meses (fecha de terminación 19 de junio de 2025)*
3. *Prórroga No. 3 - por cuatro meses y 10 días (fecha de terminación 28 de octubre de 2025). Lo anterior, evidencia un plazo adicional de (10 meses y 10 días) a lo pactado inicialmente en la etapa de ejecución del contrato.*

*A través de informe del supervisor de fecha 22 de septiembre de 2025, este contrato presenta un avance físico del 81% y de acuerdo a la certificación expedida por la jefe de Contabilidad de la Universidad de los Llanos, presenta un avance financiero del 0%. No obstante, la supervisión del Contrato, indica que, no se ha realizado pago y ejecución financiera, teniendo en cuenta que el Contratista CONSTRUCTORA CBM S.A.S, no ha presentado la cuenta de cobro para llevar a cabo el respectivo pago.*

*Por otra parte, dentro del expediente contractual, no se observa la entrega del informe por parte del contratista, como tampoco, el pago de la seguridad social correspondiente a los meses de junio, julio y agosto de 2025, de los cuales registran los informes de supervisión No. 14, 15 y 16 respectivamente. Lo anterior incumple lo establecido en el ÍTEM No. 5 FORMA DE PAGO e ÍTEM 6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, numeral 12 del presente contrato.*

2. Verificado el contrato N°0644 de 2025 de la Facultad de Ciencias Básicas e Ingeniería, se evidencian las siguientes observaciones:

*No se evidencia publicación en la plataforma SECOP II de los documentos adicionales a los adjuntados en el expediente contractual.*

*No se evidencian informes por parte del supervisor como tampoco del contratista, por lo tanto, no es posible evidenciar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.*

*Lo que denota, falta de control por parte de la supervisión, en la ejecución del contrato.*

- **Gestión de Apoyo a la Academia:** El proceso registra un total de 3 planes de mejoramiento, con 16 acciones formuladas. De los 3 planes de mejoramiento 1 corresponde al Centro Clínico Veterinario y 2 al Centro de Calidad de Aguas.

De los 2 planes de mejoramiento correspondientes al Centro de Calidad de Aguas, se registran 4 acciones ejecutadas de manera eficaz, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 25% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el Centro registra 5 acciones en proceso.

Por su parte el Centro Clínico Veterinario mantiene 7 acciones pendientes.

Por otra parte, el proceso registra 7 hallazgos de auditoría interna 2025, en formulación sin suscripción ante la oficina de Control Interno de Gestión.

- **Gestión Financiera:** El proceso registra 3 planes en seguimiento con 8 acciones, de las cuales 1 se ejecutó de manera eficaz lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 50% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 3 acciones en proceso.
- **Gestión TIC:** El proceso registra 11 planes en seguimiento con 50 acciones, de las cuales 2 fueron ejecutadas de manera eficaz, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 4% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 4 acciones vencidas y 44 acciones en proceso.
- **Gestión Documental y de Relacionamiento con la Ciudadanía:** El proceso registra 3 planes en seguimiento, con 12 acciones formuladas, las cuales 2 fueron ejecutadas de manera eficaz, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 17% de eficacia frente al plan de mejoramiento. Así mismo, el proceso registra 10 acciones en proceso.
- **Evaluación, Control y Seguimiento Institucional:** El proceso registra 1 plan de mejoramiento abierto con 5 acciones, de las cuales 2 fueron ejecutadas de manera eficaz, lo que representa 100% de eficacia frente a la ejecución y 40% de eficacia del plan de mejoramiento. Así mismo el proceso registra 3 acciones pendientes, relacionadas con la actualización del microsítio de Control Interno, las cuales dependen de la coordinación con el SIG.

