



Nit. 892.000.757-3

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

INFORME REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2018



“Talento y conocimiento para el desarrollo regional”

Pablo Emilio Cruz Casallas
Rector

Villavicencio, abril de 2019



Certificado No.
CO-SC-CER232438



Certificado No.
SC-CER232438



Nit. 892.000.757-3

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Contenido

Introducción	4
1. Objetivo.....	5
2. Alcance.....	5
3. Contenido	6
3.1 Estado de las acciones de la Revisión por la Dirección Previas.....	6
3.2 Cambios en las cuestiones internas y externas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de Calidad.	6
3.3 Satisfacción del cliente y retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.	7
3.4 Grado en que se han logrado los objetivos de Calidad.....	10
3.5 Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.	15
3.6 No conformidades y acciones correctivas.	16
3.7 Los resultados de seguimiento y medición.....	17
3.8 Resultados de auditorías.....	18
3.9 El desempeño de los proveedores externos.....	22
3.10 Adecuación de los recursos.....	22
3.11 Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades.....	23
3.12 Oportunidades de mejora.....	30





Nit. 892.000.757-3

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Listado de tablas

Tabla 1: Estado de las acciones de las revisiones previas.	6
Tabla 2. Formato de evaluación satisfacción del servicio-Bibliotecas.....	7
Tabla 3. Clasificación PQRSD recibidas según tipo de usuario.....	8
Tabla 4. Clasificación de PQRSD según el carácter	9
Tabla 5. Estado de la PQRSD	9
Tabla 6. Grado en que se han logrado los objetivos de calidad.....	11
Tabla 7: Cuadro General 2018 No Conformidades y Observaciones	16
Tabla 8: Cuadro General acciones correctivas y acciones de mejora.....	17
Tabla 9: Cumplimiento del Plan de Acción Institucional 2018.....	17
Tabla 10: Clasificación de hallazgos procedente de las auditorías internas.....	18
Tabla 11: Acciones de mejora frente a los hallazgos de Auditoria	20
Tabla 12: Hallazgos de auditoria interna Año 2018.....	20
Tabla 13: Desempeño de los proveedores externos de la Universidad	22
Tabla 14: Adecuación de recursos para el Sistema de Gestión de la Calidad.....	22
Tabla 15: Relación de los hallazgos por proceso 2018	23



Certificado No.
CO-SC-CER232438



Certificado No.
SC-CER232438



Nit. 892.000.757-3

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

INTRODUCCIÓN

La revisión anual que se realiza a nuestro Sistema de Gestión de Calidad (SGC), es una herramienta que contribuye a la toma de decisiones de la Alta Dirección, asegurando su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad, promoviendo necesidades de mejora y las necesidades de cambio al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad de los Llanos.

Para evaluar el objetivo de Revisión por la Dirección, se contó con información previa suministrada a través de informes ejecutivos de los procesos involucrados, así como también el informe de auditoría realizada al sistema de gestión por parte de Icontec en agosto de 2018, de la cual surgieron unas acciones correctivas, a las que se les realizó el respectivo tratamiento de identificación, documentación, tratamiento y seguimiento.





Nit. 892.000.757-3

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

1. OBJETIVO

Realizar la revisión de las entradas establecidas en la Norma ISO 9001:2015 con respecto a la gestión y operación del Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de los Llanos, con el propósito de asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica de la Universidad de los Llanos.

2. ALCANCE

La revisión por la Dirección aplica para el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de los Llanos y da alcance a todos los procesos establecidos en el mapa de procesos, en la vigencia 2018.





3. CONTENIDO

A continuación, se enumeran los insumos necesarios para realizar la revisión por la dirección al Sistema de Gestión de Calidad, para la vigencia 2018:

3.1 Estado de las acciones de la Revisión por la Dirección Previas.

Los resultados de la revisión previa al Sistema de Gestión de la Calidad realizada para la vigencia 2017, estableció dos acciones de mejora, de las cuales se da informe a través de la siguiente tabla:

Tabla 1: Estado de las acciones de las revisiones previas.

ACCIÓN FORMULADA	ESTADO	OBSERVACIONES
Revisar y actualizar la política de calidad.	Borrador Política integrada con los Sistemas de Gestión Ambiental y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.	De acuerdo a la implementación de los Sistemas de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo, se formuló una política integrada de gestión, la cual se encuentra en revisión para su respectiva aprobación.
Revisar y ajustar los objetivos de calidad.	No se ha avanzado en la materia	No se definen nuevos objetivos para el Sistema de Gestión de Calidad, hasta que se encuentre formulada la nueva política de gestión integrada de la Universidad.

3.2 Cambios en las cuestiones internas y externas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de Calidad.

La Universidad de los Llanos, consciente de su contexto, realizó durante el año 2018 en el marco del plan de transición, la documentación de su análisis de contexto a través de las herramientas de Matriz de Evaluación de los Factores Internos-MEFI y de la Matriz de Evaluación de los Factores Externos-MEFE, herramientas que le permitieron a la institución a través de una metodología participativa por parte de los líderes de proceso, realizar un análisis y evaluación de las cuestiones relevantes a la institución y su nivel de impacto e importancia para el Sistema de Gestión de Calidad.

La Matriz de Evaluación de Factores Internos permite a la institución además de lo mencionado anteriormente, apoyar las decisiones estratégicas teniendo en cuenta el estado de las dimensiones internas y funcionales de la organización como lo son: El grado de coherencia y pertinencia de la Visión, Misión y propósitos, el grado de armonización de las orientaciones estrategias del Proyecto Educativo Institucional y Planeación Institucional, el grado de aseguramiento de la Calidad Institucional, el estado de los Sistemas de información, lo relacionado a la Comunicación Institucional, la Capacidad de gestión, el grado de Gestión de procesos académicos, la Gestión clientes internos estudiantes y profesores, el estado de la Gestión de las relaciones interinstitucionales nacionales e internacionales, la Gestión de la Investigación, el grado de Gestión de la extensión y la proyección social, el estado de Gestión del Bienestar Institucional, la



Organización, gestión y administración de la institución, la Gestión de los recursos de apoyo e infraestructura física y la Gestión de recursos financieros.

Por otra parte, la Matriz de Evaluación de Factores Externos, permite apoyar las decisiones estratégicas y tácticas de la organización con información sobre el estado de la institución frente a las siguientes dimensiones: el entorno global, la dimensiones sociales, políticas y económica del país y del mundo en general, La Sociedad Digital TIC y lo referente frente a la condiciones del medio ambiente.

El resultado de la implementación de estas herramientas puede ser consultado a través del siguiente link:

<https://sig.unillanos.edu.co/index.php/analisis-de-contexto>.

3.3 Satisfacción del cliente y retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.

La Universidad de los Llanos cuenta con una serie de instrumentos que permiten conocer la satisfacción de los usuarios:

- Encuesta de satisfacción del usuario Biblioteca: Formato FO-GAA-112 “Formato de evaluación satisfacción del servicio – Bibliotecas”.
- Informe consolidado de las PQRSD 2018.

Debido al calendario académico atípico, producto de los paros estudiantiles a finales de 2018, las demás encuestas de satisfacción no se tienen en cuenta en el presente informe, ya que el corte de segundo semestre 2018 no ha finalizado.

3.1.1 Informe consolidado de encuestas de satisfacción del usuario- Biblioteca

En la siguiente tabla se puede apreciar los resultados de las Encuestas aplicadas a 175 estudiantes y 10 docentes, en cuanto a la Satisfacción que reciben en el uso de los servicios de la Biblioteca para el año 2018:

Tabla 2. Formato de evaluación satisfacción del servicio-Bibliotecas

N°	Pregunta	Malo (valor 1)	Deficiente (valor 2)	Regular (valor 3)	Aceptable (valor 4)	Bueno (valor 5)
1.	Tiempo de respuesta a la solicitud	1%	2%	12%	37%	48%
2.	Facilidad en solicitar una capacitación en los servicios de biblioteca	3%	6%	19%	31%	41%
3.	Cómo evalúa el nivel de las capacitaciones de biblioteca	1%	7%	15%	44%	33%
4.	La información en el sitio web de la biblioteca	1%	9%	9%	36%	45%
5.	La cordialidad, amabilidad y disposición en el trato recibido del personal de biblioteca	1%	4%	22%	26%	47%



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

N°	Pregunta	Malo (valor 1)	Deficiente (valor 2)	Regular (valor 3)	Aceptable (valor 4)	Bueno (valor 5)
6.	Valore la calidad global del servicio proporcionado por la biblioteca	1%	4%	25%	31%	39%

Fuente: Oficina de biblioteca

De los anteriores resultados se puede concluir que falta mejora en las capacitaciones por parte de biblioteca, además de alimentar la información en el sitio web, por lo tanto, se recomienda reforzar los temas. En términos generales, de los servicios prestados por biblioteca se tiene una percepción buena pero no excelente, por parte de los usuarios.

