

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESO DE
SUBDIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO**

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento del plan de trabajo formulado para la vigencia 2021 y del rol de evaluación y seguimiento que le compete, conforme a lo dispuesto en el Decreto 1537 de 2001 y Decreto 648 de 2017 en su artículo 17, que modificó el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015 quedando así: “De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollaran su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”, presenta el informe de seguimiento, verificación del estado de avance y cumplimiento de las acciones formuladas por la Subdirección de Bienestar Universitario en el Plan de Mejoramiento correspondiente a la vigencia 2020.

DESARROLLO

El ejercicio se basa en la verificación detallada de las acciones formuladas para contrarrestar las causas de los hallazgos, no conformidades y aspectos por mejorar, contenidos en el plan de mejoramiento del Proceso de Gestión de Talento Humano, de la misma forma se revisó la coherencia, nivel de avance o cumplimiento reportado, acorde con los soportes suministrados, evidenciando si el hallazgo había sido cerrado o continuaba presentándose, para establecer la efectividad y eficiencia de las acciones, como parte del cierre del ciclo auditor.

RESULTADOS

En la siguiente matriz, se refleja el seguimiento y evaluación practicada por la OCI entre el 17 de agosto y 27 de octubre de 2021, en la cual se especifica para cada uno de los hallazgos, las acciones formuladas, los documentos y soportes presentados como evidencia de ejecución por el área, el avance reportado y el cierre o no de los mismos, teniendo en cuenta que la efectividad de las acciones, debe orientarse a la eliminación de las causas que generaron el hallazgo, para que estos no vuelvan a presentarse y así contribuir al mejoramiento continuo del proceso.

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No conformidad, aspecto por mejorar y hallazgo) | ACCIÓN | INDICADOR | OBSERVACIÓN | ESTADO DE LA ACCIÓN |
|--------------------------|---|--|--|--|---------------------|
| NC-01-2017 NC-03- | (NC-01-2017). el Plan de Mejoramiento se encuentra desactualizado (el publicado es del año 2011) y no se encuentra diseñado de conformidad con el formato FOR022GDC aprobado en fecha (2014-09-08) aplicable para la auditoría 2013 – 2014, en el cual se | 1. Remitir a la Oficina de Desarrollo y Planeación | Plan de mejoramiento actualizado Ficha de | Es importante precisar que en este ítem se unificaron 15 No Conformidades que datan de los años 2012, 2015 y 2017, las | Se mantiene |