### 3. ESTADO DE HALLAZGOS POR VIGENCIA

A continuación, se presenta la relación de hallazgos aperturados por vigencia para cada proceso y el porcentaje de cierre, a la fecha de corte del presente informe:

Tabla 3 Estado de hallazgos por vigencia

Ítem	Tipo de proceso	Proceso	2023			2024			2025		
			Aperturados	Cerrados	% de cierre	Aperturados	Cerrados	% de cierre	Aperturados	Cerrados	% de cierre
1	Estratégico	Direccionamiento Estratégico							5	1	20%
2	Estratégico	Comunicación Institucional							6	3	50%
3	Estratégico	Gestión de las Relaciones Interinstitucionales e Internacionales	1	0	0%	5	4	80%			
4	Estratégico	Aseguramiento de la Calidad	8	8	100%	11	10	91%	5	3	60%
5	Misional	Investigación							1	0	0%
6	Misional	Docencia	26	26	100%	7	3	43%	7	0	0%
7	Misional	Extensión y Proyección Social	4	4	100%				5	1	20%
8	Misional	Bienestar Institucional							8	1	13%
9	Apoyo	Gestión de Bienes y Servicios	6	6	100%	6	3	50%	12	1	8%
10	Apoyo	Gestión Documental y de Relacionamiento con la Ciudadanía	7	7	100%				3	0	0%
11	Apoyo	Gestión de Talento Humano	4	4	100%	2	0	0%	12	0	0%
12	Apoyo	Gestión Jurídica	7	7	100%				4	0	0%
13	Apoyo	Gestión de TIC				4	3	75%	11	1	9%
14	Apoyo	Gestión Financiera				4	4	100%	1	0	0%
15	Apoyo	Gestión de Apoyo a la Academia	15	15	100%	7	6	86%	7	0	0%
16	Evaluación	Control Disciplinario									
17	Evaluación	Evaluación, Control y Seguimiento Institucional	3	2	67%	0	0	0%			
<b>Totales</b>			<b>81</b>	<b>79</b>	<b>98%</b>	<b>46</b>	<b>33</b>	<b>72%</b>	<b>87</b>	<b>11</b>	<b>13%</b>

#### 4. HALLAZGOS EXTERNOS

Con relación al plan de mejoramiento frente a un hallazgo del Ministerio de Educación Nacional que corresponde a la auditoría realizada en la vigencia 2018, se realizó seguimiento y se encuentra en proceso hasta tanto se dé por canceladas las cuentas bancarias inactivas correspondiente a convenios que se encuentran en etapa de liquidación.

#### RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN


1. Garantizar el cumplimiento de las acciones conforme a los tiempos establecidos para su ejecución.
2. Propender por la ejecución de las acciones que se registran vencidas.
3. Los líderes de los procesos que registran planes cerrados con acciones no eficaces, de acuerdo a lo consignado en la síntesis de cada proceso del presente informe de seguimiento deben evaluar la pertinencia de los hallazgos y de ser necesario formular nuevo plan de mejoramiento.
4. Garantizar el cargue de las evidencias que soportan el cumplimiento de las acciones conforme al producto descrito.
5. Garantizar la calidad de las evidencias reportadas, de manera que se demuestre el cumplimiento total de la acción propuesta.
6. Realizar por parte del líder del proceso y profesional responsable, un monitoreo permanente al plan de mejoramiento, para identificar necesidades de ajustes a las acciones no eficaces o que por cualquier razón no se pueden cumplir.
7. Formular acciones que sean pertinentes y que eliminen las causas que dan origen a los hallazgos.
8. Formular planes de mejoramiento teniendo en cuenta, entre otros instrumentos que sirven de fuente para la mejora, los siguientes:
  - a. Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG).
  - b. Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA).
  - c. Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno.
  - d. Evaluación al Sistema de Control Interno Contable.
  - e. Resultado del desempeño de los Sistemas de Gestión de la Calidad, Gestión Ambiental y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
  - f. Requisitos legales.

#### CONCLUSIONES

El plan de mejoramiento general presenta un promedio de 98% de eficacia frente a la ejecución de las acciones y 27% de eficacia frente al plan de mejoramiento.

#### ANEXOS

Los planes de mejoramiento pueden ser consultados en los siguientes enlaces:

 <b>UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS</b>	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>		
<b>Código:</b> FO-ECS-11	<b>Versión:</b> 02	<b>Fecha de aprobación:</b> 01/02/2024	<b>Página:</b> 14 de 14

[30.10.-19. Plan Mejoramiento Interno General](#)

[3040-34.18 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2024](#)

[3040-34.18 Plan de Mejoramiento sobre auditorías internas 2025](#)



---

Elaborado por:  
[KEILA MILENA GARCIA DUARTE]  
Profesional de Apoyo



---

Revisado y aprobado por:  
[DIANA ZULAY REZA MONDRAGÓN]  
Asesor de Control Interno de Gestión