Se recomienda reformular los criterios de valoración de la encuesta, ya que limitan la calificación, y no permite una percepción positiva en términos generales.

3.1.2 Informe consolidado de PQRSD 2018

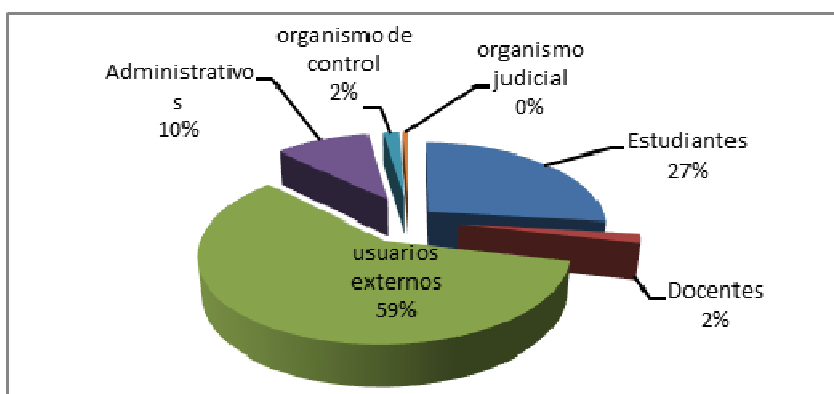
De acuerdo con los datos arrojados por los canales de atención, durante el primer periodo académico del año 2018, se recibieron 14 solicitudes de acceso a la información y en el segundo período del año se recibieron 7, todas relacionadas con solicitud de acceso a la información en el Archivo Central, las cuales se atendieron inmediatamente.

3.1.2.1 En este año se recibieron en total 8.243 P.Q.R.S.D., entre Estudiantes, Docentes, Usuarios Externos, Administrativos, Organismos de Control y Organismos de judiciales.

Tabla 3. Clasificación PQRSD recibidas según tipo de usuario

	TIPO DE USUARIO					
	Estudiantes	Docentes	Usuarios externos	Administrativos	Organismo de control	Organismo judicial
TOTAL	2212	146	4849	836	150	50

Gráfica 1: Clasificación de PQRSD recibidas según tipo de usuario



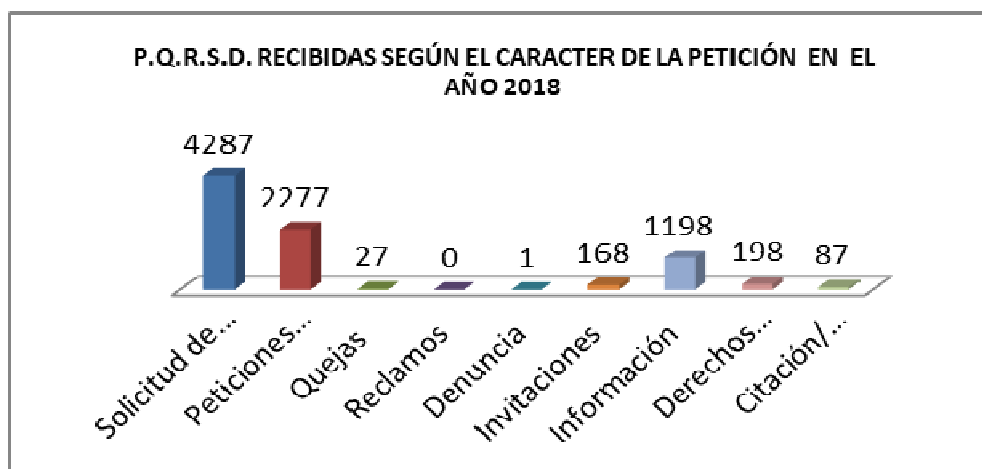


3.1.2.2 Clasificación de PQRSD según el carácter de la petición

Tabla 4. Clasificación de PQRSD según el carácter

	CARÁCTER DE LA PETICIÓN								
	Solicitud de Información	Peticiones Simples	Quejas	Reclamos	Denuncia	Invitaciones	Información	Derechos de Petición y Tutelas	Citación/Notificación
TOTAL	4287	2277	27	0	1	168	1198	198	87

Gráfica 2: PQRSD recibidas según el carácter de la petición en el año 2018



De acuerdo a la anterior información se hace necesario plantear propuestas para disminuir las solicitudes de información, hacer un análisis más profundo de que tipo de información es la que más solicitan y por qué, para lo cual ya se creó una herramienta para tener la información más clara y poder actuar y disminuir las solicitudes, que está en proceso de aprobación para estandarizarlo en el SIG.

También se hace necesario reformular la encuesta de satisfacción estudiantes de pregrado (FO-GCL-09) y que esta sea aplicada al finalizar cada semestre académico 2019.

3.1.2.3 Según el estado de P.Q.R.S.D.

A Diciembre de 2018 se cerraron en 83% y 17% quedaron abiertas.

Tabla 5. Estado de la PQRSD

ESTADO	
ABIERTO	CERRADO
1398	6845



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

De las **8.243 P.Q.R.S.D.** recibidas en total en este período, en la **Ventanilla Única de Correspondencia** se recibieron 3.366 P.Q.R.S.D., de las cuales 1.993 fueron peticiones simples solicitando: Autorización para inscripción de materia, autorización para cancelar materias, Cancelación de semestre, Solicitudes de Reintegro, Plazo de Pago matrícula, verificación de título profesional, peticiones de autorización de cancelaciones de materias, peticiones de reintegro, información (documentos como facturas para pago o convenios para firma).

En el **Puesto de Información al Ciudadano PIAC Barcelona**, se recibieron 3.228 P.Q.R.S.D., de las cuales 2.838 correspondieron a solicitudes de información, relacionadas con información institucional sobre oferta académica en los programas de Pregrado y Postgrado, fechas y procesos de inscripción, costos y solicitudes de información sobre cursos de inglés. Estas solicitudes de información, generalmente se responden en forma inmediata, por lo que se cierran los casos.

Desde el mes de agosto de 2018 se habilitó el **Puesto de Información al Ciudadano PIAC Sede Barzal** y se recibieron 1.649 P.Q.R.S.D., siendo las Solicitudes de Información, lo más requerido (1.431), solicitudes de información de programas de pregrado, de postgrado, cursos de idiomas, así como oficios de trámite interno.

En cuanto a las **Quejas**, se recibieron: en la **Ventanilla única** (13), siendo las más representativas (9) recibidas a estudiantes, quienes se quejaban por la mala prestación del servicio de una persona de contrato de la Oficina de Personal. En el **Puesto PIAC Sede Barcelona**, se recibieron (13) quejas relacionadas con tramitología para grado, proceso de homologación, mal estado baños, no se publicaron a tiempo los resultados de admisiones, entre otros, y en el **Puesto PIAC Sede San Antonio**, se recibió una queja en el mes de agosto relacionada con mal trato recibido por el auxiliar de Biblioteca. Todas las quejas se respondieron oportunamente y en el caso de quejas por mal trato, se establecieron compromisos por parte del personal.

En el año 2018, respecto a trámites, se recibieron solicitudes en su orden así:

Registro de asignaturas: 242, Renovación Matrícula de Estudiantes 218, Grado de Pregrado 144, Contenido del programa académico 06, Duplicado de diploma y acta de grado 04, Grado de Postgrado 02, Transferencia de estudiantes de pregrado 02 y Matrícula a cursos idiomas 01.

Para ver detalladamente el informe de PQRS 2018, consulta en el siguiente link:

[https://drive.google.com/file/d/0BwmLeW3ZIZXtdE95VWZBVHBmVUJvU1Y0MWhYUTNIVUpycWlv/vi
ew](https://drive.google.com/file/d/0BwmLeW3ZIZXtdE95VWZBVHBmVUJvU1Y0MWhYUTNIVUpycWlv/vi
ew)

3.4 Grado en que se han logrado los objetivos de Calidad.

El Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de los Llanos cuenta con la formulación de 7 objetivos de calidad, en virtud del cumplimiento de su política de calidad. El grado de cumplimiento de estos objetivos se encuentran establecidos conforme a los avances de las metas del Plan de Acción Institucional –PAI, de la





UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

ejecución de los programas del Plan de Desarrollo Institucional, así como de las estrategias establecidas en el Proyecto Educativo Institucional PEI, los cuales son adelantadas bajo la sinergia de los diferentes procesos que componen el Sistema de Gestión de Calidad.

