

INFORME DE EVALUACION PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIA INTERNA

VIGENCIA 2024

La Oficina Asesora de Control Interno de la Universidad de la Amazonia, presenta el informe de gestión de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2024, lo anterior en cumplimiento del Programa Anual de Auditorías Internas aprobado por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno mediante acta No 004 del 13 de diciembre de 2023 en el que se definió la realización de un total de treinta y una (31) auditorias para la vigencia 2024.

En el Programa Anual de Auditorias quedan inmersas las auditorías del total de procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Universidad, el cronograma de presentación y cumplimiento de Informes de ley dirigidos a los entes de control, así como los publicados en la página WEB de la entidad, los arqueos de caja menor que se realizan, tips o recomendaciones de Gestión de Control y seguimiento a los planes de mejoramiento presentado por los gestores de los procesos auditados.

A continuación, se relacionan de manera concisa cada una de las actividades desarrolladas en el transcurso de las vigencias mencionadas.

INFORMES DE LEY

Informes de Ley	Periodicidad	Enviado	Publicado
Informe de seguimiento plan de mejoramiento Contraloría General de la República	Semestral	CGR enviado el 02 de enero de 2024, enviado el 10 de julio de 2024 y el nuevo plan de mejoramiento enviado el 18 de julio de 2024. El 07 de enero de 2025 a corte de diciembre 2024.	Página Web Institucional el 23 de enero de 2024, 10 de julio de 2024, nuevo plan de mejoramiento el 18 de julio de 2024. 13 de enero de 2025 a corte diciembre 2024.
Informe de evaluación independiente del Estado de Control Interno	Semestral	---	Página Web Institucional 29 de enero de 2024, 30 de julio de 2024. A corte diciembre 2024 se publicó el 23 de enero de 2025.
Informe de seguimiento a PQRS-D	Semestral	---	Página Web Institucional 18 de enero de 2024, 19 de julio de 2024. A diciembre 2024 se publicó el 22 de enero de 2025.

Informe de seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Cuatrimestral	---	Página Web Institucional 23 de enero de 2024, 23 de mayo de 2024, 11 de septiembre de 2024. A diciembre 2024 se publicó el 22 de enero de 2025.
Informe Certificación EKOGUI	Semestral	Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado 09 de marzo de 2024, 16 de agosto de 2024 A corte diciembre 2024, enviado el 26 de febrero de 2025	Página Web Institucional 15 de marzo de 2024, 16 de agosto de 2024. A corte diciembre 2024 se publica el 27 de febrero de 2025.
Informe de evaluación del sistema de control interno contable	Anual	Contaduría General de la Nación 26 de enero de 2024. A corte diciembre 2024 enviado el 27 de febrero de 2025	Página Web Institucional 29 de enero de 2024. A corte diciembre 2024 publicado el 27 de febrero de 2025
Informe de Austeridad de Gasto	Trimestral	-----	Página Web Institucional 07 de febrero de 2024, 26 de abril de 2024, 15 de agosto de 2024, 21 de octubre de 2024. A corte de diciembre 2024 se publica el 22 de enero de 2025.
Informe Derechos de Autor de Software	Anual	Dirección Nacional de Derechos de Autor 31 de enero 2024 A corte de diciembre 2024 se envía 31 de enero de 2025	Página Web Institucional 01 de febrero de 2024. A corte de diciembre 2024 se publica el 31 de enero de 2025
Informe Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión - FURAG	Anual	Función Pública 07/05/2024	Publicado Pagina Web Institucional 10/10/2024 Al 21 abril de 2025 se envió vigencia 2024.
Arqueos de Caja Menor	Bimensual	-----	No aplica
Informe Evaluación y Seguimiento de la Gestión del Riesgo de la Universidad de Amazonia .	Anual	-----	Página Web Institucional 29 de enero de 2024. A corte de Diciembre de 2024 se publica el 24 de enero de 2025
Informe de conformidad del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC) con la Norma ISO 9001:2015.	Anual	-----	Página Web Institucional 02 de febrero de 2024. A corte de diciembre 2024 se publica el 20 de enero de 2025.

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

En lo correspondiente al seguimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República de acuerdo con la auditoría externa realizada por ese ente de control en los años 2019, 2022 y 2024 se presentan las siguientes novedades con los hallazgos así:

HALLAZGOS	A JUNIO 2024	A DICIEMBRE 2024	TOTAL
Subsanados	01	08	09
Pendientes vigencia 2020	04	03	03
Pendientes vigencia 2022	02	02	02
Pendientes vigencia 2024	21	14	14
TOTAL PENDIENTES AL CIERRE DE LA VIGENCIA			19

De acuerdo con el Informe de Auditoría Financiera a la Universidad de la Amazonia Vigencia 2023 realizado por la Contraloría General de la República, se subsano el hallazgo **No. 6 – 2022 Manuales de procesos y procedimientos (A)** y no se dio por cumplido el hallazgo **No. 16 – 2022 Gestión Documental Expedientes**.

HALLAZGOS PENDIENTES POR SUBSANAR	
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
1 - 2024	PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO. Se presentó subestimación en la cuenta 168501 “Depreciación Acumulada Edificaciones” por \$64.093.831 deficiencias en el cumplimiento del marco normativo con relación a depreciación y deterioro debido a la falta de actualización de la política contable de la entidad lo que generó una afectación en la revelación del saldo de la cuenta en los estados financieros.
2 - 2024	CUENTAS POR COBRAR. Se presentó subestimación del saldo de las cuentas por cobrar 130588 “Estampillas” por \$3.888.878.314 y deficiencias en la gestión de cartera, debido a la falta de control por parte de la división financiera y la oficina jurídica, al no realizar seguimientos adecuado a los deudores de la entidad y a los pagos respectivos.
3 - 2024	CONCILIACIONES Y RECAUDOS POR CLASIFICAR. Se evidencia traslado de la cuenta corriente de Proniversidad de la Amazonia de Caquetá No. XXX607-34 por \$450.997.205 a la cuenta XXX600-11 de gastos de funcionamiento para pago de nómina, Además, se presenta sobreestimación de la cuenta 240720 “Recaudos por clasificar” por \$490.331.214 al no identificar terceros como lo establecen las normas.
5 - 2024	REVELACIÓN NOTAS ESTADOS Y POLÍTICA CONTABLE UDLA. Se presentan deficiencias en información revelada en las notas a los estados financieros en lo relacionado con las estimaciones contables, cuentas por cobrar, inventarios, propiedad planta y equipo, activos intangibles, cuentas por pagar, ingresos y gastos, así como la falta de actualización de la política contable de la entidad.
6 - 2024	SUPERÁVIT CIERRE PRESUPUESTAL. Subestimación del rubro Estampillas 02.10.01.01.01.02.03 por \$355.099.188, no se reintegró el total de los recursos de estampillas, limitando el fortalecimiento institucional en nuevas construcciones, adecuación y modernización de la infraestructura Universitaria, afectando el Superávit de presupuesto Incorporado con Acuerdo No. 004 del 8 de marzo de 2024.
7 - 2024	SALDOS DE CONVENIOS INCORPORADOS AL PRESUPUESTO. Sobreestimación en la incorporación de saldos de Convenios no ejecutados, suscritos con entidades de orden nacional e internacional, por \$1.272.575.214, soportado en cuentas por cobrar (pendientes de giro) afectando rubros 1.2.10.02 Superávit Fiscal y 1.2.08.01.002 Recursos del Balance. Según adición de saldos Resolución 3726 del 31/12/2023.