| | | | | |
|------------|--|---|--|--|
| 2017 | determina que se deben incluir los riesgos de corrupción generando incumplimiento al numeral 4.1 literal g). | n la document | Caracteri zación actualiza | cuales evidenciaron falencias en la actualización, de procedimientos, formatos, indicadores, ficha de caracterización y otros documentos propios del proceso. |
| NC-05-2017 | (NC-03 - 2017). Se identificó que aunque en la Ficha de Caracterización se registra el Documento de Fundamentación de la cátedra y horarios de primer semestre 2016 1 y 2016 2 (Entrada y el registro de asistencia y un informe de evaluación de una sesión de la cátedra (Salida), estos no tienen aplicación, pues el auditado manifestó que en auditorias anteriores se les informó que la Subdirección de Bienestar Universitario, por su naturaleza y funciones, no está habilitada para desarrollar cátedras ni para firmar certificaciones académicas, así sea de electivas. Esto incumple el numeral 4.1 literal c), al no determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces. | "Plan de mejoramiento, ficha de caracterización, mapa de riesgos, formatos, guías, ficha técnica de indicadores, aplicativos ." para aprobación y publicación en el Manual de Procesos y Procedimientos | Mapa de riesgos actualizado Procedimientos PRO001 GBUPR 0002GB UPRO00 3GBUPR 0004GB UPRO00 5GBU PRO006 GBU PRO007 GBUPR 0013GB U con sus respectivos formatos y registros actualizados, Indicadores FIG002GBU, FIG003GBU, FIG005GBU y FIG006GBU reportados al 2019-2 | Para la los cuales la Subdirección de Bienestar universitario entregó como evidencia la actualización de la ficha de caracterización 04/10/2019, los procedimientos PRO013GBU y PRO005GBU, los indicadores FIG002GBU, FIG003GBU, FIG005GBU, FIG006GBU, los cuales se encuentran actualizados para la vigencia 2020 y se observa que se publicaron hasta febrero de 2021. |
| NC-06-2017 | | 2. Socializar a la comunidad universitaria mediante notas comunicantes los cambios que se han realizado en cuanto a la documentación del proceso y guardar los soportes | De la misma forma el Proceso de Bienestar Universitario, aporta evidencia y soporte de avances, relacionados | De acuerdo con las evidencias y la verificación que la Oficina de Control Interno, hace al manual de procesos y procedimientos – MPP, persisten muchos documentos desactualizados desde el año 2007. |
| NC-22-2017 | | | | |
| NC-45-2017 | | | | |
| NC-46-2017 | | | | |
| NC-54-2017 | (NC-05- 2017). No se evidencia adecuado control sobre la ejecución de las actividades planificadas del proceso, ya que al solicitar un registro de la aplicación del numeral 3, de la GUI002GDC_GUIA formulación de mapas de riesgos, no fue facilitado porque no se aplica. En consecuencia, no se facilitó registros que evidencien que analizan los riesgos asociados al proceso que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad, pese a que en el Plan de contingencias, se tiene riesgos compartidos, en la zona A, (Zona de riesgo alta), no indican las acciones para reducirlos, evitarlos, compartirlos, transferirlos minimizando o eliminando las causas. Esto conlleva incumplimiento del numeral 4.1 literal g). Esto se revisó siguiendo el PRO009GDC, versión 4 de fecha (30-04-2014) solicitándoles un registro de la tarea 1 a 9, o, de la 28 a 21. | | | |
| NC-56-2017 | | | | |
| NC-58-2017 | | | | |
| NC01-2012 | | | | |
| NC03-2012 | | | | |
| NC07-2012 | | | | |
| NC01-2015 | (NC-06-2017). No se evidencia adecuado control de los documentos ya que se identificó que el proceso de gestión de bienestar universitario, tiene publicado, en el manual de procesos y procedimientos de la universidad | | | |
| NC02-2015 | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----------------------|--|---|--|
| | <p>pedagógica nacional 21 formatos, los cuales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al verificar la disposición del formato FOR010GBU Inscripción de Actividades Institucionales, Culturales y Deportivas, en el sitio web donde se encuentra alojado, se evidenció que no se puede ingresar. 2. De igual manera no se evidencia fecha de aprobación de 17 formatos. 3. Tampoco se refleja que no han sido actualizados, lo cual debe estar bajo los parámetros del instructivo INS001GDC. 4. Del total de doce (12) procedimientos, diez (10) registran versión del 2007 y dos (2) del 2009, al revisarlos se pudo precisar que no han sido actualizados como se indica en el PRO001GDC y en los lineamientos del instructivo INS001GDC, principalmente en lo referido al diseño de los documentos, el cual debe ser en flujograma. 5. Se evidencia la misma situación en los formatos, toda vez que al revisar los veintiún (21) formatos del proceso, se identificó que el FOR001GBU versión 3; FOR002GBU versión 3; FOR003GBU versión 3; FOR004GBU versión 2; FOR005GBU versión 1; FOR006GBU versión 1; FOR007GBU versión 1; FOR0020GBU versión 1; No registran fecha que acompañe el título del documento. Así mismo el FOR0011GBU y el FOR019GBU, no registran número de versión ni fecha. Se evidencia que las caracterizaciones no se controlan de acuerdo con las directrices para el control de documentos, no especifican la vigencia del documento. <p>(NC-22-2017). APLI002GBU – Software Med sin versión y sin fecha, esta desactualizado. Lo que se encuentra publicado en la web corresponde a la versión XX y actualmente se encuentra en la versión XX, donde se evidencia que el proceso de autenticación y acceso a la información es diferente a lo publicado. (Registros Escaneados, 001, Medicina) APLI001GBU, Reliquidación de Matricula sin versión y sin fecha, está desactualizado. Lo que se encuentra publicado en la web no corresponde a lo que se maneja</p> | <p>respectivo s.</p> | | <p>con: actas de reuniones realizadas para la verificación de los procedimientos de las áreas de Psicosocial, área de salud, los días 18 y 19 de agosto de 2020. Revisión del área de cultura y deporte el día 21 de agosto de 2021, sin embargo, aún no están aprobados y publicados como actualizados en el MPP, para la vigencia 2020.</p> <p>Se anexan los links de los avances que realizo el proceso evaluado en relación a estas No Conformidades.</p> <p>https://pedagogicaedu-my.sharepoint.com/:f/g/personal/apmanrique_pedagogica_edu_co/EtZwtD8ALIpKrycMHAmmlOgBf9PhilVQhKyYKZKQua5Wyg?e=qVKWdC</p> <p>http://mpp.pedagogica.edu.co/download.php?file=gesti%C3%83%C2%B3n_de_bienestar_universitario.pdf</p> <p>https://pedagogicaedu-my.sharepoint.com/:u/g/personal/apmanrique_pedagogica_edu_co/EZv1t-JXeMVMtAh9zIWfKxEBrq6dUrnxxZApe702wMCyA?e=CkNUh6</p> <p>http://mpp.pedagogica.edu.co/verseccion.php</p> | |
|--|--|----------------------|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | <p>actualmente. (Registros Escaneados, 002, Gestión de Bienestar Universitario)</p> <p>APLI003GBU, Sistematización de practicantes Universitarios. No está en funcionamiento actualmente, no se encontró acceso a este aplicativo / archivo. (Registros Escaneados, 003, GBU).</p> <p>Con relación al software que se maneja en el restaurante (Garita) No existe un procedimiento creado ni publicado; pero se considera pertinente elaborarlo por cuanto está en uso y el grupo objetivo es significativo. (Estudiantes).</p> <p>(NC-45-2017). Es importante que se formalicen, en el Sistema de Gestión Integral de la Universidad Pedagógica Nacional, los formatos que no han sido adoptados en el manual de procesos y procedimientos, ya que se observó que: en el restaurante, en salud, en el Instituto Pedagógico Nacional, en el programa de egresados, en el Jardín infantil -casa materna- tienen en uso y versiones modificadas y no adoptadas de formatos para recabar información para la operación del proceso. Se constató que los formatos no son diligenciados en su totalidad omitiendo información importante para la gestión. Esto genera no cumplimiento del literal g) del numeral 4.2.3.