A continuación, se relaciona el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad a corte de 2018:

Tabla 6. Grado en que se han logrado los objetivos de calidad

EJES ESTRATÉGICOS	POLÍTICAS (PEI)	CNA COMPONENTES	PROGRAMAS	SUB PROGRAMAS	PROCESO	META	% AVANCE A AGOSTO 2018
Objetivo 1. Asegurar la coherencia normativa de la entidad.							
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.5 Investigación aplicada para el desarrollo regional	3.1.5.2 Programa 17. Investigación y región	3.1.5.2.2 Subprograma 2. Propiedad intelectual y comercialización	INVESTIGACIÓN	Revisar y actualizar la normatividad sobre propiedad intelectual y producir un (1) documento sobre el tema.	60%
Objetivo 2. Establecer una estructura orgánica acorde con los objetivos estratégicos, la realidad académica y las necesidades del contexto.							
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.1 Programa 29. Mejoramiento de la capacidad organizacional	3.4.2.1.1 Subprograma 1. Reingeniería de la estructura administrativa	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Diseñar y presentar una (1) nueva estructura orgánica para la Universidad de los Llanos.	50%
Objetivo 3. Mejorar los sistemas de información misionales y de gestión.							
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.3 Programa 31. Optimización de los procesos de comunicación	3.4.2.3.4 Subprograma 4. Información académica	DOCENCIA	Actualizar el sistema de consulta, registro y archivo de información académica.	50%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.1 Programa 29. Mejoramiento de la capacidad organizacional	3.4.2.1.3 Subprograma 3. Mejoramiento de la gestión documental	GESTIÓN DOCUMENTAL	Implementar un (1) sistema de gestión documental ORFEO	80%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.3 Programa 13. Tecnologías apropiadas y actualizadas	3.1.4.3.1 Subprograma 1. Dotación de software y hardware	GESTIÓN DE TIC	Actualizar el 60% del sistema de información académica, con el apoyo de la Facultad de Ciencias Básicas e Ingeniería, según las necesidades de la Universidad de los Llanos.	91,70%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.1 Procesos planificados	3.4.1.2 Programa 28. Seguimiento y control	3.4.1.2.1 Subprograma 1. Optimización del Sistema de Información	GESTIÓN DE TIC	Implementar el sistema de información para soportar las actividades administrativas y financieras de la institución.	90%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la	3.4.1 Procesos planificados	3.4.1.2 Programa 28. Seguimiento y control	3.4.1.2.1 Subprograma 1. Optimización del	GESTIÓN DE TIC	Lograr que el 100% de las áreas involucradas en el	80%





UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

EJES ESTRATÉGICOS	POLÍTICAS (PEI)	CNA COMPONENTES	PROGRAMAS	SUB PROGRAMAS	PROCESO	META	% AVANCE A AGOSTO 2018
	planeación			Sistema de Información		nuevo sistema de información administrativo y financiero, utilice el sistema para sus respectivos procesos.	
Objetivo 4. Mejorar la competencia del talento humano y el clima organizacional para el cumplimiento óptimo de las funciones misionales y de gestión.							
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.1 Programa 29. Mejoramiento de la capacidad organizacional	3.4.2.1.2 Subprograma 2. Capacitación y estímulos a funcionarios	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Desarrollar un (1) plan anual de capacitación para funcionarios administrativos	80%
Objetivo 5. Incrementar los niveles de aceptación y pertinencia de la institución.							
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.1 Procesos planificados	3.4.1.1 Programa 27. Sistema de planeación	3.4.1.4.4 Subprograma 4. Rendición Pública de Cuentas.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Formular y ejecutar el Proceso integral de Rendición de Cuentas mediante la presentación de un informe de gestión anualmente.	83,30%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.1 Procesos planificados	3.4.1.1 Programa 27. Sistema de planeación	3.4.1.4.4 Subprograma 4. Rendición Pública de Cuentas.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Realizar anualmente una Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	100%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.2 Programa 30. Mejoramiento de la capacidad de gestión	3.4.2.2.2 Subprograma 2. Optimización del sistema de atención al ciudadano	COMUNICACION INSTITUCIONAL	Diseñar e implementar un instrumento que permita medir los resultados del sistema de atención al ciudadano.	100%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.3 Programa 31. Optimización de los procesos de comunicación	3.4.2.3.1 Subprograma 1. Creación de un sistema de comunicaciones	COMUNICACION INSTITUCIONAL	Crear e implementar una (1) política de comunicación interna y externa.	80%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.3 Programa 31. Optimización de los procesos de comunicación	3.4.2.3.1 Subprograma 1. Creación de un sistema de comunicaciones	COMUNICACION INSTITUCIONAL	Ejecutar un (1) plan de medios institucional.	100%
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.2 Clima organizacional adecuado para una gestión y administración eficientes	3.4.2.3 Programa 31. Optimización de los procesos de comunicación	3.4.2.3.1 Subprograma 1. Creación de un sistema de comunicaciones	COMUNICACION INSTITUCIONAL	Implementar una (1) emisora virtual universitaria.	100%
2.2 Liderazgo institucional e Inserción al proceso de pos acuerdo y construcción de paz	3.3 Coherencia en los proyectos de intervención y transformación de la realidad	3.3.1 Proyección social pertinente y aportante al desarrollo y la paz	3.3.1.1 Programa 23. Observatorios	3.3.1.1.3 Subprograma 3. Observatorio de salud	DOCENCIA	Elaborar un (1) documento bial del estudio del contexto (Internacional, nacional y regional) y las implicaciones en la salud de la población de la región.	20%
2.2 Liderazgo	3.3 Coherencia en	3.3.1 Proyección	3.3.1.2 Programa	3.3.1.2.3	INVESTIGACIÓN	Realizar un (1)	100%





UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

EJES ESTRATÉGICOS	POLÍTICAS (PEI)	CNA COMPONENTES	PROGRAMAS	SUB PROGRAMAS	PROCESO	META	% AVANCE A AGOSTO 2018
institucional e Inserción al proceso de pos acuerdo y construcción de paz	los proyectos de intervención y transformación de la realidad	social pertinente y aportante al desarrollo y la paz	24. Acciones articuladas con temas estratégicos para el desarrollo humano de la región	Subprograma 3. Medio ambiente y recurso hídrico	N	estudio sobre la oferta hídrica o ambiental en un municipio o Dpto de la Orinoquia	
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.2 Estudiantes informados y participativos con equidad e inclusión	3.1.2.4 Programa 5. Unillanos interviene en su entorno	3.1.2.4.1 Subprograma 1. Interacción empresarial	PROYECCIÓN SOCIAL	Suscribir tres (3) convenios con gremios y empresas para la interacción de la academia con todos los sectores.	100%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.2 Estudiantes informados y participativos con equidad e inclusión	3.1.2.4 Programa 5. Unillanos interviene en su entorno	3.1.2.4.2 Subprograma 2. Cooperación interinstitucional	PROYECCIÓN SOCIAL	Suscribir tres (3) convenios con entidades públicas locales, departamentales, nacionales e internacionales.	100%
2.2 Liderazgo institucional e Inserción al proceso de pos acuerdo y construcción de paz	3.3 Coherencia en los proyectos de intervención y transformación de la realidad	3.3.1 Proyección social pertinente y aportante al desarrollo y la paz	3.3.1.2 Programa 24. Acciones articuladas con temas estratégicos para el desarrollo humano de la región	3.3.1.2.5 Subprograma 5. Análisis de contexto	PROYECCIÓN SOCIAL	Realizar un (1) estudio sobre temas socioeconómicos de interés regional.	100%
2.2 Liderazgo institucional e Inserción al proceso de pos acuerdo y construcción de paz	3.3 Coherencia en los proyectos de intervención y transformación de la realidad	3.3.1 Proyección social pertinente y aportante al desarrollo y la paz	3.3.1.2 Programa 24. Acciones articuladas con temas estratégicos para el desarrollo humano de la región	3.3.1.2.6 Subprograma 6. Intervención del entorno	PROYECCIÓN SOCIAL	Apoyar financieramente 60 proyectos comunitarios según convocatorias de Proyección Social	100%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.7 Bienestar institucional para el desarrollo humano integral	3.1.7.2 Programa 21. Ejecución de la Política de Bienestar	3.1.7.2.1 Subprograma 1. Divulgación	BIENESTAR INSTITUCIONAL	Implementar un (1) plan anual de divulgación de los servicios de Bienestar Institucional.	81,70%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.6 Unillanos visible nacional e internacionalmente	3.1.6.1 Programa 18. Convenios de cooperación	3.1.6.1.2 Subprograma 2. Convenios internacionales de cooperación académica	GESTIÓN DE INTERNACIONALIZACIÓN	Suscribir 15 convenios con universidades internacionales o instituciones de investigación que se encuentren dentro de las 500 universidades del ranking de Shangai y/o ranking iberoamericano de SCIMAGO	83,30%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.6 Unillanos visible nacional e internacionalmente	3.1.6.2 Programa 19. Movilidad e interacción de profesores y estudiantes	3.1.6.2.1 Subprograma 1. Convenios nacionales de intercambio de profesores y/o estudiantes	GESTIÓN DE INTERNACIONALIZACIÓN	Suscribir tres (3) convenios nacionales de intercambio de profesores o estudiantes.	33,30%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo	3.1.6 Unillanos visible nacional e internacionalmente	3.1.6.2 Programa 19. Movilidad e interacción de profesores y	3.1.6.2.2 Subprograma 2. Convenios	GESTIÓN DE INTERNACIONALIZACIÓN	Suscribir tres (3) convenios internacionales de intercambio de	100%





UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

EJES ESTRATÉGICOS	POLÍTICAS (PEI)	CNA COMPONENTES	PROGRAMAS	SUB PROGRAMAS	PROCESO	META	% AVANCE A AGOSTO 2018
	institucional y regional		estudiantes	internacionales de intercambio de profesores y/o estudiantes		profesores o estudiantes.	
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.2 Estudiantes informados y participativos con equidad e inclusión	3.1.2.1 Programa 2. Participación estudiantil en el pos acuerdo y la construcción de paz	3.1.2.1.1 Subprograma 1. Jóvenes para la Paz	DOCENCIA	Diseñar y ejecutar un (1) plan de capacitación con presencia de jóvenes de Unillanos en el proceso de construcción de paz.	100%
Objetivo 6. Aumentar la cobertura y la pertinencia de la oferta académica, de investigación y proyección social.							
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.1 Programa 11. Currículos pertinentes	3.1.4.1.1 Subprograma 1. Evaluación y actualización	DOCENCIA	Evaluar y actualizar 17 programas académicos, teniendo como referente la resolución ministerial para su creación con el fin de lograr su actualización	100%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.1 Programa 11. Currículos pertinentes	3.1.4.1.2 Subprograma 2. Evaluación y nuevos desarrollos metodológicos de la enseñanza	DOCENCIA	Evaluar y presentar 17 nuevos desarrollos metodológicos de 17 programas académicos	70,60%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.2 Programa 12. Ampliación y organización de la oferta académica	3.1.4.2.1 Subprograma 1. Nueva oferta académica de pregrado	DOCENCIA	Diseñar cinco (5) ofertas académicas de pregrado	100%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.2 Programa 12. Ampliación y organización de la oferta académica	3.1.4.2.1 Subprograma 1. Nueva oferta académica de pregrado	DOCENCIA	Presentar ante el MEN tres (3) propuestas de programas de tecnología.	33,30%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.2 Programa 12. Ampliación y organización de la oferta académica	3.1.4.2.2 Subprograma 2. Nueva oferta académica de posgrado	DOCENCIA	Diseñar y presentar tres (3) ofertas académicas de posgrado.	100%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.2 Programa 12. Ampliación y organización de la oferta académica	3.1.4.2.4 Subprograma 4. Oferta educativa rural	DOCENCIA	Diseñar una (1) estrategia de regionalización de la oferta educativa de Unillanos en la Orinoquia.	50%
2.1 Focalización de recursos hacia la acreditación institucional	3.1 Consolidación como unidad académica para el desarrollo institucional y regional	3.1.4 Procesos académicos pertinentes en lo local, relevantes en lo global	3.1.4.2 Programa 12. Ampliación y organización de la oferta académica	3.1.4.2.4 Subprograma 4. Oferta educativa rural	DOCENCIA	Diseñar e implementar tres (3) ofertas académicas propias en cinco municipios de la Orinoquia.	100%
2.2 Liderazgo institucional e Inserción al	3.3 Coherencia en los proyectos de intervención y	3.3.1 Proyección social pertinente y aportante al	3.3.1.3 Programa 25. Educación continuada y	3.3.1.3.1 Subprograma 1. Oferta de	DOCENCIA	Ofertar anualmente quince (15) diplomados,	100%





EJES ESTRATÉGICOS	POLÍTICAS (PEI)	CNA COMPONENTES	PROGRAMAS	SUB PROGRAMAS	PROCESO	META	% AVANCE A AGOSTO 2018
proceso de pos acuerdo y construcción de paz	transformación de la realidad	desarrollo y la paz	extensión	educación continuada		seminarios, talleres o cursos de educación continuada.	
Objetivo 7. Alcanzar estándares de calidad en la infraestructura dedicada a las funciones misionales.							
2.3 Cultura de la planeación en la gestión educativa	3.4 Gestión educativa y cultura de la planeación	3.4.3 Mejoramiento de los recursos de apoyo académico y de infraestructura física	3.4.3.1 Programa 32. Nueva infraestructura física	3.4.3.1.1 Subprograma 1. Planeación del crecimiento físico	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Formular un (1) plan decenal de crecimiento y modernización de la infraestructura física.	65%

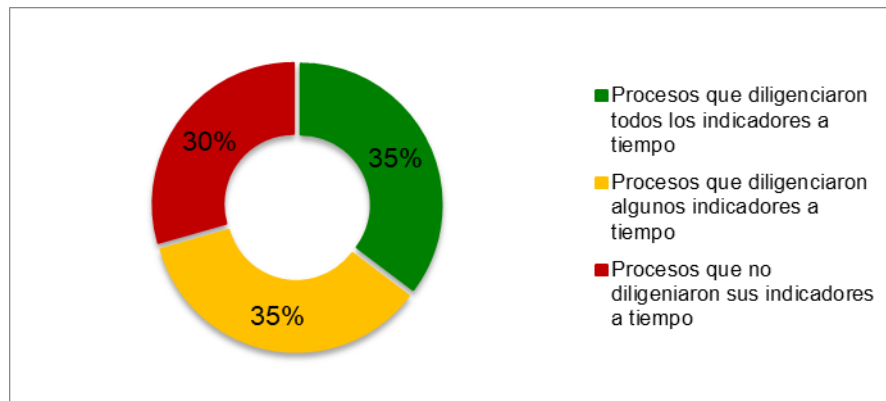
3.5 Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.

A continuación, se relaciona el informe de los indicadores de gestión 2018 y su grado de cumplimiento:

a) Diligenciamiento de los indicadores de gestión.

Una vez revisado el aplicativo de los indicadores de gestión, y su diligenciamiento por parte de los procesos se obtiene la siguiente gráfica:

Gráfica 3: Diligenciamiento de los indicadores de gestión por parte de los procesos

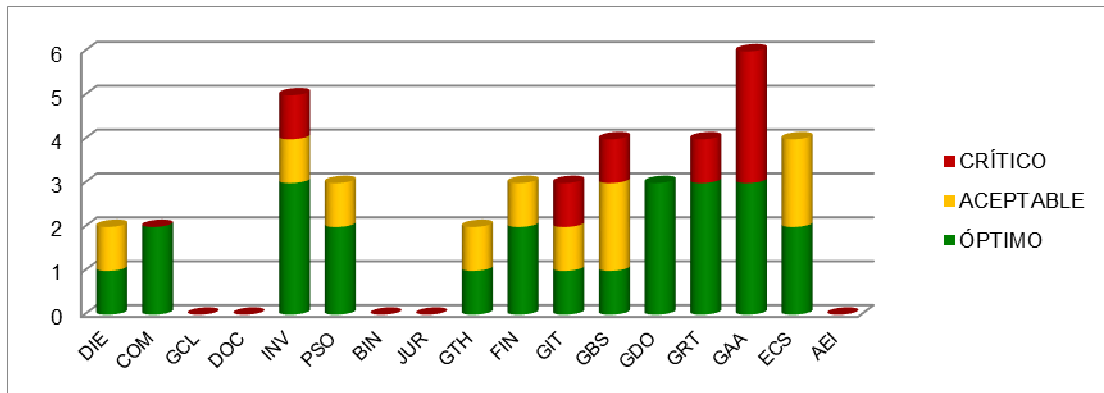


Como se observa en la gráfica, solamente el 35% de los procesos diligenciaron de manera oportuna todos sus indicadores de gestión, lo cual tiene varias causas como son: falta de capacitación de las personas encargadas de diligenciar los indicadores de gestión de cada uno de los procesos, afectación de la situación de anomalía académica presentada a partir del mes de octubre de 2018 en el diligenciamiento de los indicadores, toda vez que al final de la vigencia 2018 aún no se culminaba con el II período académico, falta de seguimiento por parte del SIG al diligenciamiento de los indicadores de gestión.

b) Comportamiento de los indicadores de gestión de los procesos



Gráfica 4: Comportamiento de los indicadores de gestión de los procesos



De acuerdo al gráfico, se observa que el comportamiento de los indicadores tiende al óptimo, lo cual es evidencia de buena gestión en los procesos.

c) Acciones de mejora propuestas

Con el fin de contribuir en la mejora continua de los procesos, se recomienda fortalecer el uso de los indicadores en la toma de decisiones, iniciando con una reingeniería de los indicadores establecidos actualmente, continuando con jornadas de sensibilización y capacitación al personal encargado del diligenciamiento y análisis de los mismos, y fortalecer el monitoreo.

