



17.

Fusagasugá, 2020 – 01 – 27.

Para: Doctor
ADRIANO MUÑOZ BARRERA
Rector
Universidad de Cundinamarca.

Asunto: INFORME CONSOLIDADO AUDITORIAS INTERNAS, MODALIDAD INTEGRAL A LOS PROCESOS DEL MODELO DE OPERACIÓN DIGITAL DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA, VIGENCIA 2019.

La Dirección de Control Interno de la Universidad de Cundinamarca, con fundamento en la 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", presenta este Informe bajo la siguiente estructura:

1. Ejecución Programa de Auditorías Internas, Modalidad Integral, vigencia 2019.	2
2. Hallazgos Producto de las Auditorías Internas Modalidad Integral, vigencia 2019.	5
2.1. Proceso de Planeación Institucional. (Informe de Fecha 11 de marzo de 2019).	6
2.2. Proceso de Bienes y Servicios. (Informe de Fecha 13 de marzo de 2019).	7
2.3. Proceso de Apoyo Académico. (Informe de Fecha 15 de abril de 2019).	9
2.4. Procesos de Formación y Aprendizaje y Autoevaluación y Acreditación. (Informe de Fecha 11 de abril de 2019).	14
2.5. Proceso de Talento Humano. (Informe de Fecha 25 de abril de 2019).	15
2.6. Proceso de Bienestar Universitario. (Informe de Fecha 20 de mayo de 2019).	16
2.7. Proceso de Financiera. (Informe de Fecha 31 de mayo de 2019).	17
2.8. Proceso de Jurídica. (Informe de Fecha 14 de junio de 2019).	18
2.9. Auditoria al Sistema Integrado de Gestión. (Informes de Fechas 14 de junio de 2019 y 28 de noviembre de 2019).	19
2.10. Proceso de Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales. (Informe de Fecha 12 de agosto de 2019).	33
2.11. Proceso de Interacción Universitaria. (Informe de Fecha 24 de septiembre de 2019).	34
2.12. Extensión Facatativá. (Informe de Fecha 24 de octubre de 2019).	34
2.13. Extensión Soacha. (Informe de Fecha 14 de noviembre de 2019).	34



- 2.14. Seccional Girardot. (Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019).....35
- 2.15. Seccional Ubaté. (Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019),37
- 2.16. Extensiones Chía y Zipaquirá. (Informe de Fecha 26 de noviembre de 2019),38
- 2.17. Proceso de Ciencia Tecnología e Innovación. (Informe de Fecha 22 de enero de 2020).
39

1. Ejecución Programa de Auditorías Internas, Modalidad Integral, vigencia 2019.

Con el objetivo de verificar la conformidad y eficacia de la gestión de los Procesos del Modelo de Operación Digital de la Universidad de Cundinamarca e identificar oportunidades de mejora frente a los requisitos legales y de conformidad con la Norma ISO 9001:2015 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos”, la Dirección de Control Interno establece el siguiente Programa de Auditoria para la vigencia 2019:

PROCESO O TEMA Y AUDITADO		PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS, VIGENCIA 2019.											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
		SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	
1	DERECHOS DE AUTOR												
2	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL												
3	BIENES Y SERVICIOS												
4	CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN												
6	APOYO ACADÉMICO												
6	FORMACIÓN Y APRENDIZAJE												
7	AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN												
8	TALENTO HUMANO												
9	BIENESTAR UNIVERSITARIO												
10	FINANCIERA												
11	JURÍDICA												
12	PROYECTOS ESPECIALES Y RELACIONES INSTITUCIONALES												
13	INTERACCIÓN UNIVERSITARIA												
14	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN												
16	CONTROL DISCIPLINARIO												
16	ADMISIONES Y REGISTRO												
17	SISTEMAS Y TECNOLOGÍA												
18	CONTROL INTERNO												
19	DOCUMENTAL												
20	SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO												
21	COMUNICACIONES												
22	SECCIONAL GIRARDOT												
23	SECCIONAL UBATÉ												
24	EXTENSIÓN ZIPAQUIRÁ												
25	EXTENSIÓN CHÍA												
26	EXTENSIÓN FACATATIVÁ												
27	EXTENSIÓN SOACHA												

Tabla No. 1. Programa de Auditoria. Vigencia 2019. Recuperado de: <http://www.ucundinamarca.edu.co/index.php/control-interno>.



En cumplimiento al Programa, a corte 19 de diciembre de 2019, se han realizan las siguientes auditorias:

Ejecución Programa de Auditoría Interna, Vigencia 2019			
No.	Proceso o Tema Auditado	Audidores	Producto
1	Auditoría Dirección Nacional de Derechos de Autor (Ley 23 de 1982 y Circular No 04 de 2006, del Consejo Asesor del Gobierno Nacional).	Auditor Interno: Cindy Ximena Guarnizo Sánchez,	Reporte de Fecha 28 de febrero de 2019.
2	Auditoría al Proceso de Planeación Institucional.	Auditor Líder: Carolina Gómez Fontecha. Equipo Auditor: Juan Carlos Méndez Forero, Cindy Ximena Guarnizo Sánchez, Diana Milena Sanabria Castillo, Jonny Belisario Rincón López y Yesica Hernández Cárdenas.	Informe de Fecha 11 de marzo de 2019.
3	Auditoría al Proceso de Bienes y Servicios.	Auditor Líder: Cesar Augusto Bernal Rangel / Equipo Auditor: Francy Johanna Sánchez Rodríguez, Jonny Rincón López, Jorge Leonardo Reyes Moreno, Pilar Ubaque Rodríguez, Jaime Acosta Ramírez y Sonia Arévalo Valdés.	Informe de Fecha 13 de marzo de 2019.
4	Auditoría al Proceso de Apoyo Académico.	Auditor Líder: Cesar Augusto Bernal Rangel / Equipo Auditor: Francy Johanna Sánchez Rodríguez, Porfidio García García, Carolina Gómez Fontecha y Alfredo Mayorga.	Informe de Fecha 15 de abril de 2019.
5	Auditoría al Proceso de Formación y Aprendizaje.	Auditor Líder: Cindy Ximena Guarnizo Sánchez. / Equipo Auditor: Carolina Gómez Fontecha, Diana Milena Sanabria Castillo, Jonny Belisario Rincón López, Yesica Hernández Cárdenas, Francy Johanna Sánchez Rodríguez, Porfidio García García, Jaime Acosta Ramírez, Hernán Darío González Molina y Claudia Sofia González Sánchez.	Informe de Fecha 11 de abril de 2019.
6	Auditoría al Proceso de Autoevaluación y Acreditación.	Auditor Líder: Diana Milena Sanabria Castillo. / Equipo Auditor: Cindy Ximena Guarnizo Sánchez, Cesar Augusto Bernal Rangel, Porfidio García García, Jonny Belisario Rincón López y Yesica Hernández Cárdenas.	Informe de Fecha 25 de abril de 2019.
7	Auditoría al Proceso de Talento humano.	Auditor Líder: Jonny Belisario Rincón. / Equipo Auditor: Cindy Ximena Guarnizo Sánchez	Informe de Fecha 20 de mayo de 2019.
8	Auditoría al Proceso de Bienestar Universitario.		



Ejecución Programa de Auditoría Interna, Vigencia 2019			
No.	Proceso o Tema Auditado	Audidores	Producto
9	Auditoría al Proceso de Financiera.	Auditor Líder: Porfidio García García. / Equipo Auditor: Diana Milena Sanabria Castillo y Yesica Hernández Cárdenas.	Informe de Fecha 31 de mayo de 2019.
10	Auditoría al Proceso de Jurídica.	Auditor Líder: Cesar Augusto Bernal Rangel / Equipo Auditor: Francy Johanna Sánchez Rodríguez.	Informe de Fecha 14 de junio de 2019.
11	Auditoría al Sistema Integrado de Gestión. Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015. Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6 y la Resolución 0312 de 2019. Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2015.	Audidores Externos: Claudia Araque Sánchez y Ricardo Calderón Rincón. Audidores Externos: Claudia Araque Sánchez, Luis Fernando Cantor Molano y Ricardo Calderón Rincón. Audidores Externos: Claudia Araque Sánchez y Ricardo Calderón Rincón.	Informe de Fecha 14 de junio de 2019. Informe de Fecha 28 de noviembre de 2019. Informe de Fecha 28 de noviembre de 2019.
12	Auditoría al Proceso de Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales	Auditor Líder: Porfidio García García. / Equipo Auditor: Jonny Belisario Rincón López.	Informe de Fecha 12 de agosto de 2019.
13	Auditoría al Proceso de Interacción Universitaria.	Auditor Líder: Jonny Belisario Rincón López / Equipo Auditor: Diana Milena Sanabria Castillo.	Informe de Fecha 24 de septiembre de 2019.
14	Auditoría a la Extensión Facatativá.	Auditor Líder: Porfidio García García / Equipo Auditor: Cindy Ximena Guarnizo Sánchez y Yesica Hernández Cárdenas.	Informe de Fecha 24 de octubre de 2019
15	Auditoría a la Extensión Soacha.	Auditor Líder: Carolina Gómez Fontecha / Equipo Auditor: Porfidio García García y Yesica Hernández Cárdenas.	Informe de Fecha 14 de noviembre de 2019
16	Auditoría a la Seccional Girardot.	Auditor Líder: Jonny Belisario Rincón López / Equipo Auditor: Cesar Augusto Bernal Rangel y Rober Miller Núñez Rocha.	Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019
17	Auditoría a la Seccional Ubaté.	Auditor Líder: Cesar Augusto Bernal Rangel / Equipo Auditor: Jonny Belisario Rincón López, Cindy Ximena Guarnizo Sánchez, Diana Milena Sanabria Castillo y Rober Miller Núñez Rocha.	Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019
18	Auditoría a la Extensión Chía.	Auditor Líder: Diana Milena Sanabria Castillo / Equipo Auditor: Carolina Gómez Fontecha, Jonny Belisario Rincón López y Yesica Hernández Cárdenas.	Informe de Fecha 26 de noviembre de 2019
19	Auditoría a la Extensión Zipaquirá.	Auditor Líder: Diana Milena Sanabria Castillo / Equipo Auditor: Carolina Gómez	Informe de Fecha 26 de noviembre de 2019



Ejecución Programa de Auditoría Interna, Vigencia 2019			
No.	Proceso o Tema Auditado	Audidores	Producto
		Fontecha, Jonny Belisario Rincón López y Yesica Hernández Cárdenas.	
20	Auditoría al Proceso de Ciencia Tecnología e Innovación.	Auditor Líder: Jonny Belisario Rincón López / Equipo Auditor: Cindy Ximena Gurnizo Sánchez.	Informe de Fecha 22 de enero de 2020.

Tabla No. 2. Ejecución Programa de Auditoría Interna, Vigencia 2019.

2. Hallazgos Producto de las Auditorías Internas Modalidad Integral, vigencia 2019.

En el marco del procedimiento SCIP04 "Auditoría Interna.", la Dirección de Control Interno ejecuta el Programa de Auditoría Interna, vigencia 2019, estableciendo en el desarrollo del proceso auditor, **216** hallazgos, tipificados como **121** No Conformidades, **64** Observaciones y **31** Oportunidades de Mejora.

Tipificación hallazgos producto de Auditoría Interna Vigencia 2019

Total Hallazgo:

216

No Conformidades

121

Observaciones

64

Oportunidades de Mejora

31

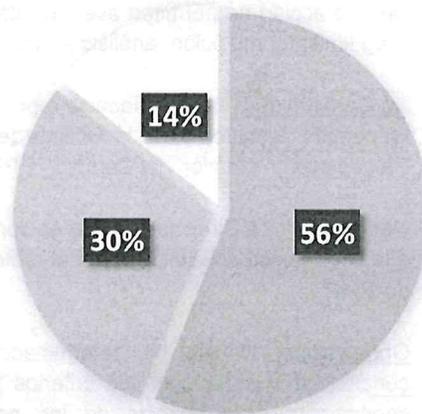


Grafico No. 1. Tipificación de Hallazgos producto de Auditoría Interna, Vigencia 2019.