</p> <p>(NC-46-2017). Incumplimiento del 4.2.3 NTCGP 1000:2009, g). Se constató el uso de documentos que registran datos en versiones no adoptadas en el manual de procesos y procedimientos de la Universidad Pedagógica Nacional, tampoco están identificados como papeles de trabajo en la TRD de la Subdirección de Bienestar Universitario ni en el Instituto Pedagógico Nacional</p> <p>(NC-54-2017). Para el seguimiento y control de asistencia a algunas actividades (egresados, enfermería) se utiliza una base de datos en hoja Excel, dado que dicha base de datos constituye una herramienta de seguimiento y control, es recomendable controlarla, asignándole código e incorporarla como</p> | | | <p>?ids=89&idh=798</p> <p>Por lo expuesto, se le advierte a la Subdirección de Bienestar Universitario, que estas acciones tiene más de 6 años de formulación, lo que hace necesario que el proceso las culmine y cierre antes del 31-12-2021, so pena de la connotación disciplinaria, que pueda acarrear por este incumplimiento reiterativo de las acciones de mejora formuladas o en su defecto reformular las mismas con la presentación de los FOR012GCD ante el evaluador del Sistema de Gestión Integral, para su aprobación.</p> <p>Atendiendo las evidencias entregadas y las consultas realizadas por la Oficina de Control Interno, Se reporta un avance de cumplimiento del 45%.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>un registro del sistema de gestión de calidad. Este mismo control es aplicable a las tablas de Excel que fueron creadas para controlar la gestión realizada en la asignación de citas, control de insumos médicos y odontológicos. Esto conlleva incumplimiento a los numerales 7.5.1 y 4.2.4.</p> <p>(NC-56-2017).</p> <p>Se evidenció en el área de salud el uso de formatos de consentimiento informado por el área médica y de psicología los cuales no están aprobados e incluidos en los procesos de gestión de calidad de la Universidad.</p> <p>(NC-58-2017).</p> <p>A pesar que se han definido indicadores para el proceso, en su mayoría de eficacia, se identificó que no se tiene control sobre la información y reportes de su medición, este numeral de la norma, solicita que se deben definir métodos con el fin de demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia); Es importante asegurar que los indicadores propuestos midan el objetivo del proceso en su integralidad.</p> <p>(OB01-2010): La actualización de la ficha de caracterización realizada el 10 de agosto de 2009, no se realizó en el formato establecido por el PRO001GDC,</p> <p>(NC01-2012):</p> <p>Al revisar la ficha de caracterización del proceso de GBU se evidencio que la misma no se encuentra actualizada, según lo establecido con el PRO001GDC.</p> <p>(NC03-2012):</p> <p>Se evidencia falta de seguimiento a la actualización de los procedimientos y formatos modificados desde el 07-09-2012. Se evidencio que algunas tareas y formatos no se encuentran documentadas en los procedimientos. Se observó que la Resolución 0332 del</p> | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | <p>2004 que reglamenta el Programa ASE se encuentra desactualizada ya que incluye el cronograma del año 2004, así mismo no incluye la evaluación del Programa ASE, lo que indica que el procedimiento no está de acuerdo con la norma. Se evidencio el incumplimiento del PRO004GBU. No se evidencian tareas del PRO006GBU. Se evidencia el uso de formatos que no están documentados en los respectivos procedimientos.</p> <p>(NC07-2012): Se evidencio: a) el PRO002GBU no tiene relacionada la normatividad que la rige en materia de salud. b) el PRO004GBU no está relacionado en la ficha de caracterización.</p> <p>(NC01-2015): Es necesario que se publique en el Sistema de Gestión de Calidad, el Mapa de Riesgos del proceso, porque durante el ejercicio auditor se verificó el documento en el mpp y se visualiza el del año 2011. Si bien es cierto que se evidenció el trabajo de construcción del mapa, aún no se han realizado ajustes y las modificaciones que la ODP sugirió, incluyendo los riesgos de corrupción, tampoco se han implementado acciones de mejora para identificar y/o minimizar los riesgos del proceso, como tampoco se realiza seguimiento ni se llevan controles.</p> <p>(NC02-2015): Revisando los procedimientos y formatos del proceso en el Sistema de Gestión de Calidad, se evidenció que no se ha llevado a cabo la actualización, el proceso cuenta con 15 procedimientos los cuales a la fecha no han sido actualizados con las actividades en flujogramas, como tampoco se han cambiado las divisiones por subdirecciones.</p> <p>(NC05-2015): Al revisar las fichas de indicadores en le página web, se evidenció que no se ha realizado la publicación de indicadores de 2014; durante el ejercicio auditor se observó que hasta el día 22/04/2015 se</p> | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|--------------------|--|
| | <p>remitieron las fichas de medición a la ODP, pero a la fecha no se ha hecho seguimiento y control para que sean aprobadas y publicadas.</p> <p>(NC06-2015): Se evidenció que el proceso de GBU, no cuenta con un plan de mejoramiento depurado, en razón a que no se ha llevado a cabo el cierre de acciones, de acuerdo con el seguimiento realizado por la OCI para el plan 2013.</p> | | | | |
| <p>(NC-08). No cumplimiento del numeral 4.2.4. No se ha realizado el proceso de transferencia documental primaria, pese a que la Resolución N° 1401 del 01 de noviembre de 2005 establece que para la Subdirección de Bienestar Universitario dicha actividad se debe efectuar la 3 semana de julio de cada año, es decir, se tiene pendiente de depurar, organizar, eliminar y/o transferir producción documental de las vigencias 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, según TRD.</p> <p>(NC-13) (NC-13). No cumplimiento del numeral 4.2.4. Al verificar registros dispuestos en A-Z se constató que no cumplen con lo establecido en PRO003GDO, control de registros, organización documental en archivo de gestión. Así mismo se genera incumplimiento de lo establecido en la Resolución 0135 del 20 de febrero de 2015 y resolución 0650 del 15 de julio de 2015</p> <p>NC01-2010 NC01-2010: Se evidencia que el archivo no corresponde a lo establecido en la TRD del proceso, debido a que estos no cuentan con la identificación de las series y subseries establecidas. En el archivo presentado de los eventos realizados, no están todos los registros relacionados en la TRD. En el mismo sentido los funcionarios del área de salud no conocen la tabla de retención documental propia del proceso y por ende no archiva conforme a lo establecida por esta.</p> <p>NC04-2012 NC04-2012: Al revisar los archivos del</p> | <p>1. Ordenar el acervo documental del archivo de gestión de la SBU de acuerdo a lo establecido en el PRO003GDO Control de Registros</p> <p>2. Eliminar y/o transferir la producción documental basados en la Resolución 406 de 2018 "Por la cual se derogan las Resoluciones N° 1401 y N° 1514 del 2005".</p> | <p>Archivo SBU organizado.</p> | <p>En este ítem en particular la Subdirección de Bienestar universitario, opto por unificar 6 No Conformidades que datan de los años 2010, 2012, 2014 y 2015, las cuales evidenciaron falencias en el manejo del archivo, transferencia documental y eliminación de documentos del proceso.</p> <p>El proceso de Bienestar universitario No reportó avances de estas acciones, ni entregó evidencias, debido a las dificultades que se presentaron por motivos de pandemia y la realización de actividades virtuales y trabajo en casa.</p> <p>Pese a lo expuesto para esta vigencia 2020, es procedente indicarle al proceso evaluado, que algunas de las acciones tiene entre 10 y 5 años de formulación, lo que</p> | <p>Se mantiene</p> | |