8 - 2024	CONTRATOS OBRA 187-194 2021. Los proyectos “Construcción de infraestructura física y tecnológica del laboratorio de anatomía animal localizado en el centro experimental Santo Domingo y construcción de unidades productivas/laboratorios en el centro de investigaciones Macagual de la Universidad de la Amazonia” iniciaron sin la obtención previa de la Licencia de construcción.
9 - 2024	MAYOR VALOR PAGADO CONTRATO 233 2023. Contrato de servicio No. 233 de 2023, cuyo objeto fue la siembra 5.000 plántulas en Sede Social y Centro de Investigaciones Macagual en superficie total de 17.000 m2. Practicada visita de inspección se determinó un faltante de 1.859 plántulas, se limitó el alcance del establecimiento de las plantaciones generando pago de mayor por \$29.744.099.
15 - 2024	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO 254 DE 2023. La contratación fue realizada a precios unitarios para 16 productos cuantificados en \$23.867.000 de los cuales 5 no se evidencia ejecución (ítem 1,2,5,6,12) por \$100.000.000 y no especifica los programas bienestar universitario y protocolo de los eventos para la población, ni se acredita control de asistencia, ni expedición de póliza.
16 - 2024	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 246 DE 2023. La contratación fue realizada a precios unitarios en veinticuatro (24) productos cuantificados en \$39.549.607, de los cuales doce (12) no fueron ejecutados por \$69.598.904, además no se especifican los programas bienestar universitario y protocolo de los eventos para la población universitaria, ni la expedición de la póliza.
17 - 2024	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 065 DE 2023. Se realizaron pagos del impuesto al valor agregado – IVA, sobre productos que se encontraban excluidos, así como pagos por mayor cantidad de productos versus los realmente recibidos por el supervisor por \$2.407.111, debido a las deficiencias en el seguimiento y supervisión de la contratación afectando la inversión de los recursos.
18 - 2024	CONTRATO DE OBRA NO. 075 DEL 7 DE JULIO DE 2021. Se presentaron deficiencias en la calidad de las obras, específicamente el numeral 6 MANPOSTERIA por valor de \$69.871.855, de igual forma en el acta de recibo final del contrato de obra, del 11/05/2023, se observaron faltantes de obra por \$51.939.226.
20 - 2024	LEGALIZACIÓN AVANCES Y CAJA MENOR 2023. La UDLA presenta legalizaciones de avances pendientes por \$8.708.562, así como deficiencias en el trámite de legalización de las cajas menores de las sedes principal y de Leticia, debido a deficiencias en controles internos de la entidad generando incumplimiento de la normatividad y afectación a la oportuna legalización de los recursos públicos.
21 - 2024	AUDITORÍA INTERNA 2023 Y GLOSAS ESTADOS 2022. Se presentan deficiencias en las auditorías internas de control interno y en las acciones de mejora relacionadas con las glosas formuladas por el congreso a los estados financieros de 2022, debido a que no se realizan de forma oportuna y efectiva acciones para prevenir los riesgos y superar las deficiencias.
3 - 2022	FALLO JUDICIAL RECOBRO COMISIÓN DE ESTUDIOS NO. 001 DE 2007 (A, D, F) El tribunal revoco el fallo de primera instancia a favor de la Universidad en calidad de demandante, negó las pretensiones de la demanda, condeno en costas al demandante y ordeno levantar medidas cautelares inicialmente dictadas. Generando destinación de recursos educativos a actividades no previstas ni aprobadas.
13 - 2022	FALLOS JUDICIALES (A, D). En la vigencia 2021, se pagaron sentencias judiciales por \$27.474.165 en diferentes procesos judiciales. Situación que genera destinación de recursos de educación a actividades no previstas ni aprobadas por la normatividad ni los órganos de dirección y administración, y en consecuencia daño patrimonial ocasionado en \$27.474.165.
10 - 2020	GESTIÓN DE CARTERA-CUENTAS DE DIFÍCIL RECAUDO. No se evidencia que la UDLA haya realizado una efectiva gestión de cobro de cartera conllevando a contemplar como cuentas de difícil cobro conceptos de servicios educativos por \$12.144.758; arrendamientos operativos de la UDLA por \$27.664.836, que debieron estar garantizados por contratos, así como Administración de Convenios por \$99.749.577.
11 - 2020	DEPÓSITOS ENTREGADOS EN GARANTÍA. La UDLA no ha realizado acciones para recuperar el remanente del embargo ordenado por el Tribunal Administrativo del Caquetá, proceso 2000-0366, en noviembre de 2008, una vez fue efectiva la Sentencia del 6/10/2016, el cual se encuentra pendiente de ser reintegrado a la UDLA \$44.408.200, registrado en la cuenta 1909 Depósitos entregados en garantía.

12 - 2020	SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN. La UDLA no cuenta con un sistema integrado de información que reúna todas las características necesarias para el manejo administrativo, financiero y contable de la UDLA. Se contempla en las Notas a los Estados Contables: Limitaciones y deficiencias generales de tipo operativo o administrativo que tienen impacto en el desarrollo normal del proceso.
-----------	--

Sobre los hallazgos pendientes de subsanar la Oficina Asesora de Control Interno ha realizado las acciones pertinentes con los responsables de subsanarlos, quienes se encuentran realizando acciones correctivas y preventivas necesarias.

INFORME EVALUACION INDEPENDIENTE DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

En atención a lo estipulado en el **Decreto 2106 de 2019**, “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, en él se precisan las fortalezas y debilidades de cada uno de los componentes de la Dimensión y Política de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión M.I.P.G.

Para la vigencia 2024 se realizaron informes correspondientes a los periodos enero a junio de 2024 y julio a diciembre de 2024.

ENERO A JUNIO DE 2024

COMPONENTE	EVALUACION	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Ambiente de Control	81%	De las 24 actividades definidas cinco (05) registran oportunidad de mejora (50%) y diecisiete (17) se cumplen al 100%.	En este componente la debilidad principal está en la falta de definición y documentación de la metodología de las tres líneas de defensa y la no elaboración del Código de integridad (0%) nivel de cumplimiento de numerales 1,1 y 2.2.
Evaluación de Riesgos	85%	De las 17 actividades de este componente cinco (05) registran oportunidad de mejora (50%) y doce (12) se cumplen al 100%	En los mapas de riesgos institucional y de corrupción actuales no están incluidos todos los procesos, es pertinente que los responsables de los procesos apliquen todos los controles y acciones de tratamiento establecidos para los riesgos y el Proceso de gestión planeación realice el monitoreo a los riesgos de corrupción.
Actividades de Control	88%	De las 12 actividades de este componente tres registran	Es importante que se realice lo pertinente a evaluación de proveedores como dispone el

		oportunidad de mejora (50%) el resto se cumplen al 100%	procedimiento establecido y dar cumplimiento al total de controles y acciones de tratamiento registrado para los riesgos identificados.
Información y Comunicación	89%	De las 14 actividades de este componente uno registra oportunidad de mejora (50%) y doce (12) se cumplen al 100%	La no caracterización periódica de usuarios o grupos de valor.
Monitoreo	89%	De las 14 actividades de este componente tres (03) registran oportunidad de mejora (50%) y once (11) se cumplen al 100%	Es importante que los líderes de procesos den aplicación a los controles y acciones de tratamiento registrados para los riesgos identificados, es pertinente evaluar la implementación de la metodología de las tres (3) líneas de defensa y que los responsables de procesos cumplan con las acciones correctivas presentadas en sus planes de mejoramiento.

TOTAL GENERAL DE LA EVALUACION ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA ENTIDAD 87%.

JULIO A DICIEMBRE DE 2024

COMPONENTE	EVALUACION	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Ambiente de Control	88%	De las 24 actividades definidas cuatro (04) registran oportunidad de mejora (50%), uno (01) 0% y diecinueve (19) se cumplen al 100%	En este componente la debilidad principal está en la falta de definición y documentación de la metodología de las tres líneas de defensa (0%). nivel de cumplimiento de numeral 2.2. En lo pertinente a algunos numerales de los lineamientos se cumple el 50% así : 1,4 se debe requerir a los procesos que no han identificado riesgos de corrupción para su cumplimiento , 3,1 es importante que todos los procesos reporten los riesgos identificados de corrupción y otros, 4,2 dar cumplimiento cabal al procedimiento de ingreso de personal y 4,3 realizar evaluación a total de funcionarios de la Universidad de acuerdo con modalidad de contratación.
Evaluación de Riesgos	91%	De las 17 actividades de este componente tres (03) registran oportunidad de mejora (50%) y doce (14) se cumplen al 100%	En los mapas de riesgos institucional y de corrupción actuales no están incluidos todos los procesos, es pertinente que los responsables de los procesos apliquen todos los controles y acciones de tratamiento establecidos para los riesgos.
Actividades de Control	88%	De las 12 actividades de este componente tres registran	Es importante que se realice lo pertinente a evaluación de proveedores como dispone el

		oportunidad de mejora (50%) el resto se cumplen al 100%	procedimiento establecido y dar cumplimiento al total de controles y acciones de tratamiento registrado para los riesgos identificados
Información y Comunicación	93%	De las 14 actividades de este componente dos (02) registran oportunidad de mejora (50%) y doce (12) se cumplen al 100%	Es importante que la Oficina Asesora de planeación documente las actuaciones que manifiesta están en proceso de diseño para que se realice en forma periódica la caracterización de usuarios. El proceso de Aseguramiento de la calidad al realizar la encuesta de percepción por parte de los usuarios debe involucrar internos y externos
Monitoreo	89%	De las 14 actividades de este componente tres (03) registran oportunidad de mejora (50%) y once (11) se cumplen al 100%	Es importante que los líderes de procesos den aplicación a los controles y acciones de tratamiento registrados para los riesgos identificados, es pertinente evaluar la implementación de la metodología de las tres (3) líneas de defensa y que los responsables de procesos cumplan con las acciones de mejora presentadas en sus planes de mejoramiento