A continuación, se relaciona cada hallazgo:



2.1. Proceso de Planeación Institucional. (Informe de Fecha 11 de marzo de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Planeación Institucional		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Se deben fortalecer los controles para el seguimiento y la verificación de la información documentada requerida en el cumplimiento del Procedimiento Estimación Anual de Ingresos, Gastos y Disposiciones Generales - EPIP02 y el Procedimiento Banco Universitario de Proyectos - EPIP05, dado que se generan riesgos de pérdida de trazabilidad y reprocesos.	Plan de Mejoramiento
2	<u>Oportunidad de Mejora:</u> El aplicativo del Banco de Universitario de Proyectos no permite llevar control y trazabilidad de los Proyectos de Inversión, pudiéndose presentar el riesgo de pérdida de información.	Plan de Mejoramiento
3	<u>No Conformidad:</u> El procedimiento EPIP013 versión 4 "Solicitud de Evaluación y Viabilidad de Propuestas de Disposición de Espacios Físicos" esta desactualizado frente a las actividades que desarrolla el proceso incumpliendo el numeral 7.5 Información documentada.	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conformidad:</u> Los métodos de recolección, análisis y evaluación de datos del plan de acción no permiten asegurar datos válidos, incumpliendo el numeral 9.1.1 "Seguimiento, medición, análisis y evaluación".	Plan de Mejoramiento
5	<u>No Conformidad:</u> No se evidencia reporte de la Gestión del Cambio del Proceso de Planeación Institucional a la Oficina de Calidad, incumpliendo lo requerido en el Procedimiento Gestión del Cambio - EPIP16, versión 1.	Plan de Mejoramiento
6	<u>Observación:</u> La Dirección de Planeación Institucional no genera respuesta oportuna a la información solicitada frente al radicado interno No. 194 de fecha 15 de enero de 2019.	Función de Advertencia
7	<u>Observación:</u> No se ha determinado una metodología interna que permita condicionar y establecer los criterios para la calificación de las variables y el seguimiento a la eficacia de las acciones implementadas en el Índice de Transparencia, presentándose el riesgo de generar resultados subjetivos.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 3. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoría al Proceso de Planeación Institucional. Fuente: Informe de Fecha 11 de marzo de 2019.



2.2. Proceso de Bienes y Servicios. (Informe de Fecha 13 de marzo de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Bienes y Servicios		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> No se garantiza por parte del proceso auditado el cumplimiento con eficacia a las acciones propuestas dentro de sus planes de mejoramiento, lo que conlleva a una función de advertencia, toda vez que el hallazgo es reiterativo.	Función de Advertencia
2	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que los procedimientos de la Oficina de Compras no están alineados a la normatividad interna vigente incumpliendo el numeral 7.5.2 de la ISO 9001:2015 Control de la información documentada.	Plan de Mejoramiento
3	<u>Observación:</u> La metodología para realizar los estudios previos y estudios de mercado, no está definida y por consiguiente da lugar a diversificación de criterios y reprocesos internos.	Función de Advertencia
4	<u>No Conformidad:</u> No se evidencia la eficacia del aplicativo ABS digital, respecto a los tiempos de contratación, incumpliendo los tiempos dispuestos en el ABS digital.	Plan de Mejoramiento
5	<u>Observación:</u> No existe una metodología determinada para la selección, seguimiento y evaluación de los supervisores, se evidencia que en el manual de contratación no existe reglamentación para la selección y/o delegación, seguimiento y evaluación de los supervisores de contrato, ajustado a los términos del tiempo, del funcionario contratado, frente a los términos del contrato del cual fue delegado como supervisor, impidiendo un seguimiento completo a las etapas contractuales y pos contractuales.	Plan de Mejoramiento
6	<u>No Conformidad:</u> A la fecha de auditoria, en el Contrato de Promesa de Compraventa No F-CPCV-001 de 2018, no reposa avalúo donde determine el valor metro cuadrado hectárea o fanegada a valor presente, no reposa acta de liquidación, no reposa certificado de tradición y libertad a nombre de la Universidad de Cundinamarca. En la verificación del contrato se evidencia que ya se pagó en su totalidad, evidenciándose que a la fecha no se encuentra registrada, siendo factor de riesgo que afecta el patrimonio de la Institución, hecho que debe tenerse en cuenta en las prácticas contractuales futuras.	Plan de Mejoramiento
7	<u>Observación:</u> Se evidencia que no existe relación directa entre los riesgos establecidos (2 y 10), frente a las partes interesadas de compras.	Función de Advertencia
8	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que la Orden Contractual F-OCC-075 de 2018 se suscribe Otrosí pasados los términos de ejecución.	Plan de Mejoramiento
9	<u>Oportunidad de Mejora:</u> No se evidencia aplicación de la Resolución 064 literal f en el cual se especifica la elaboración y actualización de los inventarios anuales de los	Función de Advertencia

g



Consolidado de Hallazgos Proceso de Bienes y Servicios		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	activos de la Universidad de Cundinamarca y presentar dentro de los términos fijados los análisis de las diferencias entradas en inventarios	
10	<u>Observación:</u> Se evidencio que no hay un aplicativo que permita optimizar el procedimiento de asignar de manera eficaz y consecutiva placas de inventario a los elementos que ingresan a la Institución, que garanticen la eficacia respecto a su actualización y cruce contable de los inventarios; que conforman el patrimonio de la Universidad de Cundinamarca.	Plan de Mejoramiento
11	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que no se da cumplimiento al cronograma anual de toma de inventarios.	Plan de Mejoramiento
12	<u>Observación:</u> No se han adelantado las acciones pertinentes frente a la reposición de los elementos (activos fijos) por objeto de destrucción y hurto.	Plan de Mejoramiento
13	<u>Observación:</u> Se observa que las pólizas de la aseguradora suramericana, que se encuentran en la Oficina de Almacén no cuentan con las respectivas firmas por parte de la Universidad.	Plan de Mejoramiento
14	<u>Oportunidad de Mejora:</u> No se cuenta con evidencia objetiva de la participación de las Seccionales y Extensiones en la construcción del documento DOFA, lo cual se reitera de acuerdo a Informe de Auditoría al Proceso de Gestión, vigencia 2017.	Función de Advertencia
15	<u>No Conformidad:</u> Se evidencio que no hay una planificación eficaz para abordar los riesgos del Proceso de Bienes y Servicios, incumpliendo el requisito 6.1.2.	Plan de Mejoramiento
16	<u>No Conformidad:</u> El proceso no conserva información documentada como evidencia de las acciones tomadas posteriores a las no conformidades relacionadas a solicitudes de infraestructura atendidas, incumpliendo el numeral 10.2.2 de la Norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
17	<u>Observación:</u> El proceso no analiza ni evalúa los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición de las actividades de mantenimiento de planta física, incumpliendo el numeral 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
18	<u>No Conformidad:</u> Se evidencio que no hay un seguimiento adecuado al cumplimiento de los requisitos del contrato F-CPSV-041 de 2018 suscrito con Seguridad Nápoles Limitada por parte del supervisor, incumpliendo el numeral 8.4.1 de la Norma ISO 9001:2015 que define que la organización debe asegurarse de que los servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos, así como el incumplimiento al Artículo 33 de la Resolución 170 de 2017, de la Universidad de Cundinamarca - responsabilidad de supervisores e interventores.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Bienes y Servicios		
No.	Hallazgo	Tratamiento
19	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que no se encuentran los soportes actualizados en las hojas de vida de los conductores, de acuerdo a la verificación anteriormente relacionada.	Plan de Mejoramiento
20	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que en las carpetas de hojas de vida del Parque Automotor no reposan los documentos soportes establecidos por el Ministerio de Transporte para movilización.	Plan de Mejoramiento
21	<u>No Conformidad:</u> No se asegura por parte de la Dirección de Bienes y Servicios, se realice el seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones, PAA.	Plan de Mejoramiento
22	<u>Observación:</u> No se evidencia dentro del acervo documental Actos Administrativos donde se aprueban las modificaciones realizadas al PAA, lo anterior teniendo en cuenta las modificaciones publicadas en la página web de la Universidad, Link de Contratación – Plan Anual de Adquisiciones.	Función de Advertencia
23	<u>Observación:</u> No se evidencia la actualización del procedimiento ABSP11, relacionada con la consolidación de todos los rubros del presupuesto de la Universidad, incluidos los rubros de inversión, que se refleja en el mismo procedimiento una vez verificado en el Sistema de Gestión de la Calidad.	Plan de Mejoramiento
24	<u>No Conformidad:</u> Se evidencio por parte del grupo auditor, que no se realiza reporte de la Gestión del Cambio del Proceso de Bienes y Servicios.	Plan de Mejoramiento
25	<u>No Conformidad:</u> No se cumplen las metas establecidas por las Oficinas de Recursos Físicos y Compras de acuerdo a lo evidenciado en la matriz de medición y seguimiento a los procesos de gestión.	Plan de Mejoramiento
26	<u>No Conformidad:</u> No se garantiza por parte de Control Interno que se establezcan los hechos generadores dentro del aplicativo, detectados en las diferentes auditorias, lo que no permite se realice un debido análisis de causas, seguimiento y posterior medición de eficacia, al momento de establecer un plan de actividades.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 4. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria al Proceso de Bienes y Servicios. Fuente: Informe de Fecha 13 de marzo de 2019.

2.3. Proceso de Apoyo Académico. (Informe de Fecha 15 de abril de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Apoyo Académico		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia falta de aplicación del procedimiento EPIP05 Banco de Proyectos.	Plan de Mejoramiento

