

INFORMES DE AUDITORIAS INTERNAS

AÑO 2022

FECHA: Corte diciembre 2022

PROCESO O AUDITORIA	OBJETIVO	ALCANCE	CRITERIOS	HALLAZGOS	CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	REMISIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO	
							SI	NO
CENTRO DE INGLÉS	Verificar el cumplimiento de la normatividad y procedimientos aplicables al Centro de Inglés.	Aplica a la gestión realizada por el Centro de Inglés durante la vigencia 2021.	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo No. 028 del 02 de mayo de 2002, por el cual se crea el Centro de Inglés adscrito a la Rectoría. - Resolución No. 089 del 07 de abril de 2010, por la cual se compilan y se amplían las disposiciones que reglamentan el requisito de Suficiencia en el Idioma de Inglés, como requisito de grado en la UFPS. - Resolución No. 033 del 02 de marzo de 2011, por el cual se redefinen las 	<p>ASPECTOS POR MEJORAR: Cuatro (4)</p> <p>NO CONFORMIDADES: Diez (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para el desarrollo de la Auditoria se tuvo en cuenta la información suministrada por la dependencia auditada a través de correo electrónico, revisión documental in situ, entrevista a la Coordinadora Administrativa del Centro de inglés. - Dado a la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, el Consejo Académico autorizo la realización de la prueba EKT y los cursos de inglés Nivel I y Nivel II por parte de la Academia "Ingles para Todos", bajo la supervisión del Centro de inglés de la Universidad, durante el año 2021. Adicionalmente el Consejo Académico aprobó la realización de una jornada de presencialidad para que los estudiantes presentaran la Prueba EKT en la Universidad, cumpliendo con los protocolos de bioseguridad correspondientes. Bajo estos referentes, se ejecutó la Auditoria de Gestión. - Se encuentran hallazgos sin subsanar de la auditoría realizada en el año 2019. 	Coordinadora Administrativa del Centro de Inglés	X	

<p>estrategias institucionales y pedagógicas para el desarrollo de competencias en una segunda lengua: El idioma inglés en los estudiantes de pregrado de la UFPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reglamentación aplicable. - Procedimientos documentados aplicables al Centro de Inglés. - Informe de Auditoria de Gestión vigencia 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el contenido programático de los Niveles del Curso de inglés realizados por el Centro de inglés, con el fin de establecer las temáticas necesarias, las competencias gramaticales, textual, comprensión de lectura y otras competencias requeridas, estrategias pedagógicas, sistema de evaluación, de tal forma que el estudiante adquiera la suficiencia en el manejo del idioma inglés. - El formato de cumplimiento de la Orden de Prestación de Servicios-OPS o de cualquier modalidad de contratación del docente que dicto el curso de inglés, sea firmado y autorizado por el supervisor, previa verificación del registro de las notas del curso en el Portal de Divisist, y entrega formal de las mismas ante el Centro de inglés. - Definir el mecanismo para establecer la legitimidad de las certificaciones de pruebas de inglés internacionales presentadas por los estudiantes, previo a su aprobación como cumplimiento del requisito de suficiencia de inglés para graduarse. - Diseñar e implementar un Sistema de Información que permita administrar la información de la gestión del Centro de inglés de manera organizada y precisa, con el fin de disponer de información consolidada, confiable y oportuna. - Definir e implementar procedimientos documentados que describan las actividades, responsables, documentos y/o registros, entre otros, asociados a la gestión del Centro de inglés, de conformidad con la reglamentación vigente, y de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de Calidad en el Procedimiento "PRGQ-01 Control de Información Documentada" y a la Guía "GI-GQ-01 Creación y Actualización de 		
---	--	--	--

				<p>Documentos”, los cuales podrán ser consultados en la página web Institucional en el link https://ww2.ufps.edu.co/universidad/sistemaintegrado-de-gestion-de-calidad/1288</p> <ul style="list-style-type: none">-Aclarar o ajustar el nombre de la dependencia, ya que se crea mediante Acuerdo como Centro de Inglés y en Resoluciones posteriores se menciona como Centro de Idiomas.- Establecer lineamientos normativos de homologación de la prueba EKT, cuando ésta es presentada en otro Programa Académico y se solicita la homologación de la misma en el programa que actualmente se encuentra el estudiante, y determinar la instancia que debe aprobar la homologación.- Realizar el Plan de Mejoramiento correspondiente, con los hallazgos detectados (aspectos por mejorar y no conformidades), conforme a lo establecido en el Acuerdo No. 079 del 29 de septiembre de 2017.			
--	--	--	--	--	--	--	--