TOTAL GENERAL DE LA EVALUACION ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA ENTIDAD 90%

CONCLUSIONES INFORME EVALUACION INDEPENDIENTE DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO DE LA UNIVERSIDAD

- En lo pertinente al componente Ambiente de control en la presente vigencia se adoptó el código de integridad y buen gobierno de la Universidad de la Amazonia mediante Acuerdo 043 del 27/08/2024. Además, que se documente todo lo relacionado para la definición de las tres líneas de defensa.
- En lo pertinente a evaluación de riesgos ya se realizó el envío de la matriz de riesgos de corrupción a los líderes de los procesos para su identificación, evaluación y registro por lo tanto es importante que se requiera a todos los gestores de procesos para que reporten lo pertinente. Además, es importante que se dé cumplimiento a todos los controles y acciones de tratamiento que se registran para asumir, reducir o evitar el riesgo.
- En el componente Actividades de Control se registra nuevamente No conformidades que se registraron en los informes de auditoría a los procesos que realizan evaluación a proveedores y algunos que no realizan el total de controles y acciones de tratamiento para los riesgos identificados.
- En lo referente al componente Información y comunicación es importante que la Oficina Asesora de planeación documente las actuaciones para que se realice en forma periódica la caracterización de usuarios que presenta cumplimiento del 50%.

- Las actividades del componente Monitoreo continúan presentando oportunidad de mejora para aumentar su evaluación porcentual. Para mejorar es pertinente que se dé cumplimiento a las acciones de mejora determinadas por los líderes de procesos en cada una de las NO conformidades que registran los informes de auditoría.

En los documentos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad (SIGC) se incluyó el mapa de riesgos de corrupción y al cierre de la vigencia se reportan riesgos diecinueve (19) de los veintiún (21) procesos existentes conforme al nuevo mapa de procesos de la Universidad de la Amazonia. Están pendientes de registrar riesgos de corrupción los procesos Dirección y Gobierno y apoyo académico únicamente a registrado los laboratorios conforme a actualización del 06 de agosto de 2024.

En el mapa de riesgos institucional actualizado al 30 de julio de 2024 donde se registran riesgos estratégicos, financieros, operativos, tecnológicos y de cumplimiento se registran dieciséis (16) de los veintiún (21) procesos existentes con reporte de riesgos y procesos como Extensión y Proyección Social (Unidad de emprendimiento) y Apoyo Académico reporta algunas unidades que lo integran (Clínica de pequeños animales, unidad de apoyo psicológico y consultorio contable).

Pendientes por reportar los procesos Dirección y Gobierno, Docencia, Gestión Seguridad y Salud en el trabajo, Gestión Documental y Gestión ambiental.

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS (PQRS-D)

En el informe de seguimiento a PQRS-D se registra datos estadísticos de las diferentes PQRS-D que recibe la Universidad de la Amazonia, información recopilada desde la Secretaría general, Oficina Jurídica, revisión al procedimiento de Atención al Ciudadano y el análisis de los datos del reporte módulo de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y denuncias, en cumplimiento de los objetivos de este seguimiento que es verificar que las respuestas a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, recursos de reposición, recurso de apelación, agradecimientos, comentarios y denuncias presentadas por la ciudadanía que cumplan con los términos establecidos en la Resolución Rectoral 3686 de 2023, Resolución Rectoral 1483 de 17 de mayo de 2024 y circular interna 001 de 2014.

Así conforme a la Ley 1474 de 2011 en su artículo 76 establece la publicación del informe de manera semestral el cual se publicó en la página web de la Universidad.

En este informe en la vigencia se registran recomendaciones y sugerencias así:

- Se requiere de manera inmediata dar atención a aquellas PQRS-D las cuales se encuentran vencidas de los términos de Ley. Así mismo, tener en cuenta las

solicitudes que se encuentran abiertas y dentro de los términos para responder, actividad que debe de ser liderada por cada directivo o jefe de oficina.

- Continuar fortaleciendo la cultura del autocontrol en funcionarios y contratistas, a través de capacitaciones en temas relacionados con: trámite de las peticiones, tiempos de respuesta, quejas, sugerencias y reclamos, riesgos, responsabilidades y procedimientos internos aplicables.
- Se recomienda capacitar al personal encargado de ejecutar y manejar los procedimientos de correspondencia y PQRS, con el objeto de evitar reproceso en su gestión y mejorar los tiempos de respuesta identificando las áreas responsables de las solicitudes pendientes y las solicitudes susceptibles de vencimiento.

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

El seguimiento al Plan Anticorrupción se realiza de acuerdo con sus cinco componentes: Administración del riesgo de corrupción, Racionalización de trámites, Rendición de cuentas, Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano y Transparencia y acceso a la información.

Conforme lo dispone la Ley 1474 de 2011 en su artículo 73 este informe es cuatrimestral, para lo cual se ha realizado el seguimiento y publicación en la página web de la Universidad de los cuatrimestres enero a abril y mayo a agosto de la vigencia 2024.

Del total de treinta y dos (32) actividades programadas para la vigencia 2024 a corte de diciembre, se evidenció cumplimiento en treinta (30) al 100%, y dos (02) restantes con nivel de cumplimiento entre 80% y 95% así:

- Identificar los riesgos asociados a cada proceso (corrupción) falta solo dos (02) procesos por reportar riesgos, razón por la cual sería pertinente reiterar la solicitud a los líderes de los procesos faltantes, con el fin de que identifique los riesgos de corrupción correspondientes. Cumplimiento 95%.
- Se sistematizará y se creará en Chairá el módulo para la formulación y seguimiento a los planes operativos anuales y su respectiva evaluación y seguimiento a la ejecución de las actividades definidas para cada vigencia. En esta actividad está pendiente ajustes al módulo dinamizados PDI/POA. Cumplimiento 80%.

INFORME CERTIFICACIÓN EKOGUI

Como lo dispone el Decreto 2052 de 2014 y la Circular Externa No 02 del 15 de julio de 2019 "Instructivo Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado "EKOGUI" perfil Jefe de Control Interno (V 12), se realiza informe correspondiente a la Universidad de la Amazonia referente a usuarios registrados en el sistema, número de procesos judiciales activos y terminados, calificación del riesgo y provisión contable para cada uno de los procesos e igualmente los prejudiciales activos y terminados.

El informe en mención se ha enviado en la presente vigencia la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, correspondientes a los semestres enero-junio y julio-diciembre de 2024.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE

En aplicación de los artículos 209 y 269 Constitución Nacional, Ley 87 de 1993 establece que el control interno forma parte integral de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y demás sistemas integrados, Resolución 357 de 2008 de la CGN que adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte de información anual de evaluación y Resolución 533 de 2015 de la CGN y las actualizaciones de la misma, en lo referente a la implementación del marco normativo y como resultado de la encuesta formulada por la Contaduría General de la República, al entrar a evaluar de manera cuantitativa el nivel de implementación de los respectivos controles asociados a las diversas actividades que conforman el ciclo contable, como también de componentes del control; el sistema de Control Interno Contable de la Universidad de la Amazonia fue calificado con un puntaje de 4.87 (Eficiente) para la vigencia 2023.

Se envió al Consolidador de Hacienda e información Pública CHIP de Contaduría General de la Nación el 27 de febrero de 2025 y se publicó en la misma fecha en la página Web de Uniamazonia.

Conforme a la evaluación se resalta lo siguiente:

FORTALEZAS

- Se está aplicando a partir del 01 de enero de 2024, el Manual de Políticas Contables bajo el nuevo marco normativo de entidades del gobierno, adoptado mediante resolución 3673 del 20 de diciembre de 2023 .
- La sección de contabilidad en la vigencia anterior dispuso en su equipo de trabajo de profesionales en el área de la Contaduría, lo cual ayuda a darle seguridad a los procesos.

- La división financiera está conformada con dependencias individuales: presupuesto, almacén, tesorería y contabilidad con sus respectivas responsabilidades.
- Están establecidos en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad los procedimientos para el proceso de gestión financiera para facilitar la aplicación de la política y además se actualizan en forma permanente.
- Se tienen identificados y evaluados los riesgos de índole contable para el proceso de Gestión Financiera.

DEBILIDADES

- No se evidenció para la vigencia 2024, dentro del plan institucional de capacitación el desarrollo de competencias y actualización permanente del personal involucrado en el proceso contable.
- No se evidenció un sistema de indicadores para analizar e interpretar la realidad financiera de la entidad en desarrollo del proceso contable.