dpw



Consolidado de Hallazgos Proceso de Apoyo Académico		
No.	Hallazgo	Tratamiento
2	<u>Oportunidad de Mejora:</u> No se evidencia por parte del proceso de Bienes y Servicios la notificación o publicación de los contratos cuando ya se perfeccionaron.	Plan de Mejoramiento
3	<u>Oportunidad de Mejora:</u> El proceso de Apoyo Académico realiza la ejecución de los recursos asignados, sin embargo, no se evidencia que tenga la administración de los recursos o del rubro para su ejecución, además, no cuentan con los recursos necesarios para el desarrollo de los mantenimientos y las calibraciones de los elementos educativos.	Plan de Mejoramiento
4	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Se evidencia deficiencia en la planeación de compras, dado que se suscribe el contrato No F-CTCV-171:2017 el 29 de diciembre de 2017, dicho material se incorporó en la vigencia 2018, junto con la adquisición de publicaciones seriadas en el cuarto trimestre.	Plan de Mejoramiento
5	<u>No Conformidad:</u> Los métodos de seguimiento medición, análisis y evaluación no permiten asegurar datos válidos.	Plan de Mejoramiento
6	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Se evidencia que el indicador de consulta en sala de biblioteca está supeditado al número de visitas a estudiantes con influencia de factores externos o casos fortuitos que el proceso de Apoyo Académico no puede controlar.	Plan de Mejoramiento
7	<u>Oportunidad de Mejora:</u> De otra parte, el rubro de dotación laboratorios, se realizó cruce de información entre el POAI, publicado en la página de la Universidad, el cual arroja una suma de \$4,124,692,3,9 y la apropiación definitiva presentada en la ejecución presupuestal pasiva consolidada el valor de \$4.415.692.308, mostrando una diferencia de \$291.000.000 a 31 de diciembre de 2018.	Plan de Mejoramiento
8	<u>No Conformidad:</u> Se observó por parte del equipo auditor que no hay unificación de criterios entre las diferentes dependencias que intervienen en el procedimiento ABSP15 adquisición de bienes, servicios u obras invitación privada e invitación pública, una vez verificado que no existen tiempos determinados dentro del procedimiento.	Plan de Mejoramiento
9	<u>Observación:</u> Se evidencio en el desarrollo del proceso auditor que los procedimientos AAAP04 - Asignación de Espacios Académicos, AAAP05 - Practicas Académicas y AAAP08 - Préstamo de Elementos Educativos, requieren de actualización toda vez que se sistematizo por medio de un desarrollo tecnológico.	Plan de Mejoramiento
10	<u>Observación:</u> No se evidencia que se tomen acciones respecto de la entrega del elemento hacia los docentes y personal administrativo.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Apoyo Académico		
No.	Hallazgo	Tratamiento
11	<u>Observación:</u> En el desarrollo de la auditoria se evidencio que a la fecha la Oficina de Sistemas y Tecnología no ha realizado entrega a la Unidad de Apoyo Académico de manuales e instructivos de los desarrollos tecnológicos.	Plan de Mejoramiento
12	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que, no se realizó mantenimiento a los elementos del centro de recursos musicales para la vigencia 2018, partiendo de los criterios establecidos por el proceso auditado en el procedimiento y en el plan de mantenimiento, donde la usabilidad del elemento es diaria, la prioridad de mantenimiento es alta , y el tiempo de mantenimiento es inferior a un año; asimismo, a los elementos de nutrición desde el año 2015 a la fecha no se realiza mantenimiento, donde la usabilidad es diaria, la prioridad del elemento es media y el tiempo de mantenimiento es inferior a un año. <i>Nota:</i> en la plataforma aparece como observación.	Plan de Mejoramiento
13	<u>Observación:</u> Se evidencia falta de planeación respecto al mantenimiento preventivo correctivo de los elementos, correcto análisis de las necesidades de mantenimiento y/o calibración para la respectiva asignación presupuestal en el PAA y/o POAI, y practicas precontractuales.	Plan de Mejoramiento
14	<u>Observación:</u> A la fecha de auditoria se observó que no se ha realizado el debido reporte de los elementos objeto de calibración para la Universidad de Cundinamarca, en el cual se especifique la placa del elemento y la ubicación del elemento, lo que evidencia una falta de planeación para cumplir con dicha actividad toda vez que se ve efectuadas la fiabilidad de los datos de investigación.	Función de Advertencia
15	<u>Observación:</u> No se evidencia que las Seccionales y Extensiones están realizando la aplicación de los desarrollos tecnológicos lo que impide que la dirección de Unidad de Apoyo Académico pueda realizar un control al respecto.	Plan de Mejoramiento
16	<u>No Conforme:</u> Se evidencia incumplimiento en las etapas precontractual, contractual y pos contractual afectando patrimonio de la Universidad y desarrollo de las actividades contempladas y objeto para la vigencia incumpliendo manual de contratación resolución 2016 de 2012.	Plan de Mejoramiento
17	<u>Oportunidad De Mejora:</u> No se evidencia que se tenga claridad al respecto al Comité del Centro de Estudios Agroambientales toda vez que el Acuerdo 06 de 2018, posee vacíos normativos, así mismo no se tiene claridad si la granja se encuentra adscrita a la Unidad de Apoyo Académico o la Facultad de Ciencias Agropecuarias.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Apoyo Académico		
No.	Hallazgo	Tratamiento
18	<u>Oportunidad Mejora:</u> Se evidencia que no se tiene conocimiento de las tablas de retención documental generando riesgo en la aplicación de las tablas de retención documental adoptadas por la Universidad según Resolución 000003:2019.	Plan de Mejoramiento
19	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que no se ha socializado el manual ATHM11 indicando a las partes interesadas los riesgos en la manipulación y determinar el procedimiento en caso de contacto con químicos y sustancias, SG-SST.	Plan de Mejoramiento
20	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia incumplimiento al Decreto 1072:2015 capítulo VI, toda vez que se encuentran riesgos de tipo eléctrico.	Plan de Mejoramiento
21	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que no se tiene control sobre las temperaturas y vencimientos de los medicamentos de uso animal.	Plan de Mejoramiento
22	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia dentro del listado de personas morosas con la Biblioteca a funcionarios de la Universidad, que a la fecha no han pagado la multa interpuesta por la Biblioteca.	Plan de Mejoramiento
23	<u>Oportunidad de Mejora:</u> En la descripción del nuevo reglamento de la Biblioteca no se tiene en cuenta en el considerando la Resolución 1030 de 2005.	Función de Advertencia
24	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Se evidencia cruce de horarios entre algunas asignaturas entre los programas de Zootecnia e Ingeniería Agronómica. AAAF051: Guía Práctica, programación de la práctica para docentes y estudiantes. Se debe implementar un protocolo o ficha técnica que contenga uso adecuado de equipos de laboratorio, con el fin de conservar equipos y dar conocimiento del manejo tanto al recurso humano de la Universidad como los alumnos y terceros. AAAR051, Guías de Práctica, se evidencian en digital y físico, se debe realizar ajuste conforme la norma del manual ATH011 en el sentido de socializar y hacer seguimiento a la aplicación por parte de los alumnos. en especial en hojas de seguridad de uso de reactivos, los cuales indican características de la sustancia química y medidas en caso de contacto como prevención.	Plan de Mejoramiento
25	<u>Oportunidad de Mejora:</u> El equipo marca PERKIN ELMER ESPECTROFOTOMETRO de absorción atómica placa 9161, y el de la placa inventario 9170, vigencia 2016, a la fecha no se ha realizado el mantenimiento. se evidencia con el oficio solicitud de calibración de marzo 2015, conllevando al deterioro de los equipos, impidiendo el desarrollo y objetivo de las practicas, pudiendo conllevar a dilatar la información, ya que los resultados arrojados por los equipos no serían confiables en la veracidad de la información.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Apoyo Académico		
No.	Hallazgo	Tratamiento
26	<u>Oportunidad de Mejora:</u> no se realizó la transferencia documental encontrando documentos de 2016 y anteriores, no refleja identificación y trazabilidad del archivador, se evidencia las carpetas gaveta 2 sin foliar como la ficha técnica 26.38 AAR041, desacatando la ley general de archivos.	Plan de Mejoramiento
27	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Contratación laboratorio Contrato F-OCC-134 de 2018, valor \$76.907.760, objeto adquisición de insumos de reactivos para laboratorios de la Unidad de Apoyo Académico de la Universidad de Cundinamarca, sede y seccionales y extensiones, CONTRATO F-CTCV-102-18 contratista AVANTIKA COLOMBIA S.A.S objeto: adquisición de insumos de vidriería y demás elementos para laboratorios de la Unidad de Apoyo, se establece que los tiempos de los ABS no se están cumpliendo ocasionando alteración a la prestación del servicio impidiendo el desarrollo de las actividades académicas tanto de los profesores como estudiantes.	Plan de Mejoramiento
28	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Se evidencia que el laboratorio de agropecuarios presenta espacio inadecuado y reducido para la prestación del servicio académico, incumpliendo requisito de infraestructura de la ISO 9001:2015.	Función de Advertencia
29	<u>Observación:</u> Se evidencia que no se ha dado cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento respecto a la calibración, toda vez que la dependencia de investigación no ha realizado el debido reporte.	Función de Advertencia
30	<u>Observación:</u> Los controles implementados en la mitigación de los riesgos no son eficaces.	Plan de Mejoramiento
31	<u>Observación:</u> No se evidencia que la Oficina de Control Interno realice la valoración de los controles, asimismo, no es coherente las observaciones establecidas en los seguimientos.	Plan de Mejoramiento
32	<u>Observación:</u> En la verificación de los indicadores, se evidencio que estos no miden la gestión del proceso, asimismo, no se tiene claridad respecto a la meta establecida, y el porcentaje alcanzado.	Plan de Mejoramiento
33	<u>Observación:</u> No se evidencio el reporte de los cambios generados en el Proceso de Gestión, así como tampoco la generación de los mismos.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 5. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoría al Proceso de Apoyo Académico. Fuente: Informe de Fecha 15 de abril de 2019.



2.4. Procesos de Formación y Aprendizaje y Autoevaluación y Acreditación. (Informe de Fecha 11 de abril de 2019).

Consolidado de Hallazgos Procesos de Formación y Aprendizaje y Autoevaluación y Acreditación		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que el registro MFAF015 versión 04 no contiene la firma de asistencia de todos los docentes asignados por núcleo temático.	Plan de Mejoramiento
2	<u>Oportunidad de Mejora:</u> No se evidencia desarrollo del plan de contingencia para el núcleo temático termodinámica del programa de Ingeniería Industrial.	Plan de Mejoramiento
3	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que el núcleo temático de higiene y seguridad industrial del programa de Ingeniería Industrial presenta inasistencia no justificada por parte de los estudiantes.	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conformidad:</u> No se evidencia el cumplimiento de la función de los consejeros en el programa de Ingeniería Industrial.	Plan de Mejoramiento
5	<u>Oportunidad de Mejora:</u> No se evidencian políticas institucionales aprobadas para los Procesos de Graduados, Bienestar Universitario, Investigación e Internacionalización; lo que impide realizar la caracterización del proceso toda vez que debe ir alineado a las políticas.	Plan de Mejoramiento
6	<u>No Conformidad:</u> no se identifica el reporte de las salidas no conformes en el aplicativo dispuesto para tal fin.	Plan de Mejoramiento
7	<u>No Conformidad:</u> El procedimiento MFAP03 vr. 12 Acompañamiento para la Formación Integral del Estudiante, no establece en su totalidad las actividades realizadas por los estudiantes ni los controles necesarios en el ejercicio de formación académica.	Plan de Mejoramiento
8	<u>No Conformidad:</u> No se lleva un seguimiento eficaz con relación a los objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación de los núcleos temáticos, toda vez que, no se está asegurando la concertación, suscripción, seguimiento y control de los Acuerdos Pedagógicos, incurriendo en incumplimiento de las actividades académicas.	Plan de Mejoramiento
9	<u>Observación:</u> Las salidas académicas aprobadas mediante Comité de Prácticas y Salidas Académicas, difieren de las aprobadas por el Consejo de Facultad; incurriendo en incumplimiento del plan de estudios, dado que las salidas aprobadas mediante dicho Consejo, obedecen a las proyecciones hechas por el Programa, con base en lo establecido por los syllabus de cada núcleo temático.	Plan de Mejoramiento



Tabla No. 6. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoría a los Procesos de Formación y Aprendizaje y Autoevaluación y Acreditación.
Fuente: Informe de Fecha 11 de abril de 2019.

2.5. Proceso de Talento Humano. (Informe de Fecha 25 de abril de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Talento Humano		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conforme:</u> No se evidencia cumplimiento de la actividad No. 3 establecida en el registro ESGr035 "Gestión del Cambio del Proceso de Talento Humano" de fecha 15 de diciembre de 2017, con relación al tratamiento de la selección y contratación de los docentes (Casos Especiales).	Plan de Mejoramiento
2	<u>Oportunidad de Mejora:</u> El Manual de Funciones de la Universidad de Cundinamarca documentado en la Resolución Rectoral número 064 de 2012, no contempla en su contenido acápite relacionados con el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015), el Sistema de Seguridad de la Información (Ley 1581 del 2012 y Decreto 1377 de 2013), las Normas de Contabilidad e Información Financiera (NIIF, Ley 1314 de 2009 y Decreto 2784 de 2012) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG (Decreto 1499 de 2017).	Plan de Mejoramiento
3	<u>No Conforme:</u> En las hojas de vida de los conductores Ángel Roque, Efraín Ruiz y Ricardo Ríos, no reposa el pase actualizado, las pruebas escritas de seguridad vial y los exámenes médicos, incumpliendo así, requisitos básicos establecidos en la Ley 769 de 2002 Artículos 7 y 18 "Código Nacional de Tránsito y Transporte" y en el Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo".	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conforme:</u> No se evidencia soporte de que se haya rendido la contratación por Orden de Prestación de Servicios – OPS del primer semestre de la vigencia 2018, al SECOP I y CNSC, de conformidad con lo establecido en el procedimiento ATHPO8 versión 22 "Contratación de servidores públicos ocasionales" y el instructivo de Contratación.	Plan de Mejoramiento
5	<u>No Conforme:</u> Se encuentra que el Acuerdo de Gestión de la Directora de Bienestar Universitario fue entregado de manera extemporánea de acuerdo a lo establecido en el Artículo No. 5, Numeral tercero de la Resolución Rectoral No. 029 de 2011 y en la Circular Externa No 100-001-2017 emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP.	Plan de Mejoramiento
6	<u>Observación:</u> Existen pagos pendientes de incapacidades por parte de las EPS, por valor de \$301.060.436; no se tiene información discriminada consolidada en un informe que describa de forma pormenorizada a quien corresponde la factura (EPS), la fecha causada y el valor a cancelar, convirtiéndose en un riesgo y un posible detrimento por los términos de prescripción de la incapacidad 3 años.	Plan de Mejoramiento

que



Consolidado de Hallazgos Proceso de Talento Humano		
No.	Hallazgo	Tratamiento
7	<u>Observación:</u> Se evidencia en la nómina de tiempo completo del mes de abril de 2018 que el contrato No. 1037 correspondiente al señor Harol Hernando Chávez, se recibió posterior al cierre de las nóminas (24 de cada mes) para inclusión en nómina, hecho que implica realizar un adicional, afectando el pago de seguridad social debiendo realizar un reproceso, representando un riesgo para el pago en término de la seguridad social y exponiéndose a que el pago se realice fuera de las fechas establecidas "extemporáneo" consecuencia con lo cual se incurre en una sanción pecuniaria que afecta el patrimonio de la Universidad.	Plan de Mejoramiento
8	<u>No Conforme:</u> No se evidencia ejecución de la inducción al puesto de trabajo, realizada por los directores de procesos, jefes de áreas, decanos y coordinadores de programas al personal administrativo y docente de nueva vinculación de la institución en el IPA2019.	Plan de Mejoramiento
9	<u>No Conforme:</u> Los Procedimientos ATHP07 versión 8 "Evaluación del Desempeño de los Profesores", ATHP08 versión 22 "Contratación de Servidores Públicos Ocasionales", ATHP09 versión 4 "Reconocimiento de Viáticos y Gastos de Alojamiento y Manutención" y ATHP10 versión 5 "Concertación de Acuerdos de Gestión" y el Instructivo ATHI005 versión 4, "Rendición Informe Contraloría de Cundinamarca", no están actualizados frente a las condiciones, requisitos, actividades y responsabilidades de los mismos; asimismo, los Actos Administrativos, Resolución Rectoral No. 029 de 2011 "Por medio de la cual se implementan los Acuerdos de Gestión en la Universidad de Cundinamarca" y Acuerdo 005 de 2009 del Consejo Superior "Por el cual se adopta el estatuto del personal administrativo de la Universidad de Cundinamarca", están desactualizados frente a lo determinado para funcionarios de libre nombramiento y remoción, incumpliendo el numeral 7.5 Información Documentada, toda vez que la documentación mencionada no está conforme a la operación actual del Proceso.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 7. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria al Proceso de Talento Humano. Fuente: Informe de Fecha 25 de abril de 2019.