| | | | | | |
|----------|--|---|---|--|-----------|
| | <p>área de salud se evidenció que no se está aplicando lo establecido en la TRD del proceso de GBU.</p> <p>NC01-2014: Las AZ no presentan la codificación correspondiente, es decir la identificación no se refleja en el lomo de la AZ ni en el interior del mismo contenido de las series, subseries y tipo documental. De otro lado, se encuentran documentos archivados que no pertenecen a la serie y/o subserie de la tabla, de la misma forma documentos sin firma, como también documentos sin considerar el PRO004GDO.</p> <p>NC03-2015: Se evidenció que los registros correspondientes a las subseries documentales, no están debidamente ordenados e identificados o los documentos no corresponden a los expedientes. No se han realizado las transferencias documentales primarias correspondientes, incumpliendo con los tiempos de retención establecidos en la TRD.</p> | | | <p>hace necesario que el proceso las culmine y cierre antes del 31-12-2021, so pena de la connotación disciplinaria, que pueda acarrear por este incumplimiento reiterativo de las acciones de mejora formuladas o en su defecto proceda a reformular las mismas, a través de la presentación de los FOR012GCD ante el evaluador del Sistema de Gestión Integral, para su aprobación.</p> <p>El avance de esta vigencia para esta acciones es de 0%</p> | |
| (NC-7). | (NC-7). No cumplimiento del numeral 4.2.4. Toda vez que se observó que el espacio físico en donde se encuentra dispuesto el archivo de gestión no cuenta con los requerimientos establecidos por el Acuerdo N°039 del Archivo General de la Nación, También, falta adecuación en materia de ventilación y planta física, así como la adecuada disposición de los documentos. Se encontraron carpetas y AZ apiladas que aún no le han realizado el proceso de eliminación, bolsas de basura, equipos de audio, televisores, instrumentos musicales, carteleras, cajas de cartón etc. Esto se evidencia en el Instituto Pedagógico Nacional, Valmaría, egresados y salud, lo cual genera, además, incumplimiento de lo dispuesto en el Manual de manejo de bienes de la Universidad Pedagógica Nacional (Reintegro o Traslado de bienes devolutivos). | 1. Reiterar la solicitud a la Subdirección de Servicios Generales mediante una comunicación oficial a cerca de la adecuación y/o acondicionamiento de las instalaciones en las que se llevan a cabo actividades del proceso | 1.Memorando de solicitud a Servicios Generales. 2.Memorando de Solicitud a la Oficina de Seguridad y Salud en el trabajo. Lista de asistencias a capacitación | La Subdirección de Bienestar universitario, en su plan de mejoramiento, unificó 16 No Conformidades que datan de los años 2010, 2012, 2014 y 2015, las cuales evidenciaron falencias en la adecuación y preservación de espacios físicos destinados a la atención de público, acorde con las actividades del proceso. El proceso de Bienestar universitario aportó para estos hallazgos, fotografías relacionadas con la nueva estructuración del servicio de salud, en las cuales se | Se Cierra |
| (NC-27). | | | | | |
| (NC-30). | | | | | |
| (NC-31). | | | | | |
| (NC-32) | | | | | |
| (NC-33) | | | | | |
| (NC- | IPN Enfermería: Se encuentra sellada, el lugar de atención temporal es una | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| <p>34)</p> <p>(NC-35)</p> <p>(NC-36)</p> <p>(NC-37).</p> <p>(NC-38)</p> <p>(NC-39)</p> <p>(NC-40)</p> <p>(NC-41)</p> <p>(NC-42)</p> | <p>pequeña oficina donde no se dispone de una camilla o condiciones para que los estudiantes aguarden a tener una atención médica.</p> <p>(NC-30). Ing. Alimentos: El equipo de escritorio no está ubicado de manera ergonómica, la porta teclado no se usa, el olor a sustancias psicoactivas se percibe en los momentos de esparcimiento de los estudiantes.</p> <p>(NC-31). Chef / Auxiliar Almacén: El equipo de escritorio no está ubicado de manera ergonómica, el olor a sustancias psicoactivas se percibe en los momentos de esparcimiento de los estudiantes, esta oficina sirve de bodega, si bien la estantería donde almacenan menaje esta empotrada a las paredes, debería, en lo posible ubicarse otro espacio para este almacenamiento.</p> <p>(NC-32). Garita: El espacio es pequeño, la iluminación y ventilación cuando la puerta está cerrada son deficientes.</p> <p>(NC-33). Restaurante: Los espacios son amplios, la ventilación e iluminación es buena, cuatro (4) sillas del comedor fueron reemplazadas e 2016, el estado general de las sillas del restaurante es bueno, el techo fue cambiado, se tiene un tv grande que en conjunto brinda a los estudiantes y demás usuarios un espacio de esparcimiento y alimentación agradable. En cuanto a la parte de la cocina, los espacios son aseados, iluminados, cerca de las estufas se siente un fuerte olor a gas pero el sitio cuenta con suficiente ventilación.</p> <p>(NC-34). Cafetería: La silla asignada a la persona que atiende la caja, es una silla sin espaldar, no es ergonómica, en cuanto a la iluminación y ventilación son suficientes en esta área.</p> <p>(NC-35). Medicina: El espacio compartido entre la auxiliar y la Odontóloga que realiza actividades administrativas es pequeño, el equipo de cómputo de la auxiliar no está ubicado de manera ergonómica; el</p> | <p>de GBU.</p> <p>2. Reiterar la solicitud para una asesoría sobre la disposición de los elementos de trabajo en las áreas del proceso de GBU al Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.</p> <p>3. Solicitar capacitación en tema de Seguridad y Salud en el trabajo para el equipo de la SBU.</p> | | <p>evidencian las remodelaciones que se realizaron para la prestación de los servicios.</p> <p>Se cuenta con el acta de la reunión que se realizó con el área de servicios generales, Vicerrectoría Administrativa con el fin de revisar el proyecto de adecuación del Área de Salud de la Universidad, con fecha de 18/10/2018, para el proceso.</p> <p>Acorde con la evaluación realizada por la Oficina de Control interno, en vigencias anteriores se concluyó que 10 de las 16 actividades formuladas en este plan estaban cumplidas, dejando pendientes la 6 que se relacionan con actividades de adecuación y mejoramiento físico.</p> <p>Ahora bien, en la visita realizada a las instalaciones de la UPN, la Subdirección de Bienestar Universitario, manifestó que por ahora el área de restaurante, garita, oficina del ingeniero de alimentos, no era posible el ingreso para verificar los cambios que se realizaron, ya que este espacio se</p> | |
| <p>NC06-2012</p> | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | <p>espacio para el archivo es insuficiente, se percibe el olor a sustancias psicoactivas cuando los estudiantes ocupan la parte externa de esta oficina. Se han atendido quejas y reclamos de tal manera que se procura brindar respuesta oportuna a estos requerimientos.</p> <p>(NC-36). Odontología: En general los espacios asignados a odontología, cuentan con suficiente amplitud, iluminación y ventilación, a nivel de puestos de trabajo los equipos están bien ubicados</p> <p>(NC-37). Fisioterapia: El espacio tiene poca iluminación y ventilación y es pequeño para las actividades que se deben desarrollar en esta área.</p> <p>(NC-38). Enfermería: El espacio asignado tiene suficiente iluminación, el puesto de trabajo es amplio. No obstante, en el puesto de trabajo de citas médicas (Jairo) se encontraron medicamentos del programa de prevención de enfermedades de transmisión sexual, que ocupaba buena parte del escritorio</p> <p>(NC-39). Trabajo Psicosocial: El olor a sustancias psicoactivas está presente en toda la jornada de trabajo, los constantes balonazos que reciben las ventanas interrumpen las terapias e interrumpen de manera abrupta las actividades laborales. Anteriormente se contaba con una malla de protección entre la cancha de fútbol – baloncesto y el edificio pero esa malla fue retirada, por eso los impactos de los balones los reciben directamente las rejas que protegen los vidrios de las ventanas. La música a alto volumen es permanente lo que entorpece las sesiones de terapia que se desarrollan en los consultorios de psicología, golpes en las ventanas por parte de los estudiantes y las conversaciones cerca de ellas dificultan también el desarrollo de estas sesiones de terapia. Las sillas de los consultorios tienen el espaldar</p> | | | <p>encuentra ocupado por algunos estudiantes, en el marco de la “Juntanza”.</p> <p>En lo que tiene que ver con los consultorios de Medicina (NC35) le hacen faltan algunas adecuaciones relacionadas con el cableado, Odontología (NC36), este cuenta con los elementos para esterilización de la instrumentación odontológica, Fisioterapia (NC37), cuenta con el espacio adecuado para realizar las actividades propias de esta especialidad y Psicología (NC39), cuenta con tres consultorios dentro del área de salud los cuales fueron adecuados de manera eficiente, donde se evidencia que fueron ajustados bajo la Resolución 3100 de 2019.</p> <p>La (NC41) para el área de Deportes y la (NC42) Gestión de Bienestar Universitario (Mezanine) 2 Piso; se observan con buena ventilación e iluminación, sin embargo, las escaleras no cuentan con el adecuado antideslizante para evitar posibles accidentes laborales.</p> | |
|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>flojo, en las oficinas se ve que el lugar para el almacenamiento del archivo no es suficiente. El piso tiene partes irregulares que podrían causar algún tropiezo.</p> <p>(NC-40). Asignación salas – Icetex: Estos espacios no cuentan con suficiente iluminación, existen elementos que están dispersos por los escritorios, lo que reduce el espacio de trabajo, la iluminación no es la adecuada.</p> <p>(NC-41). Cultura – Deporte: Este espacio no tiene buena iluminación ni ventilación, el ruido del aire que está ubicado sobre la entrada al almacén es permanente, el olor a humedad por el problema con el techo es muy fuerte, la ventana tiene el vidrio vencido, hay partes con ladrillo a la vista porque debido a la humedad el estuco / pañete se cayó.</p> <p>(NC-42). Gestión de Bienestar Universitario (Mezanine) 2 Piso: Las escaleras de acceso están en regular estado, la humedad en el techo es visible, los puestos de trabajo están ubicados estratégicamente para evitar las goteras, el ruido del aire del almacén es fuerte y persistente, en las tardes cuando el sol llega por la ventana, ante la ausencia de una persiana, se coloca papel o revistas para mejorar la visibilidad en las pantallas de los equipos de cómputo.</p> <p>NC06-2012: Se evidenció que los funcionarios del área de salud se encuentran en permanente riesgo, pues están rodeados de contaminación auditiva y olores consecuencia del consumo de cigarrillo y otras sustancias. De la mismo forma se evidencio que los enfermeros no se encuentran seguros en su lugar de trabajo debido a la existencia de una ventana que constantemente es golpeada por los estudiantes que se encuentran realizando actividades deportivas."</p> | | | <p>Verificados los soportes, el alcance de las acciones y el indicador que centra su cumplimiento en la solicitud a través de memorando de estas adecuaciones o arreglos físicos, no la culminación de los mismo, la Oficina de Control Interno encuentra culminadas las actividades con un avance del 100%.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------|
| <p>(NC-15)</p> <p>(NC-16)</p> <p>(NC-17)</p> <p>NC-18)</p> <p>(NC-20)</p> <p>NC02 - 2012:</p> | <p>(NC-15). No cumplimiento del literal a) del numeral 6.2.2., ya que se evidenció que el líder del proceso no dispone de información que evidencie la determinación de la competencia necesaria de los servidores públicos que realizan trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del servicio y/o producto. La conformación del número y perfil de los integrantes del grupo de trabajo está sujeta a los lineamientos que establezca, para cada vigencia, el equipo directivo, la disponibilidad de cupos en el Plan de supernumerarios y en el Plan de Contratistas; las posibilidades de viabilidad presupuestal y la asignación de personal planta o provisional. El proceso de selección y de vinculación lo realiza la Subdirección de Personal y la contratación el Grupo de Contratación. Estas acciones no están armonizadas ni con la capacitación y/o adiestramiento en el puesto de trabajo, ni con la evaluación del desempeño o el acompañamiento al logro de las actividades derivadas de objetos contractuales.</p> <p>(NC-16). Se identificó un caso de un profesional especializado personal que está en situación de encargo y un caso de una profesional universitaria que fue reubicada laboralmente por prescripción médica, no suscribieron objetivos laborales ni fueron evaluadas en la nueva situación administrativa. Igualmente, se corroboró que en la revisión del Comité del Sistema de Gestión Integral de la Universidad Pedagógica Nacional al revisar que se presentaron deficiencias en cuanto a que no se tiene: (...) un Plan de Bienestar e Incentivos; el programa de preparación para pre-pensionados por retiro del servicio, (...) deficiencias en la gestión de riesgos y deficiencias en los indicadores. Sin embargo, a la Subdirección de Bienestar Universitario le fue asignado, un profesional especializado, en encargo, para: preparar y proyectar conceptos y documentos relacionados con la construcción de las políticas de la Subdirección de Bienestar Universitario; apoyar en el diseño de lineamientos y</p> | <p>1. Identificar por medio del formato FOR042P FN y FOR043P FN la competencia de los servidores supernumerarios y/o contratistas de la Subdirección.</p> <p>2. Adelantar el proceso de concertación de objetivos y planes de trabajo con todos los servidores de la SBU</p> | <p>FOR042 PFN y FOR043 PFN de la vigencia actual.</p> <p>Concertación de objetivos, de los servidores de la SBU, realizada por medio de los formatos: Formato de evaluación de desempeño nivel asistencial con nombramiento provisional al B1 y D1. Formato de desempeño para personal supernumerario. Contrato personal vinculado por prestación de servicios.</p> | <p>En cuanto a estas 6 No conformidades, relacionadas con el incumplimiento de requisitos y funciones del personal adscrito al proceso de Bienestar Universitario, la SBU aportó evidencias relacionadas mediante los FOR042PFN para cumplimiento de actividades de los contratistas y FOR043PFN para la concertación de objetivos de funcionarios con corte a 2020.</p> <p>Se Observa además formato Excel con la concertación de objetivos de cada uno de los integrantes de SBU vigencia 2020, formato Excel individual de cada uno de los integrantes de SBU.</p> <p>No se puede acceder al Excel de evaluación de desempeño para 2020.</p> <p>Por lo expuesto, se le advierte a la Subdirección de Bienestar Universitario, que estas acciones tiene más de 5 años de formulación, lo que hace necesario que el proceso las culmine y cierre antes del 31-12-2021, so pena de la connotación</p> | <p>Se mantiene</p> |
|---|---|--|---|---|--------------------|