Así mismo es conveniente que, en cada revisión por la dirección parcial que se haga a lo largo del año 2019, se revisen los indicadores de todos los procesos.

3.6 No conformidades y acciones correctivas.

Del estado de las acciones correctivas, actualmente se maneja de la siguiente manera:

El Plan de Mejoramiento Institucional 2018, contiene hallazgos, No Conformidades y observaciones correspondientes a las vigencias 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018, derivados de auditorías internas y externas (Contraloría General y Departamental).

- A la Fecha de cierre 19 de diciembre 2018, se finaliza con 105 No Conformidades de las cuales se cerraron 67 y 38 continúan abiertas. Así mismo se establecieron 18 observaciones con cierre de 15 y 3 siguen abiertas. Total 123.

Tabla 7: Cuadro General 2018 No Conformidades y Observaciones

Plan de Mejoramiento 2018			
	Total	Abiertas	Cerradas
No Conformidades	105	38	67
Observaciones	18	3	15
Total	123	41	82



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

- b) Así mismo, se evidenciaron 121 acciones correctivas, se cerraron 76 y 45 siguen abiertas. De igual manera se suscribieron 18 acciones de mejora, se cerraron 15 y 3 pasan abiertas para la siguiente vigencia, para un total 139.

Tabla 8: Cuadro General acciones correctivas y acciones de mejora.

Plan de Mejoramiento 2018			
	Total	Abiertas	Cerradas
Acciones Correctivas	121	45	76
Acciones de Mejora	18	3	15
Total	139	48	91

3.7 Los resultados de seguimiento y medición.

Informe de cumplimiento del Plan de Acción Institucional (PAI) con corte a diciembre de 2018.

El Tablero de Mando Integral contiene los avances pertinentes de las metas del Plan de Acción Institucional a corte a 31 de Diciembre de 2018 en cada uno de los Procesos:

Tabla 9: Cumplimiento del Plan de Acción Institucional 2018

PROCESOS	N° METAS PAI	2016	2017	2018	TOTAL
		AVANCE PAI	AVANCE PAI	AVANCE PAI	
PROCESOS ESTRATÉGICOS	21	13.1%	58.7%	89.1%	89.1%
Direccionamiento Estratégico	12	8.3%	47.8%	87.5%	87.5%
Comunicación Institucional	6	8.9%	56.1%	88.3%	88.3%
Gestión de la calidad	3	22.1%	72.1%	91.6%	91.6%
PROCESOS MISIONALES	97	23.8%	52.3%	85.3%	85.3%
Docencia	39	10.1%	36.9%	79.0%	79.0%
Investigación	16	24.5%	67.9%	96.7%	96.7%
Proyección Social	29	24.7%	44.7%	77.0%	77.0%
Bienestar Institucional	13	35.9%	59.7%	88.6%	88.6%
PROCESOS DE APOYO	38	29.4%	60.5%	88.8%	89.5%
Gestión de Talento Humano	4	25.0%	57.5%	99.1%	99.1%
Gestión Financiera	1	33.3%	63.3%	91.7%	91.7%
Gestión de Internacionalización	8	38.4%	62.0%	83.8%	83.8%
Gestión de Bienes y Servicios	5	50.3%	73.5%	90.8%	90.8%
Gestión Documental	1	0.0%	30.0%	80.0%	80.0%
Gestión de TIC	15	18.8%	62.3%	76.5%	80.9%
Gestión de Apoyo a la Academia	4	40.0%	75.0%	100.0%	100.0%
PROCESOS DE EVALUACIÓN	9	37.2%	68.2%	97.0%	97.0%
Evaluación, Control y Seguimiento Institucional	2	47.8%	75.0%	99.5%	99.5%
Autoevaluación Institucional	7	26.7%	61.5%	94.6%	94.6%
TOTAL	165	21.9%	52.9%	84.6%	85.3%



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

Como se puede observar en la tabla anterior, el nivel estratégico alcanzó el 89,1% de sus compromisos, el nivel misional el 85,3%, el nivel de apoyo ha logrado el 89,5% y el nivel de evaluación el 97,0%, para un acumulado de 85,3% en la gestión institucional 2016-2018, superando el 70% establecido en el Acuerdo Superior 004 de 2009.

3.8 Resultados de auditorías.

En el programa anual de auditorías para la vigencia 2018 aprobado por el comité coordinador de control interno se establecieron 13 auditorías, de las cuales se ejecutaron 11 que equivalen a un cumplimiento del **84%**.

Las dos auditorías que no se ejecutaron por el cese de actividades de los estudiantes que afecto directamente las actividades académicas administrativas fueron **Centro de Calidad de aguas y Convenios**. Estas auditorías fueron incluidas en el programa anual de auditoria para la vigencia 2019.

- De las auditorías realizadas se registraron 56 hallazgos distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 10: Clasificación de hallazgos procedente de las auditorías internas

No.	PROCESO	NO CONFORMIDAD	OBSERVACIONES
1.	Comunicación institucional(comisiones de estudio, ocasionales permanentes, a partir del 2005)	3	0
2.	docencia	5	1
3.	Proyección social	4	2
4.	Gestión de internacionalización	2	3
5.	Gestión de bienes y servicios (almacen)	1	2
6.	Direccionamiento estratégico	3	4
7.	Gestión de talento humano	1	5
8.	Gestión de TIC	3	3
9.	Proceso de autoevaluación institucional plan de mejoramiento programas académicos	2	0
10.	Auditoria especial a los contratos de arrendamiento cafeterías	5	1
11.	Auditoria especial bienestar institucional ejecución de recursos de ficha BPUNI	5	1
TOTAL		34	22

Gráfica 5: Resultado del programa de auditorías 2018

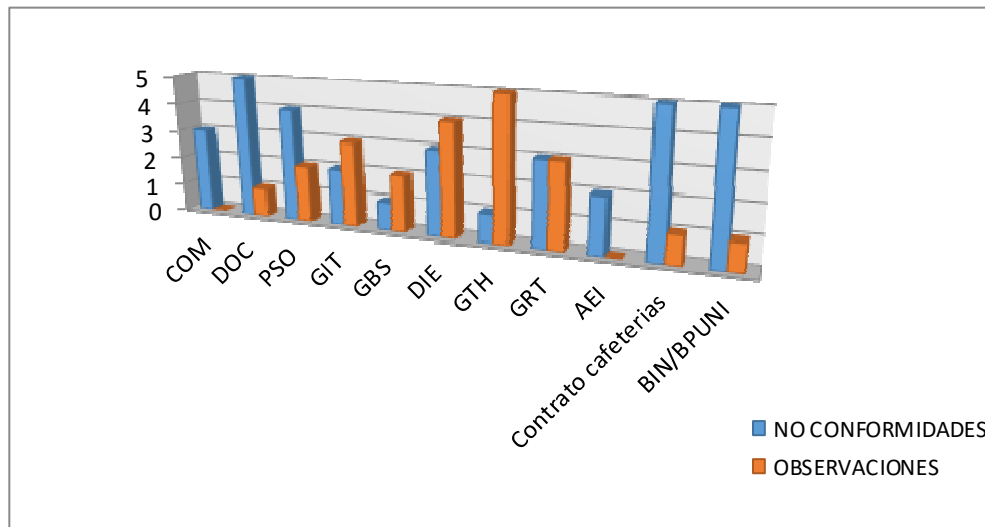




UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3



En esta grafica se puede apreciar la distribución de hallazgos encontrados en la ejecución del programa de auditorías de 2018, donde se puede destacar el bajo número de No Conformidades en los procesos auditados, donde se destaca gestión de bienes y servicios y gestión de talento humano con una no conformidad.

De igual manera se evidencia los procesos con mayor número de no conformidades, docencia, bienestar institucional, y el área de contratos de arrendamiento de cafetería, con 5 no conformidades cada una, lo cual resulta preocupante, debido a que involucra gestión de recursos.