PROCESO O AUDITORIA	OBJETIVO	ALCANCE	CRITERIOS	HALLAZGOS	CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	REMISIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO	
							SI	NO
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Verificar el cumplimiento de la normatividad y procedimientos aplicables al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	La Auditoria aplicó para la vigencia 2020 y 2021, sede principal de la Universidad	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto No. 1072 del 26 de mayo de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. (Libro 2, parte 2, Título 4, Capítulo 6) - Resolución No. 0312 del 13 de febrero de 2019 del MEN. Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. - Reglamentación Aplicable. - Procedimientos Documentados, Políticas, lineamientos. 	<p>ASPECTOS POR MEJORAR: Nueve (9)</p> <p>NO CONFORMIDADES: Treinta y siete (37)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para el desarrollo de la Auditoria se realizó la revisión de registros documentales in situ, así mismo, se tuvo en cuenta la información compartida en Drive por la dependencia auditada, y entrevistas. - Se encuentran hallazgos reiterativos a los hallazgos identificados en las Auditorías realizadas en vigencias anteriores. - Realizar la constitución del COPASST y el Comité de Convivencia laboral-CCL mediante Acta de conformación que contemple el nombre completo y numero de documento de identidad de los representantes por parte de los trabajadores elegidos por votación libre y sus suplentes, así como los representantes designados por parte del representante legal y los respectivos suplentes, citando los correspondientes actos administrativos de designación de los miembros, el periodo del Comité, el presidente designado, entre otros datos pertinentes, lo cual permita tener una mayor claridad de la conformación y funcionamiento del Comité para el periodo correspondiente. - Realizar seguimiento a las condiciones inseguras reportadas durante la vigencia 2021, de las cuales aún no se ha implementado las respectivas acciones correctivas y preventivas, con el fin de evitar o minimizar la probabilidad de ocurrencia de accidentes de trabajo. 	Coordinadora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	

				<ul style="list-style-type: none">- Redactar la descripción de la condición insegura en términos de la identificación de la condición o situación peligrosa observada y no como una acción correctiva o preventiva, en los respectivos formatos de "FO-GH-23 Reporte de actos y condiciones subestándar o inseguras".- Definir e implementar estrategias que incentiven la participación de los trabajadores como representantes ante el COPASST y el Comité de Convivencia laboral, con el fin de garantizar la conformación del Comité con el número de representantes requeridos en la normatividad vigente.- Revisar la denominación del Comité de Convivencia Laboral, con el fin de unificar dicha denominación, dado que el Comité se crea mediante Resolución No. 1107 de 2016 de Rectoría como Comité de Convivencia Laboral, y en Resoluciones posteriores se menciona como Comité de Convivencia y Conciliación Laboral.- Dar cumplimiento estricto a la normatividad establecida en el Decreto No. 1072 de 2015 (Libro 2, parte 2, Título 4, Capítulo 6) y la Resolución No. 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo.- Teniendo en cuenta que el COPASST es un Comité que hace parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, según lo establecido en la Resolución No. 0366 de 2016, se recomienda revisar la ubicación operativa del Comité, dado que se evidenció publicado en la página web institucional como una unidad de la Oficina de Planeación en el enlace https://ww2.ufps.edu.co/universidad/planeacion/649- Formular el Plan de Mejoramiento correspondiente, con los hallazgos detectados (aspectos por mejorar y no conformidades),		
--	--	--	--	--	--	--

					conforme a lo establecido en el Acuerdo No. 079 del 29 de septiembre de 2017.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