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | <p>directrices para la ejecución y seguimiento de las actividades propias de la Subdirección; apoyar en el sostenimiento del Sistema de Gestión Integral en los cuales participa la Subdirección y Desarrollar el Programa de Integración para los pensionados de la Universidad Pedagógica Nacional.</p> <p>(NC-17). Al verificar las evaluaciones del personal supernumerario se identificó que en la evaluación del desempeño el 53.84 % obtuvo calificación sobresaliente y el 46,15 % obtuvo calificación sobresaliente. No se encontró que esta información sea considerada para la mejora del proceso ni para ajustar planes de trabajo, objetivos laborales u objetos contractuales.</p> <p>(NC-18). Se identificó que de una muestra de treinta y siete los Contratos de prestación del Servicio 26 tiene por objeto orientar talleres; Dos más son para prestar servicios odontológicos pese a que es un cargo creado con funciones en la planta de cargos de personal administrativo de la Universidad Pedagógica Nacional (Acuerdo N° 020 de 2013 del Consejo Superior Universitario).</p> <p>(NC-20). No se identificó trazabilidad de la información relacionada con los compromisos laborales, su evaluación y acciones de mejora del personal administrativo de carrera, provisional o supernumerario. Contrariamente se identificó que no se tienen establecidos controles para verificar la información de los registros evidenciando falta de competencia, de formación y de toma de conciencia sobre el uso e impacto de ella.</p> <p>NC02-2012: Al revisar las hojas de vida del personal que hace parte de los servicios de salud suministrados por el líder del equipo de servicios de salud, no se evidenciaron los soportes de experiencia laboral, aspecto que no permite evidenciar lo establecido en el paso 28 del PRO001GTH Vinculación Personal Administrativo y Trabajadores Oficiales.</p> | | | <p>disciplinaria, que pueda acarrear por este incumplimiento reiterativo de las acciones de mejora formuladas o en su defecto reformular las mismas con la presentación de los FOR012GCD ante el evaluador del Sistema de Gestión Integral, para su aprobación.</p> <p>Atendiendo las evidencias entregadas y las consultas realizadas por la Oficina de Control Interno, se encuentran cumplidas las actividades de la primera acción y sin reporte de avance las evaluaciones de desempeño y planes de trabajo de la dependencia, lo cual configura un avance de cumplimiento del 50%</p> | |
|--|---|--|--|---|--|