Las no conformidades que involucra el área de cafeterías, tiene que ver con el hecho de que no se evidenciaron contratos de arrendamiento de las cafeterías ubicadas en la universidad, correspondiente a la vigencia 2017, ni documentos soporte que identifiquen la trazabilidad, ejecución y su cumplimiento. Falta de seguimiento y control en la supervisión realizada a los contratos de arrendamiento, lo anterior se evidencia en la ausencia de soportes relacionados con los pagos realizados por concepto de canon de arrendamiento, recolección de residuos y energía.

En cuanto a la auditoría realizada a bienestar institucional, al revisar el inventario de elementos de bienestar comprados a través de la ficha BPUNI vigencias 2015 al 2017 no se encontraron soportes que evidencien la trazabilidad de los siguientes elementos.... Se evidencio que al proceso le hace falta mayor control que evidencie la trazabilidad de los elementos deportivos en el momento que se dañan y cuando se reponen, ya que se puede afectar el inventario y el desarrollo de las actividades institucionales.

También se evidencio que no se cuenta con un control que permita evidenciar la entrega formal de los elementos de consumo o devolutivos.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

Por último, la oficina de almacén no cuenta con una herramienta sistemática que permita facilitar el control y la organización del inventario.

En la auditoría al proceso de docencia, se evidencio que se presentó una falta de implementación de las acciones que evidencie el mejoramiento continuo en la caracterización del proceso y procedimiento.

No se realizó la medición periódica a los indicadores del proceso, no se reportaron avances representativos en las acciones de control asociadas a los riesgos del proceso.

Tabla 11: Acciones de mejora frente a los hallazgos de Auditoría

Auditoría	Entidad/Proceso	No Conformidades	Abierto	Cerrado	Acciones Correctivas	Abierta	Cerrada
Interna	Comunicaciones	3	1	2	3	1	2
Externa	Contraloría dep.(Direccionamiento Estratégico)	15	14	1	25	21	4
Externa	C.D. (Gestión de Bienes y Servicios)	6	5	1	6	5	1
Interna	Bienestar Institucional	5	1	4	5	1	4
Interna	Docencia (Comisiones de Estudio)	5	1	4	5	1	4
Interna	Proyección Social	4	0	4	4	0	4
Interna	Internacionalización	2	0	2	5	0	5
Interna	Direccionamiento Estratégico	3	1	2	3	1	2
Interna	Gestión de Bienes y Servicios (Almacén)	1	1	0	1	1	0
Interna	Gestión de Talento Humano	1	1	0	1	1	0
Interna	Gestión de TIC	3	0	3	3	0	3
Interna	Autoevaluación Inst.	2	2	0	2	2	0
Total		50	27	23	63	34	29

Dieciocho (18) observaciones, 15 se cerraron y 3 continúan abiertas. 18 acciones de mejora 15 cerradas y 3 abiertas.

Tabla 12: Hallazgos de auditoría interna Año 2018

Auditoría	Entidad/Proceso	Observaciones	Abierto	Cerrado	Acciones de Mejora	Abierta	Cerrada
Interna	Docencia (Comisiones de Estudio)	1		1	1		1



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

Auditoría	Entidad/Proceso	Observaciones	Abierto	Cerrado	Acciones de Mejora	Abierta	Cerrada
Interna	Internacionalización	3	0	3	3	0	3
Interna	Direccionamiento Estratégico	4	0	4	4	0	4
Interna	Gestión de Bienes y Servicios (Almacén)	2	2	0	2	2	0
Interna	Gestión de Talento Humano	5	0	5	5	0	5
Interna	Gestión de TIC	3	1	2	3	1	2
Total		18	3	15	18	3	15

Al realizar este ejercicio al interior de la Universidad de los Llanos permitió identificar fortalezas y debilidades, que se relacionan a continuación:

FORTALEZAS

- Enfoque de auditoría por proceso..
- Programa Anual de auditorías 2018 aprobado mediante Comité de Control Interno.
- disposición del personal audiado.
- se realizan las acciones de control del mapa de riesgos de los procesos auditados.
- se evidencia actas de aprobación de manual de seguridad y salud en el trabajo.
- conocimiento de los procedimientos que le aplican para el cumplimiento de los objetivos trazados.

DEBILIDADES

- falta de ajuste de los indicadores de los procesos auditados y su revisión periódica.
- falta de evidencia del instrumento de planificación del plan de acción.
- falta control de registro y cobro de incapacidades vigencia 2017.
- falta mayor control que evidencia la trazabilidad del uso de elementos o recursos.

Se hace evidente la importancia del cumplimiento del programa anual de auditoría, ya que permite evidenciar hallazgos en los cuales se puede actuar, previos a auditorías externas.

Así mismo se recomienda ejecutar las capacitaciones en auditoría interna al personal de la universidad, que cumplan con el perfil, ya que dicho tema se presentó como opción de mejora en la auditoría Icontec 2018, la cual será revisada en la auditoría icontec 2019.



El programa de Auditorías se encuentra disponible en el siguiente link:

<https://drive.google.com/file/d/0BwmLeW3ZIZXtbII4b2tVSmtVSW0yaDNWZmZxd05yX1JiOHNV/view>

3.9 El desempeño de los proveedores externos.

El proceso de gestión de bienes y servicios entiende la evaluación de proveedores como el certificado de cumplimiento a satisfacción de los objetos de los contratos, órdenes de compra y/o trabajo. Adicionalmente dispone de la herramienta FO-GBS-64, versión No. 1 para verificar el seguimiento del objeto de los mismo.

Todos los contratos, órdenes trabajo y prestaciones de servicios cuentan con una certificación del supervisor en la cual se evidencia el cumplimiento del contratista, dicha certificación se anexa al momento de solicitar el pago de estos tipos de contratos. En el caso de las órdenes de compra, se anexa una entrada de almacén en la cual se evidencia el cumplimiento de las especificaciones técnicas, esta es una forma de evaluación de los requerimientos solicitados.

Como se mencionó anteriormente, se dispone de un formato para realizar seguimiento adicional, en este sentido cabe resaltar que, para el primer semestre de 2018, se reciben evaluaciones de contratos que impactan directamente al que hacer misional de la universidad.

Tabla 13: Desempeño de los proveedores externos de la Universidad

RESULTADOS	
Unión Temporal UT Unillanos	5
American tour	5
Seguridad Estelar Ltda.	5
Camilo Andrés Pardo Saavedra	4

Sin embargo, es fundamental mencionar que se está trabajando con la oficina del SIG, para el mejoramiento de la herramienta de evaluación de proveedores, según lo dispuesto en la Guía de proveedores, GU-GBS-02.

3.10 Adecuación de los recursos.

El Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de los Llanos para la vigencia 2018 ejecuto, a través de la ficha BPUNI correspondiente, \$131.573.310. De los cuales \$ 104.500.000 se invirtieron en personal administrativo, \$ 12.073.310 se ejecutaron en la auditoria de ICONTEC de seguimiento para la recertificación del sistema de gestión de calidad y \$ 15.000.000 fueron invertidos en las diferentes campañas en pro del mejoramiento de los procesos y el sistema de gestión.

Tabla 14: Adecuación de recursos para el Sistema de Gestión de la Calidad

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Personal administrativo: Coordinar la revisión, ajuste y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de acuerdo a la normatividad vigente	MESES	11	\$3.700.000	\$40.700.000



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
y las condiciones académicas, administrativas y financieras de los procesos institucionales que integran el sistema				
Personal administrativo: Apoyar a la coordinación en la revisión y ajuste del SIG, la administración de la documentación del Sistema a través del micro sitio web y de la plataforma para los indicadores de gestión de los procesos.	MESES	11	\$2.900.000	\$31.900.000
Apoyar a la coordinación SIG en la revisión documental, asesoría y seguimiento de los indicadores de gestión para los procesos de Docencia, Comunicación Institucional, Autoevaluación Institucional, Gestión de Bienes y Servicios e Internacionalización.	MESES	11	\$2.900.000	\$31.900.000
Auditoria de seguimiento y Auditoria complementaria de ICONTEC al Sistema de Gestión de Calidad.	GLOBAL	1	\$12.073.310	\$12.073.310
Campañas (señalización, afiches, avisos, vallas informativas, calcomanías, etc dirigidas a la comunidad universitaria)	GLOBAL	1	\$15.000.000	\$15.000.000
VALOR TOTAL				\$131.573.310

3.11 Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades.

