



17.

Fusagasugá, 2023-01-26.

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 2022.

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:

<b>1. Ejecución Programa De Auditorías Internas, Modalidad Integral, Vigencia 2022.</b>	<b>2</b>
<b>2. Hallazgos Producto De Las Auditorías Internas Modalidad Integral, Vigencia 2022</b>	<b>4</b>
2.1. Auditoría A La Gestión Control Interno Disciplinario	5
2.2. Auditoría Interna Al Proceso De Sistemas De Gestión De Seguridad De La Información	7
2.3. Auditoría Integral Proceso Gestión Financiera	53
2.4. Auditoría Integral Proceso Planeación Institucional	55
2.5. Auditoría Interna Al Sistema De Gestión Seguridad Y Salud En El Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad	57
2.6. Auditoría Integral Proceso Ciencia, Tecnología E Innovación (Investigaciones)	76
2.7. Auditoría Interna Proceso De Sistema De Gestión Ambiental	80
2.8. Auditoría Interna Al Proceso De Bienes Y Servicios	82
2.9. Auditoría Interna Al Proceso De Gestión De Talento Humano	105
2.10. Auditoría Gestión Financiera I Parte	107
2.12. Auditoría Interna Proceso De Formación Y Aprendizaje	115



## 1. EJECUCIÓN PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS, MODALIDAD INTEGRAL, VIGENCIA 2022.

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 el procedimiento SCIP04 “Auditoría Interna”, la Dirección de Control Interno establece el siguiente Programa de Auditoría para la vigencia 2022:

*Ilustración 1 Programa de auditoría, Vigencia 2022*

PROCESO O TEMA Y AUDITADO	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC							
	SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
<b>AUDITORÍAS INTERNAS UNIDADES AUDITABLES</b>																														
1	Auditoría - bases de datos de información contractual - SIA Contralorías /SIA Observa		■																											
2	Gestión Financiera I Parte				■										■															
3	Gestión Control Interno Disciplinario				■																									
4	Gestión Planeación Institucional																													
5	Gestión Jurídica																													
6	Gestión Bienes y Servicios																													
7	Gestión Investigación Universitaria																													
8	Gestión Formación y Aprendizaje																													
9	Gestión Talento Humano																													
<b>PROGRAMACIÓN DE AUDITORÍAS TERCERIZADAS</b>																														
10	X auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de Cundinamarca.																													
10	V auditoría interna al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y al Decreto 1072:2015																													
11	III auditoría interna al Sistema de Gestión Ambiental.																													
12	I Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.		■																											
13	Auditoría Interna Financiera y contable.																													

Fuente: Plan anual de auditorías vigencia 2022.



En cumplimiento al Programa, a corte 31 de diciembre de 2022, se realizan las siguientes auditorias:

*Tabla 1 Ejecución Programa de Auditoria Interna. Vigencia 2022*

Nº	Proceso o Tema Auditado	Producto ( Fecha Informe Final)
1	Auditoria - Bases de datos de información contractual - SIA Contralorías / SIA Observa	lunes 14 de febrero de 2022
2	Auditoria Interna Control Disciplinario	miércoles 4 de mayo de 2022
3	Auditoria Sistema De Gestión De Seguridad De La Información	viernes 1 de abril de 2022
4	Auditoria Gestión Financiera I Parte	martes 19 de julio de 2022
5	Auditoria Gestión Financiera II Parte	lunes 12 de diciembre de 2022
6	Auditoria Interna Planeación Institucional	miércoles 24 de agosto de 2022
7	Auditoria interna Gestión Jurídica	jueves 28 de julio de 2022
8	Auditoria Interna Al SGC Y SG-SST	viernes 28 de octubre de 2022
9	Auditoria Ciencia Tecnología e Innovación	jueves 3 de noviembre de 2022
10	Auditoria Interna al Sistema de Gestión Ambiental	viernes 25 de noviembre de 2022

Nº	Proceso o Tema Auditado	Producto ( Fecha Informe Final)
11	Auditoria Interna Bienes Y Servicios	viernes 18 de noviembre de 2022
12	Auditoria Interna Formación Y Aprendizaje	martes 20 de diciembre de 2022
13	Auditoria Interna Talento Humano	lunes 5 de diciembre de 2022

## 2. HALLAZGOS PRODUCTO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS MODALIDAD INTEGRAL, VIGENCIA 2022

En el marco del procedimiento SCIP04 “Auditoría Interna.”, la Dirección de Control Interno ejecuta el Programa de Auditoria Interna, vigencia 2020. En el desarrollo del proceso auditor, se establecen 288 hallazgos, tipificados como 205 No Conformidades, 45 Observaciones y 38 Oportunidades de Mejora.

*Ilustración 2 Tipificación de Hallazgos- Producto de Auditoria Interna. Vigencia 2022.*





A continuación, se relaciona cada hallazgo:

**2.1. AUDITORÍA A LA GESTIÓN CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**  
(Informe final de auditoría de fecha 04/05/2022)

Tabla 2 Hallazgos Proceso Control Interno Disciplinario.

Consolidado de Hallazgos Proceso Control Interno Disciplinario			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	<b>No Conformidad</b>	Se evidencian incumplimientos en la aplicación de los lineamientos documentales aplicables al proceso, toda vez que en trabajo de campo fue posible validar que: en la muestra de procesos disciplinarios cotejados, los registros SCDr104 "reparto de procesos", no se encontraban totalmente diligenciados, no se contaba con el lleno de firmas requeridas en el documento y diligenciamiento en formatos obsoletos (Expediente 011 / 2020, Expediente 029 / 2020, expediente 047/2020, Expediente 049/2020, Expediente 064/2020, expediente 011 / 2021, Expediente 018 / 2021, Expediente 003 / 2021, Expediente 083/2019, Expediente 023/2021, Expediente 041/2021). En la misma medida, se evidencian debilidades en la foliación de los documentos y cds como, documentos obsoletos, (Expediente 011 / 2020, Expediente 029 / 2020, Expediente 011 / 2021, Expediente e-101/2019, Expediente e-032/2020, expediente 083/2019, Expediente 023/2021, Expediente 041/2021). finalmente, fue posible evidenciar enmendaduras sobrepuestas en los documentos (Expediente 003 / 2021, Expediente e-101/2019).	Plan de Mejoramiento



2	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Dentro de la Plataforma Institucional (intranet), se encuentra un espacio asignado para la Dirección de Control Interno Disciplinario, sin embargo, el espacio se encuentra desactualizado, es importante adelantar las acciones pertinentes para gestionar de manera sistemática el micro sitio (actualización y contenidos).	Plan de Mejoramiento
3	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Teniendo en cuenta que los procedimientos SCDP01 v_13 "Procedimiento Ordinario", SCDP03 v_8 "Procedimiento Verbal" y SCDP04 v_9 "Procedimiento Estudiantes", se relaciona el uso del sistema de información denominado "Aplicativo Control Interno Disciplinario/ Seguimiento de los Procesos - Estado Actual", y que de acuerdo al reporte de usabilidad solicitado a la Dirección De Sistemas y Tecnología, el ultimo ingreso e interacción con la aplicación fue en la fecha 2020-08-09 23:10:28. Se recomienda al proceso de Control Interno Disciplinario, evaluar las funcionalidades del aplicativo en mención, toda vez que en trabajo de auditoria fue posible evidenciar el uso de un documento en formato Excel no controlado por el sistema de gestión de la calidad denominado "procesos vigentes Dirección de Control Interno Disciplinario", el cual contiene funcionalidades y/o información similar a las contenidas en el sistema de información. Así las cosas, como aspecto de mejora, el proceso deberá validar las funcionalidades del sistema de información a fin de	Plan de Mejoramiento



		garantizar su usabilidad y aprovechamiento.	
<b>4</b>	<b>Observación</b>	Falta de representante de los trabajadores 2021-2022. como seguimiento al proceso disciplinario inhibitorio de fecha 2021-05-14, el día 25 de mayo del 2021, como seguimiento se evidencia falta de un miembro para conformación del comité en consecuencia se insta para que se adelante en cumplimiento de la norma Resolución 087Art 1 numeral 3, del 5 de mayo de 2017 y adelantar el proceso de elección del representante de los trabajadores 2021-2022	Función Preventiva

**2.2. AUDITORIA INTERNA AL PROCESO DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** (Informe final de auditoria de fecha 01/04/2022)

Tabla 3 Auditoria Interna Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información.

Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
<b>1</b>	<b>No Conformidad</b>	La oficina recibe discos duros con el fin de realizar back up, sin embargo, no se evidencia control de dispositivos movibles removibles para evitar el robo o fuga de información, se sugiere instalar cámaras en el sitio, llevar una bitácora diaria para registrar la entrega de los discos al finalizar la jornada.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
2	No Conformidad	Se tiene como medida de seguridad en el archivo, está prohibido el uso de los celulares para evitar robo e información, sin embargo, no se evidencia restricción de acceso, autenticación o registro de personal e inadecuado monitoreo ya que el equipo de monitoreo se encuentra desconectado encima de un cajón de archivos. Que ingresa cada vez al área segura	Plan de Mejoramiento
3	No Conformidad	Realizando revisión de control de acceso físico se evidencia que se tiene como demarcada área segura el Archivo y Correspondencia; al realizar la inspección de la sede, se evidencia que no se encuentra demarcada físicamente la zona como acceso restringido o área segura, tampoco se evidencia en las cámaras demarcación de zona de monitoreo y política de tratamiento de datos personales.	Plan de Mejoramiento
4	No Conformidad	El proceso cuenta con el documento ECOR.006 v4. Matriz de Comunicación con fecha de vigencia 21-02-2021, en el que no se identifica fecha de la última actualización y de la última revisión del documento, se sugiere que el documento contenga un apartado en el cual se identifique cuando se realizó la última actualización.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>5</b>	<b>No Conformidad</b>	En el proceso de inspección física a las instalaciones de la oficina de admisiones y registro, se evidencia que cuentan con un sitio donde se almacenan documentos con información crítica de registro de estudiantes, el cual no cuenta con sistema de atención de emergencia en caso de incendio que permita proteger la información, así como circuito cerrado de televisión y control de acceso de personal.	Plan de Mejoramiento
<b>6</b>	<b>No Conformidad</b>	En el sitio donde se almacenan los documentos del proceso de admisiones de los estudiantes, no se evidencia un mecanismo para el control de acceso de personal ajeno al sitio o un formato que permita controlar el ingreso y salida de personas al archivo, así como tampoco hay una persona que reemplace al responsable del archivo que este entrenado y con la formación requerida para realizar la labor y garantizar la protección de la información en caso de ausencia.	Plan de Mejoramiento
<b>7</b>	<b>No Conformidad</b>	El personal de admisiones no conoce la ubicación de la política del SGSI, a pesar de que se realizan capacitaciones de seguridad de la información, no se evidencia conocimiento a nivel maduro del sistema.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>8</b>	<b>No Conformidad</b>	Al realizar inspección la cual se indica como área sensible, no se encuentra identificada como área segura, así mismo el monitoreo no existe dentro de las oficinas, la información se maneja sin ningún tipo de supervisión en caso de fuga de información, la puerta mantiene abiertas sin ningún tipo de restricción de acceso.	Plan de Mejoramiento
<b>9</b>	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que en el área todos los funcionarios tienen el rol de administrador en la plataforma ACADEMUSOFT, sin embargo, el jefe del área no monitorea los perfiles de los usuarios, adicionalmente no se evidencia la verificación de retiro de usuarios de la plataforma luego que un usuario se retire de la entidad.	Plan de Mejoramiento
<b>10</b>	<b>No Conformidad</b>	El área de admisiones es un área crítica del sistema, la información que se aloja no tiene ningún tipo de control de fuga de información o envió cifrado por correo electrónico, tampoco se evidencia control de acceso controlado a los archivos que son manejados dentro del área, se debe validar las restricciones de páginas web de mensajería instantánea o personal para evitar fuga información no controlada de manera interna.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
11	<b>No Conformidad</b>	Al realizar revisión en las diferentes plataformas Facebook, Instagram manejan una sola contraseña dos personas, sin embargo, los accesos para estas redes sociales se sugieren que se maneje doble autenticación para evitar que el cambio de contraseñas por personal no autorizado y evitar pérdida de información.	Plan de Mejoramiento
12	<b>No Conformidad</b>	Al revisar el intercambio de contraseñas por medio autenticación secreta, se evidencia que las credenciales se entregan por correo en texto plano y sin ningún tipo de cifrado. Así mismo no se evidencia documentado el manejo de la redes sociales y procedimiento para cambios de contraseñas.	Plan de Mejoramiento
13	<b>No Conformidad</b>	Al realizar la revisión de la emisora UCundinamarca radio se evidencia que el servidor por donde se transmite es software free alojado en nube, por lo cual no tiene ningún tipo de contrato de la información que se almacena en la página web, ni acuerdo de transferencia de información, dando incumplimiento al numeral a.18.1.2 derecho de propiedad intelectual.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
14	<b>No Conformidad</b>	Al verificar el manejo de selección de un proveedor de la entidad, no se tienen en cuenta criterios que garantice las buenas prácticas de seguridad de la información o cumplimiento legal en el buen manejo de la misma, así mismo, no existen criterios de evaluación a nivel de riesgos de proveedores según la información sensible que maneja dentro de la universidad. lo cual incumple con el numeral a.15.1.2 de la norma ISO 27001:20103.	Plan de Mejoramiento
15	<b>No Conformidad</b>	Al solicitar evidencia de auditorías de proveedores no existe un cronograma con proveedores críticos que manejen información crítica; por lo cual no se realiza auditorías a los proveedores de la entidad, dando incumplimiento al numeral a.15.2.1 de la norma ISO 27001:20103.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
16	<b>No Conformidad</b>	Al verificar el contrato de digitalización documental cuyas clausula "clausula decima. protección de datos personales" frente a seguridad de la información se requieren reforzar ya que no se evidencia clausula derecho propiedad y la ley que la acobija, así mismo tampoco se nombra la Ley 1581 del 2012 de datos personales dando cumplimiento con relación a leyes sobre derecho de autor o legislación sobre protección de datos (los numerales 18.1.2 y 18.1.4) de la norma ISO 27001:2013. con el fin de no tener brechas legales en los contratos.	Plan de Mejoramiento
17	<b>No Conformidad</b>	En el formato código: ABSF104 "condiciones generales de los contratos" no se evidencia en la cláusula novena. Confidencialidad-el contratista no se evidencia buenas prácticas de seguridad de la información y aquellas en las que en caso no de dar cumplimiento legal cuales son las consecuencias legales y sancionatorias que implican a nivel de seguridad de la información. dando incumplimiento al numeral a.15.1.2 de la norma ISO 27001:20103.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
18	No Conformidad	Al revisar las obligaciones del contratista o de los contratos de la cláusula octava, obligaciones generales del contratista no se evidencia el cumplimiento de las políticas del SGSI, ni el manual de seguridad de la información, así mismo en la plataforma de los contratos en la parte de obligaciones de cada proveedor se evidencia las acciones por tomar si el contratista incumple las políticas de seguridad de la información ni las responsabilidades dentro del contrato después de finalizar el empleo. Dando incumplimiento al numeral a.15.1.1 de la norma ISO 27001:20103.	Plan de Mejoramiento
19	No Conformidad	Al revisar el inventario de compras de software licenciado, no se tiene centralizado el seguimiento de vencimiento de licencias de software, incurriendo en el riesgo de tener software vencido en la entidad. se recomienda realizar seguimiento a licenciamiento debido a que depende de cada proceso la renovación de la misma, sin embargo, es importante que se evidencie una alerta temprana por parte de proceso para la renovación de la mismas. Dando incumplimiento al numeral a.18.1.2 de la norma ISO 27001:20103.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
20	No Conformidad	Al revisar el envío de información en un equipo, se le pregunta al personal como es el envío de los contratos o archivos que requieren firma se consideren como catalogada sensible, se evidencia que no se existe ningún control de envío cifrado, el personal no conoce la herramienta 7ZIP o poner contraseñas archivos como pdf o Excel, tampoco algún tipo etiquetado que la información enviada es considerada sensible, ni cláusula de confidencialidad en el correo electrónico. Dando incumplimiento al numeral a.13.21 de la norma ISO 27001:2013.	Plan de Mejoramiento
21	No Conformidad	Al solicitar la política de proveedores y su divulgación a los proveedores, el jefe de área indica que no se tiene política y no se divulga. dando incumplimiento al numeral a.15.1.1 de la norma ISO 27001:20103.	Plan de Mejoramiento
22	No Conformidad	Se visualiza en la oficina del jefe de Compras, un archivo documental en el cual maneja información sensible, no se tiene ningún control de registro de acceso o monitoreo que permita realizar seguimiento sobre cómo se da el manejo a la información que está alojada en el archivo. lo cual incumple con el numeral a.11.1.2 de la norma ISO 27001:2013.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
23	<b>No Conformidad</b>	Al preguntar al personal de control interno si conoce el procedimiento de gestión de incidentes y como todo su ciclo de gestión, el personal el cual indican que no tiene conocimiento.	Plan de Mejoramiento
24	<b>No Conformidad</b>	En la verificación de documentos la matriz de requisitos de auditoria no se presenta en la hoja r2 la norma 27001:2013, solo se relaciona los demás Sistemas Integrados de Gestión, el cual se debe incluir el sistema de SGSI en la matriz de verificación de requisitos.	Plan de Mejoramiento
25	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia en la oficina del jefe del área de Control Interno, se encuentra un cable de red fuera de la canaleta, la conexión cruza de la pared al puesto de trabajo a una altura de 50 cm del suelo, el cual obstruye el paso al personal que ingrese a la oficina. El cual no se evidencia aseguramiento de perímetro físico, ni ubicación de equipos de manera adecuada.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
26	No Conformidad	Se visualiza en la oficina de la jefe control interno, un archivo documental el cual maneja información sensible, no se tiene ningún control de registro de acceso o monitoreo que permita realizar seguimiento de cómo se da el manejo a la información alojada en el archivo.	Plan de Mejoramiento
27	No Conformidad	El proceso cuenta con el documento SCIP02 v17. "procedimiento de acciones correctivas y de mejora vigencia: 2020-07-30, se evidencia que no se identifica el sistema de seguridad de la información no se encuentra incluido como parte del sistema integrado de la información.	Plan de Mejoramiento
28	No Conformidad	Al revisar la plataforma de planes de mejoramiento, no se evidencia que se realice trazabilidad de respuesta a la hora de establecer por parte de Control Interno un tiempo estipulado a los planes estipulados por el área que tiene el hallazgo, esto no permite evidenciar de manera oportuna en caso de un hallazgo que requiera acción inmediata, se le de gestión oportunamente. Se recomienda poner alertamiento de revisión de planes de tratamiento que aún no se hayan gestionado la viabilidad por parte del proceso.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
29	<b>No Conformidad</b>	En la plataforma en los planes de mejoramiento se tiene roles definidos (asesor, viabilidad, verificación) al revisar los roles indica la jefe del área que el por temas de historial se debe relacionar aquel personal que ya no pertenece a la compañía, sin embargo, a la hora de reasignar algún plan de mejoramiento se evidencia que aún se encuentra habilitados usuarios que se encuentran retirados en la compañía.	Plan de Mejoramiento
30	<b>No Conformidad</b>	En el documento ESG-SSI Gestión de Riesgos, se tienen identificados los riesgos, pero no las oportunidades que tienen relacionadas en la matriz DOFA.	Plan de Mejoramiento
31	<b>No Conformidad</b>	En los documentos matriz de riesgos y la matriz DOFA no se identifica el control del formato (registro), no se identifica la versión y la fecha de aprobación.	Plan de Mejoramiento
32	<b>No Conformidad</b>	se realiza verificación a cerca de como resguardan la información que es manejada en los equipos y terminales de trabajo, el auditado manifiesta que se utiliza un repositorio one drive, sin embargo, al revisar en el equipo la información no se encontraba sincronizada, lo cual es un riesgo para el almacenamiento y respaldo de la información.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>33</b>	<b>No Conformidad</b>	El proceso de calidad cuenta con un archivador ubicado en el área de trabajo donde almacenan información del sistema de gestión, sin embargo, no se garantiza la integridad, confidencialidad y la seguridad de la información, teniendo en cuenta que el archivador no se encuentra bajo llave para evitar que la información quede vulnerable y expuesta a ser revisada por cualquier persona que ingrese a la oficina, tampoco se evidencia sistema de control de atención de emergencias (extintor) en el área de trabajo.	Plan de Mejoramiento
<b>34</b>	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia control para los formatos que están cargados en el micro sitio para consulta y uso del personal de la universidad, teniendo en cuenta que al descargarlos no tienen ninguna restricción y puede ser modificada la estructura del formato.	Plan de Mejoramiento
<b>35</b>	<b>No Conformidad</b>	Cuentan con una lista maestra de documentos externos, sin embargo, no se identifican las normas para controlar los cambios de versiones, se sugiere incluirla.	Plan de Mejoramiento
<b>36</b>	<b>No Conformidad</b>	El proceso de control de documentos está asignado a tres colaboradores del área, cada uno maneja diferentes procesos y tienen asignados usuarios diferentes, sin embargo, cada usuario puede tener acceso a la información que maneja el otro, lo cual permite que la información pueda ser vulnerada y se pierda su integridad.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
37	<b>No Conformidad</b>	Al revisar la matriz de roles y responsabilidades se debe especificar las responsabilidades de cada rol asociado, no se controla el cambio de personal, no se evidencia unas responsabilidades. Se evidencia que hace dos años no se realiza evaluación de personal.	Plan de Mejoramiento
38	<b>No Conformidad</b>	Al revisar el tratamiento de datos personales en las tres modalidades ventas de servicios a club, derechos pecuniarios y servicio con la universidad, se evidencia que solo se maneja con los estudiantes tratamiento de datos personales, no se firma tratamientos personales a personal externo, ni a menores de edad. Se revisa el contrato con un tercero el cual solo se indica la cantidad de las personas que ingresan y quien compra el servicio, pero tampoco manejan tratamiento de datos personales, así mismo aquellos externos que ingresan ocasionalmente sin ningún tipo de vínculo, solo se vende un ticket de papel en el cual solo tiene el valor del servicio, pero no se evidencia ninguna recolección de dato personal, ni tratamiento de datos personales o autorizaciones de ser monitoreados dentro del CAD.	Plan de Mejoramiento
39	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia avisos de zona monitoreada al ingresar el CAD, así mismo tampoco aviso de tratamiento de datos personales y responsabilidades.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
40	No Conformidad	No se tiene un monitoreo de cámaras, el equipo de cómputo de ingreso de la puerta principal no está en funcionamiento, las cámaras se presentan dañadas.	Plan de Mejoramiento
41	No Conformidad	Al ingresar al CAD no se solicita ningún tipo de identificación o de registro que corrobore el acceso al centro académico deportivo se encuentre autorizado.	Plan de Mejoramiento
42	No Conformidad	Se evidencia en la entrada de la zona administrativa un tanque de agua encima de una columna de cemento sin ningún tipo de mantenimiento o aseguramiento, presentando peligro al personal de la entidad.	Plan de Mejoramiento
43	No Conformidad	Se revisa la caja de data center, el cableado se encuentra desorganizado y lleno de polvo	Plan de Mejoramiento
44	No Conformidad	Se visualiza en la oficina, un archivo documental el cual maneja información sensible, no se tiene ningún control de registro de acceso o monitoreo que permita realizar seguimiento de cómo se da el manejo a la información alojada en el archivo.	Plan de Mejoramiento
45	No Conformidad	Al realizar revisión de manejo de política uso dispositivos móviles BYOD – ESG-SSI-m007, se evidencia que los coordinadores o docentes utilizan su dispositivo personal, sin embargo, no existe ningún tipo de control o acuerdo de uso de dispositivo móvil personal que cumpla con los estipulado en la política, dando incumplimiento al	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		numeral a.6.2.1 política para dispositivos móviles.	
46	No Conformidad	Al revisar el envío de información catalogada como sensible, se evidencia que no se existe ningún control de envío cifrado, el personal no conoce la herramienta 7ZIP o poner contraseñas archivos como pdf o Excel, tampoco se evidencia algún etiquetado que la información enviada es sensible, ni cláusula de confidencialidad en el correo electrónico.	Plan de Mejoramiento
47	No Conformidad	Se realiza revisión de matriz de roles y responsabilidades dentro del área, y se identifica que para el jefe del área no tiene claro las funciones de aquellos funcionarios que son de planta, debido a que esas funciones son asignadas por resolución a los empleados desde área de talento humano, por lo tanto, en caso de la ausencia del personal no conoce al 100% las funciones del personal.	Plan de Mejoramiento
48	No Conformidad	En la inspección física de los diferentes data center de la sede de Fusagasugá, se evidencia negligencias en el perímetro de seguridad física, controles de acceso físico o la respectiva señalización de que son accesos restringidos, es decir que se presentar una seguridad pertinente de acuerdo a la criticidad del activo, realizar la respectiva valoración, implementar los controles que permita asegurar de manera adecuada y oportuna de cada uno de estos activos, desde la	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		puerta contra incendios hasta la señalización pertinente. Además, realizar el respectivo seguimiento o monitoreo del control de acceso, la aplicabilidad de controles de protección contra amenazas externas y ambientales y documentado el personal que tiene acceso a ellos.	
49	No Conformidad	En la revisión física de los diversos data center se evidencia que en la Extensión de Chía se presenta que los data center del segundo y tercer piso se encuentran ubicados en los baños donde no se tiene bien definidos los perímetros de seguridad física, de acceso físicos o la seguridad pertinente para activo tan crítico ni tampoco un control de protección contra fallas eléctricas, ni seguridad del cableado es decir no se adoptan los controles pertinentes para minimizar los riesgos, la ubicación, y la fortaleza de la seguridad física es demasiada riesgosa, es decir tiene grandes posibilidades de accesos no autorizados, fuga de información o suspensión de servicios.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
50	No Conformidad	Se revisa si contemplan el registro y seguimiento de los registros donde deben elaborar, conservar y revisar regularmente los registros de las diversas actividades, donde en este caso lo único con lo que cuentan es un fortianalyzer, deberían tener o establecer bases para el respectivo seguimiento y monitoreo de estos diferentes eventos como un siem que permita identificar si se presenta una vulnerabilidad. Además, se debe proteger estos registros de alteraciones y accesos no autorizados	Plan de Mejoramiento
51	No Conformidad	Las contraseñas no se expiran en los servidores, el control de cambio de contraseña se debe generar constantemente, es decir tener un proceso de ingreso seguro. Tener por lo menos una técnica que permita la autenticación adecuada para corroborar la identidad del usuario, además de gestionar una notificación obligatoria para el cambio constante de contraseñas.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
52	No Conformidad	Se debería restringir y controlar la asignación y uso de derechos de acceso privilegiado, además de controlar mediante un proceso de autorización, documentación y seguimiento de los usuarios que tiene acceso, en el caso del ingeniero Alejandro no cuenta con un seguimiento de accesos, tiene acceso a los servidores e infraestructura de la institución pero el líder o director no tiene documentado el seguimiento ni mapeado el acceso que tiene a estas herramientas, no se evidencio una copia de seguridad de los respectivos accesos, el ingeniero es el único que tiene a nivel personal la gestión de estos accesos. Además, se debe identificar si se tiene usuarios con contraseñas genéricas, realizar el cambio de estas contraseñas con frecuencia.	Plan de Mejoramiento
53	No Conformidad	Se evidencia que en la política de dispositivos móviles no se lleva a cabo ningún control estipulado en el manual código: ESG-SSI-m007 manual - política de uso de dispositivos móviles y BYOD NC, por lo tanto, los usuarios no tienen firmado ningún acuerdo de uso de dispositivo móvil, o alguna revisión por parte de sistema y tecnología que cumpla con el estándar estipulado en el presente manual.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
54	No Conformidad	En la ESG-SSI-f0 -v1 - declaración de aplicabilidad, no se excluye el teletrabajo, el director de sistema indica que no se tiene estipulado la modalidad de teletrabajo, sin embargo, al no ser excluida y evidenciar que existe personal desde casa, se debe crear lineamientos de trabajo en casa, roles y responsabilidades y controles técnicos aplicados, así mismo aplicar la política de medio removibles estipulada en la entidad.	Plan de Mejoramiento
55	No Conformidad	Los administradores de servicios utilizan (cliente final) fortinet client 6.2.0, la comunicación desde Fusagasugá es por medio de site to site, cada sede firewall perimetral, para la conexión, se tiene factor de doble autenticación, pero no está activo. El documento asiii014 - instructivo para el soporte, mantenimiento y monitoreo a la infraestructura de red y recursos tecnológicos habla de cómo soporta las redes en cuestión de mantenimiento, sin embargo, se evidencia documentado como se encuentra separadas las redes, autenticación a las mismas, ni como se accede a ellas por medio de VPN, así mismo se recomienda el doble factor de autenticación para el uso de VPN sea activado.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
56	No Conformidad	<p>Se realiza revisión de retiro a los usuarios de acceso a usuarios el ingeniero Pórfido García (del área de control del interno se retiró el 17/12/2021 de la compañía, sin embargo, solo hasta el 12 de febrero se evidencia que se reporta el retiro de usuarios al área Dirección de Sistemas, el cual procede retirar los usuarios hasta varios días después de la notificación.</p> <p>Así mismo los roles y privilegios que tiene dentro el aplicativo administrador vortal donde se evidencia lo usuarios administrativos o generales, al desactivar el rol debe hacerlo manualmente por cada sistema de información, solo dejan activado el aplicativo para consulta posterior al retiro, dando cavidad que en caso un acceso de información no se retire quede habilitado el aplicativo al cual ya no debe formar parte.</p>	Plan de Mejoramiento
57	No Conformidad	<p>Se recomienda integrar al dominio con el office 365, y la plataforma. en el proceso de retiro de usuarios no se evidencia la trazabilidad por medio de la plataforma help desk el retiro de todos los accesos al sistema que tenga en los sistemas de información, entre dominio y acceso a office 365 , se hace manera manual , el cual se corre el riesgo de no deshabilitar un usuario de manera correcta.</p>	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
58	No Conformidad	Al revisar la documentación el director de área indica que no se tiene procedimiento de accesos usuarios privilegiados, adicional no existe separación de deberes debido a que el ingeniero Alejandro Ladino es el mismo de seguridad de perimetral, administrador y auditor de la infraestructura, evidenciándose falta de capacidad de talento humano en el área.	Plan de Mejoramiento
59	No Conformidad	Se evidencia en el equipo del área Comunicaciones, el acceso al panel de control y consola de Windows y Power Shell, por lo cual se incumple el acceso de software utilitario dentro de la maquinas. adicionalmente se evidencia una maquina nueva el uso de software de Cleaner, Cd Burner el cual ya no se encuentra como software autorizado. adicional es el área no se tiene lineamientos de cómo se somete aprobación un software utilitario o software Open Source S se debe instalar o no en las maquinas	Plan de Mejoramiento
60	No Conformidad	Se evidencia en el área de control el interno la ubicación y protección de equipos no se cumple, sin embargo, al revisar el área de Sistema y Tecnología se evidencia que el cableado debajo de los equipos y cable de red no está organizado y el cable de red se encuentra fuera de las canaletas.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
61	No Conformidad	Al revisar el plan de mantenimiento de los equipos de cómputo y centros de datos, se observa que se realiza cada semestre, sin embargo, este mantenimiento no se realiza en los últimos dos años.	Plan de Mejoramiento
62	No Conformidad	Al solicitar el manejo de gestión de vulnerabilidades el director de área indica que será la primera vez que se tiene establecido un contrato Wexler S..A.S para ejecución de Ethical Hacking y definición de vulnerabilidades, sin embargo, no se encuentra documentado el procedimiento de vulnerabilidades y ANS de atención de gestión de vulnerabilidades.	Plan de Mejoramiento
63	No Conformidad	Al revisar el respaldo de información en los equipos de información, se evidencia equipos en distintas áreas sin sincronizar el one drive, adicionalmente no tiene establecido cronograma de backup de todos los servidores, equipos de cómputo o procedimiento de respaldo, restauración y pruebas de backups dentro de la entidad. En el área de archivo y correspondencia realizan ellos mismo el backup por medio disco duros externos no controlados por ti, así mismo manifiestan que se ha presentado en varias ocasiones perdidas grande información por daño de equipo. También se evidencia que el personal no conoce el manejo adecuado one drive y como	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		compartir de manera segura las carpetas compartidas.	
64	<b>No Conformidad</b>	Al revisar el numeral de desarrollo seguro se logra identificar los siguientes hallazgos: El área no cuenta con política de desarrollo seguro, ni principios de construcción segura en todo su ciclo de vida. Adicional se evidencia que no se realiza pruebas de análisis de vulnerabilidades y pentesting antes de salir a producción, tampoco se audita el código del desarrollador si cuenta o no con desarrollo seguro.	Plan de Mejoramiento
65	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Existe un ASII015 instructivo gestión de acceso a los sistemas de información, recursos y servicios tecnológicos sin embargo se debe establecer como política y agregar la revisión periódica de los derechos de acceso y roles y responsabilidades y expiración de contraseñas.	Plan de Mejoramiento
