

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

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Plan de Trabajo versión 2 formulado para la vigencia 2022 y del rol de evaluación y seguimiento que le compete, conforme a lo dispuesto en el 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 hacía 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 el proceso de la Subdirección de Bienestar Universitario, en el Plan de Mejoramiento correspondiente a la vigencia 2022.

Desarrollo

El ejercicio consistió en la verificación detallada de las acciones formuladas para contrarrestar las causas de los hallazgos, no conformidades y aspectos por mejorar, contenido en el Plan de Mejoramiento del de la Subdirección de Bienestar Universitario, 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 la evaluación practicada por la Oficina de Control Interno (OCI) entre los meses de abril a junio de 2022, 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 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 del proceso. *U.D.*

CÓDIGO: NC01SBU-2017; NC03SBU-2017; NC05SBU-2017; NC06SBU-2017; NC22SBU-2017; NC45SBU-2017; NC46SBU-2017; NC54SBU-2017; NC56SBU-201; NC58SBU-2017; NC01SBU-2012; NC03SBU-2012; NC07SBU-2012; NC01SBU-2015; NC02SBU-2015; NC05SBU-2015; NC06SBU-2015; AM03SBU-2020.	INDICADOR: 1.Cronograma elaborado y cumplido por los funcionarios de la SBU. 2.FOR001GDC remitido a la Oficina de desarrollo y planeación. 3.Notas comunicantes publicadas.
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No Conformidad, Aspecto por Mejorar y Hallazgo). - NC01SBU-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 auditoria 2013 – 2014, en el cual se determina que se deben incluir los riesgos de corrupción generando incumplimiento al numeral 4.1 literal g). - NC03SBU-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. - NC05SBU-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. - NC06SBU-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 pedagógica nacional 21 formatos, los cuales:	

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.

- **NC22SBU-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 Matrícula sin versión y sin fecha, está desactualizado. Lo que se encuentra publicado en la web no corresponde a lo que se maneja actualmente. (Registros Escaneados, 002, Gestión de Bienestar Universitario)

APLI003GBU, Sistematización de practicantes Universitarios. No está en funcionamiento actualmente, no se encontró acceso a este aplicativo / archivo. (Registros Escaneados, 003, GBU).

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).

- **NC45SBU-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.

- **NC46SBU-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.

- **NC54SBU-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 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.

- **NC56SBU-2017**; 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.

- **NC58SBU-2017**; 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. (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.

- **NC01SBU-2012**; 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.

- **NC03SBU-2012**; 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 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.

- **NC07SBU-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.

- **NC01SBU-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.

- **NC02SBU-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 *U.D.*

- **NC05SBU-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 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.

- **NC06SBU-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.

- **AM03SBU-2020**; se evidencia que el proceso debe realizar estrategias al interior del grupo con el fin de desarrollar de manera acertada y oportuna la actualización de sus documentos, debido a que se encuentra pendiente por cerrar la No conformidad asociada a este requisito y evidenciado en Manual de procesos y procedimientos.

ACCIÓN	OBSERVACIÓN
<p>1. Realizar un cronograma donde se especifiquen las fechas de elaboración y remisión de documentos que requieren actualización.</p> <p>2. Remitir a la Oficina de Desarrollo y Planeación la solicitud de actualización documental del Plan de acción y mejoramiento, ficha de caracterización, normograma, aplicativos, entre otros para aprobación y publicación en el Manual de Procesos y Procedimientos.</p> <p>3. Realizar seguimiento a la publicación de la documentación actualizada y en tanto se publique 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 respectivos.</p>	<p>La Subdirección de Bienestar Universitario (SBU) aporta como evidencia al seguimiento de este primer grupo conformado por Aspectos por Mejorar, Hallazgos y No Conformidades, la siguiente información;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cronograma de documentos que requieren ser actualizados. ➤ Solicitud de actualización de los documentos dirigido a la ODP ➤ Los documentos que se solicitaron ser actualizados ya se encuentran en el Manual de Procesos y Procedimientos de la Subdirección de Bienestar Universitario. <p>Una vez revisada y analizada la información, la Oficina de Control Interno encuentra que las acciones propuestas para este grupo de Aspectos por Mejorar, Hallazgos y No Conformidades, fueron ejecutadas y las evidencias guardan relación con lo observado en los documentos.</p> <p>Por lo anterior, se informa que se cumple con lo planeado para este grupo y se da cierre al mismo.</p>
ESTADO DE LA ACCIÓN	SE CIERRA

CÓDIGO: NC08SBU-2017; NC13SBU-2017; NC01SBU-2010;	INDICADOR: 1.Memorando dirigido a la Alta Dirección.
---	--

U.D.