PROCESO O AUDITORIA	OBJETIVO	ALCANCE	CRITERIOS	HALLAZGOS	CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	REMISIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO	
							SI	NO
CUMPLIMIENTO LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	Verificar el cumplimiento de la Ley de Transparencia 1712 de 2014, observando la implementación de los estándares de publicación, accesibilidad y divulgación de la información generada por la Universidad Francisco de Paula Santander en su página web institucional, de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 1519 de 2020 "Por la cual se definen los estándares y directrices para	Esta auditoría de cumplimiento aplicó a la información publicada en la página web institucional, en la sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en el primer semestre de 2022; de acuerdo a lo establecido en el Art. 8 de la Resolución 1519 de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 1712 de 2014. - Resolución 1519 de 2020 y sus anexos, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. - Matriz de Cumplimiento v1-2021 índice de Transparencia y Acceso a la Información, de la Procuraduría General de la Nación. 	<p>ASPECTOS POR MEJORAR: Catorce (14)</p> <p>NO CONFORMIDADES: Veinte (20)</p>	<p>- La presente auditoria de cumplimiento, se realizó confrontando la información publicada en la página web de la universidad sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública https://ww2.ufps.edu.co/universidad/transparencia_acceso_informacion_publica/2059 Menú Participa https://ww2.ufps.edu.co/universidad/seccion_participa_2021/2329 y Menú Atención al Ciudadano https://ww2.ufps.edu.co/universidad/atencion_ciudadano/1118 frente a los lineamientos impartidos en la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y sus respectivos Anexos, la Matriz de Cumplimiento v1-2021 Índice de Transparencia y Acceso a la Información de la Procuraduría General de la Nación.</p>	Jefe Oficina de Planeación	X	

	<p>publicar la información señalada en la Ley 1712 de 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos”</p>				<ul style="list-style-type: none">- Se encuentran hallazgos reiterativos de la auditoría de cumplimiento ejecutada en la vigencia 2021.- En el proceso de actualización de la estructura y contenidos de la Sección Transparencia y Acceso a la Información Pública, se recomienda especial cuidado en la conservación y almacenamiento digital de las versiones y documentos publicados, considerando lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 1519 de 2020.- Se recomienda analizar e implementar de forma prioritaria con los responsables asignados, los lineamientos relacionados con directrices de accesibilidad web (artículo 3 Resolución 1519 de 2020), información digital archivada (artículo 5 Resolución 1519 de 2020) y condiciones mínimas técnicas y de seguridad digital (artículo 6 Resolución 1519 de 2020)- Se recomienda la actualización permanente del directorio de funcionarios públicos y del directorio de contratistas de la universidad.- Se recomienda adelantar un plan de incorporación de accesibilidad en la página web institucional, con la información específica de cada micrositio, página y subpágina, de modo que todas las imágenes, gráficos, diagramas, esquemas y			
--	---	--	--	--	---	--	--	--

				<p>demás, cuenten con textos alternativo; que los vídeos o multimedia, y los elementos de solo vídeo y solo audio, cuenten con sus alternativas y complementos con base en los criterios de accesibilidad específicos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se recomienda revisar la accesibilidad en los documentos digitales publicados en la página web institucional, en lo referente a documentos de Word, Excel, PDF y Power Point, entre otros.- Con referencia al Top Bar GOV.CO, se recomienda ubicarlo en la parte superior de la página web institucional, y deberá aparecer en todas sus páginas y vistas.- Se recomienda dar aplicación a lo establecido en el documento Lineamientos para Publicar Información en el Menú Participa sobre participación ciudadana en la gestión pública Versión 1 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.- Se recomienda adelantar acciones para la adopción e implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información en la institución.- En muchos casos a pesar de existir la información publicada en la página web institucional, no cumple con los criterios establecidos en la normatividad, lo cual ha sido objeto de observaciones de auditoría por		
--	--	--	--	---	--	--