66	<b>No Conformidad</b>	El auditado manifiesta que todos los domingos realizan Backup de la información que manejan en el proceso recolectada durante la semana, sin embargo, no se evidencia como pueden recuperar la información que es trabajada entre el lunes y el sábado en caso de pérdida, lo cual no garantiza la integridad de la información.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
67	No Conformidad	Se realiza verificación del procedimiento de selección de personal, en el cual se identifica que las actividades y su descripción no son muy claras y explícitas, por lo cual se sugiere revisar los procedimientos del proceso y ajustarlos de manera más detallada y mejorar la redacción para que sean de fácil comprensión y entendimiento de los lectores.	Plan de Mejoramiento
68	No Conformidad	Se preguntó a los auditados acerca de cuál es el procedimiento que se debe seguir cuando se presente un incidente en el tratamiento de datos personales, no se evidencia comprensión sobre los tips que se manejan en el programa de inducción del SGSI y no se tiene claridad sobre quien es el oficial de tratamiento de datos personales a quien se deben reportar los incidentes.	Plan de Mejoramiento
69	No Conformidad	En el proceso de inducción del personal, se realizan talleres para el aprendizaje en los temas relacionados con seguridad de la información y luego se realiza una evaluación con preguntas que varían cada vez que ingresa a la plataforma, pero no se tiene una restricción que evite que el personal que está tomando el curso, realice capturas de pantalla de la presentación para después presentar la evaluación, lo cual no garantiza un aprendizaje óptimo, se sugiere colocar una restricción a la	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		presentación para evitar su reproducción.	
70	No Conformidad	En las inducciones específicas del personal, se transmite información como política general, políticas del SGSI, etc. Sin embargo, no se identifica la socialización de los objetivos del SGSI como tampoco se evidencia un registro de asistencia de que se realizó la capacitación bien sea de manera virtual o presencial.	Plan de Mejoramiento
71	No Conformidad	Se verifica la Resolución No. 066 donde se encuentran descritos los perfiles de cargo del personal a contratar de la universidad, donde se evidencia la educación, formación y experiencia, se sugiere que en la educación se haga más específico y detallado el requerimiento, teniendo en cuenta que se solicita el título profesional, pero no especifica en qué carrera, de igual manera con las especializaciones requeridas.	Plan de Mejoramiento
72	No Conformidad	El proceso cuenta con el formulario de encuesta de la transferencia de información ASIP27 donde al día 22 de febrero del 2022 ese formato no corresponde a otra nomenclatura actual transferencia internacional de datos personales ESG-SSI p07, por lo tanto, el formato de encuestas de datos se encuentra desactualizado.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
73	No Conformidad	Actualmente la transferencia de datos internacionales llevadas en el documento MDMP05 movilidad académica entrante estudiantil no se encuentra acorde a los estipulado por la Ley 1581 de 2012 Art.26 y la superintendencia de industria y comercio, sin embargo, existe documento ESG-SSI-p07 transferencia internacional de datos personales que se encuentra alineado a los regido por la ley, aun así, aun por temas del proyecto en desarrollar un aplicativo que permita cumplir con lo estipulado por la ley, aun no se lleva a cabo aun en la entidad.	Plan de Mejoramiento
74	No Conformidad	No se evidencia parámetros o clausulas claras de que los docentes no tengan permitido compartir bases de datos de los estudiantes. también debe ser explicito las consecuencias de realizar aquella situación. No se encuentra explicita. Esta debe ser más claro, según sea su rol docentes, monitores, lideres.	Plan de Mejoramiento
75	No Conformidad	De acuerdo con las actividades que realizan a la comunidad, se debe tener la autorización de tratamiento de datos para aquellos usuarios que toman la actividad, ya que toman un control de asistencia. Se tiene en cuenta que el formato ESGr015 de asistencia tiene una nota de permiso de autorizaciones de tratamiento de datos personales, sin embargo, no es explicita para los niños.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
76	<b>No Conformidad</b>	Se observa que realizan una copia de respaldo de información en el aplicativo one drive, pero la configuración de las diversas carpetas no es óptima ya que la configuración de ellas nos permite acceder a la información por medio de una URL sin restricción, debido a ello es una vulnerabilidad para la fuga de datos.	Plan de Mejoramiento
77	<b>No Conformidad</b>	Se presenta inconsistencia en la transferencia de archivos donde al enviar el contrato de docente con las tres respectivas firmas docente, director y decano no se envía de manera comprimida ni con una encriptación.	Plan de Mejoramiento
78	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia parámetros o clausulas claras de que los docentes no tengan permitido compartir bases de datos de los estudiantes. También debe ser explicito las consecuencias de realizar aquella situación. No se encuentra explicita. esta debe ser más claro, según sea su rol docentes, monitores, lideres.	Plan de Mejoramiento
79	<b>No Conformidad</b>	Se presenta inconsistencia en la transferencia de archivos donde al enviar el contrato de docente con las tres respectivas firmas docente, director y decano no se envía de manera comprimida ni con una encriptación.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
80	No Conformidad	Solicitan cada semestre el respaldo de información a soporte, donde este respaldo es almacenado en el mismo disco diferente partición, lo cual no son buenas practicas. como lo indica el manual para realizar proceso, seguimiento y recuperación de backups ASIM008.	Plan de Mejoramiento
81	No Conformidad	En la inspección física se tiene que en el laboratorio de HASS se encuentra documentación de un exfuncionario sobre solicitudes de permisos, circulares, certificados, informes desde el 2018 de manera accesible a todos los que ingresan al laboratorio.	Plan de Mejoramiento
82	No Conformidad	En la oficina de Investigación cuentan con archivo donde se almacena información propia del proceso, se evidencian gavetas donde se almacena el archivo con información critica, el archivador no tiene puertas y las cajas están al alcance de cualquier persona que ingrese al sitio, en el área de trabajo tampoco se cuenta con un sistema de detección de incendio, el extintor que tienen se encuentra afuera pero lejos del lugar donde esta almacenada la información.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
83	No Conformidad	La información que es manejada por el coordinador del programa por semestres es almacenada en el disco d del pc, pero manifiesta que desde hace 20 días la información no se almacena en el one drive teniendo en cuenta que el proceso de Sistemas y Tecnología está implementando un sistema de autenticación para el ingreso de la información a la nube.	Plan de Mejoramiento
84	No Conformidad	Se realiza revisión del archivo físico donde se almacena documentación sensible del proceso, se evidencia un archivador que se mantiene bajo llave y otro que tiene puertas corredizas, sin embargo, no tiene ningún tipo de seguridad y está expuesto a cualquier persona que ingrese al área, adicionalmente no cuentan con circuito cerrado de televisión que permita tener mayor no existe garantía con el respaldo de la información que se maneja del proceso, teniendo en cuenta que no se almacena en un one drive.	Plan de Mejoramiento
85	No Conformidad	El programa de ingeniería electrónica tiene planes de formación que se extienden hacia la comunidad en colegios y veredas, sin embargo, no se aplica a la política de tratamiento de datos personales.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
86	No Conformidad	En el proceso de inspección física a las instalaciones, se evidencia que cuentan con archivadores específicos cerrados donde se almacenan documentos catalogados como activo de información crítico, el cual no cuenta con un sistema de atención de emergencia en caso de incendio que permita proteger la información.	Plan de Mejoramiento
87	No Conformidad	Se revisa el capítulo x de las faltas y sanciones Artículo 60 donde no se contempla el incumplimiento de la política de seguridad de la información o vulneración de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la institución.	Plan de Mejoramiento
88	No Conformidad	Se revisa el procedimiento MGDGP 02 participación de graduados en el campo de aprendizaje cultural Versión 1. con fecha de aprobación 08022021, en el cual se menciona el formato de tratamiento de datos personales y se evidencia que hace más de un año actualizaron el código del formato y no se ha cambiado en el procedimiento.	Plan de Mejoramiento
89	No Conformidad	En las inducciones específicas del personal, se retroalimenta con información como la política general, las políticas del SGSI, etc. sin embargo, no se identifica la socialización de los objetivos del SGSI.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
90	No Conformidad	El proceso cuenta con la matriz de requisitos legales con código ESGF 013 Versión 5 y fecha de aprobación 02.3.2018, en la cual se evidencia que la última actualización se realizó el 27.06.2020, desde esta fecha se ha emitido normatividad legal nueva, que le aplica a los procesos de la universidad, sin embargo, no se ha relacionado y actualizado en la matriz esta legislación y por ende no se puede identificar la manera como se le da cumplimiento.	Plan de Mejoramiento
91	No Conformidad	El proceso de gestión de pago lo realiza la líder el proceso, donde tiene un equipo personal que es retirado de las instalaciones de la institución, este equipo no tiene el disco encriptado, además, no cuenta con una autorización de salida específica para un equipo tan crítico.	Plan de Mejoramiento
92	No Conformidad	En el proceso de inspección física a las instalaciones, se evidencia que cuentan con archivadores específicos cerrados donde se almacenan documentos catalogados como activo de información crítico, el cual no cuenta con un sistema de atención de emergencia en caso de incendio que permita proteger la información.	Plan de Mejoramiento
93	No Conformidad	Se observa que realizan un backup de información en el aplicativo one drive, pero la configuración de las diversas carpetas no es óptima ya que la configuración de ellas nos	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		permite acceder a la información por medio de una URL sin restricción, debido a ello es una vulnerabilidad para la fuga de datos.	
94	No Conformidad	No se evidencia parámetros o cláusulas claras de que los docentes no tengan permitido compartir bases de datos de los estudiantes. también debe ser explícito las consecuencias de realizar aquella situación. No se encuentra explícita. esta debe ser más claro, según sea su rol docentes, monitores, líderes.	Plan de Mejoramiento
95	No Conformidad	Se presenta inconsistencia en la transferencia de archivos donde al enviar el contrato de docente con las tres respectivas firmas docente, director y decano no se envía de manera comprimida ni con una encriptación.	Plan de Mejoramiento
96	No Conformidad	Solicitan cada semestre el respaldo de información a soporte, donde este respaldo es almacenado en el mismo disco diferente partición, lo cual no son buenas practicas. como lo indica el manual para realizar proceso, seguimiento y recuperación de backups ASIM008.	Plan de Mejoramiento
97	No Conformidad	En el proceso de inspección física a las instalaciones, se evidencia que cuentan con archivadores específicos cerrados donde se almacenan documentos catalogados como activo de información crítico, el cual no cuenta con un sistema de atención de emergencia en caso de incendio que permita proteger la información.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>98</b>	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia parámetros o cláusulas claras de que los docentes no tengan permitido compartir bases de datos de los estudiantes. también debe ser explícito las consecuencias de realizar aquella situación. No se encuentra explícita. Esta debe ser más claro, según sea su rol (docentes, monitores, líderes).	Plan de Mejoramiento
<b>99</b>	<b>No Conformidad</b>	Se presenta inconsistencia en la transferencia de archivos donde al enviar el contrato de docente con las tres respectivas firmas (docente, director y decano) no se envía de manera comprimida ni con una encriptación.	Plan de Mejoramiento
<b>100</b>	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia parámetros o cláusulas claras de que los docentes no tengan permitido compartir bases de datos de los estudiantes. También debe ser explícito las consecuencias de realizar aquella situación. no se encuentra explícita. Esta debe ser más claro, según sea su rol docentes, monitores, líderes.	Plan de Mejoramiento
<b>101</b>	<b>No Conformidad</b>	Se presenta inconsistencia en la transferencia de archivos donde al enviar el contrato de docente con las tres respectivas firmas docente, director y decano no se envía de manera comprimida ni con una encriptación.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
102	<b>No Conformidad</b>	Se observa que realizan una copia de respaldo de información en el aplicativo one drive, pero la configuración de las diversas carpetas no es óptima ya que la configuración de ellas nos permite acceder a la información por medio de una URL sin restricción, debido a ello es una vulnerabilidad para la fuga de datos.	Plan de Mejoramiento
103	<b>No Conformidad</b>	En el equipo del director del programa se observa que permite instalación de programas, donde en este caso se encuentra la aplicación de Spotify.	Plan de Mejoramiento
104	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Se revisa los roles y responsabilidades que se tienen en el programa donde el director no conoce cuales son las responsabilidades de la secretaria, es decir no se tiene establecidas claramente esas responsabilidades asociadas al cargo y al programa.	Plan de Mejoramiento
105	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia parámetros o cláusulas claras de que los docentes no tengan permitido compartir bases de datos de los estudiantes. también debe ser explícito las consecuencias de realizar aquella situación. no se encuentra explícita. esta debe ser más claro, según sea su rol docentes, monitores, líderes.	Plan de Mejoramiento
106	<b>No Conformidad</b>	Se presenta inconsistencia en la transferencia de archivos donde al enviar el contrato de docente con las tres respectivas firmas docente, director y decano no se envía de manera comprimida ni con una encriptación.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
107	No Conformidad	Se observa que realizan una copia de respaldo de información en el aplicativo one drive, pero la configuración de las diversas carpetas no es óptima ya que la configuración de ellas nos permite acceder a la información por medio de una URL sin restricción, debido a ello es una vulnerabilidad para la fuga de datos.	Plan de Mejoramiento
108	No Conformidad	Al realizar inspección se observa que se presenta un archivador con información sensible la cual se indica como área sensible, no se encuentra identificada como área segura, así mismo el monitoreo no existe dentro de la oficina, la información se maneja sin ningún tipo de supervisión en caso de fuga de información.	Plan de Mejoramiento
109	No Conformidad	Se evidencia 3 archivadores con información de los programas de la oficina de sistemas, donde se almacenan actas de los comités curriculares académicos, que se encuentra bajo llave, sin embargo, en el sitio no cuenta con un extintor cerca con el cual se pueda atender una emergencia o salvaguardar la información en caso de algún siniestro.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
110	<b>No Conformidad</b>	Mediante la Resolución 050 se establece la política de tratamiento de datos personales, que se encuentra publicada en la plataforma, se solicita también a los auditados la política general del sistema de gestión de seguridad de la información, no se evidencia que sea conocida por el personal la política a pesar de estar publicada y de ser divulgada.	Plan de Mejoramiento
111	<b>No Conformidad</b>	los roles están definidos para cada usuario asignado a los colaboradores del proceso de Apoyo Académico, cada uno tiene asignado un correo institucional y el usuario para acceder a la plataforma, sin embargo, se evidencia que uno de los colaboradores del área está ingresando a la plataforma con un usuario que no es el suyo y de igual manera ingresando a otra cuenta de correo que no es de su propiedad.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
112	<b>No Conformidad</b>	<p>Se evidencia una matriz general para todos los procesos de la universidad, donde se analizan las cuestiones internas y externas y se identifican los estudiantes, padres de familia como partes interesadas, sin embargo, no se tuvieron en cuenta los proveedores y contratistas, tampoco las expectativas de las partes interesadas, para relacionar los aspectos internos y externos que pueden afectar a la extensión de Facatativá.</p> <p>la matriz de partes interesadas se encuentra muy general y no se tienen en cuenta las cuestiones internas y externas para cada sede, se sugiere detallar más la matriz y los aspectos que pueden afectar el SGSI además de las expectativas.</p>	Plan de Mejoramiento
113	<b>No Conformidad</b>	<p>Se realiza inspección al sitio donde se tiene ubicado el archivo de las admisiones de estudiantes, talento humano y dirección administrativa, se evidencia manejo de información sensible, los archivadores se mantienen bajo llave, sin embargo, no cuentan con un extintor cerca para la atención de emergencias y un formato para llevar el control de acceso de las personas ajenas al proceso que ingresan, de igual manera en la oficina de talento humano el archivador está expuesto, manejan información sensible que puede ser vulnerada.</p>	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
114	No Conformidad	Se revisa el equipo de la secretaria de la oficina de la dirección administrativa, en el cual se evidencia que la información se maneja en la nube (one drive), sin embargo, no se tiene la precaución de revisar que el equipo este sincronizando, se verifica también la aplicación de la política de escritorio y pantalla limpia, el escritorio del pc se encuentra libre de archivos, pero con la papelerera llena.	Plan de Mejoramiento
115	No Conformidad	La información sensible que maneja el proceso de Ingeniería Ambiental, como los contratos con los docentes, que se comparten por correo electrónico con el proceso de talento humano, no se les aplica algún tipo de encriptación o codificación para evitar el uso indebido de las firmas y de la integridad de la información.	Plan de Mejoramiento
116	No Conformidad	La información sensible que maneja el proceso de Psicología, como los contratos con los docentes, que se comparten por correo electrónico, no se le aplica algún tipo de encriptación o codificación para evitar el uso indebido de las firmas y de la integridad de la información que se maneja.	Plan de Mejoramiento
117	No Conformidad	Mediante la Resolución 088 del 17 de mayo de 2017, se encuentra publicada, la política general y los objetivos del SGSI, sin embargo, no se puede evidenciar como o mediante qué documento le dan a conocer a los colaboradores del	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
		proceso y docentes las responsabilidades que tienen frente al sistema de seguridad de la información.	
<b>118</b>	<b>No Conformidad</b>	En el área cuentan con un archivador donde se almacenan equipos para préstamo a las personas que utilizan la sala de juntas, no se evidencia ningún tipo de control aplicado como a quien se asignó, la fecha, firma, etc., para el préstamo y devolución de estos activos de información, se sugiere utilizar un formato donde quede registrada la información del usuario que se le asigna el equipo.	Plan de Mejoramiento
<b>119</b>	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia parámetros o cláusulas claras de que los docentes no tengan permitido compartir bases de datos de los estudiantes. También debe ser explícito las consecuencias de realizar aquella situación. No se encuentra explícita. Esta debe ser más claro, según sea su rol docentes, monitores, líderes.	Plan de Mejoramiento
<b>120</b>	<b>No Conformidad</b>	Se presenta inconsistencia en la transferencia de archivos donde al enviar el contrato de docente con las tres respectivas firmas docente, director y decano no se envía de manera comprimida ni con una encriptación.	Plan de Mejoramiento
<b>121</b>	<b>No conformidad</b>	Se observa que realizan una copia de respaldo de información en el aplicativo one drive, pero la configuración de las diversas carpetas no es óptima ya que la configuración de ellas nos permite acceder a la información por medio	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
		de una URL sin restricción, debido a ello es una vulnerabilidad para la fuga de datos.	
<b>122</b>	<b>No Conformidad</b>	Al realizar inspección se observa que se presentan archivadores con información sensible del 2018 la cual se indica como área sensible, no se encuentra identificada como área segura, así mismo el monitoreo no existe dentro de la oficina, la información se maneja sin ningún tipo de supervisión en caso de fuga de información.	Plan de Mejoramiento
<b>123</b>	<b>No Conformidad</b>	Conocen el proceso de gestión de incidentes, sin embargo, no conocen que es un incidente de seguridad, o que reportar.	Plan de Mejoramiento
<b>124</b>	<b>No Conformidad</b>	se revisa los roles y responsabilidades que se tienen en el programa donde el director no conoce cuales son las responsabilidades de la secretaria, es decir no se tiene establecidas claramente esas responsabilidades asociadas al cargo y al programa.	Plan de Mejoramiento
<b>125</b>	<b>No Conformidad</b>	El personal de tecnología en gestión turística y hotelera conoce la ubicación de la política del SGTI, a pesar de que se realizan capacitaciones de seguridad de la información, no se evidencia conocimiento a nivel maduro del sistema.	Plan de Mejoramiento
<b>126</b>	<b>No Conformidad</b>	El auditado manifiesta que para el envío de archivos e información del proceso en ocasiones deben utilizar el correo electrónico personal para el envío de información de la	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		universidad cuando existe alguna falencia con el correo institucional.	
127	No Conformidad	Para el tratamiento de datos personales en las prácticas de los estudiantes, se hace revisión del convenio realizado entre la universidad y la Clínica Lumian San Rafael de Girardot, realizado el 24 de julio de 2016 y el contrato con IPS de las Américas No. C20190729-110 de 2019, en dichos contratos no se evidencia una cláusula de tratamiento de datos personales, como tampoco se menciona la Ley 1581 de 2012 en ninguna parte del documento lo cual evidencia que no se está cumpliendo con la política de tratamiento de datos personales.	Plan de Mejoramiento
128	No Conformidad	Se realiza revisión de la Resolución no. 088 del 17 de mayo del 2017 y la Resolución No. 000050 del 7 de mayo de 2018, de las políticas de seguridad de la información y la política de tratamiento de datos personales de los titulares de la Universidad de Cundinamarca respectivamente, donde se observa que se encuentran desactualizadas desde el 2017 (SGSI) y 2018 (protección de datos), por lo tanto se evidencia que los objetivos y alcance se encuentran desactualizados, están enfocados hacia los controles de tecnología y no hacia la gestión estratégica del SGSI, lo cual genera que no cuente con un seguimiento o medición apropiado, así mismo en el alcance	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		hace falta la evaluación académica, especificar la sede, seccionales, extensiones, CAD, oficina de Bogotá y las unidades agroambientales. Por último, en los roles, responsabilidades y autoridad de seguridad de la información, el director de sistemas y tecnología es el mismo director del SGSI, creando conflicto en ejecución de actividades es decir que se presenta como juez y parte.	
129	<b>No Conformidad</b>	No cuentan con recursos propios para el SGSI, dependen económicamente de Sistemas y Tecnología. Se revisa el plan de desarrollo 2020-2023 de la entidad y no se ve reflejado el SGSI.	Plan de Mejoramiento
130	<b>No Conformidad</b>	Se deben identificar y medir indicadores de gestión, que permita un enfoque al cumplimiento de los objetivos del SGSI. Se revisan tres indicadores.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
131	No Conformidad	La gestión del riesgo para el SGSI se tiene identificado los riesgos de seguridad y privacidad de la información a nivel general, por tipo de activo hardware, software, información, servicios y talento humano, pero no se tienen definidos los criterios de aceptación, los propietarios de los riesgos y el tratamiento del riesgo residual. Así mismo al verificar la gestión del riesgo en los demás procesos auditados no se evidencia la identificación y tratamiento de los riesgos de seguridad de la información, lo cual no permite realizar un tratamiento adecuado, como tampoco la identificación del riesgo residual, por ende cada proceso en su gestión/matriz de riesgo deberá incluir los riesgos de seguridad y privacidad según corresponda, en articulación con el SGSI.	Plan de Mejoramiento
132	No Conformidad	Se revisa procedimiento de gestión de incidente de seguridad donde se mencionan los controles asociados, pero no se tienen implementados.	Plan de Mejoramiento
133	No Conformidad	La gestión de continuidad del negocio no se presenta documentada ni implementada.	Plan de Mejoramiento
134	No Conformidad	Se debe establecer en organigrama de la institución el sistema de seguridad de la información, así mismo validar la estructura organizacional dentro del sistema de gestión de SGSI sea transversal con los otros sistemas y no liderado por el sistema de calidad.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
135	No Conformidad	No se evidencia expectativas por parte de las partes interesadas en el sistema de gestión de seguridad de la información en la matriz de parte interesadas de la organización.	Plan de Mejoramiento
136	No Conformidad	Lo activos de información se realiza de manera inadecuada, el concepto de activos de información es confundido con inventario de activos, evidenciando activos fijos como "sillas de ruedas", "basusero" entre otros, adicionalmente la clasificación de activos de estos activos no es claro el concepto dando la clasificación de manera inadecuada a los activos. (aplica para todos los procesos).	Plan de Mejoramiento
137	No Conformidad	Se evidencia en todas las áreas el incumplimiento de política pantalla y escritorio limpio, se evidencia archivos sensibles, notas con correos y contraseñas sensibles, papeles en el escritorio e impresoras con información y la papelera del escritorio llena.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
138	Observación	se evidencia en los equipos de cómputo no se encuentra sincronizado con el aplicativo one drive, el backup del área se realiza una vez al año o cuando el funcionario lo solicite, por lo tanto, no se evidencia el adecuado respaldo de información, habiendo sucedido ya pérdidas de información en el área.	Gestión de Riesgo
139	Observación	Se evidencia en la asignación de perfiles que no cumple con la competencia laboral, en las diferentes sedes y extensiones, los directores de cada sede tienen la libertad de publicar la respectiva información bajo los lineamientos y procedimientos, sin embargo, la revisión de lo publicado por el jefe de área, sucede luego de que ya se encuentre la información expuesta en la red dando riesgo reputacional a la compañía por falta de competencias.	Gestión de Riesgo
140	Observación	se evidencia en las carpetas del one drive de la directora de control interno la carga información de manera compartida del proceso que utilizaron durante la pandemia cuya información se comparte de manera pública por medio de un link público, si ningún tipo de restricción de acceso por lo cual se puede materializar el riesgo de ser eliminada o modificada.	Gestión de Riesgo



