 <b>UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS</b>	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-04	<b>Versión:</b> 09	<b>Fecha de aprobación:</b> 26/02/2024	<b>Página:</b> 1 de 13

<b>Tipo de auditoría</b>	<b>Fecha del informe</b>
Auditoría basada en riesgos	29/08/2025

<b>Unidad auditable:</b>	Apoyo a la Academia
<b>Líder del proceso o responsable de la unidad auditable:</b>	Anita Isabel Roque Rodríguez - Directora Centro Clínico Veterinario José Sael Pedraza Arias - Coordinador Unidades Rurales Miguel Ángel Ramírez Niño, Coordinador Sistema de Laboratorios

#### Objetivo de la auditoría

1. Se revisó el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Sistema de Control Interno, bajo los criterios de la Séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, Política de Control Interno a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.
2. Se verificó los controles aplicados por el proceso, el cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable.
3. Se verificó el cumplimiento de las actividades relacionadas en la caracterización del proceso, manuales, procedimientos y demás información documentada del proceso de Gestión de Apoyo a la Academia -Centro Clínico Veterinario, Laboratorios y Granja.

#### Alcance de la auditoría

La auditoría incluye todas las actividades y lineamientos establecidos en el proceso de Gestión de Apoyo a la Academia - Centro Clínico Veterinario, Laboratorio y Granja, incluyendo la revisión de procedimientos, normatividad, controles internos y demás información documentada. La presente auditoría contempla las vigencias 2024 y lo avanzado de 2025.

#### Metodología de auditoría

El cumplimiento del objetivo de la auditoría, se aseguró mediante la solicitud de información, revisión y análisis de los registros que permitan evidenciar el desarrollo del proceso, mediante la aplicación de técnicas contempladas en el PD-ECS-01 PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS, como inspección, procedimientos analíticos, rastreo, visita en sitio, entre otras aplicables.

Los documentos verificados corresponden a:

- Caracterización de proceso, código: CP-DIE-01
- PD-GAA-13 Procedimiento Consulta Externa
- PD-GAA-14 Procedimiento Eutanasia
- PD-GAA-15 Procedimiento Hospitalización
- PD-GAA-42 Procedimiento de recepción y almacenamiento de medicamentos insumos y dispositivos médicos (CCV)
- PD-GAA-82 Procedimiento de atención para brigadas de salud veterinarias (CCV)
- PD-GAA-39 Procedimiento sala de necropsia (LAB. SALA NECROPSIAS)
- PD-GAA-19 Procedimiento de análisis físico-químico de leches (LAB. LÁCTEOS)
- PD-GAA-49 Procedimiento análisis físico de suelos (LAB. SUELOS)
- PD-GAA-52 Procedimiento para la asignación de áreas y apoyo en labores de proyectos académicos productivos (Granja)
- PD-GAA-53 Procedimiento para la venta de productos de la granja de la universidad de los llanos (Granja)

#### Criterios de auditoría

Séptima dimensión del MIPG que actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI, información documentada del proceso.

<b>Requisitos legales</b>	<b>Otros requisitos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 576 de 2000, "Por la cual se expide el Código de Ética para el ejercicio profesional de la medicina veterinaria, la medicina veterinaria y zootecnia y zootecnia".</li> <li>• Ley 073 de 1985, "Por la cual se dictan normas para el ejercicio de las profesiones de medicina veterinaria, medicina veterinaria y zootecnia y zootecnia".</li> <li>• Decreto 1279 de 1994, "Por el cual se reestructura el Ministerio de Agricultura y se dictan otras disposiciones".</li> <li>• Decreto 1122 de 1988, "Por el cual se reglamenta la Ley 73 de 1985, sobre el ejercicio de las profesiones de "Medicina Veterinaria", "Medicina Veterinaria y Zootecnia".</li> <li>• Resolución N°012 de 2004 del Consejo Superior Universitario, "Por la cual se autoriza de tarifas y nuevos servicios de la Clínica del programa de Medicina Veterinaria y Zootecnia".</li> <li>• Acuerdo Superior 022 de septiembre de 2011, "Mediante el cual se crea el Centro Clínico Veterinario de la Universidad de los Llanos".</li> <li>• Resolución Rectoral No. 0058 de 2021, "por la cual se establecen las tarifas de servicios y/o pruebas de laboratorios prestados por la Universidad de los Llanos para la vigencia 2021".</li> <li>• Resolución Rectoral 1059 de 2021 "por la cual se regula la prestación del servicio de disposición final de animales fallecidos en el Centro Clínico de la Universidad de los Llanos" *Acuerdo Superior N°006 de 2017 Consejo Superior Universitario "Por medio del cual se establece el Sistema de Laboratorios de la Universidad de los Llanos"</li> <li>• Resolución Rectoral N°0092 de 2022 Rectoría "Por la cual se establecen las tarifas de servicios y/o pruebas de laboratorios prestados por la Universidad de los Llanos para la vigencia 2022"</li> <li>• Resolución Rectoral N°0539 de 2019 Rectoría "Por medio de la cual se conforma el comité institucional del sistema de laboratorios de la Universidad de los Llanos"</li> <li>• Acuerdo Académico N°002 de 2022 Consejo Académico "Por medio del cual se adscriben los laboratorios a las diferentes facultades de la Universidad de los Llanos"</li> <li>• Acuerdo superior 006 de 29 de abril/2005 (por el cual se crea el comité de ventas y regulación de precios de productos y subproductos agropecuarios de la Universidad de los Llanos como ente asesor de la Rectoría).</li> <li>• Resolución Rectoral N°0380 del 22 de diciembre de 2002, por la cual se establecen precios para el alquiler de maquinaria agrícola.</li> </ul> <p>*Demás normativa interna y externa aplicable al proceso.</p>	<p>*Modelo Estándar de Control Interno MECI:            Componente 1. Ambiente de control            Componente 2. Evaluación del riesgo            Componente 3. Actividades de control            Componente 4. Información y comunicación            Componente 5. Actividades de monitoreo</p> <p>*Políticas de Gestión y Desempeño Institucional aplicables a la Universidad de los Llanos.</p>