RECOMENDACIONES

- Es importante que se solicite la implementación total, para lograr en el menor tiempo posible la operatividad óptima del software contable que se contrató para el proceso en la entidad, en razón a que a fecha de elaboración del informe está pendiente la conciliación entre almacén y contabilidad, debido a que almacén no ha realizado el informe por fallas en el sistema.
- Se recomienda que dentro del plan de capacitaciones institucional quede incluida la capacitación a funcionarios que laboran en el proceso contable.
- Implementar y mantener actualizados los indicadores contables de manera que permitan analizar e interpretar la realidad financiera de la entidad.

INFORME DE AUSTERIDAD DE GASTO

En aplicación del Decreto 984 de 2012 que Modifica el art. 22 de Decreto No. 1737 de 1998, Directiva presidencial No. 06 del 02 de diciembre de 2006 se elabora este informe en forma trimestral y se publica en la página Web de la Universidad.

Este informe muestra un análisis sobre la evolución de los gastos sometidos a la política de austeridad, de acuerdo con lo establecido en el decreto No. 1737 de 1998, decreto 444 de 2023, Resolución Rectoral de la Universidad de la Amazonia No 1082 de 2023 y Circular Externa 017 de 28 de junio de 2023 “Reporte sobre Austeridad del Gasto – Artículo 19 Ley 2155 de 2021, Decreto 444 de 2023”.

En la vigencia 2024 se elaboraron los correspondientes a los trimestres Enero-marzo, abril-junio y Julio- septiembre, en la vigencia 2025 se elaboró el trimestre octubre- diciembre 2024.

En este informe se hace un comparativo de los gastos generados por la Universidad de la Amazonia con los mismos meses de la vigencia anterior y de los cuales se generan algunas recomendaciones así:

- Se solicita a las oficinas que la información sea enviada de forma oportuna ya que el informe de austeridad del gasto (trimestral) se debe publicar dentro de los primeros 15 días hábiles del mes trimestre vencido, debido a que son objeto de auditoría por parte de la Procuraduría General de la Nación cuando se reporta el ITA, así mismo es objeto de seguimiento por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Continuar con la gestión que ha venido realizando la entidad para que los servidores públicos que tiene periodos vencidos de vacaciones los disfruten teniendo en cuenta lo establecido en los artículos 12 y 13 del Decreto 1045 de 1978.
- Establecer campañas de austeridad dentro de la Universidad para la comunidad universitaria enfocado al ahorro de servicios públicos, cuidado y conservación de bienes; además de divulgación de programas pedagógicos enfocados a la eficiencia del gasto.
- Continuar promoviendo los encuentros virtuales, sobre todo para actividades que impliquen desplazamiento físico de los servidores públicos, para cumplir con el principio de prelación de encuentros virtuales establecido en el artículo 6 del Decreto 199 de 2024.
- Seguir fortaleciendo el uso racional de papelería, adoptando mecanismos de información digital con el objetivo a que el gasto presupuestal de este rubro sea cada vez menor.

INFORME DERECHOS DE AUTOR DE SOFTWARE

Este informe se elabora anualmente y conforme lo disponen la Circular No. 017 del 01 junio de 2011, Directiva Presidencial No. 02 de 2002, Circular No. 04 del 22 diciembre de 2006 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno. Este se envía a la Unidad Administrativa Especial Dirección Nacional de Derechos de Autor, en el cual se registra la verificación, recomendaciones, seguimiento y resultados sobre el cumplimiento de las normas en materia de derechos de autor sobre software.

Se elaboró informe a corte de diciembre 2024, en la página Dirección Nacional de Derechos de Autor y se envió el 31 de enero de 2025 y se publicó en la página Web Institucional en la misma fecha.

En él se reportó que el software instalado en los equipos de la Universidad se encuentra debidamente licenciado según lo manifestado por el responsable de la Oficina de Tecnologías de la Información (OTI).

CAJA MENOR Y TIPS

En la vigencia 2024 se realizaron diez (10) arqueos de caja menor constituidas en las sedes de Florencia, Leticia y San José del Guaviare, así: Actas 001 del 17/04/2024, 002 del 25/04/2024, 003 del 20/06/2024, 0004 del 21/06/2024, 005 del 09/08/2024, 006 del 21/08/2024, 007 del 22/08/2024, 008 del 22/10/2024, 009 del 28/10/2024, 010 del 12/12/2024 en las cuales se han registrado los valores encontrados conforme a documentos y dinero en efectivo y/o en cuenta corriente. Además se registran las oportunidades de mejora o no conformidades pertinentes, entre ellas la siguiente:

“Es importante que se realice la gestión necesaria para que la cuenta donde se depositan los recursos de la caja menor sea una cuenta corriente a nombre de la Universidad de la Amazonia, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 2768 del 2012 en su artículo 9 que registra: “Del manejo del dinero. El manejo del dinero de caja menor se hará a través de una cuenta corriente de acuerdo con las normas legales vigentes”. A fecha del arqueo los recursos se continúan manejando en la cuenta de ahorros libreton...8975 del BBVA a nombre del funcionario Oscar Augusto Zuluaga Muñoz.”

La Oficina Asesora de Control Interno como responsable del Proceso Gestión de Control ha publicado tips denominados “Fomento a la Cultura del Control” enviados por correo electrónico 08/05/2024, 04/09/2024, 09/10/2024. Lo anterior para incentivar en los funcionarios lo pertinente al numeral 7.3 de las Normas ISO 9001:2015 e ISO 21001:2018 denominado “Toma de Conciencia”.

INFORME EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA – 2024.

De la evaluación y seguimiento se registraron las siguientes recomendaciones:

- Mejorar la formulación de los objetivos de los procesos, es decir, que contengan unos atributos mínimos de medición, para lo cual se podría hacer uso de las características SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales), esto con el fin de identificar riesgos que sean coherentes al objetivo del proceso.
- Capacitar a los responsables de procesos y delegados de calidad sobre la administración y gestión de riesgos.

- Identificar posibles nuevos riesgos que puedan impactar la gestión de los procesos, teniendo en cuenta el marco legal y los cambios internos y externos que aplique a cada uno de ellos.
- Socializar el presente informe con los responsables y delegados de calidad en cada uno de los procesos para la toma de decisiones.
- La Dirección de Aseguramiento de la calidad como responsable de actualizar anualmente el mapa de riesgos institucional se le recomienda requerir nuevamente a los líderes de aquellos procesos que no han realizado la labor de identificar y evaluar los riesgos que le son pertinentes en función de aplicar lo dispuesto al Acuerdo 09 del 2010 del Consejo Superior Universitario y al procedimiento para la gestión del riesgo y oportunidades (PD-S-AC-15).
- Que los gestores de los procesos realicen la actualización anual de la matriz de riesgos de su proceso y se dé cumplimiento a lo registrado en los planes de mejoramiento con respecto a controles y acciones de tratamiento para reducir, asumir, transferir o evitar el riesgo.
- Es pertinente que se evalúe la posibilidad de implementar acciones por parte de la Alta Dirección para quienes no cumplen o no hacen oportunamente la identificación y evaluación de los riesgos de su proceso.
- Sería adecuado que en el mapa de riesgos institucional se registrara fecha de cumplimiento para cada una de las acciones de tratamiento que han definido los líderes de los procesos para actuar frente al riesgo.
- Solicitar que los responsables de cada proceso realicen un monitoreo periódico de las acciones definidas para la administración de los riesgos identificados y de esta forma evitar que estos cambien de grado de exposición de la entidad al riesgo o se materialicen.

INFORME DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD (SIGC) CON LA NORMA ISO 9001:2015

Para la vigencia 2024 se generan las siguientes conclusiones:

- Se identifica que en su gran mayoría los responsables de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad realizan el seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión, ya que se observa que cada una de las fichas de seguimiento de indicadores ha sido registrada y evaluada como lo indica la periodicidad.
- Al finalizar la vigencia 2024 se evidenció que en lo pertinente a la gestión de riesgos dieciocho procesos (18) realizaron la evaluación en la matriz determinada y se actualizó el mapa de riesgos institucional, registrando los controles y acciones de tratamiento para reducir, asumir, compartir o evitar el riesgo.
- El ejercicio de evaluación de la gestión realizada desde cada una de las dependencias para el cumplimiento del Plan Operativo Anual y de los

respectivos objetivos del Plan de Desarrollo Institucional ha sido positiva, y se elabora el plan de mejoramiento en el proceso de Direccionamiento Estratégico para subsanar las falencias que se presentan con el cumplimiento de las metas anuales.