**2.3. AUDITORIA INTEGRAL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA** (Informe final de auditoría de fecha 19/07/2022)

Tabla 4 Auditoría Interna proceso Gestión Financiera.

Consolidado de Hallazgos Proceso Financiera			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Se evidencia oportunidad de mejora para la actualización de la Resolución 202 del 05 octubre del 2007 "por medio de la cual se reglamentan los avances y anticipos", la cual tiene definido los lineamientos que debe tenerse en cuenta en la Circular N° 002 de enero 22 de 2019, lo que refleja que no es congruente con lo establecido en la Resolución 202 de 2007; y, teniendo en cuenta que, el entorno contable y condiciones financieras de la Universidad de Cundinamarca requiere de un normograma robusto que se ajuste a su realidad financiera y económica, encaminado a mitigar riesgos y subsanar los hallazgos de la Contraloría 2019 relacionados con la no legalización de avances y/ anticipos que se encuentra rezagados y abiertos; por lo anterior, se requiere el diseño e implementación de un control correctivo que subsane las posibles causas y consecuencias de la afectación al patrimonio de la Universidad de Cundinamarca.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Financiera			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
2	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia incumplimiento de la actividad 16: "realizar y adjuntar comprobante de consignación por parte del encargado de los manejos de los recursos", teniendo en cuenta que, el anticipo por valor de \$18.170.000,00 fue autorizado mediante Resolución N° 005778 con fecha 2021-10-08, se evidencia que, con corte a la fecha del trabajo de campo de la auditoría, hay un saldo pendiente por concepto de reintegro por valor de \$13.219.208,00. posteriormente, se verifico la trazabilidad en el INTEGRADOC, identificando que, la tarea se encuentra con un término de seis (06) meses de retraso.	Plan de Mejoramiento
3	<b>No Conformidad</b>	Una vez revisadas las 10 cuentas de cobro de la vigencia 2021 seleccionadas de manera presencial, se evidencia incumplimiento en el numeral 1. literal d "la universidad pagara dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibido de la factura o cuenta de cobro con el cumplimiento del lleno de los requisitos legales" de la circular 007 la cual establece la programación de pagos a contratistas y proveedores emitida por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera y Dirección Financiera.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Financiera			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
4	<b>No Conformidad</b>	Incumplimiento a la Ley 594 del 2000 "por medio de la cual se dicta la ley general de archivo" y Resolución Rectoral 000003 del 08 enero 2019 "por la cual se adopta las tablas de retención documental TRD, las tablas de valoración documental TVD y cuadro de clasificación documental CCD en la UdeC", como se observa en los soportes en físico de las cuentas de cobro que reposan en la oficina de Tesorería.	Plan de Mejoramiento.

**2.4. AUDITORIA INTEGRAL PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL**  
(Informe final de auditoria de fecha 24/08/2022)

Tabla 5 Auditoria Interna Proceso Planeación Institucional.

Consolidado de Hallazgos Proceso Planeación Institucional			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Fortalecer los controles asociados a la operación de los procedimientos EPIP13 v_7 "Viabilizarían de Asignación de Espacios Físicos" y EPIP05 v_18 "Gestión del Banco Universitario de Programas y Proyectos de Inversión de la Universidad de Cundinamarca", con el propósito de garantizar el seguimiento, la conformidad de las actividades del proceso y el mejoramiento continuo.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Planeación Institucional			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
2	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Fortalecer y ajustar la estructura documental de los procedimientos EPIP13 v_7 "Viabilizarían de Asignación de Espacios Físicos", EPIP05 v_18 "Gestión del Banco universitario de Programas y Proyectos de Inversión de la Universidad de Cundinamarca" y EPIP14 v_8 "Elaboración y Seguimiento de Planes Institucionales" del proceso de Planeación Institucional, publicados en el sitio web del sistema de gestión de la calidad, a fin de garantizar la correcta trazabilidad del servicio y el entendimiento de los documentos a las partes interesadas.	Plan de Mejoramiento
3	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Fortalecer los espacios de capacitaciones y sensibilizaciones periódicas en relación a la apropiación del modelo integrado de planeación y gestión a los procesos de la universidad y líderes de las políticas del MIPG.	Plan de Mejoramiento
4	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Garantizar por parte de la jefatura de recursos físicos y servicios generales el cumplimiento de las recomendaciones referidas en el informe de inspección de fecha 2022-07-13 en articulación con la oficina de salud ocupacional. lo anterior, a fin de evitar una posible cristalización de los riesgos relacionados en el mismo informe.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Planeación Institucional			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
5	<b>Observación</b>	Con relación a los resultados de la auditoría al procedimiento EPIP13 v_7 "Viabilizarían de Asignación de Espacios Físicos", se evidenció que la facultad de ciencias agropecuarias no siguió oportunamente el conducto regular para la asignación oficial de los espacios físicos a la Dirección de Planeación Institucional, lo anterior observado en los casos de asignación del espacio físico F-116 y el bloque invernadero. Con lo anterior, se requiere que la decanatura lleve a cabo las actividades conforme los procedimientos y/o lineamientos establecidos por la Universidad de Cundinamarca en próximas solicitudes de espacios físicos a fin de evitar retrocesos y posibles no conformidades.	Función Preventiva

**2.5. AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD** (*Informe final de auditoría de fecha 28/10/2022*)

Tabla 6 Auditoria Interna proceso Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Gestión de Calidad.

Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	<b>No Conformidad</b>	Los objetivos de calidad y de SST establecidos no consideran los requisitos y aspectos para su de definición (por ejemplo: medibles, cuantificables y con metas establecidas para su cumplimiento), situación que genera incumplimiento del requisito 6.2.1 objetivos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 y del	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
		Artículo 2.2.4.6.18. objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el trabajo SG-SST del Decreto 1072 de 2015.	
<b>2</b>	<b>No Conformidad</b>	No se tiene establecida la planeación de las acciones para lograr los objetivos de la calidad determinando: que se va a hacer, que recursos se requieren, quien será responsable, cuando se finalizara y como se evaluaran los resultados, lo que genera incumplimiento del requisito 6.2.2 planificación de objetivos de la norma ISO 9001:2015. Adicionalmente, los planes anuales de trabajo de SST establecidos para los diferentes centros de trabajo no están diseñados para alcanzar cada uno de los objetivos, especificando metas, actividades claras para su desarrollo, responsables y cronograma, responsables y recursos necesarios.	Plan de Mejoramiento
<b>3</b>	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia la implementación de actividades de actualización de la matriz del cambio lo cual genera incumplimiento del requisito 6.3 gestión del cambio de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
4	<b>No Conformidad</b>	No se da aplicación a los criterios de control operacional establecidos para el suministro y control de insumos y elementos educativos externos requeridos en las prácticas en cuanto a los registros que se deben llevar en el SIS, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento AAAP05 préstamo de espacios académicos. Lo anterior genera incumplimiento en el requisito 7.1.3 infraestructura de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
5	<b>No Conformidad</b>	No se está asegurando la adecuación de las instalaciones para la realización de las prácticas y salidas académicas requeridas en Formación y Aprendizaje. Lo anterior genera incumplimiento del numeral 7.1.3 infraestructura de la norma ISO 9001 2015.	Plan de Mejoramiento
6	<b>No Conformidad</b>	No se da aplicación a las disposiciones establecidas para asegurar el mantenimiento, la seguridad y la disponibilidad del parque automotor de la UdeC de acuerdo con lo establecido en el procedimiento Administración y Mantenimiento del Parque Automotor - ABSP10 y el plan estratégico de seguridad vial, lo anterior genera incumplimiento del requisito 7.1.3 infraestructura de la norma ISO 9001:2015, 8.1 control operacional de la norma ISO 45001:2018 y del artículo 2.2.4.6.24.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		Medidas de Prevención y Control del Decreto 1072 de 2015	
7	<b>No Conformidad</b>	No se da aplicación a las disposiciones establecidas para asegurar el mantenimiento y la disponibilidad de la infraestructura física en los diferentes centros de trabajo de la udec de acuerdo con lo establecido en el procedimiento mantenimiento planta física - ABSP09, lo anterior genera incumplimiento del requisito 7.1.3 infraestructura de la norma ISO 9001:2015, 8.1 control operacional de la norma ISO 45001:2018 y del artículo 2.2.4.6.24. medidas de prevención y control del Decreto 1072 de 2015.	Plan de Mejoramiento
8	<b>No Conformidad</b>	No se da aplican a los controles operacionales establecidos para asegurar la disponibilidad de los espacios académicos y de los recursos requeridos para los proyectos de investigación, trabajos de grado y proyectos integrados de semestre. Lo anterior genera incumplimiento en el requisito lo anterior genera incumplimiento en el requisito 7.1.3 infraestructura de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
9	<b>No Conformidad</b>	No se aplican los criterios para asegurar el control de las formulas veterinarias generadas por el veterinario en el centro de estudios agroambientales la esperanza, lo que incumple el requisito 7.1.3 infraestructura de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
10	<b>No Conformidad</b>	No se asegura el ambientales para la operación controlada de los servidores con el propósito de evitar danos y perdida de información; loa anterior genera incumplimiento del requisito 7.1.4 ambiente para la operación de los procesos de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
11	<b>No Conformidad</b>	No se asegura el control de los equipos de medición empleados para asegurar las condiciones de preservación de las vacunas y medicamentos veterinarios empleados en la producción animal en los centros de estudios agroambientales; la anterior incumple el requisito 7.1.5 recursos de seguimiento y medición.	Plan de Mejoramiento
12	<b>No Conformidad</b>	No se da aplicación a las disposiciones establecidas por la udec para asegurar el desarrollo de la competencia de los docentes, de acuerdo con la Resolución 00015 de 2019, por lo cual se genera incumplimiento del requisito 7.2 competencia de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
13	<b>No Conformidad</b>	No se asegura que las acciones tomadas para desarrollar la competencia del personal administrativo de la UdeC sean eficaces para lograr la competencia requerida, dado que el número de trabajadores administrativos que están tomando la capacitación es muy bajo y los que aprueban los cursos tomados es aún menor como se pudo	Plan de Mejoramiento

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca

Teléfono: (091) 8281483 Línea Gratuita: 018000180414

[www.ucundinamarca.edu.co](http://www.ucundinamarca.edu.co) E-mail: [info@ucundinamarca.edu.co](mailto:info@ucundinamarca.edu.co)