					parte de los entes de control (Procuraduría General de la Nación).			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROCESO O AUDITORIA	OBJETIVO	ALCANCE	CRITERIOS	HALLAZGOS	CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	REMISIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO	
							SI	NO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: CONTRATACIÓN SIN FORMALIDADES PLENAS	Evaluar el cumplimiento de la normatividad y procedimientos que regulan la gestión de contratación sin formalidades plenas en la Universidad.	Aplicó para la contratación sin formalidades plenas de obras, compras y prestación de servicios, suscrita durante la vigencia del segundo semestre de 2021 y primer semestre de 2022; se verificó el recibo y ejecución de lo contratado (etapa precontractual, contractual y poscontractual), para lo cual se tomó una muestra aleatoria de los contratos suscritos. Para el desarrollo de la Auditoria se tuvo en cuenta la información suministrada por las	<ul style="list-style-type: none"> - Reglamento de Contratación de la UFPS (Acuerdo No. 077 de 1997) - Acuerdo No. 099 de 1997 (Modificación artículo 28 del Reglamento de Contratación) - Manual de contratación. - Procedimiento contratación sin formalidades plenas (PR-GF-15) - Reglamentación aplicable. 	<p>ASPECTOS POR MEJORAR: Diez (10)</p> <p>NO CONFORMIDADES: Veintiuna (21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para la verificación de las órdenes de compra, se seleccionó muestra del total de 193 órdenes reportadas por la Vicerrectoría Administrativa, correspondiente al segundo semestre de 2021 y primer semestre de 2022, dado a la cantidad de las mismas. Del total de 193 OCO, 1 se reporta como anulada. - Para la verificación de las órdenes de prestación de servicios, se seleccionó muestra del total de 513 órdenes reportadas por la Vicerrectoría Administrativa, correspondiente al segundo semestre de 2021 y primer semestre de 2022, dado a la cantidad de las mismas. Del total de 513 OPS, 18 se reportan como anuladas. - Para la verificación de las órdenes de obra, se seleccionó muestra del total de 31 órdenes reportadas por la Vicerrectoría 	Vicerrector Administrativo	X	

		<p>dependencias que participan en el proceso de Contratación, a través de correo electrónico, revisión documental in situ, entrevistas, observación, y consulta de información publicada en la página web institucional. De esta manera se recibió información de los funcionarios: Gloria Vera - Jefe Unidad de Tesorería, Mario Rafael de Jesús Fonseca - Jefe Unidad de Planeación Física, Silvia Lorena Faria - Apoyo a la Contratación, Kathy Jaimes Ojeda - Apoyo a la Contratación, Luz Marina Carvajal-Jefe Unidad de Almacén e Inventarios, y Leydi Mirle Ferreira Duarte-Profesional Universitario de la Unidad de Tesorería.</p>		<p>Administrativa correspondiente al segundo semestre de 2021 y primer semestre de 2022, dado a la cantidad de las mismas. No se reporta OOB anuladas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se nota debilidad en la supervisión de los contratos dado que no se evidencia seguimiento en las etapas de la contratación por parte de los supervisores ni el debido control para garantizar el cumplimiento de los mismos en los términos establecidos en las diferentes reglamentaciones de la institución y de la Ley.- En algunos casos la información diligenciada en el SECOP I no corresponde a la información contenida en los documentos del Proceso de contratación.- No existe seguimiento o control a los bienes que se encuentran establecidos como elementos de control que por su valor o costo no se le asigna código de inventario y que su proceso de adquisición o compra igualmente está reglamentado en el Procedimiento "PR-GF-15. v3. Contratación sin Formalidades Plenas".- Revisión y Actualización del Procedimiento "PR-GF-15. v3. Contratación sin Formalidades Plenas"; y los anexos del Manual de Contratación en lo que respecta a procedimientos, responsables, y formatos asociados a la contratación sin formalidades plenas.		
--	--	---	--	---	--	--

					<ul style="list-style-type: none">- Revisar que la información diligenciada en el SECOP I corresponda a la información contenida en los documentos del Proceso de contratación.- Actualizar el estado de los contratos publicados en el SECOP I, de acuerdo a la reglamentación establecida.- Cuando se presente demora o incumplimiento del objeto contractual, se recomienda que el Supervisor del Contrato requiera por escrito al contratista, las razones que dieron origen a retrasos o incumplimiento del contrato, e informar por escrito al ordenador del gasto, con el fin de tomar las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en el Manual de Contratación y el manual de Supervisión.- En casos de pérdida o extravió de elementos de control, se recomienda que el funcionario responsable notifique al jefe inmediato y éste a su vez informe a la Unidad de Almacén e Inventarios, con el fin de tomar las medidas pertinentes sobre estos elementos y evitar que se materialice nuevamente el riesgo.- Establecer un procedimiento documentado que permita ejercer un seguimiento permanente sobre los elementos de control adquiridos.- Capacitar a los funcionarios que deben cumplir funciones de		
--	--	--	--	--	---	--	--