- Se observan los esfuerzos institucionales para la implementación de desarrollos tecnológicos y de infraestructura para un mejor desempeño de las actividades institucionales, lo que facilitará la toma de decisiones y optimización de tiempos y recursos institucionales generando la mejora continua.
- Desde la Oficina Asesora de Control Interno y los equipos de trabajo auditados en cada proceso y/o dependencia se ha trabajado de manera conjunta para la correcta ejecución del programa anual de auditorías aprobado por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.
- En los seguimientos realizados a los planes de mejoramiento por procesos presentados en la vigencia 2024 se evidencia avances importantes en algunos de los procesos auditados y se ha dado cumplimiento total a ciento seis (106) NO conformidades de doscientas nueve (209) registradas, representando un avance del 51% con expectativas de mayor avance en razón a que a algunos procesos aún no se les ha realizado seguimiento a sus planes de mejoramiento.
- En la auditoria a los Sistemas de Gestión realizada en la vigencia 2023 por la entidad certificadora se registra en su informe que: “Se recomienda Otorgar la Certificación ISO 21001:2018 y se recomienda Renovar anticipadamente el certificado del Sistema de Gestión ISO 9001:2015.” Además, en las certificaciones que se encuentran en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad se registra: “Fecha de Vencimiento ciclo actual: 2025-06-20” correspondiente a ISO 9001:2015.
- Se elaboró y envió informe de evaluación auditorías internas vigencia 2024 al señor Rector para su conocimiento y fines pertinentes. Además se presentó informe de gestión al Consejo Superior Universitario y al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

En conclusión general se ha visto una mejora continua en la mayoría de los procesos auditados y se puede registrar que el Sistema Integrado de Gestión de Calidad está cumpliendo con lo dispuesto en las normas ISO 9001:2015 e ISO 21001:2018, conforme a la verificación del cumplimiento de los diferentes numerales que se anotan en los criterios de planeación de las auditorías e informes de auditorías.

Además, que se han realizado actuaciones que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos así:

- En la vigencia 2024 se auditó y realizó seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional (PDI) correspondiente al año 4 (2023), para verificar el cumplimiento de las metas anuales.

- Se han creado, modificado o eliminado procedimientos, formatos, guías, etc. para dar una mayor aplicación y/o funcionalidad al Sistema.

AUDITORIAS INTERNAS

PROCESO	AUDITORES	FECHA PROGRAMADA	FECHA AUDITORIA
1-GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Evaluación SG-SST)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	ENERO	Realizada del 15 al 19 de enero de 2024
2-GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	FEBRERO	Realizada del 01 al 12 de febrero de 2024
3-GESTIÓN GRADUADOS (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	FEBRERO	Realizada del 01 al 09 de febrero de 2024
4-GESTIÓN DE BIENESTAR INSTITUCIONAL (Calidad, Gestión, Riesgos, Incluyendo Piscina)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	FEBRERO	Realizada del 12 al 29 de febrero de 2024
5-EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	MARZO	Realizada del 01 al 12 de marzo 2024
6-GESTIÓN VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	MARZO	Realizada del 01 al 12 de marzo 2024
7-GESTIÓN SERVICIOS Y MANTENIMIENTO (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	MARZO	Realizada del 13 al 22 de marzo 2024
8-GESTIÓN TECNOLÓGICA (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	ABRIL	Realizada del 01 al 12 de abril 2024
9-DOCENCIA (Documentos y liquidación Estudiantes Nuevos 2023-1)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	ABRIL	Realizada del 01 al 12 de abril 2024
10-GESTIÓN DE PLANEACIÓN (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	ABRIL	Realizada del 08 al 12 de abril de 2024

11-GESTIÓN DE PLANEACIÓN (Auditoria al Plan de Desarrollo Institucional)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	ABRIL	Realizada del 15 al 26 de abril del 2024
12-GESTIÓN DE TALENTO HUMANO: (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	MAYO	Realizada del 07 al 31 de mayo de 2024
13-GESTIÓN JURÍDICA (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JUNIO	Realizada del 4 al 14 de junio de 2024
14-GESTIÓN FINANCIERA: (Legalización avances)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JUNIO	Realizada del 4 al 14 de junio de 2024
15-GESTIÓN JURÍDICA (Cartas Convenios)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JUNIO	Realizada del 17 al 28 de junio de 2024.
16-GESTIÓN AMBIENTAL (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JUNIO	Realizada del 17 al 28 de junio de 2024
17-GESTIÓN DE APOYO ACADÉMICO: (GESTIÓN-Calidad-Riesgos-Inventarios Semovientes)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JULIO	Realizada del 02 al 12 de julio de 2024.
18-INVESTIGACIÓN (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JULIO	Realizada del 02 al 12 de julio 2024
19-GESTIÓN DOCUMENTAL (GESTIÓN Calidad Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JULIO	Realizada del 15 al 26 de julio de 2024
20-ASEGURAMIENTO DE CALIDAD (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	JULIO	Realizada del 15 al 26 de julio de 2024
21-DOCENCIA (Calidad, Gestión, Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	AGOSTO	Realizada del 01 de agosto al 02 de septiembre de 2024
22-GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: (Calidad - Gestión-Riesgos- Pólizas)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	SEPTIEMBRE	Realizada del 02 al 13 de septiembre de 2024

GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)			
23-GESTIÓN FINANCIERA: (Calidad- Gestión - Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	SEPTIEMBRE	Realizada del 16 al 30 de septiembre de 2024
24-GESTIÓN FINANCIERA: (Deudores educativos-arrendamientos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	SEPTIEMBRE	Realizada del 16 al 30 de septiembre de 2024
25-SEDE LETICIA Y SEDE GUAVIARE (INTEGRAL)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	OCTUBRE	Realizada del 01 al 09 de octubre de 2024
26-GESTIÓN DE CONTROL (Calidad, Gestión y Riesgos)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	OCTUBRE	Realizada del 21 al 25 de octubre de 2024
27-GESTIÓN VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL (Convenios)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	OCTUBRE	Realizada del 21 al 31 de octubre de 2024
28-GESTIÓN FINANCIERA: (Inventarios)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	OCTUBRE-NOVIEMBRE	Realizada del 28 de octubre al 15 de noviembre de 2024
29-DOCENCIA (Documentos y liquidación Estudiantes Nuevos 2023-2 - Plataforma CHAIRA)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	NOVIEMBRE	Realizada del 18 al 29 de noviembre de 2024. Se incluyo el semestre 2024-1
30-GESTIÓN TECNOLÓGICA (Plataforma CHAIRA)	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	NOVIEMBRE	Realizada del 18 al 29 de noviembre 2024.
31-GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Calidad, Gestión, Riesgos) y Evaluación SGSST	Yessica Alejandra Suaza Obregón, Darlenson Quinto Ibarguen, Richard Fabian Cuellar Leal Y Fabio Beltrán Perdomo	DICIEMBRE	Realizada del 02 al 10 de diciembre 2024.

De las auditorías realizadas en la vigencia 2024 es importante resaltar lo pertinente en los siguientes procesos:

Gestión seguridad y salud en el trabajo:

No se encuentra establecido un plan de ayuda mutua para preparación y respuesta ante emergencia de la Universidad de la Amazonia.

Gestión de Bienestar Institucional:

No existe evidencia de la aprobación por parte del Consejo Superior Universitario del protocolo de atención de violencia de género y acoso sexual (IN-A-BI-17-01).

Gestión Tecnológica

Se evidencia incumplimiento al Artículo 1 de la resolución 1126 de 2021 MINTIC la cual establece que las entidades estatales del orden nacional deberán culminar el proceso de transición al protocolo IPv6 en convivencia con el protocolo IPv4 a más tardar el 30 de junio de 2022. En auditoría realizada a la vigencia 2022 se establece la NO conformidad, siendo esta reiterativa.

Docencia (Documentos y liquidación estudiantes nuevos)

- Matrícula de estudiantes nuevos para los dos periodos académicos de los años 2020, 2021, 2022 y 2023 en lo correspondiente a la liquidación y documentos, donde se registran NO conformidades por mayor o menor valor liquidado en las matrículas, lo cual puede conllevar a hallazgos con incidencia fiscal de parte de los entes externos que nos auditan.