En el siguiente link se encuentra la consolidación del Mapa de Riesgos institucional 2018, el cual se realizaba por parte de la Oficina de Planeación y continúa con la socialización realizada por parte de la misma en la página Web de la universidad:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1PT4xybmPpgA28xIR6Pea8xDeSUXcku9w2JX4qtPOu_8/edit#gid=307170734

En la construcción del Mapa de Riesgos Institucional se identificaron 63 riesgos de corrupción y gestión con 108 acciones de control de monitoreo en los 17 Procesos

Tabla 15: Relación de los hallazgos por proceso 2018

Nº.	PROCESO	RIESGO	ACCIONES
1	Direccionamiento estratégico	5	10
2	Comunicaciones	5	8
3	Gestión de calidad	2	8
4	Docencia	9	14
5	Investigación	3	4
6	Proyección social	2	7
7	Bienestar institucional	2	4
8	Gestión jurídica	3	4
9	Gestión de talento humano	6	10
10	Gestión financiera	4	7





N°.	PROCESO	RIESGO	ACCIONES
11	Gestión de internacionalización	2	4
12	Gestión de bienes y servicios	8	11
13	Gestión documental	2	3
14	Gestión TIC	2	2
15	Gestión de apoyo a la academia	3	5
16	Evaluación, control y seguimiento institucional	4	6
17	Autoevaluación institucional	1	1
	TOTAL	63	108

3.11.1 Proceso de direccionamiento estratégico

Dentro del seguimiento a cargo de la Oficina de Control Interno de Gestión, se observó que de las Acciones Cumplidas por parte del Proceso de Direccionamiento Estratégico se logró un cumplimiento superior al 80 %, quedando unas con el anterior porcentaje, otras tantas con el 90 % y en su gran parte un cumplimiento del 100 % de las acciones asociadas al control de riesgos. Quedando para el Proceso de Direccionamiento Estratégico, la acción de Incumplimiento de normas técnicas exigidas para la certificación de obras civiles de laboratorios, En Proceso con un cumplimiento del 50%, el cual se le asignó dicho porcentaje debido a que como Acción frente riesgo era Establecer la tabla de materiales y precios con especificaciones técnicas normativas para la adecuación o construcción de áreas de laboratorio, la cual se evidenciaría por medio de una Resolución Superior como registro de evidencia.

En el proceso de Direccionamiento Estratégico de las diez (10) acciones asociadas al control, se observa que nueve (9) acciones fueron cumplidas y una (1) acción queda en proceso, a corte de 31 de diciembre de 2018.

3.11.2 Proceso de comunicación institucional

En este proceso se observó que, hay un cumplimiento total del 100 %, en cada una de las acciones asociadas al control de riesgos. Es así que en el proceso de Comunicación Institucional para el periodo 2018, se establecieron ocho (8) acciones asociadas al control, las cuales se cumplieron para la vigencia 2018.

3.11.3 Proceso de gestión de la calidad

Para el Proceso de Gestión de la Calidad se logró un cumplimiento de las acciones en un rango entre el 80% al 100 %, las cuales están asociadas al control de riesgos, en donde se hace comprobación de las evidencias de registros relacionadas a las acciones. Es así que en el proceso de Gestión de la Calidad para el periodo 2018, se establecieron ocho (8) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 cumplimiento en un 100% de las ocho (8).

3.11.4 Docencia

Dentro del seguimiento a cargo de la Oficina de Control Interno de Gestión, se observó que de las Acciones por parte del Proceso de Docencia, se logra identificar y manifestar de manera particular aquellas acciones



que estuvieron con bajo cumplimiento quedando Sin Avance dos (2) acciones, una de éstas en un 20% y 0% de cumplimiento.

Las anteriores que se mencionaron, recaen al Área Administrativa de la Universidad de Vicerrectoría Académica, donde la primera Sin Proceso, es de acuerdo al Riesgo proyectado por la oficina, de Corrupción uno es frente a “la utilización del periodo sabático para actividades diferentes a los compromisos adquiridos”, Periodo de Ejecución a 30 de noviembre, Acción: “Realizar identificación de los docentes que cuentan con este beneficio, Capacitar a los Consejos de Facultad y Decanos acerca de la normatividad aplicable para quien haga un uso indebido del beneficio que otorga la Universidad”, registro de evidencia: Reporte generado por la Oficina de Asuntos Docentes, Reuniones en Facultades.

Acción Sin Avance, a la cual la Oficina de Control Interno de Gestión realizó seguimiento hallando como evidencia Actas de Reunión, pero no un reporte generado por la Oficina de Asuntos Docentes, tal cual como lo establecieron en la proyección de la herramienta de Mapa de Riesgos vigencia 2018. Asignándose y quedando con un 20 % de cumplimiento Sin Avance.

La segunda Sin Proceso, es de acuerdo al Riesgo proyectado por la oficina, de Corrupción uno es frente a “la utilización del periodo sabático para actividades diferentes a los compromisos adquiridos”, Periodo de Ejecución a 30 de noviembre, Acción: Construcción del procedimiento de asignación de responsabilidades académicas. Registro de evidencia: Procedimiento publicado.

Acción Sin Proceso, a la cual la Oficina de Control Interno de Gestión realizó seguimiento no hallando como evidencia Procedimiento Publicado, tal cual como lo establecieron en la proyección de la herramienta de Mapa de Riesgos vigencia 2018. Asignándose y quedando con un 0 % de cumplimiento Sin Avance.

Es así que en el proceso de Docencia para el periodo 2018, se establecieron catorce (14) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018, seis (6) acciones Cumplidas, quedando seis (6) En Proceso y dos (2) Sin Avance.

3.11.5 Proceso de investigación

Frente al Proceso de Investigación, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso en un 100 % de las cuatro acciones, quedando las mismas como Cumplidas para la vigencia 2018 en la herramienta de Mapa de Riesgos Institucional de la Universidad.

Es así que en el proceso de Investigación para el periodo 2018, se establecieron cuatro (4) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018, las cuatro (4) acciones Cumplidas.

3.11.6 Proceso de proyección social

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Proyección Social, se logra identificar un cumplimiento frente al manejo de riesgos institucionales del proceso. Evidenciándose, cumplimiento por encima del 75 %, quedando una de las acciones en el anterior porcentaje mencionado, dando como resultado de cumplimiento a la acción como En Proceso. Evidenciándose que las demás acciones presentaron para la



finalización de la vigencia 2018 un cumplimiento del 100%, quedando como Cumplidas en la herramienta de Mapa de Riesgos 2018.

Es así que en el proceso de Proyección Social para el periodo 2018, se establecieron siete (7) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 seis (6) acciones Cumplidas y quedando una (1) En Proceso.

3.11.7 Proceso de bienestar institucional

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Bienestar Institucional, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso. Evidenciándose, cumplimiento por encima del 50 %, quedando una de las acciones en el anterior porcentaje mencionado, dando como resultado de cumplimiento a la acción como En Proceso. Así mismo, se evidencia que las demás acciones presentaron para la finalización de la vigencia 2018 un cumplimiento del 100%, quedando como Cumplidas en la herramienta de Mapa de Riesgos 2018.

Es así que en el proceso de Bienestar Institucional para el periodo 2018, se establecieron cuatro (4) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 tres (3) acciones Cumplidas y quedando una (1) En Proceso.

3.11.8 Proceso de gestión jurídica

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de gestión jurídica, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso. Evidenciándose, cumplimiento total del 100% de las acciones frente al riesgo, dando como resultado de cumplimiento a cada acción como Cumplida.

Es así que en el proceso de Gestión Jurídica para el periodo 2018, se establecieron cuatro (4) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 las cuatro (4) acciones como Cumplidas.

3.11.9 Proceso gestión de talento humano

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Talento Humano, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso. Evidenciándose, mediante la siguiente tabla el comportamiento del porcentaje de cumplimiento y estado de la misma en el Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que en el proceso de Gestión de Talento Humano para el periodo 2018, se evidenciaron diez (10) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018, cuatro (4) acciones Cumplidas, quedando dos (2) En Proceso y cuatro (4) Sin Avance.

Las anteriores que se mencionaron, respecto a las acciones Sin Avance recaen en el área administrativa de Salud Ocupacional de la Universidad, donde la primera Sin Proceso, es de acuerdo al Riesgo proyectado por la oficina “Deficiente adopción del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo dentro de la institucionalidad de la Universidad”, siendo un riesgo de Corrupción con Periodo de Ejecución a 30 de noviembre, acción de



“Socialización del Manual del sistema de seguridad y salud en el trabajo”, registro de evidencia “Link en página web, noticia web y boletín”. La cual quedó Sin Avance con un 33.33%.