| | | | | | |
|---------|--|--|--|---|--------------------|
| (NC-21) | <p>(NC-21) Insuficiencia en Herramientas, equipos y sistemas de información (Tanto hardware con software para la gestión de los procesos), se evidenciaron, como Impresión. • En el área médica, odontología, y en la Enfermería</p> | <p>Habilitar la impresora en el área de salud del programa de salud.</p> | <p>Instalación de la impresora en el área de salud.</p> | <p>Con respecto a estas 5 No conformidades, las cuales se refieren a la insuficiencia en cuanto a recursos tecnológicos tanto de software como de hardware en la Subdirección de Bienestar universitario.</p> | <p>Se mantiene</p> |
| (NC23) | <p>NC23: No se identificó evidencia que permite precisar que se protege la información, bases de datos y documentación crítica del proceso como se encuentra determinado en el INS004GSI versión 01 de 21/09/2016.</p> | <p>Realizar el mantenimiento a los equipos de cómputo de la SBU.</p> | <p>Adecuación del espacio de acuerdo a las necesidades del servicio.</p> | <p>La Oficina de Control interno no recibió información que permita determinar avance alguno en estas actividades, por lo tanto, se mantienen.</p> | |
| (NC24) | <p>(NC-24). Atención a estudiantes vale del almuerzo: Este espacio no está acondicionado para tal fin</p> | <p>Realizar el cambio de equipos obsoletos.</p> | <p>Equipos de cómputo de la Subdirección de Bienestar Universitario con mantenimiento aplicado y funcionando correctamente</p> | <p>Se le advierte a la Subdirección de Bienestar Universitario, que estas acciones tiene más de 5 años de formulación, lo que hace necesario que el proceso las culmine y cierre antes del 31-12-2021, so pena de la connotación disciplinaria, que pueda acarrear por este incumplimiento reiterativo de las acciones de mejora formuladas o en su defecto reformular las mismas con la presentación de los FOR012GCD ante el evaluador del Sistema de Gestión Integral, para su aprobación.</p> | |
| (NC26) | <p>(NC-26). Área Médica: Los equipos de cómputo asignados a los consultorios de terapia, son Obsoletos y no están ubicados de manera ergonómica.</p> | <p>Realizar ubicación adecuada de los equipos de cómputo en la SBU.</p> | | | |
| (NC29) | <p>(NC-29). Auxiliar de Almacén, Chef, Garita, Ing. Alimentos, Restaurante, Cafetería, No se evidencia la determinación y ejecución de mantenimiento correctivo y preventivo de hardware.</p> | | | | |
| (NC-24) | | | | | |
| (NC-26) | | | | | |
| (NC-29) | | | | <p>El grado de avance se configura el 0%</p> | |