<b>Fechas de la auditoría</b>			
<b>Reunión de apertura</b>	<b>Ejecución en sitio</b>		<b>Reunión de cierre</b>
13/08/2025	Desde:13/082025	Hasta: 27/08/2025	29/08/2025

<b>Roles en la auditoría</b>			
<b>Asesor de Control Interno de Gestión</b>	<b>Auditor Líder</b>	<b>Auditor de Apoyo</b>	<b>Experto Técnico</b>
Diana Zulay Reza Mondragón	Derly Patricia Poveda Ladino	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keila Milena García Duarte/Auditor de Apoyo</li> <li>- Sonia Clavijo Baquero/Auditor de Apoyo</li> </ul>	N/A

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oscar Ernesto Londoño Parrado/Auditor de Apoyo</li> <li>- María Cristina Guzmán Rodríguez/Auditor Observador</li> </ul>	
--	--	--	--

<p><b>Aspectos positivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La receptividad del personal para atender la auditoría.</li> <li>• La identificación y etiquetado de los medicamentos en la Farmacia del Centro Clínico Veterinario.</li> </ul>
---

<p><b>Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-001</b></p>
---

<p><b>Criterio</b></p>
------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MECI - Componente 3 Actividades de Control</b></li> <li>• <b>Contrato 0647 de 2024 Lab. Instruments S.A.S</b></li> <li>• <b>Resolución Rectoral N°1092 del 2021. "Por medio de la cual se adopta el manual de supervisión e interventoría de los contratos y convenios suscritos por la Universidad de los Llanos, y se deroga la Resolución Rectoral No. 1833 del 2014".</b></li> <li>• <b>Resolución Rectoral N°0685 del 2021. "Por medio de la cual se adopta el manual de contratación de la Universidad de los Llanos, y se derogan las resoluciones 2661 de 2011, 2079 de 2014 y 2588 de 2015".</b></li> </ul>
--

Durante la inspección realizada al Laboratorio de Suelos, se evidenció que el ESPECTROFOTÓMETRO DE ABSORCIÓN ATÓMICA, el cual fue ingresado a almacén el 28 de octubre de 2024, el mismo, no se encuentra instalado, ni en funcionamiento, como tampoco ha sido utilizado desde su recepción. Este equipo fue adquirido con el objetivo de fortalecer la capacidad técnica del laboratorio en el análisis de elementos metálicos en muestras de suelo; sin embargo, a la fecha de la auditoría no ha sido integrado a los procesos operativos, lo cual representa un uso ineficiente de los recursos.

Adicionalmente, no se evidencia registro de instalación y entrenamiento de mínimo 16 horas, tal y como se indica en el Formato FO-GBS-19 MODELO DE FICHA TÉCNICA DE BIENES Y SERVICIOS (folios 10-11) del expediente contractual No. 0647 de 2024 LAB INSTRUMENTS S.A.S. No obstante, este contrato se encuentra en estado Liquidado.

Lo anterior, incumple la Resolución Rectoral N°0685 del 2021. "Por medio de la cual se adopta el manual de contratación de la Universidad de los Llanos, y se derogan las resoluciones 2661 de 2011, 2079 de 2014 y 2588 de 2015".

Este hallazgo se comparte con la **Vicerrectoría de Recursos**, teniendo en cuenta lo indicado por el supervisor del contrato quien manifestó, que para llevar a cabo la instalación del ESPECTROFOTÓMETRO DE ABSORCIÓN ATÓMICA se requiere de la adecuación de unas líneas de gases especiales, cuya Vicerrectoría tiene conocimiento.

**Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-02**

**Criterio**

- **Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 2. Evaluación del riesgo**

**Descripción del hallazgo**


Se evidenció que el Centro Clínico Veterinario, no cuenta con un procedimiento efectivo para la gestión de cobro a los beneficiarios de servicios prestados; durante la revisión de las atenciones realizadas a una muestra de 20 pacientes, se identificaron tres casos en los que los terceros recibieron servicios médicos veterinarios, sin que a la fecha de la auditoría se haya recibido la totalidad del pago, como tampoco, se evidencian controles efectivos que permitan asegurar la recuperación de la cartera del Centro Clínico. A continuación, se registran los siguientes casos:

- En el mes de noviembre de 2024, se evidencia que, el propietario del paciente R433, presenta un saldo por pagar de \$110.000. La profesional Laura Melo del Centro Clínico Veterinario, indica que la dueña del canino es estudiante de la Universidad, a quien en varias ocasiones se han enviado correos electrónicos para recordarle el saldo que tiene por cancelar. No obstante, la profesional indica que se tiene como mecanismo de acción para el cobro, el reporte en la plataforma SIAU (plataforma que no está integrada contablemente a los ingresos de la Universidad) y que, sin el pago, no podrá realizar la respectiva matrícula del semestre siguiente. Revisando la plataforma SIAU, se evidencia que, la estudiante en mención, no realizó matrícula para el año académico 2025 y no registra saldo por pagar.
- Con relación al paciente R786 fue atendido por el servicio de Apoyo a la Academia, presenta un descuento del 30% por hospitalización del felino y su propietario es estudiante de la Universidad. Se evidencia diligenciamiento del formato FO-GAA-34, *Formato de cobro de servicios clínicos-veterinarios y/o autorización de salida paciente*, con fecha del 01/04/2025 por valor de \$1.196.800, al momento de la auditoría, no registra pago. La médico Laura Melo, indica que, el estudiante en la plataforma SIAU, cuenta con multa por valor de \$1.055.600, valor que no corresponde a la totalidad de la deuda.

Se evidencia que el 19/08/2025 hay un ingreso de recaudo de cartera por valor de \$72.000 como saldo del paciente R584, revisada la consulta externa de este paciente, se registró el agosto de 2024, es decir que, esta obligación cuenta con más de 360 días de mora.

Lo anterior, incumple los principios Contables de la Gestión Financiera y Administrativa, en la cual, se indica que, toda prestación de servicios debe estar respaldada por los respectivos documentos soporte de las operaciones económicas (Facturas electrónicas), a fin de garantizar la recuperación de los recursos invertidos y la sostenibilidad del servicio, así mismo, estos deberán estar integrados a la contabilidad de la Universidad.

**SE COMPARTE CON EL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA**

 <b>UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS</b>	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-04	<b>Versión:</b> 09	<b>Fecha de aprobación:</b> 26/02/2024	<b>Página:</b> 5 de 13

**Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-03**

**Criterio**

- **Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 3. Actividades de Control**
- **PD-GAA-14 Procedimiento Eutanasia (CCV)**
- **PD-GAA-15 Procedimiento Hospitalización (CCV)**
- 

**Descripción del hallazgo**

Verificando el cumplimiento del **Procedimiento Eutanasia PD-GAA-14**, se tomó una muestra de 20 pacientes de las vigencias 2024 y 2025, de los cuales a tres (3) pacientes se les realizó el procedimientos de eutanasia, sin embargo, no se pudo evidenciar la disposición final de los cadáveres de los pacientes con número de registro, R587 y R763, conforme a lo establecido en el la actividad No. 10 del procedimiento, que indica: *"Devolver el cadáver al propietario para retirar de las instalaciones de la universidad. Si el usuario autoriza, hacer el traslado del animal a laboratorios que lo requieran o disponer como residuo hospitalario (ver PL-GCL-01 PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL \_v 002)"* y los dispuesto en la *Resolución Rectoral 1059 de 2021 "por la cual se regula la prestación del servicio de disposición final de animales fallecidos en el Centro Clínico de la Universidad de los Llanos"*. No obstante, el procedimiento en la actividad N°.10, hace referencia al documento con código PL-GCL-01 que corresponde al PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL, sin embargo, en la columna "Producto", relaciona el documento con código PG-GCL-03 Programa de gestión integral de residuos sólidos, lo que denota falta de concordancia entre los documentos referenciados y la actividad descrita.

Con relación al paciente de registro N° R857, se evidenció que el formato de Autorización apoyo a la academia/Investigación FO-GAA-302, no se encuentra firmado por el director Centro Clínico Veterinario y/o Decano FCAYRN, como lo establece el formato; adicionalmente este formato no se encuentra relacionado en las actividades descritas del procedimiento.

Si bien el **Procedimiento Eutanasia PD-GAA-14**, define el concepto de *Apoyo a la academia* como: *"procedimientos exonerados de pago parcial o total debido al alto impacto en procesos académicos. Estos procesos deberán ser previamente autorizados por el director del Centro Clínico o el decano de la FCAYRN"*, el mismo, no establece en las condiciones generales o en la descripción de las actividades, los lineamientos de cuando se presta este servicio y los soportes correspondientes al mismo. Verificando el servicio prestado por el Centro Clínico Veterinario, se evidencia que, los siguientes pacientes atendidos en el área de Apoyo a la Academia no se les generó cobro por los servicios prestados R343, R772, R820, R857, R888 y R942, sin embargo, no se evidencia documento alguno que indique los casos de exoneración de pagos por algún concepto.

**Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-04**


**Criterio**

- **Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 3. Actividades de monitoreo**
- **Procedimiento para la formulación, monitoreo y seguimiento de los indicadores de gestión de los procesos, Código: PD-GCL-07, Versión: 04 y Fecha de aprobación: 01/03/2024**
- **Indicador de Gestión N°2 "Incremento porcentual de la cantidad de usuarios de los laboratorios"**

**Descripción del hallazgo**

Durante la revisión de los indicadores del proceso, se evidenció que no se viene realizando medición y análisis del indicador **N°2 "Incremento porcentual de la cantidad de usuarios de los laboratorios"**, correspondiente a la vigencia 2024 el cual tiene una periodicidad anual.

*Lo anterior incumple lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 3. Actividades de Control, el Procedimiento para la formulación, monitoreo y seguimiento de los indicadores de gestión de los procesos y la ficha técnica del Indicador.*

 <b>UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS</b>	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-04	<b>Versión:</b> 09	<b>Fecha de aprobación:</b> 26/02/2024	<b>Página:</b> 6 de 13

**Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-05**

**Criterio**

- **Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 2. Evaluación del riesgo.**
- **PD-DIE-03 Procedimiento para la gestión de los riesgos institucionales.**

**Descripción del hallazgo**

Verificado los riesgos identificados por el proceso Gestión de Apoyo a la Academia, se evidenció que, no se reportó monitoreo a la ejecución de los controles establecidos por parte del Centro Clínico Veterinario y Granja, respecto al primer cuatrimestre de la vigencia 2025 como tampoco se aportó evidencia de la ejecución de los mismos, los cuales corresponden a los siguientes:

- GAA-04 (Centro Clínico Veterinario), el cual se describe como "*Afectación reputacional y económica por denuncias o demandas generadas por la implementación de malas prácticas en los procedimientos del Centro Clínico Veterinario debido a que el personal clínico, administrativo y/o operativo no conoce los procedimientos establecidos*".
- GJA-01: *GAA\_05 Afectación reputacional y económica por el incumplimiento de los procesos y normatividad interna aplicable a la Unidad Rural Barcelona (granja), debido a la desactualización de los controles y de los requisitos institucionales.*

Lo anterior, incumple lo establecido en el PD-DIE-03 Procedimiento para la gestión de los riesgos institucionales, actividad 16 que indica "*Monitorear los riesgos identificados en el proceso.*", así mismo lo indicado en las condiciones generales del mismo procedimiento indica que: "*Los líderes están a cargo de realizar el monitoreo y evaluación permanente a la gestión de riesgos de gestión y de corrupción, junto con el equipo de trabajo de las áreas o dependencias que lo conforman, igualmente, la Oficina Asesora de Planeación realizará monitoreo tres veces al año, así: corte a 30 de abril, corte a 30 de agosto y corte a 30 de diciembre*".

**Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-06**

**Criterio**

- **Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 5. Actividades de Monitoreo**
- **PD-ESC-04 procedimiento para la gestión de planes de mejoramiento**

**Descripción del hallazgo**

Se evidencian 6 planes de mejoramiento a cargo de La Granja, correspondientes a la vigencia 2023, que fueron cerrados con acciones no eficaces el 16 de octubre de 2024, teniendo en cuenta que el proceso no aportó las evidencias del cumplimiento de las acciones propuestas, dichos planes corresponden a los siguientes hallazgos:

- GAA 23-01 NCB: Desactualización de la información documentada.
- GAA23-02 NCA: Funcionamiento Comité de Ventas y Regulación de Precios de Productos y Subproductos Agropecuarios de la Universidad de los Llanos.
- GAA 23-03 NCA: Funcionamiento del Comité de Centro Agrario de Producción.
- GAA 23-04 NCA: Controles sobre los ingresos de productos y subproductos agrícolas.
- GAA 23-05 NCA: Recaudo de productos agrícolas por ventas.
- GAA23-06 NCA: Recaudo de productos agrícolas por ventas (Tabla de retención documental).

Esta situación, ha sido comunicada directamente al proceso Gestión de Apoyo a la Academia (Centro Agrario de Producción), en los seguimientos periódicos realizados desde la oficina de Control Interno de Gestión, sin que a la fecha se hayan tomado las acciones pertinentes sobre el replanteamiento del nuevo plan de acción.

Lo anterior incumple lo establecido en el Componente 5 del MECI que establece como aspecto clave de la primera línea de defensa: "*La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados*" y lo establecido en el *PD-ESC-04 procedimiento para la gestión de planes de mejoramiento.*

**Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-07**

**Criterio**

- **Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 3. Actividades de Control**
- **Procedimiento de Análisis Físico de Suelos PD-GAA-49, versión 2**
- **PD-GAA-39 Procedimiento sala de necropsia (LAB. SALA NECROPSIAS)**
- **Procedimiento Análisis Físico Químico de Leches - PD GAA-19, versión 01**
- **PD-GAA-52 Procedimiento para la Asignación de Áreas y Apoyo en Labores de Proyectos Académicos Productivos Versión 01.**
- **PD-GAA-53 Procedimiento para la venta de productos de la granja de la universidad de los llanos Versión 02.**

**Descripción del hallazgo**

Se evidencia que, el **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS FÍSICO DE SUELOS PD-GAA-49 VERSIÓN 2**, se encuentra desactualizado, lo que puede afectar la claridad, aplicación y trazabilidad del mismo. Entre las principales observaciones se identifican:

- Marco normativo: El procedimiento hace referencia a la Resolución Rectoral N° 044 de 2008, sin considerar que esta se actualiza anualmente. Para el periodo vigente corresponde la Resolución Rectoral N°085 de 2025. Adicionalmente, no se incluye la normativa nacional aplicable al procedimiento.
- Condiciones generales: El procedimiento establece que la muestra de suelo debe tener un tamaño de 10 cm<sup>2</sup>, no obstante, durante la inspección realizada, los responsables del procedimiento, manifiestan que ésta debe corresponder a 500 gramos de muestra no disturbada.
- Actividad N°. 1 **solicitud y pago del servicio**: En la descripción de la actividad no se tiene definido de manera clara los requisitos y condiciones para la solicitud y pago del servicio de análisis de las muestras.
- Actividades N°. 4 y 5 **secado y pesado de la muestra**: El procedimiento no define cual es el soporte que evidencia las actividades del secado y pesado de la muestra, así mismo establece que el responsable de estas actividades en el cargo de "Operario", sin embargo, en la práctica, estas actividades son realizadas por el "Auxiliar de laboratorio".
- Actividad N° 6 **Procesar la muestra**: El procedimiento no define los detalles de la actividad.
- Secuencia de actividades entre la actividad N° 6 y la N° 7: De acuerdo con la entrevista realizada al personal que ejecuta el procedimiento, en la práctica, una vez procesada la muestra según la actividad N°6, se deben calcular los datos para transcribirlos conforme se especifica en la actividad N°7, no obstante, el paso de calcular los datos no se contempla en el procedimiento.
- Actividad N° 9: No se evidencia aplicación del formato FO-GAA-75 Formato resultado análisis densidad aparente.

Por otra parte, se evidenció que el procedimiento **SALA DE NECROPSIAS PD GAA-39, VERSIÓN 01**, se encuentra desactualizado, ya se tiene el documento conforme al quehacer actual, del que data envío al área del SIG desde octubre de 2017 para la respectiva adopción, sin embargo, en el año 2018 fue retirada la solicitud de esta segunda versión, la cual no se encuentra respuesta del SIG para lo pertinente. Entre las principales observaciones se identifican:

- Actividad 1: Solicitar servicio del laboratorio: No se evidencia producto, el formato FO-GAA-30 Formato solicitud de laboratorio, no aplica al desarrollo del quehacer actual, como se encuentra en el documento del proceso actualizado.
- Actividad 3: Diligenciar el formato de solicitud, con visto bueno del director de la escuela de ciencias animales. No se evidencia como producto el formato de Solicitud de Laboratorio. Al respecto se registra en el formato FO-GAA-57 FORMATO PROTOCOLO DE NECROPSIA
- Actividad 5: Enviar las muestras adecuadas para efectuar estudios de histopatología, bacteriología, parasitología, micología, análisis clínicos. Se evidencia que esta actividad no se registra en un libro. Esta se realiza en el formato FO-GAA-57 FORMATO PROTOCOLO DE NECROPSIA
- Actividad 6: Reportar o remitir el resultado. No se evidenció formato de resultados de Necropsia. Actualmente estos se elaboran en los casos donde el servicio de necropsia es pagado el informe final será emitido máximo en ocho días hábiles y este reposará adjunto al formato de recepción y una copia para el usuario en el archivo del Laboratorio de Histopatología. En los casos autorizados por docencia el usuario debe entender que es una necropsia académica por lo cual los resultados finales sólo serán emitidos al final de cada semestre luego de la evaluación de los estudiantes participantes de la necropsia.

**CON RELACIÓN A ESTE PROCEDIMIENTO, SE COMPARTE CON EL PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Se evidenció que el procedimiento **ANÁLISIS FÍSICO QUÍMICO DE LECHEs - PD GAA-19, VERSIÓN 01**, no está implementado en el laboratorio de Lácteos, según lo manifestado por el personal del proceso, debido a la falta de equipos e infraestructura necesarios para su adecuada ejecución. Cabe resaltar que este procedimiento se encuentra adoptado desde 14/12/2011.

**El PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE ÁREAS Y APOYO EN LABORES DE PROYECTOS ACADÉMICOS PRODUCTIVOS PD-GAA-52 VERSIÓN 01**, presenta las siguientes observaciones:


- Actividad No. 2. Aprobar los proyectos que se consideren viables y enviar el listado al director de granjas. La responsabilidad de esta actividad está a cargo del Comité Agrario de Producción -CAP- el cual fue reactivado el 11 de julio de 2025, mediante el acta No. 001, anterior a esta fecha no hay evidencia de aprobación de proyectos por parte de este Comité.
- Actividad No.3. Recibir el listado de proyectos aprobados por el comité de escuela. Para la vigencia 2024 y lo corrido de 2025, no se evidenciaron listados de proyectos, teniendo en cuenta que no se encontraba activo el Comité Agrario de Producción. De igual manera se tiene como responsable al director de granjas, cargo que actualmente no tiene dentro de la planta de la Universidad.
- Actividad No.4 Hacer un inventario de insumos y herramientas que se necesiten para el desarrollo de los proyectos. No se evidencia registro de inventario de insumos y herramientas, de acuerdo a la entrevista realizada al profesional especializado de la granja y el auxiliar de insumos y herramientas, esta actividad es realizada en conjunto por el personal de la granja y del área de almacén.
- Actividad No. 5 Solicitar insumos y herramientas faltantes a la oficina de vicerrecursos. El procedimiento indica que esta actividad se encuentra como responsable el "director de Granja", cargo que no está asignado en la planta de personal.
- Actividad No. 6 Recibir inventario de insumos. El procedimiento indica que esta actividad se encuentra como responsable el director de Granja, cargo que no está asignado y el almacenista, este último cargo en se encuentra ocupado por el Auxiliar de insumos y herramientas, quien recibe el inventario de insumos.
- Actividad No. 7 Asignar áreas de trabajo para cada proyecto. De acuerdo a la visita realizada, no se evidencia el diligenciamiento del Formato áreas asignadas para proyectos agropecuarios FO-GAA-79, de acuerdo a lo expresado por el profesional a cargo está asignación de áreas de trabajo se realiza de manera verbal.
- Actividad No. 8 Planear cronograma de labores para cada proyecto. De acuerdo al procedimiento, esta actividad tiene como responsable al coordinador de granjas, sin embargo, conforme a la entrevista en la visita es realizada por el profesional de apoyo de la granja.

- Actividad No.12 Registrar las actividades realizadas. El procedimiento indica que esta actividad está a cargo de la secretaria. La descripción de la actividad es ambigua, porque no define las actividades a realizar.
- Actividad No. 13 Entregar y recibir herramientas a los estudiantes. El procedimiento establece el diligenciamiento del Formato FO-GAA-80 Entrega de insumos y equipos a estudiantes, lo cual no coincide con lo descrito en la actividad. La entrega de herramientas se hace mediante la presentación del carné estudiantil y el registro del préstamo en una minuta.
- Actividad No. 14 Entregar insumos y/o equipos bajo visto bueno del encargado del proyecto. El Formato FO-GAA-80 Entrega de insumos y equipos a estudiantes, actualmente lo diligencia el docente responsable como medio de autorización al estudiante para que le sea entregado el insumo requerido, del cual no se encuentran registro de archivo, conforme a lo establecido en la tabla de retención documental. En esta actividad se encuentra vinculado el formato FO-GAA-94 Formato manipulación y movilización de semovientes, del cual no se evidencio el respectivo diligenciamiento, así mismo, no se encuentran registro de archivo, conforme a lo establecido en la tabla de retención documental.
- Actividad No.15 Recibir del docente responsable, informe de resultados al culminar el proyecto productivo. El producto de esta actividad define Informe de producción, del cual no se evidenció recibido de estos informes, los resultados de los proyectos no son informados por parte del docente responsable.

El **PD-GAA-53 PROCEDIMIENTO PARA LA VENTA DE PRODUCTOS DE LA GRANJA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS VERSIÓN 02**, no cumple con lo requerido para el desarrollo del quehacer de las actividades que se llevan a cabo para la venta de productos de la granja, se evidencia que las siguientes actividades no se ejecutaron durante las vigencias objeto de auditoría:

- Actividad No. 2 Solicitar por escrito a la oficina de control interno el acompañamiento para venta de semovientes. Verificado los registros, se presentaron venta de semovientes, y no se realizó solicitud a la oficina de Control interno durante el 2024, y durante de 2025, hubo una solicitud, pero está fue requerida media hora antes de la actividad de las ventas de semovientes.
- Actividad No. 3 Publicación en página web la venta de productos. Verificando la página Web de la universidad, no se evidencia publicación de venta de productos.
- Actividad 4. Cancelar en la tesorería el costo del producto. No se evidencian recibos de caja por parte de tesorería, de los productos vendidos en la granja. Sin embargo, la Resolución Rectoral No. 1900 de 2023 "por la cual autoriza el recaudo de la venta de los productos y subproductos agrícolas y pecuarios de las unidades rurales de la universidad de los llanos", en la que se delega a la actual secretaria o quien haga sus veces. **Contraviene lo contemplado en el procedimiento PD-GAA-53, esta situación denota la falta de controles en el manejo del efectivo, teniendo en cuenta que, estos recursos no son salvaguardados en una caja fuerte.**
- Actividad No. 6. Levantar un acta de entrega firmada por el comprador, el director de la unidad y el secretario técnico del comité de ventas. Para la baja de semovientes por venta. No se evidencian actas donde el comprador intervenga.
- Actividad No. 7. Entregar oficio de remisión con el acta de venta del director de la unidad a la sección de almacén, para elaborar el acta de baja definitiva. No se evidencia oficio de remisión. Sin embargo, la baja de semovientes se realiza mediante memorando remitido al almacén, adjuntando soportes como el acta del Comité de Ventas y Regulación de Precios de Productos y Subproductos Agropecuarios en el que se establece el precio de venta y aprueban las ventas. Estas actas son firmadas por el Vicerrector de Recursos Universitarios, el decano de la facultad de FCAYRN y el secretario del Comité de Ventas.