NIT: 890.680.062-2



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
		evidenciar en la muestra tomada durante la auditoría, lo que genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.2 competencia de la norma ISO 9001:2015	
<b>14</b>	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la aplicación sistemática de los controles establecidos para asegurar la competencia del personal administrativo de la UdeC en el procedimiento ATHP06 evaluación del desempeño del personal administrativo, lo que genera incumplimiento del requisito 7.2 competencia de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento
<b>15</b>	<b>No Conformidad</b>	No se da aplicación al control de cambios en la información documentada del proceso, lo cual genera incumplimiento en el requisito 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento
<b>16</b>	<b>No Conformidad</b>	No se ha implementado el procedimiento ado06 disposición final de los documentos, lo que genera incumplimiento del requisito 7.5.3 control de la información documentada de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
17	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la implementación de los controles establecidos para la selección y admisión de los estudiantes en el procedimiento MARP02 inscripción y selección de aspirantes. lo anterior genera incumplimiento en el requisito 8.2.3 revisión de los requisitos para los productos y servicios.	Plan de Mejoramiento
18	<b>No Conformidad</b>	No se da cabal cumplimiento de los controles operacionales establecidos en el procedimiento permanencia de los estudiantes - MBUP01, dado que no se cuenta con la totalidad de las fichas (mbur013 ficha personal estudiantes programas socioeconómicos) firmadas con el compromiso de los estudiantes beneficiarios; esta situación genera incumplimiento del requisito 8.5.1 control de la producción y provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento
19	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la firma de los acuerdos de formación y aprendizaje por parte de representantes de los estudiantes y docentes, lo que genera incumplimiento del requisito 8.5.1 control de la producción y provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
20	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia la presentación de la totalidad de informes de gestión semestral MFAR008 con los resultados asociados a los logros de los estudiantes de acuerdo con lo	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		establecido en el procedimiento acompañamiento en la formación y aprendizaje para la vida, los valores democráticos, la civilidad y la libertad MFAP03V22, lo que genera incumplimiento del requisito 8.5.1 control de la producción y provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015.	
21	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia la implementación de actividades de control operacional establecidas para las consejerías académicas, de acuerdo con el procedimiento acompañamiento en la formación y aprendizaje para la vida, los valores democráticos, la civilidad y la libertad MFAP03V22 actividad no. 5 "el docente consejero realizara seguimiento semanal mediante la herramienta de consejerías académicas. lo anterior genera incumplimiento en el requisito 8.5.1 control de la producción y provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento
22	<b>No Conformidad</b>	No se da cumplimiento a los criterios establecidos para la planificación y realización de las actividades para el desarrollo de las prácticas en los espacios académicos, acorde a lo requerido en el procedimiento AAAP05 préstamo de espacios académicos. lo anterior genera incumplimiento en el requisito 8.5.1 control de la producción y provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
23	<b>No Conformidad</b>	No se logra evidenciar la evaluación de las no conformidades relacionadas con las salidas no conformes, ni la trazabilidad de su tratamiento para asegurar que la corrección realizada considero la naturaleza de la no conformidad y se confirmó la corrección de la misma. Lo anterior genera incumplimiento del requisito 8.7 control de las salidas no conformes de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento
24	<b>No Conformidad</b>	No se logró evidenciar el seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión establecidos para el proceso en el programa de ciencias del deporte y la educación física, lo que genera incumplimiento del requisito 9.1 seguimiento, análisis y evaluación de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento
25	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia la adopción de acciones de mejora y su registro en el módulo planes de mejora de Gestasoft generadas a partir de la evaluación del desempeño de los procesos Talento Humano, Formación y Aprendizaje y Bienes y Servicios durante los años 2021 y 2022; situación que genera incumplimiento del requisito 10 mejorar de la norma ISO 9001:2015	Plan de Mejoramiento
26	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia la evaluación de la necesidad de tomar acciones correctivas para evitar la recurrencia de las salidas no conformes. lo anterior genera incumplimiento del requisito 10.2.2	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
		no conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015	
27	<b>Oportunidad de Mejora</b>	evaluar la posibilidad de eliminar la limitación que se tiene para que el personal administrativo se pueda inscribir a máximo dos cursos autogestionados en cada trimestre, teniendo en cuenta que los cursos permiten el fortalecimiento de la competencia del personal y al no estar bajo modalidad presencial ni demandar tiempo de docentes, no generan costos adicionales que afecten el presupuesto.	Plan de Mejoramiento
28	<b>No Conformidad</b>	No se tiene la firma del plan de trabajo anual de SST por parte del empleador. lo anterior genera incumplimiento del Artículo 2.2.4.6.8 literal 5. del Decreto 1072 de 2015 y el estándar 2.4.1 de la Resolución 0312 de 2019 y del 5.1 liderazgo y compromiso de la norma ISO 45001:2018	Plan de Mejoramiento
29	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la implementación de requisitos legales para la SST relacionado con rendición de cuentas. lo anterior genera incumplimiento del requisito 6.1.3 determinación de los requisitos legales y otros requisitos de la norma ISO 45001:2018, Artículo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 de 2015 y el estándar 2.6.1 rendición sobre el desempeño de la resolución 0312 de 2019	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
30	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la implementación de medidas de control para eliminación del riesgo eléctrico de las instalaciones, incluyendo la protección de las luminarias; lo anterior genera incumplimiento del requisito 8.1.2 de la norma ISO 45001:2018, el artículo 2.2.4.6.24 del decreto 1072 de 2015, el estándar 4.2.1 de la Resolución 0312 de 2019 implementación de medidas de prevención y control de peligros/riesgos identificados.	Plan de Mejoramiento
31	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la implementación de las medidas de prevención y control para intervenir los peligros / riesgos relacionados con condiciones de seguridad; lo anterior genera incumplimiento del artículo 2.2.4.6.24 del decreto 1072 de 2015, el estándar 4.2.1 de la Resolución 0312 de 2019 implementación de medidas de prevención y control de peligros/riesgos identificados y el requisito 8.1.2 de ISO 45001:2018.	Plan de Mejoramiento
32	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la planificación y realización del trabajo en alturas que se requiere para las actividades de mantenimiento de la universidad. Lo anterior genera incumplimiento del requisito 8.1.2 de la norma ISO 45001:2018, artículo 2.2.4.6.24 del Decreto 1072 de 2015, el estándar 4.2.1 de la Resolución 0312 de 2019 implementación de medidas de prevención y control de peligros/riesgos identificados.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
33	<b>No Conformidad</b>	No se asegura la aplicación de los criterios para el establecimiento y aplicación de los planes de emergencia en los diferentes centros de trabajo de la UdeC, lo que genera incumplimiento del requisito 8.2 preparación y respuesta ante emergencias de la norma ISO 45001:2018; el artículo 2.2.4.6.25 prevención, preparación y respuesta ante emergencias del Decreto 1072 de 2015 y el estándar 5.1.1 plan de prevención y preparación ante emergencias de la Resolución 0312 de 2019.	Plan de Mejoramiento
34	<b>No Conformidad</b>	La metodología actual para la toma de acciones correctivas no está asegurando que se contemple la totalidad de aspectos establecidos en el requisito 10.2 incidentes, no conformidades y acciones correctivas de la norma ISO 45001 2018.	Plan de Mejoramiento
35	<b>No Conformidad</b>	No se está asegurando la implementación completa para la investigación de incidentes a las partes interesadas que hacen parte de la comunidad universitaria. lo anterior genera incumplimiento del requisito 10.2 incidentes, no conformidades y acciones correctivas de la norma ISO 45001 2018, artículo 2.2.4.6.33 del decreto 1072 de 2015 y estándar 7.1.1 incidentes, no conformidades y acciones correctivas.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
36	<b>No Conformidad</b>	No se está asegurando la eficacia de las acciones correctivas a través de la implementación oportuna de los planes de mejoramiento. Lo anterior genera incumplimiento del requisito 10.2 incidentes, no conformidades y acciones correctivas de la norma ISO 45001:2018, artículo 2.2.4.6.33 del decreto 1072 de 2015 y estándar 7.1.1 incidentes, no conformidades y acciones correctivas.	Plan de Mejoramiento
37	<b>No Conformidad</b>	No se evidencia que las acciones correctivas establecidas en el plan de mejoramiento no. 640 se hayan implementado de manera eficaz y sin demora por parte del empleador o contratante debido a que durante la vista de auditoría realizada a las sedes de del CAD y de Chía se reiteran situaciones de control a contratistas identificados en la auditoría de 2020 y 2021; lo anterior genera incumplimiento del Artículo 2.2.4.6.33 del decreto 1072 de 2015, el estándar 7.1.1 de la Resolución 0312 de 2019 y el requisito 10.2 de ISO 45001:2018	Plan de Mejoramiento
38	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Es conveniente profundizar en la identificación de expectativas de las otras partes interesadas diferentes a los trabajadores, para asegurar que se estén considerando ya que en las matriz de partes interesadas del SST solo contempla necesidades.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
39	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Establecer un mecanismo que permita realizar el conteo de la comunidad universitaria, con registros que soporten el número de personas que se encuentran si llegase a presentar una emergencia.	Plan de Mejoramiento
40	<b>Observación</b>	No se asegura el seguimiento y la revisión de la información del contexto organizacional para su consideración en las actividades de planificación de los sistemas de gestión de Calidad y de SST y de los procesos de la UDEC; lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 4.1 Comprensión de la organización y su contexto de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018	Gestión del Riesgo
41	<b>Observación</b>	No se tiene implementado los mecanismos de consulta establecidos por la Universidad referente a las tarjetas de observación del entorno y los reportes por el SAIC. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 5.4 Consulta y participación de los trabajadores de la norma ISO 45001:2018, artículo 2.2.4.6.14 del Decreto 1072 de 2015 y Estándar 2.8.1 Mecanismos de comunicación, auto reporte en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.	Gestión del Riesgo



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
42	<b>Observación</b>	No se ha realizado la revisión de las acciones para abordar el R7 identificado en la matriz de riesgos del proceso Dialogando con el Mundo, a partir de los cambios realizados en el 26 de mayo de 2022; lo cual genera riesgo de incumplimiento del requisito 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo
43	<b>Observación</b>	No se evidencia la actualización de la matriz del cambio para el proceso Graduados en los últimos dos años, lo cual genera riesgo de incumplimiento del requisito 6.3 de la norma ISO 9001:2015	Gestión del Riesgo
44	<b>Observación</b>	La información registrada en los certificados de las actividades de capacitación es incompleta y genera riesgos con respecto a asegurar la coherencia y exactitud de los cursos tomados; lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.2 Competencia de la norma ISO 9001:2015 en cuanto a contar con la información documentada que evidencia la competencia del personal.	Gestión del Riesgo



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>Nº</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
45	<b>Observación</b>	No se asegura la toma de conciencia de los trabajadores con respecto a los riesgos de SST a los que se encuentran expuestos y las medidas de control establecidas para su mitigación; lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.3 Toma de conciencia de la norma ISO 45001:2018	Gestión del Riesgo
46	<b>Observación</b>	No se asegura la actualización de la información documentada del proceso con respecto a los acuerdos y disposiciones generados en la UDEC. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento en el numeral 7.5.2 Creación y actualización información documentada de la norma ISO 9001 2015.	Gestión del Riesgo
47	<b>Observación</b>	No se asegura la aplicación del control de cambios de la información documentada, el control de versión del documentos, lo cual genera incumplimiento de la norma en el numeral 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015	Gestión del Riesgo



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
48	<b>Observación</b>	No se asegura la disponibilidad de las hojas de seguridad en la totalidad de centros de trabajo para asegurar el control de los productos químicos utilizados; lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 8.1.2 Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST de la norma ISO 45001:2018, el Artículo 2.2.4.6.24 Medidas de prevención y control del Decreto 1072 de 2015 y del Estándar 4.2.1 Medidas de prevención y control frente a peligros/riesgos identificados de la Resolución 0312 de 2019	Plan de Mejoramiento
49	<b>Observación</b>	Agilizar el establecimiento y adopción del protocolo para la atención de personas con discapacidad en el proceso Admisiones y registro, con el fin de ampliar cobertura y ofrecer servicios a esta población y minimizar el riesgo de incumplimiento del requisito 8.2.1 Comunicación con el cliente de la norma ISO 9001:2015	Gestión del Riesgo
50	<b>Observación</b>	No se asegura la realización de la reinducción establecida en el procedimiento Acompañamiento en la formación y aprendizaje para la vida, los valores democráticos, la civilidad y la libertad MFAP03v22, lo que genera incumplimiento del requisito 8.5.1 Control de la producción y provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
51	<b>Observación</b>	No obstante que se han establecido indicadores para realizar el seguimiento y medición del desempeño de los procesos, se evidencia que los indicadores y mediciones realizadas no aseguran la evaluación del desempeño de los procesos con respecto a los objetivos de la calidad o los resultados esperados del SGC; lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la norma ISO 9001:2015	Gestión del Riesgo
52	<b>Observación</b>	Los planes anuales de trabajo del SG-SST de cada sede no se están actualizando oportunamente con respecto a las actividades realizadas. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del numeral 9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación, Artículo 2.2.4.6.21 del Decreto 1072 de 2015, Estándar 6.1 Gestión y resultados del SG-SST de la Resolución 0312 de 2019	Gestión del Riesgo
53	<b>Observación</b>	La metodología de evaluación de requisitos legales no deja la trazabilidad de fechas y documentos específicos verificados. Lo anterior genera incumplimiento del requisito 9.1.2 Evaluación del cumplimiento de la norma ISO 45001:2018, Artículo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 de 2015 y estándar 2.7.1 Matriz legal de la Resolución 0312 de 2019	Gestión del Riesgo



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>54</b>	<b>Observación</b>	No se asegura que, en el acta de la revisión por la dirección, se evidencien las conclusiones generadas por la Alta Dirección con respecto a la adecuación, eficacia y conveniencia del sistema de gestión con respecto a los objetivos y resultados esperados del sistema de gestión, y la determinación de las acciones para direccionar el desempeño del mismo en el siguiente periodo asegurando la alineación con el plan estratégico establecido. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 9.3 de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018	Gestión del Riesgo
<b>55</b>	<b>Observación</b>	No obstante que se esta adelantando la actualización de la evaluación de los docentes para adoptar la evaluación de competencias por resultados desde la EFAD, no se evidencia que este trabajo se adelante de manera articulada con Talento Humano, lo que puede generar dificultades en cuanto a la oportunidad para la aprobación y aplicación de la nueva Matriz para la evaluación del desempeño profesoral. Lo anterior genera riesgo de incumplimiento del requisito 7.2 Competencia de la norma ISO 9001:2015.	Gestión del Riesgo



<b>Consolidado de Hallazgos Sistema De Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo Y Sistema De Gestión De Calidad.</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
56	<b>Observación</b>	No se asegura la toma oportuna de acciones para atender las oportunidades de mejora identificadas para el proceso en los ejercicios de auditoría; lo cual genera riesgo de incumplimiento del requisito 10.2 No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015	Gestión del Riesgo

**2.6. AUDITORIA INTEGRAL PROCESO CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN (INVESTIGACIONES)** (*Informe final de auditoría de fecha 03/11/2022*)

Tabla 7 Auditoria Interna proceso Gestión Ciencia, Tecnología e Innovación (Investigaciones) .

<b>Consolidado de Hallazgos Proceso Ciencia, Tecnología e Innovación (Investigaciones)</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
1	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia debilidades en el seguimiento y control de productos (entregables) informes parciales y finales; lo que limita conocer la trazabilidad y el estado de ejecución y/ o finalización de los proyectos, asimismo, no está definida la periodicidad por la cual se deben presentar dichos informes para el respectivo seguimiento y ausencia de controles definidos por parte del proceso de Ciencias Tecnología e Innovación, con el objetivo de generar alertas tempranas cuando se identifique el no cumplimiento de las actividades y objetivos de los proyectos de investigación.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Ciencia, Tecnología e Innovación (Investigaciones)			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
2	<b>No Conformidad</b>	Se logra evidenciar dentro del aplicativo de "proyectos de investigación", inconsistencias en la trazabilidad de los proyectos de investigación y estado de los mismos, lo que dificulta su integridad y veracidad; adicionalmente no es claro evidenciar en el aplicativo si los proyectos de convocatorias externas se encuentran contenidos y la causa y/o justificación pertinente de la no continuidad de los proyectos de investigación tanto internos y externos en sus diferentes etapas.	Plan de Mejoramiento
3	<b>No Conformidad</b>	El equipo de auditoria determina baja ejecución presupuestal activa y pasiva durante el año 2021 y 2022, se evidencia debilidades en la identificación de necesidades de adquisición y inconsistencias en la planeación. De otra parte, cabe mencionar el proyecto "diseño de estrategias para el control de retamo espinoso (Ulex Europaeus L.) en los municipios de Sibate, Soacha y Pasca", cofinanciado por Minciencias con código 62851 dentro de la convocatoria 802 donde el equipo de auditoria determina debilidad en la planeación, lo que afecta la gestión administrativa y el patrimonio de la Ucundinamarca.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso Ciencia, Tecnología e Innovación (Investigaciones)</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
4	<b>Oportunidad de mejora</b>	Se evidencia la necesidad de perfeccionar y actualizar el procedimiento (MCTP03 versión 19) proyectos de investigación, que responda a las necesidades y contribuya a la gestión eficaz de los proyectos de investigación de la Universidad de Cundinamarca.	Plan de Mejoramiento
5	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que existen debilidades en la planificación, gestión y ejecución de los recursos que ingresan al fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación. Así mismo se evidencia ausencia de estrategias que permitan unificar la intervención y articulación de las instancias pertinentes, así como la desactualización del procedimiento vigente (MCTP3 versión 10), el cual tiene actividades complejas y dispersas que limitan el cumplimiento del alcance del mismo.	Plan de Mejoramiento
6	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que la formalización de la entrega de cargo entre el funcionario saliente Jaime Augusto Porras Jiménez y Olga Marina García Norato se encuentran documentos sin firmas como lo son: la relación de los inventarios documentales de las vigencias 2014, 2015, 2016, 2017.2018.2019.2020.2021; así como los inventarios documentales de las convocatorias i, ii y ii y convocatoria 2015 al 2016 dicho inventario se encuentra firmado por Meiby Katerine Rodríguez Pineda y Jaime Augusto Porras Jiménez sin embargo	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Ciencia, Tecnología e Innovación (Investigaciones)			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		se encuentran sin suscribir por la funcionaria entrante Olga Marina García Norato y el inventario físico no 17 de la Dirección de Investigación de fecha 2021-09-30 incumpliendo el capítulo ii artículo 5 que indica que el servidor público entrante está obligado a recibir el informe y acta respectiva y a revisar su contenido y lo dispuesto en la ley 1952 de 2019 , título ix capítulo ii artículo 38 numeral 23 "responder por la conservación de los útiles, equipos, muebles y bienes confiados a su guarda o administración y rendir cuenta oportuna de su utilización	
7	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia afectación al patrimonio de la universidad de Cundinamarca y falta de controles por parte de la Dirección de Investigación en la entrega, monitoreo y recepción de elementos del inventario físico en calidad de préstamo tal como se evidencia en el siguiente caso: caso 3: no se logró obtener los informes de la existencia, especificaciones técnicas y estado de los equipos asignados al proyecto "redes libres como alternativa de innovación social e inclusión digital, en la vereda Bosachoque, Fusagasugá y liderado por el investigador Wilson Joven Sarria en el sector Bosachoque y San José el Chocho. pese a las reiteraciones y mesa de trabajo (se establecieron	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso Ciencia, Tecnología e Innovación (Investigaciones)</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
		compromisos del asunto) desde la Dirección de Investigación universitaria al docente líder del proyecto, sin embargo, a la fecha se desconoce: · La existencia y/ o inexistencia de los equipos tecnológicos. · No fue posible identificar las condiciones técnicas de los equipos tecnológicos. · No se cuenta con un control de uso, mantenimiento y monitoreo periódico de los equipos tecnológicos.	
<b>8</b>	<b>Observación</b>	El número del certificado (soporte) no corresponde al número de certificado indicado en el formato denominado Revisión de certificados de calibración de los elementos Balanza Electrónica identificado con número de placa 60374, Medidor de conductividad identificado con número de placa 61031.	Función Preventiva y Gestión del Riesgo

**2.7. AUDITORIA INTERNA PROCESO DE SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL** (Informe final de auditoría de fecha 25/11/2022)

Tabla 8 Auditoría Interna proceso Sistema de Gestión Ambiental.