Del resultado de las auditorias se evidencia menores y mayores valores liquidados en siete procesos de liquidación de cuatro años consecutivos así:

Año 2020 - I Y 2020- II

2020-1	2020-1	2020-2	2020-2
Menor valor Liquidado	Mayor Valor Liquidado	Menor valor Liquidado	Mayor Valor Liquidado
\$1.580.041	---	\$87.780	---
---	---	\$877.799	---
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
\$1.580.041	---	\$965.579	---

Año 2021 - I Y 2021- II

2021-1	2021-1	2021-2	2021-2
Menor valor Liquidado	Mayor Valor Liquidado	Menor valor Liquidado	Mayor Valor Liquidado

\$227.132	\$90.852	\$227.132	\$545.115
\$227.131	\$45.426	\$90.852	---
\$3.179.841	\$45426	545.116	---
\$2.453.021	\$136.278	545.116	---
\$1.362.790	\$45.426	\$908.526	---
\$454.263	---	---	---
\$1.635.347	---	---	---
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
\$9.539.525	\$363.408	\$2.316.742	\$545.115

Año 2022 - I Y 2022- II

2022-1	2022-1	2022-2	2022-2
Menor valor Liquidado	Mayor Valor Liquidado	Menor valor Liquidado	Mayor Valor Liquidado
\$600.000	\$300.000	\$1.500.000	-----
\$120.000	\$1.200.000	----	---
\$600.000	\$120.000	----	---
\$1.000.000	\$2.400.000	----	---
\$250.000	----	-----	---
\$1.800.000	---	---	---
\$780.000	---	---	---
\$500.000			
\$500.000			
\$1.200.000			
\$250.000			
\$300.000			
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
\$7.900.000	\$4.020.000	\$1.500.000	\$0

Año 2023-1 y 2023-II

2023-1	2023-1	2023-2	2023-2
Menor valor Liquidado	Mayor Valor Liquidado	Menor valor liquidado	Mayor valor liquidado
\$176.000	-----	\$ 696.000	
TOTAL	TOTAL	TOTAL	
\$176.000	---0---	\$ 696.000	

Año 2024-I

2024-I	2024-I
Menor valor liquidado	Mayor valor liquidado

\$ 195.000	\$780.000
\$ 780.000	\$390.000
\$ 156.000	\$325.000
\$5.070.000	\$234.000
	\$650.000
	\$195.000
TOTAL	TOTAL
\$6.201.000	\$2.574.000

De las NO CONFORMIDADES registradas en las auditorías a los años 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024-1 respectivamente se evidencia la reincidencia de estas dando como resultado:

Total de menor valor liquidado en las vigencias reportadas TREINTA MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS (\$ 30.874.887).

Total de mayor valor liquidado en las vigencias reportadas SIETE MILLONES QUINIENTOS DOS MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS (\$ 7.502.523).

Gestión de Talento Humano (calidad, gestión y riesgos):

- No se evidencia cumplimiento a la acción de tratamiento “Implementación de Políticas de Seguridad” establecida para el riesgo “Extravío y/o Pérdida de información o de documentos soporte de la Historia Laboral” debido a que no tienen definidas las políticas de seguridad desde el proceso de Gestión de Talento Humano.
- Se observa incumplimiento al artículo 234 Capítulo IV de la ley 11 de 1984 Código Sustantivo del Trabajo y sentencia 49941 del 21 de noviembre de 2018 de la Sala Laboral de la Corte Suprema, considerando que se ha realizado el pago en efectivo de la dotación para administrativos por contrato según lo evidenciado en el formato FO-A-TH-11-05 “Dotación personal administrativo”. Igualmente, el pago en efectivo también se ha realizado en vigencias anteriores. Adicional no se recibió soporte del cómo se estableció el valor que se está cancelando por este concepto.
 - DANIA JULIETH GARCIA TRIANA CC. 1117533549.
 - CARLOS ALIRIO ZAMORA CC. 1117528528.
 - CLAUDIA LORENA BELTRÁN CHICA CC. 40670561.
 - EDILBERTO ALVIS ALPE CC. 17652170.
 - ANGIE VANESSA CÓRDOBA CC. 1110587307.
 - CARLOS MARIO YAGARI VALENCIA CC. 17656351.
 - EDGAR YULIAN RINCÓN SÁNCHEZ CC. 1117530967.

- CRISTIAN ABEL MONCALEANO MANJARREZ CC. 17689336.
- BLEINER LORENA TRUJILLO SEPÚLVEDA CC. 1117489693.
- CLAUDIA ALEJANDRA PLAZA PÉREZ CC. 1117531419.
- EDWIN YOVANNY LOSADA SALDAÑA CC. 7728306.

Gestión Financiera (Legalización avances):

- Se evidencia legalización de avances que fueron girados para constitución de caja menor a nombre de Bleiner Lorena Trujillo Sepúlveda, legalizados el 27/12/2023 por \$31.400.000, 29/06/2023 por \$30.644.000, Nathalie Sánchez Araujo, avance realizado el 21/02/2023 por valor de \$13.685.000 y legalizado el día 16/02/2024 y se registran las siguientes novedades:
- Las resoluciones 2308 del 28 de julio de 2023 y 506 del 21 de febrero de 2023, estipulan “Por la cual se ordena la apertura de la caja menor de la Universidad de la Amazonia -sede Florencia, vigencia 2023” y no refiere autorización de avance.

Igualmente, La resolución 507 del 21 de febrero de 2023 estipula “Por la cual se ordena la apertura de la caja menor de la Universidad de la Amazonia -sede leticia, vigencia 2023” y no que autoriza un avance.

El objetivo y alcance de los procedimientos PD-A-GF-16 de avances y comisiones y PD-A-GC-18 procedimiento caja menor son diferentes.

Los pasos determinados en el procedimiento de avances y comisiones son para “Determinar de forma clara y precisa los pasos que se deben tener en cuenta en la realización de los avances y comisiones, para gastos de viaje y viáticos de los docentes y administrativos de la Universidad de la Amazonia.” y no para constituir caja menor.

En las modalidades permitidas y establecidas por la Resolución 3024 de 2015 en su artículo 3 no se registra apertura de caja menor.

- En la información recibida por correo electrónico del funcionario responsable de legalización de los avances, las siguientes personas NO legalizaron los avances conforme a los términos concedidos antes del cierre de la vigencia 2023, así:
 - Erika Penagos Ordoñez, Resolución 3376 por \$200.000 de 23/11/2023, para ejecutar el 23/11/2023 adquisición de una póliza de accidentes personales. Legalizó el 19/04/2024.
 - Luz Stella Nerio Quintana, Resolución 3205 por \$5.283.362 de 10/11/2023, para ejecutar en quince días hábiles después de desembolso, el cual fue realizado el 15/11/2023, adquisición de elementos. Legalizó el 09/01/2024.

- Sebastián Danilo Galindo Osorio, Resolución 3337 de 20/11/2023, que modificó la Resolución 3295, por \$579.880 de 15/11/2023, para ejecutar el 22/11/2023, compra de material biológico. Legalizó el 16/02/2024.
- Milcíades Pérez Gómez, Resolución 1592 por \$2.025.200 del 15/05/2023, para ejecutar del 23 al 29 de mayo de 2023, desplazamiento para realizar práctica académica. Legalizó el 20/03/2024.
- Mariana García Morales, Resolución 3172 por \$6.440.000 del 08/11/2023, para ejecutar del 11 al 14 de noviembre de 2023, taller de comunicaciones con niños, niñas y jóvenes. Legalizó el 16/04/2024.
- Lubeimar Eduardo Gallego Ruiz, Resolución 3292 por \$1.200.000 del 16/11/2023, para ejecutar el 01 de diciembre de 2023, compra de camibuzos, medallas, refrigerios. Se le realizaron descuentos de nómina en los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2024 cada uno por \$300.000. No se ha elaborado comprobante de legalización.
- Yudy Alexandra Otaya Calderón, Resolución 1558 por \$3.600.000 del 10/05/2023, para ejecutar del 15 al 31 de mayo de 2023, compra de insumos y materia prima. Se le realizaron descuentos de nómina en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2023 cada uno por \$1.200.000. No se ha elaborado comprobante de legalización.

Observado: esta NO conformidad es reincidente desde la auditoría realizada en la vigencia 2023.

- No se llevó a cabo lo dispuesto en las normas registradas y que determinan: “Cuando se trate de avances para gastos de desplazamiento, comisión, viáticos y compras, éstos deben legalizarse durante los cinco (5) días siguientes después de su ejecución” “legalización de avances y responsabilidades”.

Además, no se evidencia registros de actuaciones realizadas con respecto al cumplimiento de lo dispuesto en la norma (Resolución) que se debe realizar el descuento por nómina y el cual es pertinente mencionar que se realice oportunamente, en razón a que según la información recibida por correo del funcionario responsable de legalización de los avances, la siguiente persona NO ha legalizado a la fecha de la auditoría el avance conforme a los términos concedidos antes del cierre de la vigencia 2022.