Actualmente, no es oportuna la baja de almacén con relación a: semovientes como bovinos, porcinos, ovinos, caprinos y aves de corral; como es el caso presentando de bajas por fuera de la vigencia correspondiente al mes y año, en la salida de 500 gallinas, entre las que se cuentan entregas a la academia de estas aves en 2022 y 2023, lo cual fue informado por el profesional de apoyo de granja a la coordinación de granja mediante oficio del 1 de septiembre de 2023 y del cual, el profesional especializado remitió memorando al área de almacén solicitando la baja el 11 de diciembre de 2023, actividad que fue ejecutada por el almacén el 31 de enero de 2024. En razón a esta situación, los inventarios y el resultado del ejercicio presentados en los estados financieros de 2023 y 2024

 <b>UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS</b>	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>			
	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>			
	<b>Código:</b> FO-ECS-04	<b>Versión:</b> 09	<b>Fecha de aprobación:</b> 26/02/2024	<b>Página:</b> 10 de 13

no son completamente fieles a la realidad económica de la Universidad. Esta situación se debe a que no se remite el memorando de baja al almacén oportunamente, sino hasta que lleve a cabo la totalidad de la venta de todos los semovientes relacionados en un "única acta" y en el proceso de facturación no se realiza el costeo correspondiente.

**ESTE ASPECTO (ACTIVIDAD N° 7) SE COMPARTE CON EL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA**

- Actividad 8. Solicitar al gerente de COUNILLANOS el listado de asociados que pueden comprar productos a través de la cooperativa. No se evidencian solicitudes realizadas a COUNILLANOS. Sin embargo, de manera verbal la Cooperativa autoriza las compras a todos sus asociados.
- Actividad 10. Presentar a COUNILLANOS la relación de las ventas hechas a sus asociados el día 15 de cada mes. Se evidenció envío a COUNILLANOS de las ventas hechas a sus asociados una del 7 de octubre de 2024 y otra del 4 de julio de 2025, sin embargo, estas no incluyen la totalidad de las ventas realizadas durante estas vigencias.

En conclusión, los procedimientos requieren de actualización integral para garantizar su coherencia normativa, técnica y operativa, así como para reflejar de manera precisa las responsabilidades y actividades que realmente se ejecutan en los laboratorios y sala de necropsia.

**Hallazgo de incumplimiento Código: GAA-2025-08**

**Criterio**

- **ACUERDO SUPERIOR No. 022 DE 2021 (diciembre 22) "Por el cual se adopta la Política Ambiental**
- **PL-GCL-01 PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL \_v 002)**
- **FO-DIE-24 MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES**

**Descripción del hallazgo**

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

- **Gestión integral de residuos:** que exige el manejo adecuado, seguro y ambientalmente responsable de los residuos generados por las actividades académicas y de investigación.
- **Prevención de la contaminación:** que implica tomar medidas oportunas para evitar afectaciones al ambiente y a la salud humana.
- **Compromiso institucional con la sostenibilidad:** el cual se ve comprometido ante la omisión de medidas correctivas para garantizar condiciones sanitarias y ambientales apropiadas.

**CON RELACIÓN A ESTE ASPECTO SE TRASLADA A BIENES Y SERVICIOS (SERVICIOS GENERALES).**

<b>No. total, hallazgos</b>	<b>8</b>
-----------------------------	----------

**Recomendaciones**

**Generales:**

1. Apropiar, aplicar y dar cumplimiento al Código de Ética, Integridad y Buen Gobierno, trabajando en alineación con la misión, visión, principios y deberes institucionales. Para ello, es fundamental aprovechar los diferentes canales de comunicación interna de la universidad, así como los procesos de inducción y reinducción, asegurando que todo el personal esté informado y comprometido con estos lineamientos.
2. Identificar riesgos de corrupción, financieros, fiscales y de seguridad de la información, de acuerdo con los lineamientos de la política para administración de los riesgos establecida por la Universidad y la Metodología de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública, que permitan asegurar la eficiencia y eficacia en la gestión contractual, evitando la pérdida o mal uso de recursos públicos.
3. Identificar los riesgos, teniendo en cuenta aquellos factores que puedan generar un impacto negativo al proceso y a la ejecución de los recursos asignados a la universidad, a partir de los hallazgos identificados en las auditorías e informes de seguimiento realizados por la oficina de Control Interno de Gestión.
4. Garantizar el cumplimiento de la Ley General de Archivo 594 de 2000 y actualizar las tablas de retención documental de acuerdo con el tipo de documentos a cargo del proceso.
5. Aunar esfuerzos, que aseguren el cumplimiento de las metas del Plan de Acción Institucional PAI a cargo del proceso.
6. Realizar todas y cada una de sus acciones a cargo del proceso, atendiendo los conceptos de autocontrol y autoevaluación, apoyando las actividades orientadas a fortalecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno.
7. Se recomienda implementar medidas inmediatas de corrección y prevención, para la sala de Necropsias incluyendo la reparación o reposición del sistema de refrigeración, control de vectores y verificación del cumplimiento del protocolo de manejo de residuos biológicos, conforme a la normativa ambiental vigente y a los lineamientos de la Política Ambiental Institucional.
8. Se recomienda revisar y ajustar los procedimientos a la realidad actual del proceso.
9. Identificar, evaluar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable de los recursos económicos de la granja y los relacionados con la prestación del servicio del centro clínico veterinario.
10. Asegurar el cumplimiento de la directiva presidencial de austeridad del gasto público, fijada por la Presidencia de la República por medio de controles efectivos.