La segunda Sin Proceso, es de acuerdo al riesgo proyectado por la oficina “Deficiente adopción del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo dentro de la institucionalidad de la Universidad”, siendo un riesgo de Corrupción con Periodo de Ejecución a 30 de noviembre, acción de “Divulgación y publicación de manuales y procedimientos del sistema de seguridad y salud en el trabajo”, registro de evidencia “Publicación de manuales y procedimientos en el link del SIG”. La cual quedó Sin Avance con un 33.33%.

Así mismo, se evidencia como tercera acción Sin Avance:

Aquella relacionada al Área Administrativa de Comité de Evaluación y Promoción Docente, siendo el Riesgo relacionado con el “Inadecuado escalonamiento docente”, cuya Acción es “Elaborar propuesta de ajuste al capítulo III del Acuerdo Superior 002/04 para presentar ante la instancia pertinente.” Con Registro de Evidencia “Acta de sesión del Consejo Superior en la que se presenta la propuesta”. Presentándose como Acción Sin Avance con un 33.33%.

De igual modo, se evidencia como cuarta acción Sin Avance:

Aquella relacionada al Área Administrativa de Asuntos Docente, siendo el Riesgo relacionado con la “Irregularidad en la asignación de puntos salariales y de bonificación”, cuya Acción es “Divulgación del Manual de criterios” Con Registro de Evidencia “Boletín Interno”. Presentándose como Acción Sin Avance con un (cero) 0 %.

3.11.10 Proceso de gestión financiera

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Gestión Financiera, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso. Evidenciándose un cumplimiento de las acciones por encima del 80% en la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que en el proceso de Gestión Financiera para el periodo 2018, se evidenciaron siete (7) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018, siete (7) acciones Cumplidas.

3.11.11 Gestión de internacionalización

En donde se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Gestión de Internacionalización, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso. Evidenciándose un cumplimiento de las acciones con un total del 100% en los riesgos identificados por el proceso con un cumplimiento para la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que en el proceso de Gestión de Internacionalización para el periodo 2018, se evidenciaron cuatro (4) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 cuatro (4) acciones Cumplidas.

3.11.12 Proceso de gestión de bienes y servicios

Donde se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Gestión de Bienes y Servicios, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso.



Evidenciándose un cumplimiento de las acciones con un total del 100% en los riesgos identificados por el proceso con un cumplimiento para la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que en el proceso de Gestión de Bienes y Servicios para el periodo 2018, se evidenciaron once (11) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 once (11) acciones Cumplidas.

3.11.13 Gestión documental

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Gestión Documental, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso. Evidenciándose un cumplimiento de las acciones con un total del 100% en los riesgos identificados por el proceso con un cumplimiento para la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que en el proceso de Gestión Documental para el periodo 2018, se evidenciaron tres (3) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018, tres (3) acciones Cumplidas.

3.11.14 Gestión TIC

Se observó que de las Acciones por parte del Proceso de Gestión TIC, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso frente a sus dos (2) acciones un cumplimiento En Proceso de las acciones con 60% y la segunda con un 75% de cumplimiento para la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que en el proceso de Gestión TIC para el periodo 2018, se evidenciaron dos (2) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 las dos (2) En Proceso.

3.11.15 Gestión de apoyo a la academia

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Gestión de Apoyo a la Academia, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso frente a sus cinco (5) acciones Cumplidas, en un 100% para la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que, en el proceso de Gestión de Apoyo a la Academia, para el periodo 2018, se evidenciaron cinco (5) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 las cinco (5) acciones Cumplidas.

3.11.16 Evaluación, control y seguimiento institucional

Durante el seguimiento, se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Evaluación, Control y Seguimiento Institucional, se logra identificar un cumplimiento de las acciones frente al manejo de riesgos institucionales del proceso frente a sus seis (6) acciones, de las cuales quedan cinco (5) Cumplidas en un 100% para la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018 y una (1) En Proceso con un 66,66%

Es así que, en el proceso de Evaluación, Control y Seguimiento Institucional, para el periodo 2018, se evidenciaron seis (6) acciones asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018, cuatro (4) acciones Cumplidas y quedando una (1) En Proceso.



3.11.17 Autoevaluación institucional

Se observó que, de las Acciones por parte del Proceso de Autoevaluación Institucional, se logra identificar un cumplimiento de la acción frente al manejo de riesgos institucionales del proceso frente a la acción (1) acciones, quedando como Cumplida en un 100% para la matriz de Mapa de Riesgo vigencia 2018.

Es así que, en el proceso de Evaluación, Control y Seguimiento Institucional, para el periodo 2018, se evidenció una (1) acción asociadas al control. Presentándose para finalizar vigencia 2018 como Cumplida

CONSOLIDADO GENERAL DE AVANCE PERIODO – 2018

El consolidado general para el periodo 2018 muestra el cumplimiento de las Acciones relacionada con el Riesgo y su cumplimiento en la herramienta de Mapa de Riesgos, vigencia 2018.

Cumplimiento Acciones frente al Riesgo, Corte 31 de diciembre 2018

Cumplidas	En Proceso	Sin Avance	TOTAL
88	14	6	108
81,5 %	13 %	5,5 %	100%

Observándose los niveles de Cumplimiento a corte 31 de diciembre de 2018, tal como lo muestra la anterior tabla, aquellas acciones que reportaron cumplimiento, en proceso y sin avance.

Gráfica 6: Actividades a cumplir



Así entonces, se observa que para el periodo 2018, a corte de 31 de diciembre de las 108 acciones se identifica como acumulado general, para el cierre de la vigencia: Ochenta y ocho (88) acciones Cumplidas, representando un 81,5% de cumplimiento. Catorce (14) acciones En Proceso, representando un 13%. Y seis (6) acciones Sin Avance, representando un 5,5%



ANÁLISIS GENERAL MAPA DE RIESGOS 2018

Después de realizado el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión, se puede apreciar las siguientes consideraciones, señalando que hay que tener en cuenta que los líderes de proceso son responsables del avance y cumplimiento del Mapa de Riesgos Institucional. Así las cosas, cabe mencionar que:

- De las 108 acciones de control establecidas en el Mapa de riesgos para la vigencia 2018, se evidencia que, a corte 31 de diciembre, dio como resultado final ochenta y ocho (88) Acciones Cumplidas, representando un 81,5%. Quedando como Acciones En Proceso catorce (14), representando el 13%. Y Acciones Sin Avance, seis (6), representando el 5,5%.
- Se observa que los procesos Docencia y Gestión del Talento Humano, no reportaron avances en algunas acciones. Presentando el primer proceso, dos (2) acciones Sin Avance. Y el segundo, cuatro (4) acciones Sin Avance. (Ver cuadro por proceso).
- Se evidenció que, en el Mapa de Riesgos Institucional, un alto compromiso de cumplimiento frente a la Gestión de Riesgos Institucional con el monitoreo y cumplimiento de la herramienta de Mapa de Riesgos 2018.
- Se recomienda a los líderes de proceso que aquellas acciones que quedaron sin avance o pendientes, se tengan en cuenta para la formulación del Mapa de Riesgos 2019.

De acuerdo a la auditoría externa realizada por el ICONTEC se evidenció como debilidad la no evaluación de la eficacia de las acciones correctivas del plan de mejoramiento institucional para lo cual la oficina de control interno suscribió como acción correctiva ajustar la matriz institucional para evaluar la eficacia, por lo anterior dicha evaluación se iniciará a partir de la vigencia 2019.

3.12 Oportunidades de mejora.

Identificar desde el Sistema Integrado de Gestión:

- Continuar las estrategias propuestas para consolidar y articular el Sistema de Aseguramiento de la calidad de tal manera que se afiance este modelo organizacional.
- Evaluar alternativas que permitan identificar la correcta alineación y pertinencia del plan estratégico, plan de desarrollo y plan de acción de tal manera que se verifique y consolide la información enfocada en la eficiencia de los resultados esperados, no solamente el cumplimiento de las tareas.
- Diseñar el procedimiento para formalizar la gestión del cambio en aspectos generales del Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad.
- Revisar mecanismos que permitan formalizar en los seguimientos a los riesgos la verificación de la eficacia de los controles implementados.
- Revisar las opciones para formalizar los análisis y acciones para el de las metas del plan de acción, lo cual favorecerá su seguimiento.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

Oficina Asesora de Planeación

Nit. 892.000.757-3

- Continuar las actividades de aseguramiento de las capacidades de trabajo en relación con la redacción de observaciones y hallazgos para hacerlos más precisos y enfocados en las partes interesadas.
- Diseñar la metodología para formalizar los seguimientos a las oportunidades de los procesos,
- Establecer indicadores de gestión claves para los procesos y mejorar los esfuerzos referidos a su seguimiento y monitoreo.
- Se sugiere la creación de una oficina única de atención al ciudadano o ventanilla única, que atienda todos los requerimientos de información.