Igualmente, no se tiene registros o reportes de actuaciones disciplinarias a que haya lugar, con respecto a este avance.

- Cristhian Ricardo Santos Gutiérrez, Resolución 3317 por \$192.000 de 11/11/2022, para orientar espacio académico. Para ejecutar el día 13 y el 26 de noviembre de 2022.

Estado: A la fecha de la auditoría realizada en la vigencia 2024, NO ha legalizado. Según información suministrada en la división de servicios administrativos se desempeñó como docente catedrático del 08/08/2022 al 09/12/2022 y en la vigencia 2023 no fue vinculado.

- Se evidencia incumplimiento al control “Control en legalizaciones de avances” establecido en el riesgo “Pérdida de recursos económicos” del mapa de riesgos institucional, en razón a que de acuerdo con la información enviada por la responsable de legalización avances se presentan las siguientes situaciones:

Cristhian Ricardo Santos Gutiérrez, Resolución 3317 por \$192.000 de 11/11/2022, persona que no está vinculada a la Institución y que no legalizó el avance concedido desde la vigencia 2022.

Lubeimar Eduardo Gallego Ruiz, Resolución 3292 por \$1.200.000 del 16/11/2023 y Yudy Alexandra Otaya Calderón, Resolución 1558 por \$3.600.000 del 10/05/2023, quienes no realizaron la legalización del avance conforme a las compras que debían realizar y además los descuentos por nomina no fueron efectuados oportunamente, sino por el contrario meses después de vencidos los términos. A fecha de auditoría no se evidenció comprobante de legalización.

Cinco (05) avances concedidos en la vigencia 2023 y que los términos de ejecución vencían en la misma vigencia, fueron legalizados varios meses después en la vigencia actual (2024).

- Observación: Se agrega la NO conformidad de acuerdo con el seguimiento al plan de mejoramiento por procesos de la vigencia 2022 realizado el 30/04/2024 la acción de mejora no se cumplió en razón a que:

En la relación de beneficiarios que se presentó para legalización de avance, se encuentran relacionados los funcionarios mencionados a continuación los cuales no asistieron a dicha actividad:

- Diego Alexander García
- Alexander Rodríguez Quesada
- Darlenson Quinto Ibarquén

Gestión Financiera (calidad, gestión y riesgos)

A la fecha de la auditoría no se evidencia acciones para identificar la procedencia y concepto de recaudo de los dineros llevados a la cuenta “conceptos varios sin soporte” y/o “Recaudos

por clasificar” en razón a que según información suministrada por tesorería en las siguientes vigencias registran estos saldos:

2019: \$ 172.946.685.01
2020: \$ 200.757.706.01
2021: \$ 204.501.786.09
2022: \$ 234.776.313.31
2023: \$ 529.968.065.43

Además, en el informe de auditoría financiera vigencia 2023 por CGR se registró como hallazgo número 3 “conciliaciones y recaudos por clasificar” por valor de \$490.331.214.

- A fecha de la auditoría no se ha llevado a cabo la implementación del recaudo por medios electrónicos en dependencias como la clínica de pequeños y grandes animales en razón a que se evidenció consignaciones de recaudo en efectivo realizado en esas unidades de apoyo, por lo cual se evidencia el incumplimiento a la norma registrada.
- A fecha de la auditoría no se evidenció elaborado el plan de mejoramiento de las glosas formuladas por el Congreso, para poder realizar seguimiento y cumplimiento a lo registrado en el Informe de auditoría financiera a la Universidad de la Amazonia vigencia 2023 por la Contraloría General de la República, donde determina como causa del hallazgo deficiencias en el seguimiento y control por parte de la Oficina de Control Interno.

Gestión Financiera (deudores)

- No existe un área encargada de la gestión de cartera responsable de realizar continuamente el seguimiento del reconocimiento de los derechos de cobro, lo que permite la materialización de los riesgos en este procedimiento.

Auditoría a la sede de Leticia (integral)

A la sede Leticia se le realizó auditoría incluyendo todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (integral) generando como resultado dieciocho (18) NO conformidades, entre otras:

- No se encontró a la fecha de la auditoría el archivo de gestión de las vigencias anteriores debidamente organizado, con tabla de contenido, foliado y además no se cuenta con tabla de retención documental vigente. Lo anterior genera incumplimiento a la normatividad vigente.
- A fecha de la auditoría no se encontró formulados para seguimiento y evaluación los indicadores de gestión y calidad institucional para la sede, conforme a la matriz de evaluación a indicadores de gestión administrativa y académica FO-S-AC-18-01.

- No se llevó a cabo en la sede la elaboración del plan operativo anual (POA) para las vigencias 2023 y 2024, como está dispuesto en la normatividad vigente. En consecuencia no se registran evaluaciones de las actividades realizadas por la sede y que contribuyan al cumplimiento del Plan de desarrollo institucional (PDI)
- A fecha de la auditoria no se evidencia registro de inventario de los diferentes elementos que se tienen en la sede, debidamente firmado por almacén y la responsable de la sede, para las vigencias evaluadas 2023 y 2024-1.
- No existe a fecha de la auditoria la identificación, evaluación y reporte de la matriz de riesgos institucionales y de corrupción para ser registrados en su respectivo mapa y de igual manera poder evaluar el cumplimiento de los controles y acciones de tratamiento
- No se encontró a fecha de la auditoría registrado en el SIGC el plan de gestión del riesgo de desastres para la sede de Leticia, con la respectiva aprobación, y para su socialización.
- No se encontró a fecha de la auditoria el cumplimiento a lo dispuesto en el contrato individual de trabajo a término fijo como obligaciones del trabajador el rendir informes periódicos. Además no se evidencio registros de haber coordinado y aplicado procesos de evaluación tendientes a mejorar y garantizar la calidad de los programas académicos.

Auditoria a la sede de San José del Guaviare (integral)

A la sede San José del Guaviare se le realizó auditoria incluyendo todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (integral) generando como resultado once (11) NO conformidades, entre otras:

- No se ha elaborado la Tabla de Retención Documental que aplicara para la organización de archivo en la Sede.
- Los funcionarios que laboran en el proceso no conocen el Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC) en relación con la política de aseguramiento de la calidad, manual de calidad, procedimientos, riesgos de gestión y de corrupción.
- El proceso auditado no cuenta con indicadores de gestión incluidos en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC) para medir el cumplimiento de los objetivos.
- No se encontró la elaboración del Plan Operativo Anual (POA) de la vigencia 2024. En consecuencia, no se presenta la evaluación y los avances en el periodo 2024-1
- No se está da cumpliendo a lo estipulado en la cláusula cuarta numeral 4 del contrato individual de trabajo a término fijo No. 276-2024 del coordinador de la Sede de San José del Guaviare, debido a que no se está realizando informes periódicos sobre gestiones administrativas y académicas.
- De acuerdo con la auditoría realizada se evidencia que no existen riesgos de gestión y corrupción identificados.

CONCLUSIONES

En la vigencia 2024, se programaron y realizaron treinta y una auditoria (31) auditorias dando cumplimiento integral al programa anual de auditorías internas y como resultado de la ejecución de este se identificaron trescientos veintidós (322) NO conformidades y doscientas trece (213) oportunidades de mejora, registradas en los informes enviados a los gestores de los procesos auditados, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Procesos	Procesos	No Conformidades	Oportunidades de mejora
Procesos Estratégicos	Dirección y Gobierno		
	Gestión Planeación (calidad, PDI)	4	3
	Gestión y Defensa Jurídica (calidad, cartas convenio)	13	10
	Aseguramiento de la Calidad (calidad)	8	13
	Gestión de Información y Comunicación (calidad)	6	6
Procesos Misionales	Docencia (matriculas estudiantes 2023-1, calidad, sedes Leticia y San José del Guaviare, matriculas estudiantes 2023-2 y 2024-1)	80	36
	Investigación (calidad)	2	7
	Extensión Y Proyección Social (calidad departamento de extensión y Unidad de iniciativa empresarial)	11	8
Procesos de Apoyo	Gestión Graduados (calidad)	3	9
	Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	14	7
	Gestión Bienestar Institucional (calidad)	13	12
	Gestión Documental (calidad)	11	6
	Gestión Ambiental (calidad)	7	6
	Gestión de compras y contratación (calidad)	28	11
	Gestión Financiera (avances, calidad, deudores, inventarios)	32	24
	Gestión Talento Humano (calidad)	40	14
	Gestión visibilidad nacional e Internacional (calidad, convenios)	9	5
	Gestión Apoyo Académico (calidad).	16	9
	Gestión Servicios y Mantenimiento (calidad)	17	11

	Gestión Tecnológica (calidad, plataforma chaira)	8	13
Procesos de Evaluación	Gestión de Control (calidad)	0	3
	Gestión de Control Disciplinario		

Los procesos Dirección y gobierno y Gestión de Control Disciplinario no se incluyeron en el programa de la vigencia.