NC04SBU-2012; NC03SBU-2015; AM02SBU-2021; H03SBU-2021;

2.Cronograma de trabajo.

3.Formatos de eliminación y transferencia documental revisados por la SBU-Archivo y Correspondencia.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No Conformidad, Aspecto por Mejorar y Hallazgo).

NC08SBU-2017; 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.

NC13SBU-2017; 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.

NC01SBU-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.

NC04SBU-2012; Al revisar los archivos del área de salud se evidenció que no se está aplicando lo establecido en la TRD del proceso de GBU.

NC01SBU-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.

NC03SBU-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.

AM02SBU-2021; Se aconseja gestionar el fortalecimiento del equipo de trabajo, por lo menos con una persona adicional que apoye las labores de archivo en todo el proceso, toda vez que, se evidencian atrasos significativos en el cumplimiento de esta actividad, la cual ya había sido identificada en auditorías pasadas

H03SBU-2021; Teniendo en cuenta la entrevista realizada al equipo de la Subdirección de Bienestar Universitario y el recorrido efectuado en la página web, se pudo establecer

que el proceso cuentan con tabla de retención documental vinculada en la serie SBU-560.3 Actas, SBU-560.6 Administración, SBU560.10 Apoyos estudiantiles, SBU-560.15 Caja de Compensación, SBU560.18 Distribución de Residuos Peligrosos, SBU-560.52 Fraccionamiento de Matrícula, SBU-560.120 Habilitación de Servicios, SBU-560.55 Historia Clínica, SBU-560.59 Informes, SBU-560.89 Programas, SBU-560.91 Proyectos, SBU-560.121 Seguimiento y Acompañamiento. Sin embargo, se evidencia que las últimas transferencias documental correspondieron a 18 Historias clínicas Odontológicas, realizada el día 28/05/2018 y 18 carpetas del programa de Egresados, el día 11/09/2018, es decir que el proceso lleva más de dos años sin realizar esta actividad, pese a tener observaciones relacionadas con este mismo asunto.

ACCIÓN	OBSERVACIÓN
<p>1. Solicitar a través de memorando a la alta dirección la solicitud de un (1) contratista que apoye las labores de gestión documental, eliminación y transferencia del proceso GBU.</p> <p>2. Establecer un cronograma de trabajo y responsable por programa de la SBU, determinando en la concertación de objetivos esta tarea para cada programa.</p> <p>3. Solicitar al grupo de Archivo y Correspondencia la visita técnica con el fin de dar trámite a la eliminación y/o transferencia que se encuentre pendiente basados en la Resolución 406 de 2018 "Por la cual se derogan las Resoluciones N° 1401 y N° 1514 del 2005.</p>	<p>La Subdirección de Bienestar Universitario (SBU) aporta como evidencia al seguimiento de este segundo grupo conformado por Aspectos por Mejorar, Hallazgos y No Conformidades, la siguiente información;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vinculación de un (1) funcionario por medio de la resolución 0112 de 2022, el cual tendrá como actividades principales toda la gestión, eliminación, transferencia de la documentación a la Tabla de Retención Documental. ❖ Un (1) documento PDF en donde se solicita a archivo general capacitación para los trámites de transferencia y/o eliminación documental. ❖ Memorando solicitud para archivo y correspondencia solicitando la visita técnica con fecha de mayo 2022. <p>Analizada la documentación aportada para este grupo, la Oficina de Control Interno encuentra que las evidencias guardan relaciones con las actividades ejecutadas para las acciones formuladas, lo cual permite darle cierre a este grupo de Aspectos por Mejorar, Hallazgos y No Conformidades.</p>
ESTADO DE LA ACCIÓN	SE CIERRA

CÓDIGO:	INDICADOR
<p>NC15SBU-2017; NC16SBU-2017; NC17SBU-2017; NC18SBU-2017; NC20SBU-2017; NC02SBU-2012;</p>	<p>1.FOR042PFN y FOR043PFN de la vigencia actual.</p> <p>2.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 B1 y D1.</p>

W.D.

AM03SBU-2021; HA05SBU-2021.	<p>3.Formato de desempeño para personal Supernumerario.</p> <p>4.Cronograma de retroalimentación.</p> <p>5.Lista de asistencia a la capacitación y comunicación a la SPE.</p>
------------------------------------	---

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No Conformidad, Aspecto por Mejorar y Hallazgo).

NC15SBU-2017; 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.

NC16SBU-2017; 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 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.

NC17SBU-2017; 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.

NC18SBU-2017; 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).

NC20SBU-2017; 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.

NC02SBU-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.