| | | | | | |
|------------------|--|---|---|---|------------------|
| (NC-51). | <p>(NC-51). No se evidencia el adecuado control sobre la ejecución de las actividades planificadas en el proceso, toda vez que se solicitó la encuesta de satisfacción adoptada por el sistema integrado de gestión de la universidad, al proceso de Gestión de Bienestar Universitario a que se refiere la circular REC 200 número 022 del 2012, para medir la satisfacción, como proceso de apoyo, que debe ser utilizado para informar sobre la satisfacción de los beneficiarios a entes internos y externos. esto genera incumplimiento al literal a), del número 7.5.2</p> | <p>1. Llevar acabo el seguimiento o al plan de acción y mejoramiento GBU con el fin de establecer acciones correctivas en los casos correspondientes.</p> | <p>Soporte y envío de los Seguirmentos de Plan de Acción y Mejoramiento SBU.</p> | <p>Con respecto a estas 10 No conformidades, las cuales se refieren a la falta de seguimiento a las encuestas de satisfacción, informes de actividades de contratos, indicadores, acciones de mejora de auditorías pasadas, al plan de mejora y plan de acción de la Subdirección de Bienestar universitario.</p> | <p>Se Cierra</p> |
| (NC-53) | <p>(NC-53). Se evidenció incumplimiento del literal c) y e) del numeral 7.5.2 ya que se observó que en el informe de actividades del Contrato de Prestación de Servicios N° 32 de 2016 se anexan registros que no fueron tenidos en cuenta para acciones de mejora del proceso, ni sus datos fueron utilizados, como trazabilidad para la prestación del servicio</p> | <p>2. Reportar la medición de los indicadores en el periodo establecido o y establecer acciones correctivas y/o de mejora cuando el resultado no esté en el nivel óptimo.</p> | <p>Indicadores Publicados en el MPP.</p> | <p>La Oficina de Control observa en las evidencias aportadas un análisis de las encuestas de satisfacción por parte de la Subdirección de Bienestar Universitario, de acuerdo a los diferentes servicios que se prestan.</p> | |
| (NC-57) | <p>(NC-57). Se identificó que las acciones de seguimiento y medición para la satisfacción del cliente no se resuelven de fondo ni se eliminan las causas, incumpliendo el número 8.2.1</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Además remiten y se verificó en la web la actualización de los indicadores de la vigencia 2020.</p> | |
| (NC-59) | <p>(NC-59). Mediante consulta en línea al Manual de Procesos y Procedimientos se evidenció que los indicadores definidos por el Proceso no fueron medidos en el periodo 2016-2 incumpliendo lo definido por tiempo de reporte semestral, por lo que se incumple en el numeral 8.2.3 de la Norma NTCGP 1000:2009.</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Acorde con los seguimientos del plan de acción realizados por la Oficina de Desarrollo y Planeación, el proceso de Bienestar Universitario, a entregado los soportes y avances relacionados con el plan de acción y mejoramiento, dentro de las fechas establecidas.</p> | |
| (NC-60) | <p>(NC-60). No se identificó evidencias que den cuenta de las acciones realizadas para asegurar la implementación de las acciones de mejoramiento – PRO003GDC- para eliminar las no conformidades detectadas en los informes de auditorías precedentes, como tampoco para prevenir el impacto de los riesgos detectados o potenciales incumplimiento, además, lo previsto en la Circular N° 019 del 2010 Lineamientos para la administración del</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Acorde con los seguimientos del plan de acción realizados por la Oficina de Desarrollo y Planeación, el proceso de Bienestar Universitario, a entregado los soportes y avances relacionados con el plan de acción y mejoramiento, dentro de las fechas establecidas.</p> | |
| (NC-61) | <p>(NC-61). No se evidenció el adecuado control sobre la ejecución de las actividades planificadas en el proceso, toda vez que se solicitó la encuesta de satisfacción adoptada por el sistema integrado de gestión de la universidad, al proceso de Gestión de Bienestar Universitario a que se refiere la circular REC 200 número 022 del 2012, para medir la satisfacción, como proceso de apoyo, que debe ser utilizado para informar sobre la satisfacción de los beneficiarios a entes internos y externos. esto genera incumplimiento al literal a), del número 7.5.2</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Acorde con los seguimientos del plan de acción realizados por la Oficina de Desarrollo y Planeación, el proceso de Bienestar Universitario, a entregado los soportes y avances relacionados con el plan de acción y mejoramiento, dentro de las fechas establecidas.</p> | |
| (NC-62) | <p>(NC-62). Mediante consulta en línea al Manual de Procesos y Procedimientos se evidenció que los indicadores definidos por el Proceso no fueron medidos en el periodo 2016-2 incumpliendo lo definido por tiempo de reporte semestral, por lo que se incumple en el numeral 8.2.3 de la Norma NTCGP 1000:2009.</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Acorde con los seguimientos del plan de acción realizados por la Oficina de Desarrollo y Planeación, el proceso de Bienestar Universitario, a entregado los soportes y avances relacionados con el plan de acción y mejoramiento, dentro de las fechas establecidas.</p> | |
| (NC-63) | <p>(NC-63). Mediante consulta en línea al Manual de Procesos y Procedimientos se evidenció que los indicadores definidos por el Proceso no fueron medidos en el periodo 2016-2 incumpliendo lo definido por tiempo de reporte semestral, por lo que se incumple en el numeral 8.2.3 de la Norma NTCGP 1000:2009.</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Acorde con los seguimientos del plan de acción realizados por la Oficina de Desarrollo y Planeación, el proceso de Bienestar Universitario, a entregado los soportes y avances relacionados con el plan de acción y mejoramiento, dentro de las fechas establecidas.</p> | |
| (NC-64) | <p>(NC-64). Mediante consulta en línea al Manual de Procesos y Procedimientos se evidenció que los indicadores definidos por el Proceso no fueron medidos en el periodo 2016-2 incumpliendo lo definido por tiempo de reporte semestral, por lo que se incumple en el numeral 8.2.3 de la Norma NTCGP 1000:2009.</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Acorde con los seguimientos del plan de acción realizados por la Oficina de Desarrollo y Planeación, el proceso de Bienestar Universitario, a entregado los soportes y avances relacionados con el plan de acción y mejoramiento, dentro de las fechas establecidas.</p> | |
| NC03-2010 | <p>(NC-60). No se identificó evidencias que den cuenta de las acciones realizadas para asegurar la implementación de las acciones de mejoramiento – PRO003GDC- para eliminar las no conformidades detectadas en los informes de auditorías precedentes, como tampoco para prevenir el impacto de los riesgos detectados o potenciales incumplimiento, además, lo previsto en la Circular N° 019 del 2010 Lineamientos para la administración del</p> | <p>3. Aplicar la Encuesta de Percepción y Calidad de los Servicios de Bienestar Universitario</p> | <p>Encuestas de Percepción y calidad de los servicios de Bienestar Universitario.</p> | <p>Acorde con los seguimientos del plan de acción realizados por la Oficina de Desarrollo y Planeación, el proceso de Bienestar Universitario, a entregado los soportes y avances relacionados con el plan de acción y mejoramiento, dentro de las fechas establecidas.</p> | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | <p>riesgo. Esto evidencia que no se tiene determinado y establecido su seguimiento y medición.</p> <p>(NC-61). Se evidenció que no se han implementado las acciones de mejoramiento registradas en el plan de mejora 2010, 2013, 2014 y 2015, acorde con la guía para la verificación del cumplimiento, la implementación y eficacia de estas acciones – GUI002GCE-. Así mismo, se identificó que no se le elaboró plan de mejoramiento para los hallazgos de la auditoría interna realizadas en el 2012, 2013 y 2014.</p> <p>(NC-62). Se identificó la no existencia de evidencia sobre las acciones de análisis de las causas y/o de la orientación a la mitigación de ocurrencia de no conformidades; como tampoco del análisis de tendencias que contribuyan a la eficiencia y efectividad del proceso de Gestión de Bienestar Universitario, evidenciando que aunque registran datos y diligencian formatos, no efectúan análisis de datos para determinar decisiones que eliminen causas.</p> <p>(NC-63). Al carecer de la información, no se dispone de datos generados por el resultado del seguimiento y medición y otros datos que permitieran ser analizados para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del proceso de Gestión de Bienestar Universitario y para evaluar su mejora continua.</p> <p>(NC-64). El proceso no asegura que se lleven a cabo las acciones correctivas cuando no se alcanzan los resultados planificados. Esto genera incumplimiento del numeral 8.5.2., al no asegurar acciones correctivas. El auditado no facilitó evidencias que permitieran identificar las acciones correctivas para garantizar la mejora continua del proceso, cuando no se obtuvo la meta planteada. Como es el caso de los indicadores: Código: FOR005PES, logro 82%; Código: FOR005PES, logro 17%; Código: FOR005PES, logro 15%;</p> | <p>io 2019-1 a los contratistas de la subdirección con el fin de generar acciones de mejoramiento del proceso.</p> | | <p>Teniendo en cuenta lo reportado y el indicador propuesto para estas acciones, la OCI encuentra cumplida en avance porcentual las acciones con un 100% y se procede a cerrar las mismas.</p> | |
|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|--------------------|
| | <p>Código: FOR005PES, logro 18%. En el caso del GBU-R05, no se facilitó registros que evidencien la solicitud y el seguimiento para su mitigación.</p> <p>Así mismo, en el caso del GBU-R07 tampoco se facilitó registro que evidencie acción correctiva o preventiva para mitigar o anular sus causas., pese a que está clasificado como riesgo extremo.</p> <p>En el Plan de Acción y de mejoramiento institucional se registró la meta: adecuar e implementar el programa de egresados, con políticas y estrategias que propicien su retorno a la Universidad y coadyuven a la acreditación institucional. No se facilitó evidencia que permitan corroborar el logro de la meta, contrariamente, se remitió a equipo de auditores a la oficina donde funciona e Grupo de Orientación y Apoyo Estudiantil - GOAE- ya que se informó que todo el archivo de egresados se encontraba en ese lugar. Al verificar el archivo, no se encontró evidencias relacionadas con la meta.</p> <p>NC03-2010: El indicador actividades institucionales, culturales y deportivas presenta unas bases de datos, donde se contabilizan como estudiantes otros actores del proceso como lo son funcionarios y/o familiares; esto no permite realizar una medición correcta del proceso."</p> | | | | |
| <p>(NC-55). 2019</p> | <p>(NC-55).</p> <p>En las áreas donde se presta el servicio de salud no implementaron actividades de seguimiento para la autoevaluación, requisito necesario para continuar certificado y habilitado el servicio. Se evidenció que no se ha habilitado el servicio de psicología en la calle 72 pero se presta; en la sede Valmaría se prestaron los servicios médicos sin que exista habilitación e inscripción en el registro de prestadores del servicio de salud. Incumpliendo el numeral 7.6</p> | <p>1. Mantener la habilitación del servicio de salud en las instalaciones de la calle 72 de la Universidad.</p> <p>2. Ejecutar</p> | <p>Avances en el proceso de habilitación.</p> | <p>Se observa la autoevaluación de los servicios de medicina general, odontología general, laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico fisioterapia, proceso de esterilización, lo que permite mantener la habilitación.</p> <p>El GOAE gestionó: La inscripción a Rethus y la certificación de</p> | <p>Se Mantiene</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | reunión con el Grupo de Orientación y Apoyo estudiantil con el fin de establecer una metodología - ruta para que sea habilitado el servicio de psicología en las instalaciones de la Universidad. | | curso en código blanco de la Profesional contratada. Así mismo se proyecta para 2021 la compra de licencias MED y el buen funcionamiento del mismo. No se cuenta con acta de reunión con el equipo de GOAE. No se recibe evidencia de la habilitación del servicio en la sede Valmaría. Se aporta un avance del 50%. | |
|--|--|---|--|--|--|