				<p>supervisión, con el fin de proveer herramientas administrativas, técnicas, y jurídicas, que permitan ejercer un adecuado seguimiento a la ejecución de la contratación, teniendo en cuenta que se evidenciaron debilidades en la supervisión de las órdenes.</p> <ul style="list-style-type: none">- Verificar mes a mes que los aportes a seguridad social integral de los contratistas se cumplan de acuerdo a la normatividad establecida.- Justificar por escrito cualquier necesidad de prórroga o suspensión de una Orden de compra u Orden de Prestación de Servicios, por parte del supervisor, teniendo en cuenta el principio de planeación que rige la contratación. Se recomienda ser solicitada de manera oportuna antes de la fecha de terminación del contrato.- Verificar y exigir que las certificaciones bancarias estén a nombre del contratista y no de terceros.- Antes de publicar documentos (manuales, procedimientos y formatos) revisarlos, ya que se detectaron errores que pueden llevar a interpretaciones erróneas.- En las Actas de terminación o recibo final de las ordenes de obra se registre las mismas fechas de vigencias establecidas en las pólizas de seguro.- Se recomienda que el expediente		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>de las Ordenes de Obra, contenga la totalidad de los documentos que hacen parte del proceso contractual. En caso de que no se adjunte el original sino la fotocopia de los mismos, está debe estar autenticada por el funcionario o representante de la Universidad que suscriba dicho documento.</p> <ul style="list-style-type: none">- Es importante tener en cuenta la verificación de los pagos a seguridad social por parte de los contratistas tal como lo establece la norma.- Realizar el Plan de Mejoramiento correspondiente, con los hallazgos detectados (aspectos por mejorar y no conformidades), conforme a lo establecido en el Acuerdo No. 079 del 29 de septiembre de 2017.			
--	--	--	--	--	--	--	--

PROCESO O AUDITORIA	OBJETIVO	ALCANCE	CRITERIOS	HALLAZGOS	CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	REMISIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO	
							SI	NO
CAJAS MENORES	Evaluar el cumplimiento de la normatividad y gestión de los fondos de Cajas Menores en la universidad.	<p>Aplicó al cumplimiento de la normatividad que regula el manejo de los fondos de Cajas menores:</p> <ol style="list-style-type: none"> Seguimiento a los gastos sufragados o atendidos a través de las cajas menores durante la vigencia 2022, y sus respectivos soportes, de conformidad con los rubros aprobados. Verificación de reembolsos realizados a las Cajas Menores constituidas para la vigencia 2022, que manejan las dependencias académicas y administrativas, para lo cual se tomó una muestra aleatoria. <p>Para el desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución No. 0315 del 07 de marzo de 2000, por la cual se reglamentan las Cajas Menores en la UFPS. - Reglamentación Aplicable. 	<p>ASPECTOS POR MEJORAR:</p> <p>Tres (3)</p> <p>NO CONFORMIDADES:</p> <p>Seis (6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para la ejecución de la Auditoria se tomó una muestra de tres Reembolsos a Cajas Menores (Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión, División de Servicios Generales, y vicerrectoría Administrativa). - Se realizó arqueo a las Cajas Menores constituidas para la vigencia 2022 (Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión, División de Servicios Generales, Vicerrectoría Administrativa, Vicerrectoría de Bienestar Universitario, Facultad de Ciencias Agrarias y del Ambiente – Finca San Pablo, Fondo Rotatorio de Investigación y Extensión-FRIE, División de Servicios Académicos, División de Posgrados, Rectoría, y División de Biblioteca). - Los resultados de la evaluación fueron socializados con cada uno de los responsables del Manejo de la Caja Menor, al momento de realizar los arqueos de Caja. - Se pudo observar que algunos gastos cancelados por Caja Menor no se consideran urgentes e imprescindibles de menor cuantía para el servicio de la dependencia. - Algunos reembolsos no se realizan a través de una solicitud formal por parte del responsable del manejo de la Caja Menor, tal como lo establece la normatividad de la institución. - Se presentan casos en que la descripción y justificación del gasto en el Recibo de Caja 	Vicerrector Administrativo	X	

de la Auditoria se tuvo en cuenta la información suministrada por las dependencias que participan en el proceso, a través de Datarsoft, y correo electrónico. Así como, la información suministrada por los responsables del manejo de las Cajas menores mediante la realización de arqueos a estos fondos.

Menor no es clara, como tampoco refleja una relación de causalidad.