<b>Consolidado de Hallazgos Proceso Sistema de Gestión Ambiental (Enlace)</b>			
<b>N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>1</b>	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Fortalecimiento en el conocimiento y entendimiento de las responsabilidades por parte del personal administrativo.	Plan de Mejoramiento
<b>2</b>	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Fortalecimiento de la estrategia de reportes en el sistema de gestión ambiental.	Plan de Mejoramiento



<b>Consolidado de Hallazgos Proceso Sistema de Gestión Ambiental (Enlace)</b>			
<b>Nº</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Tratamiento</b>
3	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Establecer entrenamientos específicos de competencias por cargos que asegure que se de la formación en los temas ambientales.	Plan de Mejoramiento
4	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Implementar la metodología SIS para la accesibilidad del servicio de bicicletas	Plan de Mejoramiento
5	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Establecer e implementar mediciones del uso de aguas lluvias que se está utilizando para el riego de los prados, así como la reutilización de elementos dados de baja e incluirlo como aspecto ambiental positivo al sistema de gestión ambiental.	Plan de Mejoramiento
6	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Evaluar conveniencia de apagar los equipos de cómputo al terminar la jornada, dado que, al estar conectados, aunque no se estén usando continúan consumiendo y su aporte para disminuir el consumo.	Plan de Mejoramiento
7	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Planificar las acciones que surgen de la realización de los simulacros teniendo en cuenta responsable, fecha de ejecución y seguimientos.	Plan de Mejoramiento



**2.8. AUDITORIA INTERNA AL PROCESO DE BIENES Y SERVICIOS** (Informe final de auditoria de fecha (02/12/2022))

Tabla 9 Auditoria Integral al proceso de Bienes y Servicios

Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	Observación	Pendiente por los supervisores y el área contable la liberación del saldo a favor de la Universidad por valor de \$51.437.425,00 no reposa el soporte de financiera. Ni en Integradoc. Se evidencia solicitud correo electrónico de compras requiriendo el soporte contable de la liberación de saldo y el ajuste al registro presupuestal documentos requisitos que deben reposar en el contrato, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros. supervisores - directora bienestar universitario, -director sistemas y tecnología 2021	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
2	Observación	Contrato 113 Girardot No reposa liberación de saldo a favor de la Universidad \$3.960.600,00 , se coteja requerimiento al supervisor y a financiera donde adjuntan el Acta de liquidación, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
3	Observación	Contrato 115 No reposa la evidencia de liberación de saldo a favor de la Universidad \$3.960.600,00, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
4	Observación	Contrato 227 Soacha Compras envió correo el 5/8/2022 al supervisor jefe De Recursos Físicos Y Servicios Generales le allega Acta de liquidación, a la fecha no reposa la evidencia de liberación de saldo a favor de la Universidad \$61.972.251,00, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
5	Observación	Contrato F-ICONTEC No reposa el soporte de la acusación de pago por parte del supervisor y tesorería, AFIR resolución de pago, facturas de cobro, entre otros. documento soporte de la carpeta contractual. Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
6	Observación	Contrato 083 No reposa en INTEGRADOC Informes de supervisión, no se justifica ni soporta la diferencia de \$16.970.000. cuantía sin liberar a favor de la Universidad. Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
7	Observación	Contrato 105 Se evidencia que la Dirección Jurídica el día 06/06/2022 requiere a la dirección de Sistemas informando la gestión adelantada, incumplimiento del contrato F-OCC 105 DEL 2021, No se realizó el único pago pendiente Ingreso y soportes de la sanción de multa 7.025.760, jurídica está adelantando los procesos pertinentes a un posible	Función Preventiva Gestión Del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		incumplimiento del Contratista factor de riesgo, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	
8	<b>Observación</b>	Contrato 149 GIRARDOT  Los informes de supervisión cargados en Integradoc no corresponden al formato ABSr089 " informe final o periódico de supervisión". compras envió correo el 9/8/2022 al supervisor solicitando soportes pos contractuales, en el formato no contemplan relación de los pagos realizados, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva  Gestión Del Riesgo
9	<b>Observación</b>	Contrato 165  Compras envió correo a tesorería para egreso el 04/08/2022, y a supervisión el día 27 de julio y 9 de agosto de 2022 no reposa soportes de causaciones, ni acta de liquidación., no pagos por el supervisor, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva  Gestión Del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
10	Observación	Contrato 181  No reposan soportes del pago por el valor \$82.181.931, se evidencia por parte de compras requerimiento a dirección de sistemas y tecnología, archivo y correspondencia desde el 4/8/2022. Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros. posible incumplimiento al principio de planeación,	Función Preventiva  Gestión Del Riesgo
11	Observación	Contrato 264  Se realizan tres suspensiones reinicia el 21/8/2022. no se evidencia comprobante de los pagos, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva  Gestión Del Riesgo
12	Observación	Contrato 265 Girardot  No se evidencia los pagos teniendo en cuenta que mediante de causación 18558 de fecha 18-07-2022, se reconoce el pago por valor de \$ 86.391.056,97. estando pendiente \$100.629.115,03 (a la fecha no se evidencia ningún pago) En el otrosí 2 se modifica la forma de pago, pendiente \$187.020.172. se encuentra proyecto de liquidación sin firmas del supervisor, en la que se evidencia saldo a favor del contratista \$ 39,278,192.51 y de saldo a favor de la universidad \$ 107.91, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros.	Función Preventiva  Gestión Del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		posible incumplimiento al principio de planeación.	
13	<b>Observación</b>	Contrato 267 No se evidencian que reposan informes de supervisión ni pagos en INTEGRADOC, Afectando la cuenta pertinente y los estados financieros. posible incumplimiento al principio de planeación,	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
14	<b>No Conformidad</b>	En los contratos F-CTCV-228-2021-F-OCC-240-2021- F-OCC-170-2021- Orden de compra 93962 F-CTCV-206- 2021, se evidencia que reposan y diligencian el formato ABSr 014- ABSr 017- ABSr 022 con versión desactualizada. -En la orden de compra 93962 Se observa que el formato en el ítem No de Versión y fecha de vigencia del documento aparecen y reflejan equis (x), observando desactualización de la herramienta del modelo de operación digital ABSr014 actualizado. - En la orden de compra 93962 No se observa en el formato diligenciado el ítem correspondiente Numero del código, igual Versión y fecha de vigencia del documento; observando desactualización (diligenciamiento) de la herramienta del modelo de operación digital ABSr022.	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
15	<b>No Conformidad</b>	<p>Se encuentra conforme el material fotográfico elementos con número de placa (4452, 39183, 5579, 15251,15257, 40380, 53736, 63630) que no están relacionados en el formato (ABSr 050) hecho que con lleva a determinar que el inventario no está actualizado y no es confiable.</p> <p>-Los Elementos con placa 48257, 48265, 48288, 46539, 46304,45663, 46539 .53736 y relacionados en el formato ABSr050, no se encontraron en físico dentro del almacén general, no dieron ubicación de los elementos como tampoco se pudo determinar si se encuentran en préstamo o perdidos.</p> <p>-Conforme al material fotografico se evidencia escalera marca JEMAGAS y computador marca LG, no relacionados en el Formato ABSr050. Ni cuentan con numero de placa.</p>	Plan de Mejoramiento
16	<b>No Conformidad</b>	<p>El computador portatil con placa 55941 relacionado en el formato ABSr050 no se encontro físicamente en el sitio, manifestando que este se encontraba prestado a una Funcionaria del almacen general de Fusagasugá. Se solicito formato préstamo o retiro de bienes ABSr068, sin ser allegado y sin poder establecer la ubicación y estado. De lo anterior se encuentra incumplimiento del formato de préstamo ABSr068 y posiblemente faltante de elemento o perdida, hecho que puede llevar a un</p>	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		detrimento patrimonial, reflejando contablemente inventarios no confiables	
17	No Conformidad	<p>Girardot <u>Decanatura Ciencia Salud</u> Se encuentra conforme el material fotográfico escáner con número de placa 48582 no relacionado en el formato inventario. Se evidencia que la silla con placa 48154 no corresponde a la relacionada en el inventario, relacionada en el formato con el número 48137. <u>Oficina de investigaciones</u> Se observa archivador metálico de 4 gavetas alto 1.33 metros y una cartelera de vidrio corredizo sin plaquetear y relacionado dentro del formato "ABSr050 "toma física de inventarios. <u>coordinación</u> <u>programa</u> <u>licenciatura</u> se evidencia que allegan acta de inventario "Absr036" sin perfeccionar, se evidencia Archivador y Torre archivador 4 gavetas de 1.32 sin plaquetear y relacionado dentro del formato "ABSr050 "toma física de inventarios. Los computadores portatil con placa 55860 y 55865 relacionado en el formato ABSr050 no se encontraron físicamente en el sitio, manifestando que estos se encontraban prestados a profesores de la seccional Girardot. Se solicito formato prestamo o retiro</p>	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>de bienes ABSr068, sin ser allegado al grupo auditor y sin determinar su ubicación ni estado.</p> <p>De lo anterior se encuentra incumplimiento del formato de préstamo ABSr068 y posiblemente faltante de elemento o perdida, hecho que puede llevar a un detrimento patrimonial, reflejando contablemente inventarios no confiables</p> <p><u>Laboratorio simulación de enfermería</u></p> <p>Se verifica que el inventario del laboratorio se encuentra en actualización debido a que las instalaciones son nuevas y están dotando de elementos nuevos y plaqueteando para actualización del inventario ABSr050 en ejecución. Se hará seguimiento en la próxima auditoría.</p> <p><u>Coordinación programa de tecnología gestión turística y hotelera</u></p> <p>Se encuentra silla operativa con brazos base Nylon aspas y teléfono marca Samsung sin número de placa y relacionados en el formato ABSr050.</p> <p>Los computadores portatil con placa 55824, 48739 y 2018246 relacionados en el formato ABSr050 no se encontraron físicamente en el sitio, manifestando que estos se encontraban prestados a profesores de la seccional Girardot. Se solicito formato prestamo o retiro de bienes ABSr068,</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>sin ser allegado al grupo auditor y sin determinar su ubicación ni estado, y establecer si es siniestro.</p> <p>De lo anterior se encuentra incumplimiento del formato de préstamo ABSr068 y posiblemente faltante de elemento o pérdida, hecho que puede llevar a un detrimento patrimonial, reflejando contablemente inventarios no confiables.</p> <p><u>Bienestar Universitario</u></p> <p>No se encuentra relacionada en el inventario y sin placa guitarra eléctrica, sin conocer las condiciones de uso y falta de asignación de número de placa; factor de riesgo que indica la desactualización de los inventarios, impidiendo establecer si es de la universidad o no, o se encuentra en préstamo, razón que conllevan a que el inventario no sea confiable.</p> <p><u>Otras dependencias:</u></p> <p>Se evidencia en el laboratorio de Ingles bilingüismo salón 202, sillas sin las respectivas placas no reflejándose en el formato absr0550 (ingreso de elementos) inventario desactualizado.</p> <p><u>Oficina de admisiones y registro</u></p> <p>-Se evidencia que la maquina prestadora de libros (centro de estudios educativos CRE), con placa 50591 no presta servicio como tampoco define a que dependencia corresponde, no reposa soporte de préstamo o traslado, factor de riesgo por</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>detrimento por falta de cumplimiento del objeto.</p> <p>Se encuentra estantes archivadores sin instalar ni prestar servicio, no cuentan con placa y no se encuentran relacionados en el inventario, conllevando a un posible detrimento patrimonial (ver material fotografico página del informe 29 a la 45)</p> <p>Se evidencia gimnasio sin relacionar en el inventario y en físico no cuenta con número de placa, elemento sobrante que no define a que dependencia se encuentra asignado, se desconoce la adquisición.</p> <p>Conforme lo descrito y referenciado se observa en material el fotográfico del cuerpo del informe parte pertinente ver material fotografico página del informe 29 a la 45)</p>	
18	<b>No Conformidad</b>	<p>Extensión Soacha Programa ingeniería industrial Se evidencia Faltante de silla con placa 569 Se evidencia mesa de madera con 1 entre paño y vidrio sin plaquetear, se coteja con el inventario y se relaciona con el número de placa 54104 no correspondiendo. Ciencias del deporte y educación física. Se evidencia en físico sillas con placa 2851 y 31925, las cuales no se encuentran relacionadas en el inventario ABSr050.</p>	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>Se evidencia en el formato ABSr050 relación de sillas con placa 54193,31926,41829,5419,31919, pero al cotejarlas lo físico frente al inventario no se encontraron, no se sabe si es faltante, si hubo perdida, o destrucción de las mismas, desconociendo la ubicación y el estado de las sillas, factor de riesgo frente a la actualización y veracidad de los inventarios.</p> <p>Admisiones y registro</p> <p>Se evidencio archivadores nuevos sin número de placa ni relacionados en el formato de inventarios ABSr050.</p> <p>Elementos en físico, relacionados en el formato de inventario, que no se encuentra plaqueteados correspondiente al modelo frontal con diseño semicurvo placa 53872, puesto de trabajo con superficie de Tablet placa 53875, computador de escritorio placa 62080.</p> <p>Recursos Físicos</p> <p>conforme al material fotográfico se encuentra escritorio, estabilizador de corriente y sillas, sin placa y sin relacionarlas en el inventario ABSr050, a su vez se indica que el acta entrega de inventario (formato ABSr036) no fue allegada al grupo auditor encontrando inventario desactualizado.</p> <p>Laboratorio HAS.</p> <p>Una vez verificado el formato ABSr050 inventario toma física, se encuentra que los elementos están plaqueteados, pero no allegan el</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		formato ABSr036 acta de entrega de inventarios. Bienestar universitario Se evidencia conforme al material fotográfico batería MARCA MAXTONE sin número de placa ni relacionada en el formato ABSr050 (inventario). desactualizado.	
19	<b>Observación</b>	Se evidencia en la seccional de Girardot elementos que por su uso y deterioro están para dar de baja , es el caso como refleja las imágenes del cuerpo del informe computadores , televisores con placas 47834, 47832(según información) tintas tonner y enciclopedias de inglés 24 tomos ; las cuales no reportan en la relación de inventario de baja ni soportan con el dictamen técnico del elemento.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
20	<b>No Conformidad</b>	El 26/09/2022 se solicita verbal y por escrito a través de correo institucional inventario del formato toma física (ABSr050) de la oficina recursos físicos, el cual no es allegado por la Oficina de Almacén General de la Universidad de Cundinamarca. Lo anterior teniendo en cuenta que para la fecha de la auditoria se viene adelantando el proceso de entrega a cargo del jefe de recursos físicos saliente al entrante, razón por la cual, fue motivo de impedimento para realizar la verificación del inventario frente a la existencia en físico conforme en los establecido	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		en la ley 951 acta de informe de empalme y entrega.	
21	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Parámetros básicos utilización del parque automotor(Alcance)se debe realizar actualización al instructivo ABSI003 con una nueva versión que incluya las normas vigentes establecidas por el ministerio de tránsito y transporte lo anterior teniendo en cuenta que la última actualización es (versión 5) en el cuadro de control de cambios del instructivo se realizó el 16 de febrero 2021 sin tener en cuenta la normatividad vigente.	Plan de Mejoramiento
22	<b>Observación</b>	Se evidencia que en el acto administrativo Resolución 186 de octubre 12 de 2016 conformación del comité de seguridad vial de la Universidad de Cundinamarca y el plan vial no está establecido las Funciones generales del comité de seguridad vial, igualmente no especifica la función que debe realizar cada miembro integrante (secretaria técnica, presidente, etc.). tal como se refleja en la publicación gaceta normativa página web de la Universidad de Cundinamarca agosto de 2022.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo
23	<b>Observación</b>	Se evidencia en el plan de mejoramiento interno N° 629 falta de justificación de 32 líneas de 45 por modificaciones del PAA, factor de riesgo. Así mismo, se evidencia en el Plan de mejoramiento Contraloría 2020 hallazgo 6 y hallazgo 16 de manera reiterativa sin ser subsanados, en consecuencia de lo anterior que	Función Preventiva Gestión Del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		por ser reiterativo se encuentran incursos en un proceso administrativo sancionatorio que recaería en cabeza del ordenador del gasto cuya cuantía hasta cinco (5) S.M.L.V devengados hecho que podría conllevar a un posible proceso disciplinario, cabe destacar que este hallazgo fue observado por la contraloría de Cundinamarca para la vigencia 2021 hallazgo N°04.	
24	<b>No Conformidad</b>	Incumplimiento al procedimiento SACP01_V18 Atención a peticiones, quejas y reclamos, al Decreto 491 del 2020 "Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan Funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica" y al comunicado 001 emitido el día 20-04-2020 por la secretaria general de la Universidad de Cundinamarca, puesto que no se evidencia respuesta dentro de los términos de ley, de manera oportuna para las peticiones quejas y reclamos competencia de la oficina de compras, recursos físicos y servicios generales factor de riesgo que puede generar incumplimiento a la carta magna y presentar	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		aumento de tutelas como también posibles desacatos.	
25	No Conformidad	De conformidad con la visita realizada y la verificación de los documentos frente a las tablas de retención documental de las vigencias 2021 y 2022 de la oficina de almacén general, recursos físicos; y vigencias 2017 oficina de compras de la seccional Girardot, se observa documentos sin foliar y sin el manejo adecuado de las tablas de retención documental aprobadas por la universidad, es decir las rotulas y los archivadores no se encuentran diligenciadas, ni marcadas, carecen del código, series y subseries documentales y año; Incumpliendo con lo establecido en la ley 594 del 2000 "Por medio de la cual se dicta la ley general de archivo" artículo 24 "Obligatoriedad de las tablas de retención" y Resolución 000003 del 08 enero 2019 "Por la cual se adopta las tablas de retención documental TRD, las tablas de valoración documental TVD y cuadro de clasificación documental CCD en la UDEC" y el numeral 11.2 Actividad 2 "Foliar los documentos" del "Manual para la gestión documental" ADOM001 V_8 )	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
26	No Conformidad	De conformidad con la solicitud realizada el día 23 de agosto del año 2022 vía correo institucional la cual fue reiterada dos veces con fecha del 30 de agosto y 05 de septiembre de la presente vigencia, el proceso allega documentación parcial evidenciando falencias e incumplimiento a lo establecido en la ley 594 del 2000 "Por medio de la cual se dicta la ley general de archivo" artículo 24 "Obligatoriedad de las tablas de retención" y Resolución 000003 del 08 enero 2019 "Por la cual se adopta las tablas de retención documental TRD, las tablas de valoración documental TVD y cuadro de clasificación documental CCD en la UDEC" y el numeral 11.2 Actividad 2 "Foliar los documentos" del "Manual para la gestión documental" ADOM001 V_8 )	Plan de Mejoramiento
27	No Conformidad	De conformidad con la visita realizada y la verificación de los documentos frente a las tablas de retención documental de las vigencias 2022 de la oficina de almacén general; vigencias 2014 a 2020 se evidencia pendiente marcado de cajas; y vigencias 2005 en adelante oficina de recursos físicos de la sede Fusagasugá se observa Incumplimiento con lo establecido en la ley 594 del 2000 "Por medio de la cual se dicta la ley general de archivo" artículo 24 "Obligatoriedad de las tablas de retención" y Resolución 000003 del 08 enero 2019 "Por la cual se adopta	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		las tablas de retención documental TRD, las tablas de valoración documental TVD y cuadro de clasificación documental CCD en la UDEC" y el numeral 11.2 Actividad 2 "Foliar los documentos" del "Manual para la gestión documental" ADOM001 V_8 )	
28	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que la oficina de almacén general, recursos físicos y compras no ha realizado transferencia documental al archivo central de la seccional, así mismo, la oficina de archivo y correspondencia seccional Girardot no ha realizado transferencia documental al archivo Histórico perteneciente a la oficina de recursos físicos de la universidad, correspondiente a las vigencias 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, incumpliendo con lo establecido en el Manual para la gestión documental" ADOM001 V_8 numeral 11.7 actividad 7: revisar y transferir los documentos al archivo central y el artículo 47 parágrafo 1 de la ley 594 del 2000	Plan de Mejoramiento
29	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que la oficina archivo y correspondencia extensión Soacha no ha realizado transferencia documental al archivo histórico de la universidad, incumpliendo con lo establecido en el Manual para la gestión documental" ADOM001 V_8 numeral 11.7 actividad 7: revisar y transferir los documentos al archivo	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		central y el artículo 47 parágrafo 1 de la ley 594 del 2000.	
30	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que la oficina compras y recursos físicos Sede Fusagasugá no ha realizado transferencia documental al archivo histórico de la universidad, incumpliendo con lo establecido en el Manual para la gestión documental" ADOM001 V_8 numeral 11.7 actividad 7: revisar y transferir los documentos al archivo central y el artículo 47 parágrafo 1 de la ley 594 del 2000.	Plan de Mejoramiento
31	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que el espacio donde se encuentra el archivo central de la seccional Girardot no cumple con los parámetros establecidos en el numeral 12.1 actividad 1 "Adecuar el espacio y mobiliario" del "Manual para la gestión documental" ADOM001 V_8.	Plan de Mejoramiento
32	<b>Observación</b>	Se llevó a cabo la entrega de los cargos mediante las actas en cumplimiento a la ley 951 del 2005, sin embargo, es importante mencionar el desconocimiento de algunos Funcionarios respecto al contenido del acta de entrega de cargo en consecuencia se hace necesario se lleve a cabo capacitación a los jefes de área (Libre nombramiento y remoción) del proceso de bienes y servicios.	Función Preventiva Gestión Del Riesgo