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Producto de la verificación efectuada a la evidencia remitida por la Subdirección de Bienestar Universitario, en relación al cumplimiento de las cincuenta y nueve (59) No conformidades, evidenciadas en auditoría de calidad, las cuales el proceso agrupo en siete (7) grupos, se logró determinar el siguiente resultado:

| GRUPOS | NÚMERO DE N.C | CERRADAS | PENDIENTES |
|--------------|---------------|-----------|------------|
| 1 | 15 | | 15 |
| 2 | 6 | | 6 |
| 3 | 16 | 16 | |
| 4 | 6 | | 6 |
| 5 | 5 | | 5 |
| 6 | 10 | 10 | |
| 7 | 1 | | 1 |
| TOTAL | 59 | 26 | 33 |

2. Las No Conformidades que quedan sin cerrar, es porque las acciones formuladas no se cumplieron a cabalidad y las evidencias suministradas no fueron las suficientes o acordes para finalizar o mitigarlas.

3. También se evidenció que el proceso de Bienestar Universitario, tiene formuladas acciones y actividades desde el año 2010, es decir que su Plan de Mejoramiento, ha resultado ineficiente e ineficaz en la eliminación de las causas que generaron las no conformidades; de la misma forma se encontraron algunas sin ningún tipo de avance, lo que denota una disminución de la gestión del área por llevar a buen término el sus objetivos.
4. La inactividad en la gestión y el bajo reporte de avances en el plan de mejoramiento de la Subdirección de Bienestar Universitario, el cual en su mayoría tiene más de 6 años de formulado, hace necesario que el proceso las culmine y cierre antes del 31-12-2021, so pena de la connotación disciplinaria, que pueda acarrear por este incumplimiento reiterativo de las acciones de mejora formuladas.
5. Finalmente, la Oficina de Control Interno, indica que de no producirse el cierre de la pendientes, derivadas del presente informe, es necesario que el proceso evaluado reformule las no conformidades, para lo cual debe verificar el alcance de las acciones y de los indicadores propuestos para evitar mayores dilaciones, actividad que debe realizar a través del diligenciamiento del FOR012GDC y FOR006PES y presentarlo ante la Oficina de Desarrollo y Planeación como experto y líder del Sistema de Gestión Integral y Calidad.

Fecha: 29 de octubre de 2021.



ARELYS VALENCIA VALENCIA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaborado por: Yanneth Milena Guaca Arias; Auditora OCI
Revisado por: Maggiber Hernández Pl. - OCI