SEGUIMIENTO Y EVALUACION A PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

Se recibieron planes de mejoramiento y se realizó el seguimiento y evaluación de acuerdo con la fecha programada registrándose resultados de cumplimiento (%) así:

Ítem.	Proceso Auditado	% Cumplimiento primer seguimiento	% Cumplimiento segundo seguimiento	% Cumplimiento tercer seguimiento	% Cumplimiento vigencia 2024
1	GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Evaluación SG-SST)	85	93		93
2	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (Calidad, Gestión, Riesgos)	70	80		80
3	GESTIÓN GRADUADOS (Calidad, Gestión, Riesgos)	67	67		67
4	GESTIÓN DE BIENESTAR INSTITUCIONAL (Calidad, Gestión, Riesgos, Incluyendo Piscina)	53	75		75
5	EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL (Calidad, Gestión, Riesgos)	27	58		58
6	GESTIÓN VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL (Calidad, Gestión, Riesgos)	77	100		100
7	GESTIÓN SERVICIOS Y MANTENIMIENTO (Calidad, Gestión, Riesgos)	81	93		93
8	GESTIÓN TECNOLÓGICA (Calidad, Gestión, Riesgos)	75	75		75
9	DOCENCIA (Documentos y liquidación Estudiantes Nuevos 2023-1)	46	46	46	46
10	GESTIÓN DE PLANEACIÓN (Calidad, Gestión, Riesgos)	89	100		100
11	GESTIÓN DE PLANEACIÓN (Auditoria al Plan de Desarrollo Institucional)	57	66		66

12	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO: (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)	55	73		73
13	GESTIÓN JURÍDICA (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)	100	N/A		100
14	GESTIÓN FINANCIERA: (Legalización avances)	28	28	66	66
15	GESTIÓN JURÍDICA (Cartas Convenios)	71	93		93
16	GESTIÓN AMBIENTAL (Calidad, Gestión, Riesgos)	17	57		57
17	GESTIÓN DE APOYO ACADÉMICO: (GESTIÓN-Calidad-Riesgos-Inventarios Semovientes)	38	45	50	50
18	INVESTIGACIÓN (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)	50	60		60
19	GESTIÓN DOCUMENTAL (GESTIÓN Calidad Riesgos)	66	74		74
20	ASEGURAMIENTO DE CALIDAD (Calidad, Gestión, Riesgos)	33	50		50
21	DOCENCIA (Calidad, Gestión, Riesgos)	42			42
22	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: (Calidad - Gestión-Riesgos- Pólizas) GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN (Calidad-GESTIÓN-Riesgos)	76	88		88
23	GESTIÓN FINANCIERA: (Calidad- Gestión - Riesgos)	83			83
24	GESTIÓN FINANCIERA: (Deudores educativos-arrendamientos).	32			32
25	SEDE LETICIA Y SEDE GUAVIARE (INTEGRAL)	43-38	71-56		71-56
26	GESTIÓN DE CONTROL (Calidad, Gestión y Riesgos)	NA			NA
27	GESTIÓN VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL (Convenios)	73	90		90
28	GESTIÓN FINANCIERA: (Inventarios)	61			61
29	DOCENCIA (Documentos y liquidación Estudiantes Nuevos 2023-2 y 2024-1 Plataforma CHAIRA)	31			31
30	GESTIÓN TECNOLÓGICA (Plataforma CHAIRA)	75			75
31	GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Calidad, Gestión, Riesgos) y Evaluación SGSST	49			49

En la vigencia 2024 los responsables de los procesos auditados presentaron por cada auditoria su correspondiente plan de mejoramiento.

En algunos procesos se le realizaron tres (03) seguimientos, con el fin de verificar si se está realizando la mejora continua conforme a su plan de mejoramiento.

Una vez realizado el análisis de cada una de las 31 auditorías realizadas en el año 2024 a la vigencia 2023 y primer semestre de 2024, se presenta el consolidado del seguimiento y verificación de cumplimiento al 100%, a las NO conformidades establecidas en los planes de mejoramiento.

Procesos	No Conformidades en el informe	Cumplidas 100% seguimiento	No conformidades pendientes
Gestión Planeación (calidad, PDI)	4	3	1
Gestión y Defensa Jurídica (calidad, cartas convenio)	13	12	1
Aseguramiento de la Calidad (calidad)	8	3	5
Gestión de Información y Comunicación (calidad)	6	4	2
Docencia (matriculas estudiantes 2023-1, calidad, sedes Leticia y San José del Guaviare, matriculas estudiantes 2023-2 y 2024-1)	80	29	51
Investigación (calidad)	2	0	2
Extensión Y Proyección Social (calidad departamento de extensión y Unidad de iniciativa empresarial)	11	5	6
Gestión Graduados (calidad)	3	2	1
Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	14	6	8
Gestión Bienestar Institucional (calidad)	13	6	7
Gestión Documental (calidad)	11	5	6
Gestión Ambiental (calidad)	7	4	3
Gestión de compras y contratación (calidad)	28	23	5
Gestión Financiera (avances, calidad, deudores, inventarios)	32	14	18
Gestión Talento Humano (calidad)	40	24	16
Gestión visibilidad nacional e Internacional (calidad, convenios)	9	8	1
Gestión Apoyo Académico (calidad)	16	6	10

Gestión Servicios y Mantenimiento (calidad)	17	14	3
Gestión Tecnológica (calidad, plataforma chaira)	8	6	2
Gestión de Control (calidad)	0		0
TOTAL	322	174	148

RECOMENDACIONES:

- Es importante que los gestores de los procesos realicen las acciones de mejora o correctivas que se registran en los planes de mejoramiento por procesos para contribuir a la correcta evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC). Además, algunas NO conformidades se han vuelto reiterativas en las diferentes auditorías realizadas.
- Los gestores de los procesos deberían asumir la responsabilidad en la capacitación permanente sobre el SIGC a todos los funcionarios, para dar cumplimiento al numeral 7.3 de las Normas ISO 9001:2015 e ISO 21001:2018 denominado “Toma de Conciencia.
- En lo referente a los riesgos es importante que los gestores de los procesos incluyan en su identificación, seguimiento y evaluación a todos los funcionarios que conforman su equipo de trabajo para el conocimiento y aplicación de los controles y acciones de tratamiento en cada uno de ellos para reducir o evitar la materialización de alguno de ellos. Además que se responsabilicen en el cumplimiento de los controles, acciones de tratamiento y en la actualización de la matriz de riesgos y reporte a la Dirección de aseguramiento de la calidad en las fechas por ellos determinadas.
- En lo pertinente al informe de Evaluación Independiente del Estado de Control Interno de la Entidad es importante que los responsables de las actividades que se registran con oportunidad de mejora o cumplimiento del 0% las culminen o las realicen en forma oportuna para mejorar la evaluación semestral.
- En la elaboración de los planes de mejoramiento para auditorías de entes internos o externos las acciones de mejora o actividades a realizar se deben registrar y realizar de tal manera que se subsane y no se repita el hecho que conllevó al hallazgo o NO conformidad. Además es importante el cumplimiento oportuno de las acciones de mejora.
- Es importante que las actividades no cumplidas al 100% en el plan anticorrupción y atención al ciudadano los funcionarios responsables de su elaboración las incluyan en el de la siguiente vigencia para su seguimiento y verificación de cumplimiento.
- En el Informe de evaluación del sistema de control interno contable se registran debilidades y recomendaciones que los funcionarios del proceso de Gestión Financiera deben evaluar y darle la solución pertinente.

- Es conveniente que los gestores de procesos apliquen en todos los procedimientos lo establecido en cada uno ellos para dar cumplimiento a los criterios de las normas ISO 9001:2015 e ISO 21001:2018 y así dar total conformidad al Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC) implementado por la Universidad de la Amazonia. La norma ISO 21001:2018 para Sistemas de Gestión para Organizaciones Educativas se empezó a aplicar en octubre de 2023.
- Es importante que se dé cumplimiento total y oportuno a las NO conformidades incluidas en el informe de ICONTEC para el mantenimiento de las certificaciones.

Cordialmente,


DIANA FERNANDA BERMEO MANTILLA
Asesor Oficina Asesora de Control Interno
Elaboró: Fabio B.

Universidad de la.
Amazonia