2.6. Proceso de Bienestar Universitario. (Informe de Fecha 20 de mayo de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Bienestar Universitario		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conforme:</u> No se controla la información documentada necesaria para la planificación y control del Proceso.	Plan de Mejoramiento
2	<u>No Conforme:</u> Se evidencia el incumplimiento del cronograma de actividades ya que el Festival de la Canción programado para el 5 de abril se realizó el 20 de agosto de 2018 y no se reporta la reprogramación del evento en el tiempo oportuno.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Bienestar Universitario		
No.	Hallazgo	Tratamiento
3	<u>No Conforme:</u> Se evidencia, carnet de manipulación de alimentos vencido y personal sin carnet de los proveedores de restaurante, sede Fusagasugá.	Plan de Mejoramiento
4	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Fortalecer las estrategias de comunicación por parte de los procesos que intervienen en las consejerías a los estudiantes contemplados en la guía metodológica de consejerías estudiantiles MFAG006, con el fin de tener un producto final del resultado de las mismas.	Plan de Mejoramiento
5	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Se evidencia que el plan de mejoramiento No. 400 tiene un avance 75 por ciento y a la fecha de la auditoria no se tiene viabilidad para cumplir con los requisitos de la unidad de salud teniendo en cuenta la Resolución 2003 del 288 de mayo del año 2014.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 8. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria al Proceso de Bienestar Universitario. Fuente: Informe de Fecha 20 de mayo de 2019.

2.7. Proceso de Financiera. (Informe de Fecha 31 de mayo de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Financiera		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conforme:</u> Se evidencia que los flujogramas de los Procedimientos AFIP12 versión 7 "Elaboración, Ejecución y Seguimiento del Programa Anual Mensualizado de Caja PAC" y AFIP05 versión 7, "Devolución del Impuesto al Valor Agregado", no se encuentran documentados de manera correcta; asimismo, se está haciendo uso de los Formatos obsoletos AFIr069 versión 7 "Programa Anual Mensualizado de Caja-PAC" y ACAr023 versión 3, "Indicadores".	Plan de Mejoramiento
2	<u>Oportunidad de Mejora:</u> La Infraestructura Física destinada para la Oficina de Contabilidad es reducida, la cual no permite las condiciones ergonómicas adecuadas para el desempeño de las actividades de cada uno de los funcionarios que allí laboran.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 9. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria al Proceso de Financiera. Fuente: Informe de Fecha 31 de mayo de 2019.

du



2.8. Proceso de Jurídica. (Informe de Fecha 14 de junio de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Jurídica		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Procedimiento AJUP01 Asesoría Jurídica, no se evidencia registro de control y seguimiento del número de solicitudes verbales de concepto o consultas jurídicas realizadas y atendidas con respuesta de forma verbal, hecho que, como indicador de gestión, disminuye el porcentaje de gestión y no refleja la totalidad de las actividades realizadas como asesoría jurídica conceptual.	Plan de Mejoramiento
2	<u>No Conforme:</u> Se configura y se observa de acuerdo al informe allegado AJUR004, versión 3, paginas 3, petición 14 y pagina 9 petición 51 cotejado con los soportes y aclaraciones enviados por archivo y correspondencia, que las fechas plasmadas en el informe no corresponden a las reales, por no coincidir en las fechas reales de los derechos de petición del informe, información por la cual se induce a un error de interpretación, no siendo confiable el informe de seguimiento a derechos de petición tal como lo manifiestan en su respuesta cuando indican "No se acepta hallazgo, puesto que el mismo no obedece a la realidad de lo ocurrido, careciendo de exactitud de fechas en especial de la fecha de asignación del derecho de petición a la dirección jurídica incumplió los términos para la respuesta del derecho de petición", incumpliendo el numeral 7.5.1 información documentada generalidades literal b, ISO 9001:2015. se anexa soportes folio del 1 al 18.	Plan de Mejoramiento
3	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Procedimiento AJUP01 tutelas, el control y seguimiento a las tutelas lo llevan con el formato ADOr021, versión 5, este formato corresponde al proceso de gestión documental denominado "inventario único documental" encontrando que el proceso de gestión Jurídica no lleva el control directo o formato, al no tener establecido jurídica un formato propio de seguimiento y orden cronológico de descripción de las tutelas. no se evidencia de un mecanismo de control y seguimiento frente a la descripción sucinta de los hechos y términos de recibo y respuesta de las tutelas.	Plan de Mejoramiento
4	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Procedimiento AJUP06 verificación de requisitos jurídicos contractuales, se evidencia que no se está diligenciando los campos como designación del funcionario, la fecha de asignación y firma de aceptación del proceso o tramite asignado, así como también la firma y fecha de entrega a la dependencia solicitante de dicho requerimiento, lo que no permite visualizar la trazabilidad de la gestión adelantada por los asesores de la Oficina de Jurídica.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 10. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria al Proceso de Jurídica. Fuente: Informe de Fecha 14 de junio de 2019.



2.9. Auditoria al Sistema Integrado de Gestión. (Informes de Fechas 14 de junio de 2019 y 28 de noviembre de 2019).

Consolidado de Hallazgos Auditoria al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
Sistema de Gestión de la Calidad; Norma ISO 9001:2015.		
1	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la implementación de acciones para abordar riesgos o reducir efectos no deseados, así como su plan de contingencia que permitan dar cumplimiento legal al proceso de Gestión Documental. No se evidencia que se haya implementado la acción establecida con respecto al riesgo de falta de espacio físico en el archivo central para realizar la recepción de los documentos que ya perdieron su vigencia. Se evidencian solicitud de oficios por parte de la líder del proceso Documental desde el año 2014, fecha 2014-02-10 sobre la solicitud de espacio para recursos físicos #001517, y la respuesta de 2014-02-15 por parte de Recursos Físicos y servicios generales que se elabore un plan de contingencia #001513, radicados 14178 de 2014, 6666 abril 24 de 2015, 21662 sept 18 de 2015, 9068 17 abril 2017. Lo anterior genera incumplimiento del requisito 6.1.2 b) la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
2	<u>No Conformidad:</u> No obstante que se cuenta con la matriz de riesgos y oportunidades para el proceso Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales, no se evidencia precisión de las acciones a tomar para mitigar el riesgo identificado, lo que dificulta asegurar su eficacia, tal como se evidencio en el caso del riesgo identificado en 2018 por la Ley de garantías y que fue uno de los factores que impidió el logro de la meta trazada para la firma de Convenios. Esta situación genera incumplimiento del requisito 6.1.2 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
3	<u>No Conformidad:</u> No se evidencia planeación de los objetivos para la totalidad de procesos del SGC; debido a que no se logra establecer las acciones, recursos y términos para la terminación de las tareas que se implementaran para atender los objetivos declarados en su caracterización, esta situación genera incumplimiento del requisito 6.2.2 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conformidad:</u> No se logra evidenciar la articulación de las acciones de formación y capacitación adelantadas, con las necesidades reales de desarrollo de la competencia de los docentes, debido a que no se evidencio la consideración de los resultados de la evaluación del desempeño para definir las acciones de desarrollo de los docentes, ni para la postulación de candidatos en las convocatorias para apoyo pos gradual; así mismo no se logró evidenciar la consideración de las necesidades de desarrollo pos gradual para apoyar el plan de contingencia del Programa Lengua Castellana e Inglés. lo anterior genera incumplimiento del requisito 7.2 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
5	<u>No Conformidad:</u> No se asegura el control y disponibilidad de la información documentada relacionada con el proceso, debido a que durante la auditoria se presentó dificultad para consultar la información relacionada con los archivos que se manejan para realizar la planeación de las actividades de mantenimiento de los	Plan de Mejoramiento

dp



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	activos, la calibración de los equipos de seguimiento y medición y para el control de las licencias de software. Lo anterior genera incumplimiento del requisito 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015.	
6	<u>No Conformidad:</u> No se define planeación del diseño para el Programa de Zootecnia de Fusagasugá que fue presentado para registro calificado el 19 de junio de 2019; lo anterior genera incumplimiento del requisito 8.3.2 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
7	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la implementación de actividades de seguimiento y medición relacionadas para verificar que se cumplen con los criterios establecidos para realización de los acuerdos pedagógicos que debe realizar el docente con los núcleos temáticos asignados, incumpliendo el requisito 8.5.1 c) de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
8	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la implementación de actividades de seguimiento y medición relacionadas para verificar que se cumplen con los criterios establecidos para realización de las salidas académicas que debe realizar el docente de acuerdo con lo establecido en los syllabus, incumpliendo el requisito 8.5.1 c) de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
9	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la implementación de actividades de seguimiento y medición relacionadas para verificar que se cumplen con los criterios establecidos el control del Proceso, incumpliendo el requisito 8.5.1 c) de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
10	<u>No Conformidad:</u> No obstante que se tienen dos informes de seguimiento para el proyecto Plan Estratégico para el manejo integral del agua tomado en la muestra, estos informes no corresponde a la frecuencia semestral establecida para el proyecto; lo anterior evidencia en la entrega de un primer informe el 1 de agosto de 2017 (12 meses después de firmada Acta de Inicio) y el informe final entregado el 24 de septiembre 2018 (13 meses después del primer Informe) en cual fue devuelto el 27 de septiembre para ajustes; lo anterior incumple el requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015 y genera riesgos en cuanto a asegurar los resultados del proyecto.	Plan de Mejoramiento
11	<u>No Conformidad:</u> No se asegura que los criterios establecidos e implementados en el aplicativo de control de graduados sea coherente con los registros que evidencian la conformidad de la graduación, incumpliendo el requisito 8.6 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
12	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la implementación de las disposiciones planificadas para verificar que se cumple con el requisito de reporte oportuno de notas por parte del docente, acorde al calendario académico, incumpliendo el numeral 8.6 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
13	<u>No Conformidad:</u> No se asegura que se registre las salidas no conformes y se pueda visualizar la trazabilidad de las salidas no conformes cuando se presenten en el programa, incumpliendo el numeral 8.7 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
14	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la evaluación anual de los resultados obtenidos en las líneas de investigación, debido a que no se logró evidenciar mediante Acta de los respectivos Consejos de Facultad dicha evaluación para las líneas de investigación muestreadas durante la auditoría (genero riesgo cuerpo y violencia del Programa Ciencias Sociales y producción y difusión de cartografía del Programa Tecnología en Cartografía de la Facultad de Ciencias Agropecuarias); situación que genera incumplimiento del requisito 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
15	<u>No Conformidad:</u> No se asegura que la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías muestre la trazabilidad con lo presentado en el informe de auditoría. Lo anterior incumple el requisito 9.2.2 f) de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
16	<u>Observación:</u> No obstante que se cuenta con la herramienta de gestión de riesgos y oportunidades para el proceso, se evidencia falta de eficacia en la identificación de los riesgos y la determinación de los controles y acciones para abordarles; lo anterior debido a que no se han considerado riesgos de incidencia directa en los resultados de los procesos: Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales; Apoyo Académico; Bienes y Servicios; Talento Humano; Financiera; lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 6.1 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
17	<u>Observación:</u> No obstante que se evidencia el establecimiento de metas para 2018 y 2019 en el documento ESGR027 matriz de seguimiento y medición de los procesos de gestión (Documental; Talento Humano), se evidencia que estos no permiten evaluar el desempeño de los procesos con respecto al aporte que estos realizan a los objetivos declarados en sus caracterizaciones; esta situación genera riesgo en la planeación de las acciones para lograr los objetivos y de incumplimiento del requisito 6.2.1 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
18	<u>Observación:</u> No obstante que se tiene la planeación de cambios registrada en el documento ESGR035 para los procesos: Control Interno Disciplinario, Autoevaluación y Acreditación, Financiera y Apoyo Académico; se evidencia que las actividades identificadas en la planeación se orientan a la ejecución del proyecto específico, pero no se logra evidenciar la planificación de los cambios que se requiere en el SGC y la documentación relacionada para asegurar que se consideren los cambios y la actualización en estos documentos; lo anterior genera riesgos con respecto al requisito 6.3 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
19	<u>Observación:</u> No se asegura la eficacia de las acciones y disposiciones establecidas por el proceso Apoyo Académico para asegurar la disponibilidad de los espacios y recursos académicos; debido a que el documento de plan de mantenimiento en	Gestión del Riesgo