**Caracterización del proceso CP-GAA-01:**

11. Revisar y actualizar en el documento de la caracterización, los roles y responsabilidades que participan en el proceso, actualmente no se identifica de manera clara las actividades desarrolladas por el Centro Clínico Veterinario.
12. Incluir en la caracterización, la gestión que desarrolla el Centro Clínico Veterinario, el Centro Clínico Veterinario y el Centro Agrario de Producción.
13. Fortalecer la descripción de las etapas del planear y el hacer, con relación a las actividades que desempeñan todas las áreas involucradas en el proceso, reevaluando las entradas y las salidas de cada área.

**Centro Clínico Veterinario-CCV:**

14. Establecer los mecanismos que garanticen el pago oportuno de los servicios en el Centro Clínico Veterinario.
15. Se identifica un indicador que permita medir el desempeño de la gestión del Centro Clínico Veterinario.

16. Actualizar los procedimientos establecidos por Centro Clínico Veterinario, para los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Eutanasia, considerando que actualmente las actividades desarrolladas, se registran en el software RECORVET.

**Riesgo CCV-01: GAA\_04:**

17. Fortalecer la descripción del riesgo, considerando la metodología de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, que propone los elementos para la descripción del riesgo, como son:
- Impacto: las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
  - Causa inmediata: circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.
  - Causa raíz: es la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo. Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o subcausas que pueden ser analizadas.
18. Fortalecer la descripción de los controles conforme a la metodología propuesta en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, que propone los elementos que debe contemplar el diseño del control, como son:
- Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
  - Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
  - Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

**Riesgo LAB-01: GAA\_02:**

19. Fortalecer la descripción del riesgo, considerando la metodología de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, que propone los elementos para la descripción del riesgo, como son:
- Impacto: las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
  - Causa inmediata: circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.
  - Causa raíz: es la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo. Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o subcausas que pueden ser analizadas.
20. Fortalecer la descripción de los controles conforme a la metodología propuesta en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, que propone los elementos que debe contemplar el diseño del control, como son:
- Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
  - Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.
21. Garantizar el adecuado reporte de la evidencia de ejecución del control, si bien es cierto que el proceso aportó como soporte, los formatos diseñados para llevar a cabo el control, no se evidencia su aplicación en los siguientes casos:
- -FO-GAA-277 Formato cronograma para mantenimiento, calibración y verificación de equipos de laboratorio, sin diligenciar, además registra proyección de los años 2023 y 2024 y no lo correspondiente a la vigencia actual.
  - -FO-GAA-275 - Formato hoja de vida equipos de laboratorio, sin diligenciar.

- Se requiere que la evidencia sea competente, es decir con calidad en relación a su relevancia y confiabilidad y suficiente en términos de cantidad y completitud, que permita demostrar de manera íntegra el hecho.

**Riesgo GJA-01: GAA\_05:**

22. Fortalecer la descripción de los controles conforme a la metodología propuesta en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, que propone los elementos que debe contemplar el diseño del control, como son:
- Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
  - Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
  - Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

**Indicadores del proceso:**

23. Evaluar la pertinencia y conveniencia de establecer indicadores de gestión que permitan medir el desempeño de actividades claves del proceso como son: Oficina de Publicaciones y Ayudas Educativas y Centro Agrario de Producción, con concordancia con el propósito del alcance del proceso, el cual establece *"Desde la identificación de necesidades para la operación del proceso hasta la evaluación de las acciones ejecutadas para el cumplimiento de su objetivo"*.

**Granja:**

24. Asegurar que las actas de Comité de Ventas y Regulación de precios, se encuentren debidamente firmadas por todos los responsables de acuerdo a la normatividad.

**Conclusiones**

1. El objetivo y criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría.
2. El proceso debe evaluar la pertinencia y conveniencia de identificar riesgos de corrupción, financieros, fiscales, fraude y de seguridad de la información, de acuerdo con los lineamientos de la política para administración de los riesgos establecida por la Universidad y la Metodología de Riesgos de la Función Pública.
3. El proceso debe fortalecer el Sistema de Control Interno con relación a los siguientes componentes:
  - a. Componente 3, Actividades de Control: *"Acciones determinadas por la entidad generalmente expresadas a través de políticas de operación procesos y procedimientos que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la Alta Dirección frente al logro de los objetivos"*.
  - b. Componente 5, Actividades de Monitoreo: *"Hacer un seguimiento o evaluación permanente de la gestión, de manera que pueda orientar y generar alertas a las personas que hacen parte de la 1ª línea de defensa, así como a la Alta Dirección (Línea Estratégica). Esta línea se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implica la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos"*.

**Anexos**

No aplica

Elaborado por:



Derly Patricia Poveda Ladino  
Auditor Responsable de Auditoría

Aprobado por:



Diana Zulay Reza Mondragón  
Asesora de Control Interno de Gestión