- Se pudo evidenciar que algunos Recibos de Caja Menor no se diligencian en todos sus ítems y el valor en letras en algunos casos no corresponde con el valor en números.

- Tener en cuenta que el dinero de Caja Menor se destinará a cancelar los gastos urgentes e imprescindibles de menor cuantía que demande el servicio de la dependencia en la cual se haya constituido, de conformidad con lo establecido en el Art. 8 de la Resolución 0315 de 2000 de Rectoría.

- La solicitud de Reembolso debe ser presentada ante la Vicerrectoría Administrativa- Unidad de Tesorería, tal como lo establece el literal b. del Art. 15 de la Resolución No. 0315 de 2000 de Rectoría.

- La descripción y justificación del gasto en el Recibo de Caja Menor sea lo más claro posible, de tal manera que se refleje la relación de causalidad.

- Que los Recibos de Caja Menor sean debidamente diligenciados en todos sus ítems y que el valor en letras corresponda con el valor en cifras.

- Que el beneficiario o proveedor firme el correspondiente Recibo de Caja Menor.

- Para aquellas Cajas Menores que al momento de realizar el arqueo se evidenció una diferencia sobrante, el responsable del manejo de la Caja deberá remitir el dinero sobrante a la Caja General de la Universidad-Unidad de Tesorería, de conformidad con lo reglamentado en el Art. 21 de la Resolución No. 0315 del 2000 de Rectoría.

				<ul style="list-style-type: none">- Establecer un formato para “solicitud de reembolso de Caja Menor”, teniendo en cuenta lo establecido en el literal b. del Art. 15 de la Resolución No. 0315 de 2000 de Rectoría.- Se recomienda que los conceptos de pago sean coherentes con la naturaleza del mismo e identifique plenamente al proveedor del bien o servicio.- Capacitar a los responsables del manejo de las Cajas Menores, dado que se evidenció debilidades en la gestión de los fondos de las Cajas.- Cada vez que haya cambio de responsable de la Caja menor, es necesario hacer los cambios pertinentes en los registros.- Realizar el Plan de Mejoramiento correspondiente, con los hallazgos detectados (aspectos por mejorar y no conformidades), conforme a lo establecido en el Acuerdo No. 079 del 29 de septiembre de 2017.			
--	--	--	--	--	--	--	--

PROCESO O AUDITORIA	OBJETIVO	ALCANCE	CRITERIOS	HALLAZGOS	CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	REMISIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO	
							SI	NO
OFICINA DE PLANEACIÓN – PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES (PGIRASA)	Evaluar la implementación, cumplimiento y desarrollo de las actividades propuestas en el Plan de Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA) de la universidad.	<p>Aplicó al documento Plan de Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA) de la Universidad Francisco de Paula Santander. La auditora aplicó a lo desarrollado durante las vigencias 2020, 2021 y hasta noviembre de 2022.</p> <p>Para el desarrollo de la auditoria se tuvo en cuenta la información suministrada por los laboratorios y/o áreas generadoras de residuos en atención en salud y otras actividades de la universidad, tanto de la Sede</p>	<p>- Decreto 351 del 19 febrero 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social) por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.</p> <p>- Decreto 780 Título 10 del 6 mayo 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social) por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Título 10 Gestión Integral de los Residuos generados en la atención de salud y otras actividades.</p> <p>- Resolución 1164 del 6 de septiembre de 2002 (Ministerio</p>	<p>ASPECTOS POR MEJORAR: Quince (15)</p> <p>NO CONFORMIDADES: Veintiuna (21)</p>	<p>- Se tomó una muestra del total de áreas generadoras de residuos en atención en salud y otras actividades de la universidad, tanto de la Sede Principal como de la Sede Campos Elíseos, para llevar a cabo visitas de acompañamiento e inspección.</p> <p>De la muestra tomada se visitaron las siguientes áreas generadoras:</p> <p>Laboratorio de Química LB 112 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Química LB 113 (Sede principal)</p> <p>Sala de Preparación de Muestras LB 117 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Química LB 118 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Investigación en Biología Aplicada LB 105 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Investigación Fitobiomol LB 201 (Sede principal)</p> <p>Centro de Investigación en Materiales Cerámicos (Sede principal)</p> <p>Laboratorio Nutrición Animal (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Biotecnología Molecular (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Suelos Agrícolas (Sede Campos Elíseos)</p>	Jefe Oficina de Planeación	X	