afm



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	archivo de Excel no permite realizar el seguimiento y control del mantenimiento realizado a la totalidad de activos debido a que no se precisan las frecuencias y fechas para la intervención de cada activo, de otra parte, en las hojas de vida de los activos no se asegura que la información registrada corresponda a cada activo, de tal manera que permita asegurar su administración, control y seguimiento; lo anterior se observó en la muestra tomada; lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.1.3 de la norma ISO 9001:2015.	
20	<u>Observación:</u> No se asegura la confiabilidad de los resultados de la medición para el control (presión arterial) del ingreso a las practicas estudiantiles de los estudiantes de ciencias del deporte, debido a que se evidencia que el tensiómetro (placa 42625) empleado por Bienestar Universitario se encuentra con estado de calibración vencido (20 de octubre de 2017), esta situación genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.1.5 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
21	<u>Observación:</u> Perfiles de cargo: se revisa perfiles de cargo asociados al Proceso Apoyo Académico, se evidencia que no precisa requisitos asociados temas de control y mantenimiento de activos siendo este uno de los principales retos del proceso. Lo anterior genera riesgo en la determinación de los requisitos de competencia para la contratación y las acciones que se desarrollan para asegurar la competencia del equipo de trabajo del proceso y podría generar incumplimiento del requisito 7.2 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
22	<u>Observación:</u> No se evidencia la toma de acciones a partir de los resultados de las evaluaciones de desempeño de los profesores; debido a que se tienen los datos obtenidos del sistema para la evaluación del primer semestre de 2018, los cuales fueron presentados al Comité profesor en reunión del 6 de junio de 2018 (Acta 008), pero no se evidencia la toma de acciones tomando en consideración los resultados revisados. Esta situación genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.2 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
23	<u>Observación:</u> No obstante que se cuenta con el informe de evaluación del programa de formación del año 2018, se evidencia que la evaluación realizada no considera la evaluación de la eficacia de las acciones tomadas. Esta situación genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.2 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
24	<u>Observación:</u> No se asegura el control de la información documentada para la gestión de riesgos y oportunidades, debido a que los documentos relacionados (ESGR028) que se encuentran disponibles en la plataforma institucional no corresponden a las versiones vigentes; lo anterior debido a que en la plataforma se encuentran los documentos con actualización del DOFA a julio de 2018 y los documentos vigentes presentados durante la auditoria corresponden a actualización de DOFA de marzo de 2019 e inclusión de riesgos de seguridad de la información de abril de 2019. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
25	<p><u>Observación:</u> No se asegura que los archivos que generan resultados (Excel) que evidencian conformidad, estén protegidos contra modificaciones no intencionadas. Puede generar riesgo de pertinencia de la información suministrada e incumplimiento del requisito 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015.</p>	Gestión del Riesgo
26	<p><u>Observación:</u> No obstante, la universidad cuenta con la infraestructura de TIC, que apoya la operación de los diferentes procesos para generar su interacción con las partes interesadas y para controlar la información documentada requerida, durante la auditoria se presentaron dificultades para acceder a la plataforma institucional y al Modelo de Operación Digital, así como para la verificación de los canales de comunicación establecida para realizar solicitudes a través de la línea 187, chat, al realizar la prueba en la Extensión Zipaquirá, no hubo respuesta, porque el sistema estaba fallando. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.1.3 de la norma ISO 9001:2015, acerca de la disponibilidad de la infraestructura requerida para la operación de los procesos.</p>	Gestión del Riesgo
27	<p><u>Observación:</u> Actualmente el contenido del curso diplomado HSEQ que se está ofreciendo en Girardot tiene incluido OSHAS 18001:2007 y esta norma de gestión será reemplazada por ISO 45001:2018. Lo anterior genera riesgo de capacitar a los participantes en temas no actualizados y no cumplir con las expectativas de los mismos. Lo que genera riesgo de incumplimiento del requisito 8.3 de la norma ISO 9001:2015.</p>	Gestión del Riesgo
28	<p><u>Observación:</u> No obstante que se genera el indicador de reevaluación de proveedores a través de la información recolectada de los supervisores de contrato y consolidada en el banco de proveedores, donde se reporta para el segundo semestre de 2018 un resultado de 89 por ciento de proveedores con evaluación superior a 70 en una muestra de 75 proveedores evaluados, no se evidencia en el análisis realizado la generación de conclusiones con respecto al seguimiento del desempeño, ni de estratificación de proveedores de acuerdo con su impacto en los resultados esperados que permita orientar las acciones requeridas para fortalecer la gestión de proveedores críticos y llevar conclusiones a la revisión por la dirección. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento de requisito 8.4.1 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>De otra parte, no se asegura la aplicación de la reevaluación para la totalidad de proveedores que impactan en la calidad de los servicios misionales; dado que no se evidencia reevaluación del proveedor instrumentación y metrología que se encuentra activo desde 2015.</p>	Gestión del Riesgo
29	<p><u>Observación:</u> No se logra evidenciar el acompañamiento de consejería realizado a los estudiantes de enfermería; lo anterior debido a que la información relacionada con la alumna Angélica Tatiana Zambrano Zambrano (330213239) no se tiene disponible como información oficial en el SGC, esta situación genera incumplimiento del requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.</p>	Gestión del Riesgo

ofm



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
30	<p>Observación: No se asegura la implementación de actividades de seguimiento y medición relacionadas para verificar que se cumplen con los criterios establecidos para realización de los Acuerdos Pedagógicos que debe realizar el docente con los núcleos temáticos asignados, situación que genera incumpliendo del requisito 8.5.1 c) de la norma ISO 9001:2015, lo anterior debido:</p> <p>Para la guía práctica AAAR051 V5 relacionadas de los núcleos temáticos de anatomía comparada, ISPA - introducción a los sistemas de producción agropecuarios, fisiología del sistema reproductivo, no se evidencia que cuente con la firma de aprobación por parte de la coordinadora del centro;</p> <p>No se evidencia que se dé respuesta a la solicitud de la práctica fisiología del sistema reproductivo solicitada el 13 de febrero de 2019;</p> <p>No se evidencia firma del profesional del área en el registro seguimiento actividades agropecuarias académicas AAR025_V8 del 18 de febrero de 2019;</p> <p>No hay firma del docente Yulith Monroy, ni de la coordinadora de la granja el Tíbar, de la solicitud de la práctica reproducción animal II, solicitada el 13 de febrero de 2019 para el 18 de febrero 2019 y no se tiene evidencia de la respuesta de la solicitud.</p>	Gestión del Riesgo
31	<p>Observación: Se evidencia inconsistencia en el modelo de seguimiento y medición del desempeño de los procesos y percepción de complejidad por parte de los responsables de proceso con respecto a este criterio, debido a que se emplean herramientas diferentes para dicha evaluación desde la perspectiva de planeación institucional (archivo de Excel con metas de plan de acción / aplicativo en la plataforma institucional que se encuentra en implementación) y la de sistema integrado de gestión (ESGR027 matriz de seguimiento y medición de los Procesos de Gestión); observado los Procesos Planeación Institucional; Bienes y Servicios; Formación y Aprendizaje; Interacción Universitaria; Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales; Sistemas Integrados de Gestión; Sistemas y Tecnología. Lo anterior dificulta la adopción de las herramientas y riesgos en cuanto al requisito 9.1.1 de la norma ISO 9001:2015.</p>	Gestión del Riesgo
32	<p>Observación: No se asegura la evaluación sistemática del desempeño de los procesos por parte de los responsables de proceso; a pesar de que se tienen las herramientas archivo de Excel con metas de Plan de Acción, aplicativo en la plataforma institucional que se encuentra en implementación y ESGR027 matriz de seguimiento y medición de los procesos de gestión, no se evidencio para todos los trimestres el análisis y la evaluación del desempeño, ni la determinación de la necesidad de tomar acciones para la mejora. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015.</p>	Gestión del Riesgo
33	<p>Observación: un que se presenta informe trimestral de las solicitudes realizadas al Servicio de Atención Al Ciudadano, no se aseguran los resultados que se obtienen de la plataforma, debido a que los datos relacionados con la clasificación de la solicitud son registrados por el peticionario, lo que genera incertidumbre en la validez de los datos para el análisis lo anterior genera riesgo de incumplimiento al numeral</p>	Gestión del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	9.1.1 de la ISO 9001:2015 sobre información apropiada que surgen del seguimiento y medición.	
34	<u>Observación:</u> No se evidencia análisis ni generación de conclusiones que permita conocer el desempeño profesional, laboral, ocupacional y social del graduado de la Universidad de Cundinamarca para determinar los requerimientos de mejoramiento de los programas académicos; lo anterior debido a que solo se ha descargado la información de la plataforma del observatorio laboral para la educación y se entrega el archivo descargado sin que se realice análisis de la información a las facultades. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 9.1.2 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
35	<u>Observación:</u> No obstante que se presenta información relacionada con las entradas requeridas para la revisión por la dirección, se evidencia que para algunos temas muestreados es general y no precisa aspectos clave para la toma de decisiones en esta revisión; tal es el caso de la información relacionada con el desempeño de proveedores de bienes y servicio que se centra en el dato del indicador, pero no permite conocer que grupo de proveedores requiere mejorar y el impacto que tienen en los resultados, no considera la evaluación de proveedores clave para la calidad del servicio como son los contratos de docentes catedra y servicio profesionales por OPS, adicionalmente, se evidencia la necesidad de fortalecer el análisis de la información de contexto para fortalecer la alineación del enfoque del pensamiento basado en el riesgo, desde los resultados esperados a nivel estratégico, hacia el control operacional de los procesos del SGC. Lo anterior genera riesgo en las salidas de la revisión, generadas por la relevancia y profundidad de la información utilizada.	Gestión del Riesgo
36	<u>Observación:</u> No se asegura la eficacia de las acciones correctivas tomadas en el plan de contingencia de la licenciatura de lengua castellana e inglés. Debido a que en la revisión del plan de contingencia no se logra establecer con precisión las actividades particulares a desarrollar en cada acción ni los resultados que se espera obtener, situación que genera incumplimiento del requisito 10.2 de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6 y la Resolución 0312 de 2019.		
1	<u>No Conformidad:</u> No obstante que en la actualidad se tiene un contratista para "coordinar y mantener la implementación del SGSST", se incumple el requisito de perfil del responsable del SG-SST designado, Debido a que en la Resolución 185 del 12 de octubre de 2016, Art. 5 Parágrafo 1, esta designación se hace al Director Talento Humano de la UDEC quien no cumple con el requisito de contar con licencia de SST a pesar de contar con un título de Maestría en Salud Ocupacional y Seguridad Industrial de la UMECIT de Panamá. Lo anterior genera incumplimiento del numeral 1.1.1 de la Resolución 0312 de 2019. De otra parte, en la Resolución 185 de 2016 se designa como responsables del SG-SST de Seccionales y Centros de Trabajo a los directores administrativos, de quienes no se tiene evidencia de la formación en SST ni de sus correspondientes licencias de SST.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
2	<u>No Conformidad:</u> No se logra evidenciar el cumplimiento de las actividades de capacitación para la Centro de Trabajo de Chía, relacionadas en el Plan de actividades para los meses de marzo, abril, septiembre y octubre con respecto al Uso EPP (Solo se tiene soporte del 12 de marzo), Pausas activas (sólo se tiene soporte de 12 de marzo y de 1 de abril); Manejo de voz (No se tiene evidencia de esta formación en 2019 para Chía); lo anterior genera incumplimiento del requisito 1.2.2 de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
3	<u>No Conformidad:</u> No obstante que se tienen establecidos los objetivos en la Resolución 156 del 14 de noviembre de 2018, de acuerdo con las intenciones generales que propone la resolución 0312 de 2019 para el establecimiento de la política de SST; dichos objetivos no son medibles ni se evidencia que consideren los resultados de las evaluaciones de los riesgos en los sitios de trabajo y el diagnóstico de condiciones de salud de la UDEC; situación que genera incumplimiento del requisito 2.2.1 de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conformidad:</u> El Plan Anual de Trabajo del SG-SST presentado, no permite establecer los resultados que se espera alcanzar en materia de SST para cada centro de trabajo, a partir de la evaluación de los riesgos en los sitios de trabajo y el diagnóstico de condiciones de salud de la UDEC; lo que genera incumplimiento del requisito 2.4.1 de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
5	<u>No Conformidad:</u> El sistema de archivo y las disposiciones establecidas en las Tablas de Retención Documental, no consideran los requisitos de tiempos de retención de la información relacionada con la salud de los trabajadores, debido a que se establece que el tiempo de retención de las Historias ocupacionales es de 3 años y de 12 años en archivo central, cuando el requisito del Decreto 1072/2015 Art. 2.2.4.6.13 es de 20 años luego de finalizar la relación contractual con el trabajador; Lo anterior incumple el requisito 2.5.1 de la resolución 0312 de 2019 y el Art. 2.2.4.6.13 del Decreto 1072/2015. De otra parte, no se asegura la disponibilidad de la totalidad de documentos en los Centros de trabajo, debido a que no se encontró disponible el Plan de Respuesta Ante Emergencias en Girardot.	Plan de Mejoramiento
6	<u>No Conformidad:</u> No se han definido mecanismos para la rendición de cuentas en materia de SST para verificar el cumplimiento de las responsabilidades SST y aunque existen mecanismos de evaluación del desempeño, no incluye aspectos objetivos de verificación del cumplimiento de las responsabilidades asignadas en SST en las Circulares 6, 7 y 8 de 2016. Lo anterior incumple el requisito 2.6.1 de la resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
7	<u>No Conformidad:</u> No se está asegurando que los canales de comunicación de la Universidad sean eficaces para informar de las condiciones adversas de seguridad y salud identificadas en el lugar de trabajo, incumpliendo el estándar 2.8.1 de la resolución 0312 de 2019 y el artículo 2.2.4.6.14 del Decreto 1072 de 2015. Adicionalmente, al realizar el ejercicio de hacer una llamada telefónica a la ext. 224 SST desde el laboratorio de Reproducción animal de Fusagasugá, para informar sobre emergencia, se evidenció la falla en el canal de comunicación y no se logró realizar la comunicación.	Plan de Mejoramiento
8	<u>No Conformidad:</u> Aunque está definida la participación de la oficina de SST en la definición de requerimientos SST en los contratos de compras de bienes y servicios,	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	no existe el mecanismo de verificación de su cumplimiento por parte de los contratistas y proveedores, generando incumplimiento del requisito 2.9.1 de la Resolución 0312 de 2019.	
9	<u>No Conformidad:</u> No se encuentra evidencia de que, en la evaluación y selección de proveedores y contratistas, se incluyan aspectos relacionados con su cumplimiento en aspectos SST o de su verificación del estado de implementación de su SG-SST, lo que incumple el requisito 2.10.1 de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
10	<u>No Conformidad:</u> No obstante, que se evidencia la entrega de los resultados de las EMO y recomendaciones realizadas por el médico evaluador con respecto a la aptitud de los trabajadores para ejercer el cargo, a través de las cartas de entrega realizadas por la oficina de SST de la UDEC; no se evidencia que la UDEC se asegure que el medico evaluador entregue al trabajador la Historia Clínica, de acuerdo con lo requerido en el Parágrafo del Artículo 9 de la Resolución 2346 de 2007, lo que incumple el requisito 3.1.4 de la resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
11	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la notificación oportuna en los términos de ley al Ministerio de trabajo, con respecto de las enfermedades laborales calificadas por la EPS, debido a que a la fecha de la auditoría no se tiene evidencia de la notificación al Ministerio de enfermedad laboral notificada en primera instancia por la EPS Compensar el 20 de agosto de 2019, lo anterior incumple el requisito 3.2.1 de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
12	<u>No Conformidad:</u> No se asegura la realización de las investigaciones de enfermedades laborales calificadas, debido a que a la fecha de la auditoría no se ha realizado la investigación de enfermedad laboral calificada de ELSY ALCIRA ZAPATA, que fue notificada en primera instancia por la EPS Compensar el 20 de agosto de 2019, incumpliendo el requisito 3.2.2 de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
13	<u>No Conformidad:</u> No se realiza la identificación de riesgos con alcance a la totalidad de actividades rutinarias que se realizan en el proceso de Formación y Aprendizaje, debido a que no se evidencia la identificación de peligros cuando se realizan las salidas académicas fuera de las instalaciones de la UDEC, lo que genera incumplimiento del requisito. 4.1.1 de la Resolución 0312 de 2019 No se está informando a la ARL sobre los traslados de los docentes a otros sitios diferentes en el que se encuentran normalmente al realizar las salidas académicas, incumpliendo del requisito. 4.1.1 de la Resolución 0312 de 2019. La matriz de Peligros de Zipaquirá no tiene identificados los riesgos asociados a ruido, manejo de cargas ni humedad que se presentan en la extensión, siendo de los que tienen mayor impacto para el equipo de trabajo. adicionalmente, no se tiene evidencia de participación de los trabajadores en la identificación de peligros. lo anterior genera incumplimiento del requisito 4.1.1 de la resolución 0312 de 2019 En la matriz de peligros de Soacha no se evidencia el riesgo de caída del cielo raso de las áreas de deportes, las cuales de vez en cuando caen en especial por las ráfagas de vientos, según lo comentado por funcionarios de estas áreas, poniendo	Plan de Mejoramiento