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
33	Observación	<p>Mantenimiento y aseo planta física (FUSAGASUGA)</p> <p>En recorrido en las instalaciones se observa lo siguiente:</p> <p><b>BLOQUE K ADMINISTRATIVO:</b></p> <p>La estructura no cuenta con puntos de anclaje de línea de vida del sistema general de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Falta de mantenimiento en la limpieza tanto interior como exterior de la fachada en vidrio.</p> <p>Falta de mantenimiento y adecuación del daño en la lámina de la fachada principal(ruptura).</p> <p>En la recepción se evidencia falte de mantenimiento interior al jardín suspendido en la parte superior.</p> <p>En la recepción se evidencia que el aviso (emblema universidad de Cundinamarca) carece de unas letras.</p> <p><b>BIBLIOTECA Y AUDITORIO CENTRO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EL APRENDIZAJE</b></p> <p>Se evidencia Grafiti en fachada de entrada a biblioteca</p> <p>Se evidencia averiaciones en las láminas de Dre Wall</p> <p>Se evidencia levantamiento en las paredes de estuco y pintura</p> <p>Se evidencia filtración de agua por falta de vidrios.</p> <p>Se evidencia humedad y daño en los techos del primer piso. (pasillo auditorio CGCA)</p> <p>Se evidencia averiacion en la lámina de madera del piso de las escaleras (auditorio CGCA)</p>	<p>Función Preventiva</p> <p>Gestión Del Riesgo</p>



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>Se evidencia cortinas back up deterioradas instaladas en la parte exterior.</p> <p>Se evidencia en la parte de la cafetería tercer piso acometidas eléctricas e hidráulicas expuestas constituyéndose en un riesgo eléctrico.</p> <p>AUDITORIO EMILIO SIERRA</p> <p>Se evidencia en la escalera del auditorio peldaño con averiacion (hueco) constituyéndose en un factor de riesgo para los asistentes.</p> <p>Se evidencia en la tarima o escenario el piso con averiaciones que pueden ser factor de riesgo.</p> <p>Mantenimiento y aseo a las cubiertas.</p> <p>Falta de continuación con estuco pintura en la parte superior del cuarto piso.</p> <p>LABORATORIOS DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Conforme a la visita realizada por el grupo auditor a los laboratorios respecto al mantenimiento se toma como muestra lo siguiente:</p> <p>PLANTA FISICA LABORATORIO DE QUIMICA G-205</p> <p>-Solicitar a la instalación de un extractor de gases y vapores dentro del cuarto de reactivos ya que representa un riesgo para la salud.</p> <p>-Requerir el reemplazo de 2 vidrios rotos de las ventanas del laboratorio y colocar uno que hace falta en una ventana a fin de evitar que se introduzcan aves e insectos dentro del laboratorio.</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>-Solicitar tapar huecos y fisuras en el techo que se dejaron de trabajos anteriores en aras de mantener la estética y presentación del espacio académico.</p> <p>-Requerir el pintado de techos y paredes con el tipo de pintura apropiado para estos espacios que preserven la estética del espacio académico.</p> <p>-Se requiere el cambio de vertederos metálicos (lavaplatos) que eviten derrames de residuos químicos dentro del cuarto de análisis.</p> <p>-Se requiere suspender varios tomacorrientes que representan peligro de corto circuito evitando situaciones de riesgo eléctrico a los estudiantes.</p> <p>LABORATORIO DE BIOLOGIA Laboratorio de Biología G</p> <p>-Tapar huecos, fisuras y controlar la humedad en los techos.</p> <p>-Mantenimiento de cables expuestos que eran para el Funcionamiento de ventiladores que están en proceso de baja. laboratorio de fisiología vegetal G</p> <p>-Tapar hueco en una de las paredes del cuarto del laboratorio de fisiología vegetal.</p> <p>-Mantenimiento de cables expuestos que eran para el Funcionamiento de ventiladores que están en proceso de baja.</p> <p>-Vidrio quebrado.</p> <p>-Vertedero metálico en condiciones no aptas para su Funcionamiento</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>LABORATORIO DE NUTRICION ANIMAL</p> <p>-Mantenimiento del extractor del laboratorio para su Funcionamiento adecuado.</p> <p>-Se requiere cobertura para los canales de drenaje de agua en el laboratorio de Nutrición Animal con el fin de prevenir accidentes.</p> <p>Conforme las visitas presenciales realizadas de manera general se observan que es preciso la aplicación del formato ABSP 09 "MANTENIMIENTO A LA PLANTA FISICA" teniendo en cuenta que el fin último y el objeto es garantizar la custodia, protección y mantenimiento del universo de los bienes de la universidad que permitan su conservación, ya que estos constituyen el patrimonio de la universidad. Para lo cual se eleva función de advertencia.</p>	
34	Observación	<p>CENTRO DE ESTUDIO AMBIENTAL. "GRANJA LA ESPERANZA"</p> <p>proceso de bienes y servicios se analiza el estado y mantenimiento de la planta física ABSP 09, evidenciando lo siguiente: Humedad en el área de almacén. Se encuentra ventana sin vidrio cubriéndose con cartones en el dormitorio No 1. Se encuentra ventana sin vidrio cubriéndose con cartones en el dormitorio No 2. Se encuentran ventanas con vidrios rotos. Mantenimiento baldosas. Baños sin cometidas hidráulicas ni agua (Edificio laboratorio sin uso) , Salón laboratorio sin uso con</p>	<p>Función Preventiva</p> <p>Gestión Del Riesgo</p>



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		filtraciones de agua en la cubierta (Edificio laboratorio sin uso) Cortinas deterioradas Blackup sin instalar, Falta de señalización (Laboratorio) Laboratorio sin uso el cual nunca ha prestado el servicio, Llantas sin instalación y/o utilización y almacenadas en el laboratorio, (Edificio laboratorio sin uso), Tanques instalados sin prestar ningún servicio, lo anterior soportado en el material fotográfico cuerpo del informe parte pertinente.	
35	<b>No Conformidad</b>	CENTRO DE ESTUDIO AMBIENTAL." GRANJA LA ESPERANZA" Se evidencia incumplimiento a los artículos 1.3.1.4. "Funciones de almacenamiento y despacho" artículo 6.2 "Responsables de bienes en depósito" de la resolución 058 del 25 de enero del año 2002, ya que se observaron medicamentos y alimentos concentrado para animales con fecha de vencimiento expirada al igual que elementos quirúrgicos para procedimientos veterinarios, encontrándose 34 bultos de concentrado cremoso para ganado en estado vencido (fecha de vencimiento 17-05-2022).se encuentran 82 bultos de concentrado soya para conejos en estado vencido (fecha de vencimiento 26-07-2022).se encuentran 10 bultos de concentrado sopara ovinos en estado vencido (fecha de vencimiento 28-06-2022). tal y como refleja el material fotográfico	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Bienes y servicios			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		cuerpo del informe parte pertinente (Ver pág. 145 a la 155) factor de riesgo pues suministrar el concentrado puede ocasionar indigestión, igualmente el concentrado pierde valor nutricional, ocasionando retrasó en el avance, de los animales y posiblemente conllevar a un deceso, perdida y disminución de los inventarios y patrimonio, posible detrimento. Respecto al supervisor del contrato de suministro es importante que se tenga en cuenta y se ajuste en el contrato, que con un término prudente de un mes de vencimiento del concentrado se cambie por el proveedor con el fin de prever se repita este tipo de riesgo.	

**2.9. AUDITORIA INTERNA AL PROCESO DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO** (Informe final de auditoria de fecha 05/12/2022)

Tabla 10 Auditoria interna al proceso de Gestión de Talento Humano

Consolidado de Hallazgos Proceso de Gestión de Talento Humano			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Se recomienda como acción, ajustar, modificar el formato de paz y salvo ATHP 133 V_3 para el personal de planta administrativo-académico, libre nombramiento y remoción, en el cual se incluya. Firma de paz y salvo del jefe de almacén e inventarios, firma del jefe de archivo, jefe de sistemas y tecnología, contabilidad, Biblioteca y talento humano. con el fin de prever que se contemple entrega total y no quede pendientes,	Plan de Mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso de Gestión de Talento Humano			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		conllevarlo a un estricto control y entrega de paz y salvo con el Vo Bo, firmas.	
2	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que el proceso de talento humano allega cuatro documentos (ACUERDO_CSU_022 2020, ACUERDO_CSU_026 2021, RESOLUCION 091 DE 2020 y RESOLUCION 128 DE 2021) sustentando que estos soportes dan validez a la aprobación de las necesidades presupuestales para ejecutar el plan de bienestar social vigencia 2021, encontrando incumplimiento en las actividades 7 y 8 del procedimiento ATHP04 Versión 08 que indican que las necesidades presupuestales se deben presentar ante el COUNFIS y no al consejo superior de la universidad de Cundinamarca.	Plan de Mejoramiento
3	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Es importante que la EFAD fortalezca los mecanismos de verificación y control en la revisión previa de las hojas de vida y soportes de los postulantes, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de la experticia profesional de acuerdo a la necesidad requerida por parte la Escuela de Formación y Aprendizaje Docente (EFAD)	Plan de Mejoramiento
4	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que la Dirección de talento Humano contestó de manera extemporánea 5 PQRS de la muestra seleccionada de requerimientos allegados a la Universidad de Cundinamarca, contraviniendo lo establecido en el artículo 5 del Decreto 491 del 2020 y el Procedimiento SACP01_V18	Plan de Mejoramiento