	<p>Principal como de la Sede Campos Elíseos, tales como:</p> <p>Laboratorio de Química LB 112 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Química LB 113 (Sede principal)</p> <p>Sala de Preparación de Muestras LB 117 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Química LB 118 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Investigación en Biología Aplicada LB 105 (Sede principal)</p> <p>Laboratorio de Investigación Fitobiomol LB 201 (Sede principal)</p> <p>Centro de Investigación en Materiales Cerámicos (Sede principal)</p> <p>Laboratorio Nutrición Animal (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Biotecnología</p>	<p>del Medio Ambiente) por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos hospitalarios y similares.</p> <p>- Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019 (Ministerio del Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible) por la cual se modifica la resolución 668 de 2016 sobre uso racional de bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones (código de colores)</p> <p>- Plan de Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades - PGIRASA.</p>		<p>Laboratorio Biotecnología Vegetal (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Limnología (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Sanidad Vegetal (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Además, se inspeccionaron el Área de Almacenamiento Central de Residuos de la Sede Principal y el Área de Almacenamiento Central de Residuos de la Sede Campos Elíseos.</p> <p>- Diferentes aspectos significativos del documento Plan de Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades - PGIRASA se hallan sin mayor explicación, por lo cual no se considera que dé lineamientos notorios y suficientes de cumplimiento de normatividad.</p> <p>- Actualización del documento Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en salud y otras actividades - PGIRASA, de acuerdo a la normatividad expedida a partir de la vigencia 2020.</p> <p>- Elaborar la caracterización cualitativa y cuantitativa de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades de la universidad.</p> <p>- Adquisición y distribución de recipientes, bolsas, pimpinas y guardianes de residuos para cada una de las áreas generadoras, de acuerdo a la cantidad de residuos que producen, debidamente rotuladas y cumpliendo con la normatividad vigente del código de colores.</p> <p>- Se recomienda definir el diagrama de las rutas internas de recolección de los residuos, las cuales deben cubrir la totalidad de la institución, identificando los diferentes puntos</p>		
--	--	--	--	---	--	--

		<p>Molecular (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Suelos Agrícolas (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Biotecnología Vegetal (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Limnología (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Laboratorio Sanidad Vegetal (Sede Campos Elíseos)</p> <p>Además, se inspeccionaron el Área de Almacenamiento Central de Residuos de la Sede Principal y el Área de Almacenamiento Central de la Sede Campos Elíseos.</p>			<p>de generación de residuos y el lugar del almacenamiento de los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda elaborar una matriz de identificación de los peligros laborales presentes en la gestión de residuos en la atención en salud y otras actividades, e incluirla en el Programa de Seguridad Industrial. - Se recomienda que el personal responsable del aseo del área de almacenamiento central realice constantemente la limpieza y desinfección de los elementos de protección personal y de los implementos de aseo utilizados en la recolección de los residuos. - Dotar las áreas de almacenamiento central de residuos, de equipos (báscula, refrigerador, extintor, entre otros) y especificaciones técnicas (paredes lisas, impermeables, pisos duros y lavables, ventilación, entre otros) necesarias de acuerdo a la normatividad aplicable. - Ejecutar el presupuesto asignado para las actividades de gestión ambiental (capacitaciones, compra de insumos, entre otros), lo que conlleva al cumplimiento de la normatividad aplicable. - Se recomienda la designación de una persona capacitada en el manejo de residuos en la atención en salud y otras actividades, dotada de los elementos de protección personal obligatorios y con exclusividad para dicha labor. - Se exhorta a llevar registros de la generación de residuos y del procesamiento de los residuos en la atención en salud y otras actividades, tanto de la Sede Principal como de la Sede de Campos Elíseos de la universidad. - Establecer horarios y frecuencias de recolección, teniendo en cuenta la capacidad 		
--	--	---	--	--	--	--	--

				<p>de almacenamiento y el volumen de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades en la institución.</p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar la medición mensual de los indicadores de gestión interna: de destinación, de capacitación y de accidentabilidad, correspondientes a ambas sedes.- Se recomienda establecer mecanismos y procedimientos que permitan evaluar el estado de ejecución del plan y realizar los ajustes pertinentes.			
--	--	--	--	---	--	--	--