gpc



Consolidado de Hallazgos Auditoria al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	en riesgo la seguridad de funcionarios y estudiantes. lo anterior genera incumplimiento del requisito 4.1.1 de la resolución 0312 de 2019	
14	<u>No Conformidad:</u> No se ha finalizado la identificación de exposiciones a los agentes de riesgos y circunstancias de exposición a agentes o sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda, causantes de enfermedades, incluidas en la tabla de enfermedades laborales, lo que incumple el requisito 4.1.3 de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
15	<u>No Conformidad:</u> No se ha adelantado evaluación de puestos de trabajo en especial ergonomía en Zipaquirá, se evidencia que los puestos de trabajo presentan fallas de adecuación para los trabajadores (Enfermera, Bienestar, Apoyo académico); así mismo en Facatativá se evidencian puestos de trabajo en mal estado, lo que genera incumplimiento del requisito 4.2.1 de la Resolución 0312 de 2019. De otra parte, no se han implementado medidas para la mitigación y control del riesgo psicosocial a partir de los resultados del estudio realizado en 2017.	Plan de Mejoramiento
16	<u>No Conformidad:</u> No se evidencia implementación de las medidas de prevención y control para intervenir los peligros /riesgos identificados, debido a que no se evidencia la realización de actividades de inspección y mantenimiento a los equipos de la red contraincendios, equipos de rescate y alarmas de emergencia en los centros de trabajo de Fusagasugá, Soacha, Bogotá y Facatativá, del ascensor del edificio administrativo nuevo (Fusagasugá), al tanque de gas propano de los laboratorios (Soacha). De otra parte, no se encuentran disponibles algunos extintores de incendio en los sitios demarcados y señalizados (Fusagasugá, Soacha), lo que genera incumplimiento del requisito 4.2.3 de la Resolución 0312 de 2019. Adicionalmente, no se evidencia la participación de los miembros del COPASST en las inspecciones a las instalaciones, maquinaria o equipos realizadas en Girardot. En Soacha, no se entrega evidencia de inspección de tanque de gas propano y de su sitio de ubicación, en el cual se encuentra desechos de cartones y papel.	Plan de Mejoramiento
17	<u>No Conformidad:</u> El cuarto de reactivos del laboratorio de química de Facatativá, sin matriz de compatibilidad, se encuentran almacenados ácido e hipoclorito juntos sustancias incompatibles. De otra parte, en el laboratorio, los residuos químicos los desactivan y recogen en recipientes plásticos que etiquetan con el nombre del residuo según el tipo; la etiqueta no incluye la característica de peligrosidad de los residuos, ni la corriente a la que pertenecen, tampoco cuentan con la ficha de seguridad de los residuos (obligación legal del generador es emitirla); en el manual de bioseguridad no se especifica cómo se desactivan los residuos de riesgo biológico; lo anterior genera incumplimiento del requisito 4.2.3 de la Resolución 0312 de 2019. En Zipaquirá se evidencia fallas en instalación eléctrica, toma suelta baño de docentes y administrativos y tomas sin protección en cafetería y oficina administrativa.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	<p>En el Laboratorio de química agropecuaria - Biológica y Laboratorio reproducción animal de Fusagasugá; No se encuentran identificados los tacos eléctricos. Las luminarias del laboratorio de Biología en Fusagasugá, no se encuentran protegidas en caso de que se rompan.</p> <p>En Soacha; el almacenamiento de sustancias químicas de los laboratorios, no se aplica la matriz de compatibilidad de productos químicos y se encuentran cajas sobre las estanterías las cuales se encuentran salidas de dichas estructuras pudiendo caer sobre algún funcionario o estudiante.</p> <p>En el Centro de Estudio Agroambiental la Esperanza, el cuarto de aseo y en la bodega de Insumos Agrícolas de Ubaté no tiene disponibles las hojas de seguridad y no cuenta con la implementación del SGA - Matriz de compatibilidad. De otra parte, no se encuentra publicado el reglamento interno de trabajo, ni el reglamento de higiene y seguridad industrial. No hay registro de inspecciones de botiquines de este año, el Yodopovidona se encuentra vencido septiembre 2019.</p>	
18	<p>No Conformidad: No se tiene documento de conformación de la brigada con la definición de responsabilidades de los brigadistas que la conforman para los centros de trabajo de Facatativá, Chía y Zipaquirá; lo anterior genera incumplimiento del requisito 5.1.2 de la Resolución 0312 de 2019.</p> <p>En la sede de Fusagasugá la documentación relacionada con la Brigada de Emergencias corresponde a los años 2014 y 2015. No se recibe evidencia de documentación que soporte la Brigada vigente para el año 2019.</p>	Plan de Mejoramiento
19	<p>No Conformidad: No se evidencia que en la revisión por la dirección se evalúe específicamente el cumplimiento de la política, objetivos y metas del SG-SST, debido a que el acta presentada no evidencia esta evaluación. Así mismo, no hay evidencia la divulgación de los resultados de la revisión por la dirección al COPASST; lo que genera incumplimiento del requisito 6.1.3 de la resolución 0312 de 2019.</p>	Plan de Mejoramiento
20	<p>No Conformidad: No se evidencia el establecimiento de planes de mejora como resultado de la revisión por la dirección, lo que genera incumplimiento del requisito 7.1.2 de la Resolución 0312 de 2019.</p>	Plan de Mejoramiento
Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2015.		
1	<p>No Conformidad: No se han determinado la totalidad de las partes interesadas relacionadas con el SGA, ni son claras las cuáles son las necesidades y expectativas de estas partes interesadas que se convierten en requisitos del SGA, incumpliendo lo establecido en el requisito 6.2.1 de la ISO 14001:2015.</p>	Plan de Mejoramiento
2	<p>Observación: El alcance del SGA se encuentra definido y documentado en la resolución 000155 del 14/11/2018, en el cual se especifica que cubre la Extensión Facatativá, sin embargo, no es claro que da alcance a las actividades que se desarrollan en la sede del Vergel y prácticas por fuera de la Universidad las cuales generan impacto ambiental y tienen relación directa con los procesos misionales, lo que genera riesgos para la Universidad asociados a incumplimiento legal (requerimientos, multas) y posible afectación de la imagen, así como discrepancias con el certificador que puede requerir como obligatorio se tengan en cuenta sedes</p>	Gestión del Riesgo

[Handwritten signature]