**2.10. AUDITORÍA GESTIÓN FINANCIERA II PARTE** (Informe final de auditoría de fecha 12/12/2022)

Tabla 11 Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte

Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	<b>Oportunidad de Mejora</b>	De acuerdo al procedimiento establecido como pago a terceros, se identificó que los numerales 08 al 09 del flujograma del AFIP015_V13, difiere del procedimiento generado para pago de cuentas AFIP08_V8, en cuanto al control entre la persona que realiza el egreso y la persona encargada de subir a información en el banco para el respectivo pago; por lo que se recomienda unificar el criterio en ambos procesos de acuerdo al flujograma del procedimiento de pago de cuentas.	Plan de mejoramiento
2	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Con relación al procedimiento de pago a terceros y pago de cuentas, efectuamos la solicitud del reporte de transacciones realizadas durante el periodo contable 2021, evidenciando un total de 2350 operaciones causadas, donde encontramos los siguientes conceptos; OPS-Orden de prestación de servicios. OCS- Ordenes contractuales de servicios. APA- anexo personal académico.  OCC- Ordenes contractuales de compra -Tracto sucesivo. CTCV- Contrato de compraventa.	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>CCE- Convenios de Cooperación Especial. CTC- Contratos de Consultoría. OCO- Contratos de Obra. CPS- Contratos de Prestación de Servicios.</p> <p>Se efectúa una muestra seleccionada de 25 operaciones de pago generadas en el mes de diciembre de 2021, evidenciando que, dentro del procedimiento establecido circular 007 de 2017 y AFIP015 – Pagos a terceros, existen diferencias en la información adjunta, tal como se observa en el anexo No. 1 PCE-01 ANEXO; toda vez que en el mismo se identifica falta de documentación como: cuentas de cobro, certificación bancaria, CDP – Certificado de Disponibilidad Presupuestal, RP- Registro Presupuestal, Cedula ciudadanía del representante legal o prestador del servicio, RUT- Registro Único Tributario, soporte pago planilla seguridad social y adicional pagos de cuentas de cobro correspondiente a servicios de meses anteriores canceladas en el mismo mes.</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
3	<b>Oportunidad de Mejora</b>	De acuerdo con la verificación de los consecutivos del reporte entregado por el Departamento de tesorería generado del sistema Integradoc, se identifica en el archivo saltos en los consecutivos en los documentos soporte tales como se observan en el PCE-02 ANEXO, Evidencia saltos de consecutivos, esto corresponde a que son los mismos prestadores de servicios quienes ingresan a la plataforma y realizan el respectivo cargue de la información, quedando algunos consecutivos mal diligenciados o dañados por parte de las personas que los activan.	Plan de mejoramiento
4	<b>Oportunidad de Mejora</b>	La Universidad de Cundinamarca al corte del 31 de diciembre de 2021 cerro con 88 cuentas bancarias, generando un total de 1056 operaciones en el año, donde para nuestra muestra se verificaron 25 conciliaciones aleatorias con corte de 31 diciembre 2021, evidenciando las siguientes diferencias; Las diferencias identificadas corresponden a:  * Cuenta 406001404748 Davivienda Desembolsos créditos Pichincha vs Cuenta 40600099951 recursos en administración por \$50.000, error de consignación por parte de estudiante.  * Cuenta 40600155753 Fondos de ciencia tecnología e innovación corresponde a un pago no	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		identificado en el momento de realizar la conciliación.  * Cuenta 40600099951 ajuste no realizado.	
5	<b>Oportunidad de Mejora</b>	<p>De acuerdo al seguimiento realizado en el control de firmas autorizadas, para realizar consultas, cargue y giro de recursos, se evidencio que La Universidad de Cundinamarca envía las cartas a las entidades financieras, actualizando los datos de los funcionarios autorizados para generar los diferentes tramites mencionados, y realizar las transacciones correspondientes ante dicha entidad.</p> <p>No obstante, del banco popular, banco pichincha y banco agrario, no se evidencia cartas de registro de firmas por parte de la Universidad de Cundinamarca, sin embargo, de acuerdo con la confirmación del banco popular y banco agrario, se observa que los funcionarios autorizados para firmar son:</p> <p>* Banco Popular</p> <p>* Banco Agrario de Colombia</p> <p>Por otra parte, del banco pichincha tampoco se recibió confirmación de los productos financieros y firmas autorizadas.</p>	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte																			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento																
6	<b>Oportunidad de Mejora</b>	<p>Con relación a el inventario de suministros de consumo de la Universidad de Cundinamarca, se evidencia que estos son llevados a una bodega principal, donde luego son clasificados de acuerdo a solicitud de compra, entre las sedes (Fusagasugá, Girardot y Ubaté), quienes son las encargadas de custodiar y controlar el inventario de suministros, de acuerdo a la siguiente relación de saldos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>UBICACIÓN</th> <th>TOTALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bodega Principal</td> <td>\$ 6.819.276</td> </tr> <tr> <td>Facturacion - Fusagasuga</td> <td>\$ 446.374.708</td> </tr> <tr> <td>Facturacion - Girardot</td> <td>\$ 55.221.778</td> </tr> <tr> <td>Facturacion - Ubate</td> <td>\$ 37.316.573</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL GENERAL</b></td> <td><b>\$ 545.732.336</b></td> </tr> <tr> <td><b>SALDO CONTABLE</b></td> <td><b>\$ 528.156.497</b></td> </tr> <tr> <td><b>DIFERENCIA</b></td> <td><b>\$ 17.575.839</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Se evidencia una diferencia entre la relación entregada y el saldo contable de \$17.575.839, adicionalmente se identifica que al cierre contable la universidad de Cundinamarca posee un saldo de \$528.156.497 en la cuenta de inventarios, de acuerdo con indagación al área correspondiente, nos indica que el reconocimiento contable inicial es mas de control y no de presentación en los Estados Financieros.</p>	UBICACIÓN	TOTALES	Bodega Principal	\$ 6.819.276	Facturacion - Fusagasuga	\$ 446.374.708	Facturacion - Girardot	\$ 55.221.778	Facturacion - Ubate	\$ 37.316.573	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 545.732.336</b>	<b>SALDO CONTABLE</b>	<b>\$ 528.156.497</b>	<b>DIFERENCIA</b>	<b>\$ 17.575.839</b>	Plan de mejoramiento
UBICACIÓN	TOTALES																		
Bodega Principal	\$ 6.819.276																		
Facturacion - Fusagasuga	\$ 446.374.708																		
Facturacion - Girardot	\$ 55.221.778																		
Facturacion - Ubate	\$ 37.316.573																		
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 545.732.336</b>																		
<b>SALDO CONTABLE</b>	<b>\$ 528.156.497</b>																		
<b>DIFERENCIA</b>	<b>\$ 17.575.839</b>																		
7	<b>Oportunidad de Mejora</b>	<p>Por medio del procedimiento de indagación, se le solicita al área de recursos físicos, si existe una conciliación entre los bienes que administra para efectos de mantenimiento y el área de</p>	Plan de mejoramiento																



Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>almacén o financiera, donde nos manifiestan que no poseen ninguna conciliación, Por otro lado la oficina de recursos físicos manifiesta que el control de propiedad planta y equipo, se delegó de forma verbal a partir del año 2016 y de manera autónoma han realizado el trabajo de identificación de predios a nombre de la Universidad de Cundinamarca, desde las oficinas de planeación de las ciudades y municipios donde se encuentran identificado los bienes inmuebles, adicionalmente nos manifiestan que esta es una relación que es emitida por parte de la Gobernación de Cundinamarca donde se evidencia cuáles son los predios de la Universidad, esta última no fue enviada a la auditoría Adicionalmente no se evidencian certificados de tradición y libertad de los predios que son de la Universidad de Cundinamarca, de acuerdo a indagación con el personal del área, no se solicitan ya que pueden incurrir en altos costos; sin embargo es importante definir dentro del procedimiento la periodicidad de generarlos, respaldar la propiedad como documento idóneo para obtener información sobre el inmueble, desde su apertura de matrícula catastral, ubicación de inmueble, descripción de su cabida y linderos y todos los datos jurídicos sometidos a registro en lo que tiene que ver</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		con afectaciones, gravámenes, poseedor actual y poseedores anteriores.	
8	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Se recomienda adicionalmente con respecto al recaudo de los dineros, recibidos por la comercialización de productos y animales vivos, estos sean por canales electrónicos.	Plan de mejoramiento
9	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Con relación a las cajas menores se pudo evidenciar un total de 13 cajas menores entre sedes, seccionales y extensiones, asignadas distribuidos en un monto total de \$63.596.820, comprobando el reintegro de 2 seccionales (Ubaté con 6 reintegros durante la vigencia 2021 encontrando 4 montos de legalización por encima del 70% según procedimiento y aprobación para su restitución según resolución 038 de 27 de enero del 2015 con porcentajes de restitución entre el 75% al 88%, y Girardot con 1 sola restitución cumpliendo con lo estipulado en la resolución).	Plan de mejoramiento
10	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Con respecto al procedimiento ATHP16_V02 tramite de incapacidades, Se identifica que en el proceso de incapacidades correspondientes a la vigencia 2021, las Empresas Promotoras de Salud - EPS cancelaron un total de \$124.170.569 detallados de la siguiente manera:	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Gestión Financiera II Parte																														
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NIT</th> <th>EMPRESA PROMOTORA DE SALUD</th> <th>VALOR RECAUDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>860066942</td> <td>COMPENSAR EPS</td> <td>\$ 29.721.540,00</td> </tr> <tr> <td>800251440</td> <td>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.</td> <td>\$ 17.340.376,00</td> </tr> <tr> <td>800088702</td> <td>EPS SURJA</td> <td>\$ 9.255.508,00</td> </tr> <tr> <td>830003564</td> <td>FAMISANAR LIMITADA CAFAM - COLSUBSIDIO</td> <td>\$ 58.287.482,00</td> </tr> <tr> <td>900156264</td> <td>NUEVA EPS</td> <td>\$ 4.664.438,00</td> </tr> <tr> <td>860011153</td> <td>POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.</td> <td>\$ 4.312.103,00</td> </tr> <tr> <td>880903790</td> <td>SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S. A.</td> <td>\$ 589.172,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>TOTAL RECAUDO</b></td> <td><b>\$ 134.170.569,00</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Evidenciando que en el periodo de diciembre 2021 se recaudó un total de \$21.275.296, pero el libro auxiliar y balances se identifica un saldo de movimiento en la misma vigencia por valor de \$92.721.566. Se recomienda realizar una revisión mensual sobre pagos de incapacidades por las respectivas Empresas promotoras de salud – EPS o Aseguradoras de Riesgos Laborales – ARL, según sea el caso, para determinar las modificaciones donde se incluyan todos los pasos necesarios para la gestión integral, y cumplimiento del procedimiento, incluyendo aquellos aspectos que permitan periódicamente dar a conocer los requisitos y términos para la entrega de documentación, según la particularidad de cada caso, sea incapacidad o licencia dada por la EPS. Allí mismo, si es del caso, se deben definir las actividades de conciliaciones que corresponda realizar con Contabilidad y Talento Humano, esto con el fin de identificar el reconocimiento o no reconocimiento por parte de la EPS.</p>	NIT	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	VALOR RECAUDO	860066942	COMPENSAR EPS	\$ 29.721.540,00	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.	\$ 17.340.376,00	800088702	EPS SURJA	\$ 9.255.508,00	830003564	FAMISANAR LIMITADA CAFAM - COLSUBSIDIO	\$ 58.287.482,00	900156264	NUEVA EPS	\$ 4.664.438,00	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	\$ 4.312.103,00	880903790	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S. A.	\$ 589.172,00		<b>TOTAL RECAUDO</b>	<b>\$ 134.170.569,00</b>	
NIT	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	VALOR RECAUDO																												
860066942	COMPENSAR EPS	\$ 29.721.540,00																												
800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.	\$ 17.340.376,00																												
800088702	EPS SURJA	\$ 9.255.508,00																												
830003564	FAMISANAR LIMITADA CAFAM - COLSUBSIDIO	\$ 58.287.482,00																												
900156264	NUEVA EPS	\$ 4.664.438,00																												
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	\$ 4.312.103,00																												
880903790	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S. A.	\$ 589.172,00																												
	<b>TOTAL RECAUDO</b>	<b>\$ 134.170.569,00</b>																												



**2.12. AUDITORÍA INTERNA PROCESO DE FORMACIÓN Y APRENDIZAJE** (*Informe final de auditoría de fecha 20/12/2022*)

*Tabla 12 Hallazgos Auditoría Proceso de Formación y Aprendizaje*

Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
Nº	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
1	<b>No conformidad</b>	Una vez revisados los informes de programación y ejecución de los circuitos llama la atención a la comisión auditora que la experiencia de "Las preguntas al mejor estilo Saber Pro" dirigida a la comunidad universitaria solamente tenga una tasación del 5% de estudiantes, además revisando en las listas de asistencia se demuestra que no hubo dicha participación.	Plan de mejoramiento
2	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Se requiere como oportunidad de mejora, establecer indicadores de cobertura que permitan medir si la proyección potencial de usuarios que se tienen para cada uno de los ámbitos y así se cumpla, de tal manera que permita generar estrategias de difusión y mayor participación. Lo anterior fundamentado en que los asistentes de los ámbitos no alcanzan el 50% de lo esperado.	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
3	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Con relación a los costos del circuito, se menciona en entrevista el día 2022-10-14 por parte del jefe de Desarrollo académico que ningún circuito tiene costo alguno y menciona la Dirección de autoevaluación y acreditación que, a la fecha, no se ha generado el coste de los mismos. Revisando los términos de la Resolución No 0015 no es clara su aplicación frente a la gratuidad de los circuitos pues la misma solo menciona al circuito de formación, entrando en controversia con lo anteriormente mencionado. Igualmente, la Resolución establece "En caso de que el docente no logre la certificación asumirá el costo definido por las instancias pertinentes de acuerdo con la normatividad y los derechos pecuniarios vigentes", generando un posible riesgo de detrimento patrimonial al no estar cobrando estos costos a los docentes tal cual lo exige la resolución.	Plan de mejoramiento
4	<b>Oportunidad de Mejora</b>	Se hace necesario estructurar la documentación de la EFAD a través del modelo de operación digital que configure responsabilidades, controles y actividades y que faciliten el entendimiento de su operación, dado que a la fecha solamente se tiene la Resolución 000015:2019	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
5	<b>Oportunidad de Mejora</b>	De acuerdo con las evidencias de reprogramación y cancelación de experiencias de aprendizaje es necesario adoptar metodología de gestión de riesgo, con el fin de estimar controles que minimicen los impactos generados a nivel interno y externo	Plan de mejoramiento
6	<b>No Conformidad</b>	En revisión de la trazabilidad de ejecución del rubro 4020101040511-1, fue posible evidenciar que se da inicio del proceso de adquisición de bienes y/o servicios en el sistema de información de contratación, bajo consecutivo No. 21 el día 07 de abril del 2022 con objeto "Dotación e instalación de elementos de alta tecnología para los centros de formación, aprendizaje e innovación docente de la Universidad de Cundinamarca sedes Chía y Soacha", evidenciando que el CDP fue avalado el día 20 de mayo del 2022, sin embargo, la publicación de los términos de referencia por parte de la oficina de compras se llevó a cabo el día 12 de septiembre del 2022, lo anterior, teniendo en cuenta que la circular No. 006 del 2021 "Directrices para los procesos y tiempos de contratación", establece que la jefatura de compras cuenta con (6) días hábiles para realizar la actividad, por tanto, se evidencia un desfase considerable de tiempo para la publicación de los términos de referencia e incumplimiento en los tiempos establecidos por la	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	
7	<b>No Conformidad</b>	No se evidencian acciones adelantadas por parte de la EFAD, que garantice el cumplimiento de los indicadores y metas contenidas en el plan de acción en referencia a número de CADIS diseñados y construcción de los PAD, de acuerdo a lo establecido en el plan de desarrollo de la entidad.	Plan de mejoramiento
8	<b>Oportunidad de mejora</b>	Es importante que se cuente dentro del módulo de "Campos de Aprendizaje", alertas o notificaciones en la asignación de CADIS para la construcción de los PAD a las partes involucradas, adicionalmente establecer los tiempos de cumplimiento en cada fase dentro del módulo en mención.	Plan de mejoramiento
9	<b>No conformidad</b>	Se evidencia que no se están cumplimiento los lineamientos internos establecidos por la vicerrectoría académica en tiempos para la entrega y aprobación de los PAD por parte de la EFAD y programas los académicos.	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
10	<b>No Conformidad</b>	Se evidencian falta de controles establecidos por la Coordinación del programa académico de Música de la extensión de Zipaquirá, en los reportes que se deben realizar en los tiempos definidos por los entes externos, como en este caso el ICFES, asimismo, falta de seguimiento por parte del coordinador del programa en cumplimiento de las funciones establecidas para los docentes del programa.	Plan de mejoramiento
11	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que no se llevó a cabo de manera oportuna la notificación de cambio de situación académica a los 86 estudiantes, que en el segundo periodo académico de la vigencia 2021 perdieron su condición de estudiante. De acuerdo a lo establecido en el Calendario Académico para la vigencia 2022 I, el pago de matrículas se llevó a cabo entre los días 04 a 21 de enero, el registro académico de estudiantes antiguos fue entre los días 28 de enero al 03 de febrero y el inicio de clases fue el 14 de febrero. Sin embargo, la notificación oficial a los estudiantes se llevó a cabo el 14 de febrero del 2022. De igual manera, no se evidencia la documentación de los criterios, términos, ni conducto regular para la realización de la actividad.	Plan de mejoramiento
12	<b>Observación</b>	El proceso de Interacción Social Universitaria en el marco de la ejecución de algunas de las actividades de educación	Función Preventiva



Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
		<p>continuada, hacen uso la figura denominada "Convenios de asociación", que dentro de sus cláusulas habilita a un tercero para "Realizar el recaudo de las matrículas e inscripciones relacionadas con la educación continuada definidos y aprobados por las partes proveyendo los elementos técnicos y logísticos necesarios para el recaudo correspondiente a cada uno de los proyectos que se avalen en las ciudades que se disponga por este convenio, lo cual deberá consignarse en las actas de inicio correspondientes", los convenios no cuentan con visto bueno de las instancias financieras de la institución. Llama la atención al equipo auditor que según la Resolución No. 064 de 2012, artículo 38, literal b, la tesorería ejerce la función de "recaudar los dineros fijados por la administración de acuerdo con el presupuesto de ingresos y de conformidad con las tarifas establecidas por la administración y las normas vigentes". Así las cosas, se insta al proceso de Interacción Social Universitaria para adelantar las acciones pertinentes en articulación con la Dirección Financiera (Tesorería) y las demás áreas pertinentes, a fin de garantizar la conformidad de las acciones dispuestas en los convenios de asociación y evitar posibles materializaciones de riesgos.</p>	



Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
13	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que no se da cumplimiento a la cláusula decima octava de los convenios de asociación denominada "Supervisión" numeral 3 que establece "Velar para que se estudien, avalen, inicien, sigan y finalicen los proyectos derivados del presente convenio de asociación", en este caso actuando como supervisor la Dirección de Interacción Social Universitaria. De igual manera el procedimiento MIUP05 V_23, no cuenta con controles de tiempo para la radicación de los documentos resultado de las actividades académicas por parte del responsable de la actividad, lo que impide el seguimiento estandarizado de la finalización de las actividades académicas.	Plan de Mejoramiento
14	<b>No Conformidad</b>	Se evidencia que no se dio trámite oportuno para la finalización de la actividad académica por parte del líder de la actividad en la versión No. 2 del diplomado en "UAS (Drone) para el Catastro con fines multipropósito", conllevando a la no emisión oportuna de los certificados del diplomado a los estudiantes, en la misma medida, se evidenció que se hizo uso de un asociado no habilitado por ISU y la Universidad de Cundinamarca para la 2° y 3° versión del diplomado de los drones por parte del líder de la actividad.	Plan de mejoramiento



Consolidado de Hallazgos Proceso Formación y Aprendizaje			
N°	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Tratamiento
15	Observación	Se identifican falencias en la oportuna gestión del cumplimiento de las actividades contenidas en los hallazgos, así como, en la formulación de los mismos, para lo cual es importante que desde la Vicerrectoría Académica se definan estrategias que garanticen la atención y ejecución de los planes de mejoramiento en cumplimiento del procedimiento "Acciones Correctivas y de Mejora".	Función Preventiva

**CAROLINA GÓMEZ FONTECHA**  
Directora de Control Interno  
Universidad de Cundinamarca

Transcriptor: Miguel Ángel Gómez Moreno  
Juan David García Jiménez

17-4