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	alternas y actividades extramurales. El SGA en implementación no ha dado alcance es estas actividades.	
3	<u>No Conformidad:</u> Aunque hay avance en la implementación, el SGA no se encuentra totalmente implementado, incumpliendo lo establecido en el requisito 4.4 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conformidad:</u> No se han determinado los riesgos y oportunidades relacionados con los aspectos ambientales, requisitos legales y otros requisitos y otras cuestiones y requisitos con la comprensión de la organización y de su contexto, y de las necesidades y expectativas de las partes interesadas incumpliendo lo establecido en el requisito 6.1.1 de la ISO 14001:2015; este incumplimiento genera que tampoco se ha establecido como planificar la toma de acciones para abordar los riesgos y oportunidades, ni es clara la manera de integrarlos en el SGA y la forma de evaluar la eficacia de estas acciones (Requisitos 6.1.4 – 3) de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
5	<u>No Conformidad:</u> Aunque se ha avanzado en la elaboración de la matriz de AIA, no se han determinado la totalidad de los aspectos ambientales de las actividades, productos y servicios, ni se han determinado aquellos que puede controlar y en los que puede influir y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida incumpliendo lo establecido en el requisito 6.1.2 de la ISO 14001:2015; tampoco se han determinado los aspectos e impactos de las situaciones de emergencia previsible; este incumplimiento genera que tampoco se ha establecido como planificar la toma de acciones para abordar los Aspectos ambientales significativos, ni es clara la manera de integrarlos en el SGA y la forma de evaluar la eficacia de estas acciones (Requisitos 6.1.4 – 1) de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
6	<u>No Conformidad:</u> No se han determinado la totalidad de los requisitos legales, ni los requisitos identificados están relacionados con los aspectos ambientales, ni se ha determinado cómo estos requisitos legales se aplican a la Universidad incumpliendo lo establecido en el requisito 6.1.3 de la ISO 14001:2015; tampoco se ha planificado la toma de acciones para abordar los requisitos legales, ni es clara la manera de integrarlos en el SGA y la forma de evaluar la eficacia de estas acciones (Requisitos 6.1.4 – 2) de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
7	<u>No Conformidad:</u> No se tienen establecidas las acciones para abordar los riesgos, los aspectos ambientales significativos que no han sido considerados en los programas del PIGA, ni los requisitos legales asociados a los aspectos ambientales, así como tampoco se tiene establecido como se evaluará la eficacia de las acciones; lo que incumple el requisito 6.1.4 de la norma ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
8	<u>No Conformidad:</u> Aunque se cuenta con los objetivos ambientales no se han establecido las metas, mediciones y seguimiento necesarios, incumpliendo lo establecido en el requisito 6.2.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
9	<u>Observación:</u> Como resultado de esta auditoría se ha identificado la necesidad de recursos para cumplimiento legal (ej. concesión de aguas y permiso de vertimientos para El Vergel; adecuación de los sitios para almacenamiento de químicos y residuos especialmente en áreas de mantenimiento y almacén), así como para complementar y ajustar el normograma, los cuales no han sido considerados. No se ha evaluado el riesgo legal y reputacional en caso de que no se dé cumplimiento a alguno de los requisitos como base para la asignación de los recursos, lo cual podría	Gestión del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	llevar a que no se estén cubriendo los temas más relevantes y se pueda incurrir en riesgos de sanción o requerimiento de la autoridad, así como si no son atendidos hace que no sea factible la certificación.	
10	<u>No Conformidad:</u> No se han determinado las competencias necesarias para las personas que realizan trabajos bajo su control, que afecte el desempeño ambiental y su capacidad para cumplir sus requisitos legales y otros, incumpliendo el numeral 7.2 a) de la norma ISO 1400 2015.	Plan de Mejoramiento
11	<u>No Conformidad:</u> No se cuenta con la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia de los estudiantes de los laboratorios para el manejo de sustancias químicas que prevenga la contaminación y residuos peligrosos, incumpliendo lo establecido en el requisito 7.2 d) de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
12	<u>Observación:</u> La atención de las PQR se realiza mediante la aplicación del Procedimiento Atención a peticiones quejas y reclamos. En caso que lleguen comunicaciones de las autoridades ambientales, estas se dirigen al SGA; las comunicaciones provenientes de la comunidad vecina se direccionan al proceso Servicio de atención al ciudadano, el cual determina con quien coordinar la respuesta a dar según la comunicación, sin embargo no se ha asegurado que en caso de un reclamo relacionado con un aspecto ambiental (ej. ruido causado por un evento que se realiza en la Universidad) la respuesta se coordine con el SGA, generando riesgos si no se considera lo relacionado con el cumplimiento legal.	Gestión del Riesgo
13	<u>Observación:</u> Pese a que se tiene un sistema para el control de la información documentada a través de lo establecido en las tablas de retención documental, no se ha asegurado que para la documentación que prueba el cumplimiento legal ambiental se considere lo relacionado con los tiempos de retención establecidos en los requisitos legales (ej. mínimo 5 años para los certificados de disposición final de residuos peligrosos - Decreto 1076 de 2015), ni el valor probatorio que pueda tener la información en el futuro, teniendo en cuenta que la Universidad debe estar en capacidad de demostrar cumplimiento en caso de una acción legal o una eventual sanción, lo que genera un riesgo de no contar en el futuro con información requerida para demostrar cumplimiento; tampoco se ha considerado como organizar la información que evidencie el cumplimiento legal de forma que sea fácil el acceso a la misma.	Gestión del Riesgo
14	<u>No Conformidad:</u> Pese a que se ha tenido un avance importante en la implementación del PGIR (Programa de Gestión Integral Residuos), aún no se ha concluido el establecimiento e implementación de los controles relacionados con RESIDUOS PELIGROSOS, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
15	<u>No Conformidad:</u> Pese a que se ha tenido un avance importante en la implementación del PGIR (Programa de Gestión Integral Residuos), aún no se ha concluido el establecimiento e implementación de los controles relacionados con RESIDUOS DE PARTES ELÉCTRICAS Y ELECTRÓNICAS - RAEE, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
16	<u>No Conformidad:</u> Pese a que se ha tenido un avance importante en la implementación del PGIR (Programa de Gestión Integral Residuos), aún no se ha concluido el establecimiento e implementación de los controles relacionados con	Plan de Mejoramiento

Handwritten signature



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	RESIDUOS ESPECIALES, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	
17	<u>No Conformidad:</u> El PGIR (Programa de Gestión Integral Residuos), aún no ha establecido e implementado los controles relacionados con RESIDUOS DE DEMOLICIÓN Y CONSTRUCCIÓN- RCD, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
18	<u>No Conformidad:</u> El PUEA (Programa de Uso Eficiente de AGUA), aún no ha establecido e implementado los controles relacionados con la CAPTACIÓN DE AGUA DE CUERPO DE AGUA SUPERFICIAL, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
19	<u>No Conformidad:</u> El PIGA aún no ha considerado un programa que establezca y asegure la implementación de los controles relacionados con LOS VERTIMIENTOS, que prevengan la contaminación que se pueda generar por el mal manejo de estos y asegure el cumplimiento legal, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
20	<u>No Conformidad:</u> El PIGA aún no ha considerado un programa que establezca y asegure la implementación de los CONTROLES QUE PREVENGAN LA CONTAMINACIÓN QUE SE PUEDA GENERAR POR EL MAL MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
21	<u>No Conformidad:</u> No se han determinado en su totalidad los requisitos ambientales para la compra de bienes y servicios, ni los criterios necesarios para la contratación de estos, que asegure el cumplimiento de requisitos legales ambientales aplicables a la Universidad, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
22	<u>No Conformidad:</u> Los procedimientos de respuesta definidos en el plan de emergencias no consideran las acciones para prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos provocados por situaciones de emergencias, ni los mecanismos para proporcionar información y formación pertinentes, con relación a la preparación y respuesta ante emergencias, según corresponda, a las partes interesadas pertinentes (ej. comunidad vecina, autoridad ambiental cuando hay contingencias ambientales Resolución 1209 de 2018), incumpliendo lo establecido en el requisito 8.2 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
23	<u>No Conformidad:</u> No se están realizando pruebas a las acciones de respuesta planificadas (simulacros) para prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos provocados por situaciones de emergencias, incumpliendo lo establecido en el requisito 8.2d) de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
24	<u>No Conformidad:</u> No se ha asegurado que los equipos de medición que utilizan contratistas, con cuya información se evidencia el cumplimiento legal, estén calibrados, incumpliendo lo establecido en el requisito 9.1.1 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
25	<u>No Conformidad:</u> No se ha realizado la evaluación del cumplimiento de requisitos legales ambientales, incumpliendo lo establecido en el requisito 9.3 de la ISO 14001:2015.	Plan de Mejoramiento
26	<u>No Conformidad:</u> La revisión por la dirección al SGA no incluye la información de entrada relacionada con el desempeño ambiental de la organización (no	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	conformidades y acciones correctivas, cumplimiento de requisitos legales y otros requisitos; comunicaciones pertinentes de las partes interesadas, incluidas las quejas), ni las salidas referentes a las conclusiones sobre la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del SGA, incumpliendo lo establecido en el requisito 9.3 de la ISO 14001:2015.	

Tabla No. 11. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoría al Sistema de Integrado de Gestión. Fuente: Informes de Fechas 14 de junio y 28 de noviembre de 2019.

2.10. Proceso de Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales. (Informe de Fecha 12 de agosto de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>Observación:</u> No se garantiza que la Universidad de Cundinamarca gestione de manera oportuna la renovación del RUP, el cual es indispensable para la presentación de Licitaciones, ya que la actualización del 2019 se realizó 2019/05/21, a portas de la Ley de Garantías, que inicio el 27 de junio del año en curso, conforme al Decreto 1510 de 2013, "Artículo 8, Inscripción, Renovación, actualización y cancelación del RUP. Las personas naturales y Jurídicas, nacionales o extranjeras, con domicilio en Colombia. Las personas naturales y jurídicas, nacionales o extranjeras, con domicilio en Colombia, interesadas en participar en Procesos de contratación, convocados por las entidades estatales, deben estar inscritas en el RUP, salvo excepciones previstas de forma taxativa en la ley" y Decreto 1082 de 2015.	Plan de Mejoramiento
2	<u>No Conforme:</u> La Dirección Financiera a fecha de la auditoria, no ha implementado y hecho migración de la información financiera de Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales al Sistema Contable GESTASOFT, toda vez que es reiterativa la solicitud de implementación del Sistema a esta Dirección desde el año 2017.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 12. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoría al Proceso de Proyectos Especiales y Relaciones Interinstitucionales. Fuente: Informe de Fecha 12 de agosto de 2019.

du



2.11. Proceso de Interacción Universitaria. (Informe de Fecha 24 de septiembre de 2019).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Interacción Universitaria		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> Los procesos MIUP05 versión 15 "Educación Continuada", MIUP06 versión 11 "Convenios Marco y o Acuerdos de Voluntades" y MIUP07 versión 13 "Proyección Social", no están actualizados frente a las condiciones, requisitos, actividades controles y responsabilidades de los mismos.	Plan de Mejoramiento
2	<u>Observación:</u> Recursos insuficientes con relación a sistemas de información que de manera eficaz mitiguen el riesgo de pérdida de documentación el proceso de interacción universitaria, permitiendo trazabilidad y disponibilidad de la información.	Gestión del Riesgo
3	<u>Observación:</u> Con relación a la ejecución presupuestal, se debe tener en cuenta los históricos de las vigencias anteriores con el fin de trazar metas acordes a las ejecuciones presupuestales, mitigando el riesgo en el bajo cumplimiento de metas.	Gestión del Riesgo

Tabla No. 13. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria al Proceso de Interacción Universitaria. Fuente: Informe de Fecha 24 de septiembre de 2019.

2.12. Extensión Facatativá. (Informe de Fecha 24 de octubre de 2019).

Consolidado de Hallazgos Extensión Facatativá		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> No se proporciona ni se mantiene la infraestructura necesaria para la prestación del servicio académico en la Unidad Agroambiental el Vergel.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 14. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria a la Extensión Facatativá. Fuente: Informe de Fecha 24 de octubre de 2019.

2.13. Extensión Soacha. (Informe de Fecha 14 de noviembre de 2019).

Consolidado de Hallazgos Extensión Soacha.		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia información documentada desactualizada incumpliendo el requisito 7.5.2 - creación y actualización - NTC ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
2	<u>Observación:</u> A la fecha no se cumple con indicadores del plan de acción vigencia 2019 en el frente 2, 3 y 6 del plan estratégico generado riesgo de incumplimiento al plan de estratégico.	Gestión del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Extensión Soacha.		
No.	Hallazgo	Tratamiento
3	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Fortalecer en los funcionarios de admisiones y registro el conocimiento total frente a la operatividad de las actividades contenidas en los procedimientos de su proceso, adicionalmente, hace falta información en tiempo real de los procesos de selección de aspirantes, impidiendo de esta manera la oportuna prestación del servicio.	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conformidad:</u> No se asegura el mantenimiento a la infraestructura física en la extensión Soacha, incumpliendo el numeral 7.1.3 de la norma ISO 9001 versión 2015.	Plan de Mejoramiento
5	<u>Observación:</u> A pesar de tener 370 visitas al laboratorio has 200 con la información muestreada se evidencia una mínima asistencia de visitas guiadas por parte del profesor quien no alcanzan el 2% de las visitas siendo un factor de riesgo para el cumplimiento de los objetivos de los núcleos temáticos y un posible detrimento patrimonial.	Gestión del Riesgo
6	<u>Observación:</u> El syllabus MFAR019 versión 09 no permite evidenciar el número de horas de formación en talleres-laboratorios lo cual impide establecer horas de uso exigidas en ambiente de aprendizaje específicos generando un factor de riesgo en el uso apropiado de estos ambientes.	Gestión del Riesgo
7	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia falta de cumplimiento de las funciones del supervisor del contrato F-OCS-010 , incumpliendo el artículo 33 de la Resolución 170 de 2017 - manual de contratación - .	Plan de Mejoramiento
8	<u>Oportunidad de Mejora:</u> No se asegura la competencia de las personas que trabajan en apoyo académico en temas relacionados con archivo y correspondencia.	Plan de Mejoramiento
9	<u>Oportunidad de Mejora:</u> No se mantiene la infraestructura necesaria para la operación de la prestación de servicio incumpliendo el numeral 7.2 de la norma ISO 9001 versión 2015.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 15. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria a la Extensión Soacha. Fuente: Informe de Fecha 14 de noviembre de 2019.

2.14. Seccional Girardot. (Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019).

Consolidado de Hallazgos Seccional Girardot.		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> Se encontraron sustancias químicas e insumos de laboratorios sin un debido rotulado en los estantes metálicos; además, no están debidamente almacenados aparte de otros elementos de laboratorios.	Plan de Mejoramiento

du



Consolidado de Hallazgos Seccional Girardot.		
No.	Hallazgo	Tratamiento
2	<u>Observación:</u> No se encontró orden y debido cuidado en el almacenamiento de los elementos encontrados en el laboratorio de aguas, corriendo un alto riesgo de daño ya que son equipos en vidrio y/o con componentes sensibles a los golpes; estación total south.	Gestión del Riesgo
3	<u>Observación:</u> Debido a su poca usabilidad, se presume detrimento patrimonial del laboratorio de aguas de la seccional Girardot, dado que se evidencia que la academia no está realizando prácticas académicas en este espacio académico, teniendo en cuenta que la justificación para la adquisición de los elementos no cumple con su destinación específica "uso).	Gestión del Riesgo
4	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia en las hojas de vida, equipos del laboratorio de aguas con fecha de ingreso superior a un año que no tienen ningún mantenimiento preventivo.	Plan de Mejoramiento
5	<u>No Conformidad:</u> En los contratos G-OCSU-003-2018 y G-OCS-019-2018, no reposa solicitud del supervisor ni soporte de liberación del saldo y reintegro al rubro; en los contratos G-OCC-026-2018, G-OCC-030-2018 y G-OCC-037-2018, no reposa en la carpeta pagos con numero de egreso, descripción, valor y fecha conforme la forma de pago hallazgo arrastrado que viene de la auditoria de la contraloría y auditorías internas, factor de riesgo que por ser reiterativo conlleve a una sanción pecuniaria a la Alta Dirección como a los responsables.	Plan de Mejoramiento
6	<u>No Conformidad:</u> El contrato suministro G-OCSU-005-2018 en verificación selectiva de algunos elementos se evidencia en el área de mantenimiento un total de 10 sanitarios adquiridos en el primer semestre de 2018, los cuales a la fecha no han sido instalados, pudiendo estar incursos en un posible detrimento patrimonial. el contrato G-OCC-008-2018 se verifico la compra, existencia y uso de la caja fuerte, llama la atención que la caja fuerte que fue reemplazada por deterioro y daño técnico, fue dada de baja del inventario contablemente, pero manifiestan que nuevamente la ingresan al inventario habiendo sido depreciada y excluida del inventario general, el cual baja el valor del patrimonio de la universidad, estableciéndose que el concepto técnico emitido por el experto o persona idónea no es confiable generando duda ya que este lo emite un funcionario de servicios generales y mantenimiento. tal como refleja el concepto técnico de 2018-07-19 anexo 1 folio.	Plan de Mejoramiento
7	<u>Observación:</u> El contrato G-OCC-030-2018, analizada el requisito del contratista la cámara de comercio a folio 124 esta fue creada con un capital como activo por valor de \$10.000.000 y el valor del contrato es por valor de \$40.000.000, encontrando que no cuentan con suficiente capacidad financiera y experiencia, y no se analizó ni se tuvo en cuenta en la evaluación económica, pudiendo incurrir en falta de lleno de requisitos siendo un factor de riesgo que afecta y desprotege el patrimonio de la universidad, así cuenten con la póliza de cumplimiento y garantía.	Gestión del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Seccional Girardot.		
No.	Hallazgo	Tratamiento
8	<u>No Conformidad:</u> El contrato G-OCC-037-2018 verificado las etapas contractuales se encuentra que cumplen con la instalación y entrega de 30 paneles solares actualmente instalados prestando servicio, pero realizada la visita y conforme el material fotográfico se encuentra instalados 32 paneles sin que exista justificación o documento alguno en la carpeta del contrato que describa la mayor cantidad del suministro de 2 paneles de más instalados. no reposa soporte de pagos. encontrando una inadecuada planeación.	Plan de Mejoramiento
9	<u>No Conformidad:</u> Conforme el material fotográfico del cuerpo almacén o bodega: no cumplen con, reglas y principios generales, toda vez que en visita realizada y conforme se demuestra con el material fotográfico se encuentra un número de elementos muebles para dar de baja como un vehículo Renault, computadores varios, pupitres, bicicleta, entre otros, encontrando que no existe espacio físico para almacenar, manifiestan que se solicitó al Comité de bajas para proceder, requiriendo concepto técnico y viabilidad para proceder, sin que a la fecha se hayan pronunciado, situación que a la luz de una auditoria externa arroja un posible hallazgo por incumplir la norma rectora antes mencionada.	Plan de Mejoramiento
10	<u>Observación:</u> En seguimiento se indaga y se obtiene información de la perdida hurto del computador portátil serial 2018241, MARCA HEWLETT PACKAR 1000-1423, procesador INTEL CORE I3-3110M, A Oscar Hernán López U11300103 laboratorio de biología y química valor \$ 1.540.000, a la fecha no se sabe si se repuso o iniciaron las acciones pertinentes de reintegro o cancelación, como las disciplinarias. encontrando afectación al patrimonio y posible detrimento por no ser el elemento devolutivo cancelado, recuperado o reintegrado en iguales características por los responsables a cargo al momento de ocurrido el siniestro.	Gestión del Riesgo
11	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia que no se realiza el diligenciamiento del formato ADOR027 versión 7 "ficha de consulta y préstamo de documentos" incumpliendo el procedimiento ADOP07 "consulta y préstamo de documentos"	Plan de Mejoramiento
12	<u>Observación:</u> Se evidencia posible riesgo de detrimento de documentos de gestión de la seccional de Girardot, afectando lo estipulado en el manual "ADOM001 manual de gestión documental".	Gestión del Riesgo

Tabla No. 16. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria a la Seccional Girardot. Fuente: Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019.

2.15. Seccional Ubaté. (Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019).

Consolidado de Hallazgos Seccional Ubaté		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>No Conformidad:</u> Los hallazgos 2, 3 y 4 del pre informe, correspondientes a los contratos U-OCS-006 cuyo objeto es el servicio de mantenimiento correctivo y preventivo (repuestos y mano de obra) de los vehículos al servicio de la Universidad de Cundinamarca seccional Ubaté, el contrato U-OCO-001 objeto: mantenimiento y	Plan de Mejoramiento

dfw



Consolidado de Hallazgos Seccional Ubaté		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	reparación de la cubierta bloque c – sector salas de computo de la universidad de Cundinamarca seccional Ubaté, y el contrato U-OCS-03 cuyo objeto fue prestar el servicio a restaurante y cafetería para las actividades Académico – administrativas a desarrollarse en la universidad de Cundinamarca seccional Ubaté durante el año 2018, conforme la controversia presentada no justifican, no soportan ni es de recibo esbozado en cuanto a la capacidad económica de las cámaras de comercio, evidenciando que estas se constituyen con un patrimonio o capital mínimo frente a la cuantía contratada, en consecuencia por ser la observación similar se unifican, quedando plasmados en el hallazgo 1 del informe. por desentender lo establecido en el estudio previo y en el análisis contable, constituyéndose en un riesgo para el patrimonio.	
2	<u>Observación:</u> Se evidencia a fecha de auditoria el porcentaje de avance en 0% con relación a 3 indicadores en el frente 6, lo cual puede incurrir en un posible incumplimiento de metas al plan de acción de la vigencia 2019 de la seccional Ubaté.	
3	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Se evidencia que no realiza el diligenciamiento del formato ADOR027 versión 7 - ficha de consulta y préstamo de documentos - incumplimiento al procedimiento ADOP07 - consulta y préstamo de documentos - .	

Tabla No. 17. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria a la Seccional Ubaté. Fuente: Informe de Fecha 25 de noviembre de 2019.

2.16. Extensiones Chía y Zipaquirá. (Informe de Fecha 26 de noviembre de 2019).

Consolidado de Hallazgos Extensiones Chía y Zipaquirá		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>Observación:</u> Se evidencia a fecha de auditoria un porcentaje de avance bajo con relación a los indicadores del Frente 6, del plan de acción de las Extensiones Chía y Zipaquirá, vigencia 2019, incurriendo en un posible incumplimiento al Plan estratégico.	Gestión del Riesgo
2	<u>No Conformidad:</u> No se evidencia concordancia entre la relación de documentos referenciados en el formato ADOr21 "Inventario Único Documental" y el archivo de gestión físico de la vigencia 2018 en el programa Administración de empresas Extensión Chía.	Plan de Mejoramiento
3	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia en las Áreas de Admisiones y Registro, Bienestar Universitario y el Programa de Administración de Empresas de la Extensión Chía, que no se está asegurando que los registros se diligencien en la versión vigente, ni cuenten con las firmas requeridas.	Plan de Mejoramiento
4	<u>Observación:</u> Se evidencia posible incumplimiento de actividades del Plan de Mantenimiento de la Extensión Chía.	Gestión del Riesgo
5	<u>No Conformidad:</u> Se evidencia falta de estrategias eficaces respecto a la socialización y capacitación en temas relacionados con la transición a la versión número cuatro (4) de las Tablas de Retención Documental, (Resolución Rectoral No. 0003 de 2019), los lineamientos del Manual ADOM001 (Manual para la Gestión	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Extensiones Chia y Zipaquirá		
No.	Hallazgo	Tratamiento
	Documental), las condiciones del Procedimiento ADOP03 (Clasificación y Organización de Archivos de Gestión Documental) y los controles asociados a los riesgos definidos para el Proceso de Gestión Documental.	

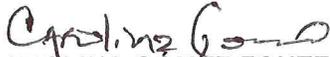
Tabla No. 17. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria a las Extensiones Chia y Zipaquirá. Fuente: Informe de Fecha 26 de noviembre de 2019.

2.17. Proceso de Ciencia Tecnología e Innovación. (Informe de Fecha 22 de enero de 2020).

Consolidado de Hallazgos Proceso de Ciencia Tecnología e Innovación		
No.	Hallazgo	Tratamiento
1	<u>Oportunidad de Mejora:</u> Dentro del proceso de Evaluación de Gestión de Grupos de Investigación realizado en el formato MCTr029, se deben establecer acciones de mejora cuando no se logren alcanzar las metas definidas y el respectivo seguimiento al cumplimiento de las mismas, por parte del Proceso de Ciencia Tecnología e Innovación.	Plan de Mejoramiento
2	<u>No Conforme:</u> No se evidencia la realización de la "Evaluación de Gestión de Grupos de Investigación" contemplada en el Procedimiento "Grupos de Investigación" Actividad número 7. Evidencia: Grupo Área Verde, vigencias 2017 y 2018, y Grupo Udecarte, vigencias 2017 y 2018.	Plan de Mejoramiento
3	<u>No Conforme:</u> No se evidencia formato ABSr068_V2 "Autorización para préstamo o retiro de bienes no académicos de la Universidad", de los equipos utilizados en el Proyecto de Investigación.	Plan de Mejoramiento
4	<u>No Conforme:</u> Entre la firma del Acta de Compromisos y el desembolso del dinero del Proyecto "Evaluación de Servicios Ecosistémicos de Provisión, Sostenibilidad Financiera y Sostenibilidad Ambiental", hay un espacio significativo de tres meses y pone en riesgo el desarrollo del proyecto y sus resultados.	Plan de Mejoramiento

Tabla No. 18. Consolidado de Hallazgos producto de la Auditoria al Proceso de Ciencia Tecnología e Innovación. Fuente: Informe de Fecha 22 de enero de 2020.

Cordialmente,


CAROLINA GÓMEZ FONTECHA
Directora de Control Interno
Universidad de Cundinamarca

Elaboró: Diana Milena Sanabria Castillo. 
Asesora de la Dirección de Control Interno.

17-46