AM03SBU-2021; Si bien, los funcionarios de la Subdirección de Bienestar Universitario, manifiesta haber recibido capacitados en diferentes temas, relacionados con la funcionabilidad del área, las certificaciones, listas de asistencia y/o memorias no fueron trasladadas a la auditoría, no comunicadas a la Subdirección de Personal -SP, por lo que se recomienda que cada vez que un funcionario asista presencial o virtualmente a estos eventos, primero se comunique a la SP y segundo se retroalimente al resto del equipo de trabajo, en aras de fortalecer el conocimiento.

HA05SBU-2021; Los funcionarios realizan la concertación de objetivos, sobre los cuales se deben presentar las evidencias necesarias para la valoración del cumplimiento de las actividades laborales, actividad que encontramos realizada por la totalidad de los funcionarios adscritos a este proceso. Sin embargo, existen variaciones en el cumplimiento de estos objetivos o rechazo para la realización de los mismos, lo que acarrea dificultades en la administración del personal y la redistribución de funciones y actividades propias de los cargos acordes con los grados y especificidades de las necesidades propias de un cargo. Ahora bien, en lo que respecta a los funcionarios públicos que ostentan la dignidad de sindicalizados, estos tienen una regulación especial que les permite desempeñar sus actividades sindicales y gozar de permisos relacionados con las actividades propias a desarrollar en los comités ejecutivos, directivas y subdirectivas de confederaciones y federaciones, juntas directivas, subdirectivas y comités seccionales de los sindicatos, comisiones legales o estatutarias de reclamos, y los delegados para las asambleas sindicales y la negociación colectiva, a la vez que deben cumplir con los deberes y obligaciones que corresponden al servidor público en el desempeño del empleo del cual es titular, tal y como lo indica, el Decreto 288 del 24 de marzo de 2021.

ACCIÓN	OBSERVACIÓN
<p>1. Solicitar de manera semestral a los funcionarios de planta, provisional y supernumerario la elaboración de la concertación de objetivos, así como evaluación de desempeño.</p> <p>2. Identificar por medio del formato FOR042PFN y FOR043PFN la competencia y necesidad de los servidores supernumerarios y/o contratistas de la Subdirección.</p>	<p>La Subdirección de Bienestar Universitario (SBU) aporta como evidencia al seguimiento de este tercer grupo conformado por Aspectos por Mejorar, Hallazgos y No Conformidades, la siguiente información;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos (2) memorandos dirigidos a la Subdirección de Personal, con la concertación de objetivos de los funcionarios de la SBU.

<p>3. Retroalimentar a los funcionarios de la SBU sobre la concertación de objetivos y evaluación de desempeño de manera oportuna.</p> <p>4. Realizar una capacitación a todo el personal de la SBU donde se socialice la normativa y los objetivos del proceso, tendientes a que todos y cada uno de los funcionarios, supernumerarios, trabajadores oficiales y contratistas, conozcan sus obligaciones, deberes, derechos y la obligatoriedad de cumplimiento de las funciones, objetivos y actividades relacionadas con el cargo que desempeñan en cualquier rol; adicional que conozcan los derecho a sindicalizarse, gozar de permisos, a la par que cumple con sus obligaciones y deberes laborales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de treinta y seis (36) contratistas por medio del FOR043PFN. • Identificación de veintidós (22) Supernumerarios por medio del FOR042PFN. • Lista de asistencia a la reunión de socialización de; concertación de objetivos y evaluación de desempeño. <p>Una vez revisada y analizada la información, la Oficina de Control Interno encuentra que las acciones propuestas para este grupo de Aspectos por Mejorar, Hallazgos y No Conformidades, fueron ejecutadas y las evidencias guardan relación con lo observado en los documentos, lo cual permite dar cierre a este grupo.</p>
ESTADO DE LA ACCIÓN	SE CIERRA.

<p>CÓDIGO:</p> <p>HA02SBU-2021</p>	<p>INDICADOR:</p> <p>1.Fichas de medición de indicadores actualizadas.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No Conformidad, Aspecto por Mejorar y Hallazgo)</p> <p>HA02SBU-2021; Se realizaron pruebas de recorrido en el Manual de Procesos y Procedimientos, para verificar la existencia de indicadores de gestión asociados al Proceso de Bienestar Universitario, encontrando que, tiene cuatro (4) indicadores formulados, los cuales fueron evaluados por el área, para el periodo de marzo a julio de 2021; sin embargo, no posee formulados indicadores de gestión para temas tan importantes como: el programa de recreación y deportes, el programa socioeconómico, programa de apoyo a servicios estudiantiles, programa convenio UPN-ICETEX y Programa GOAE, que reflejen las actividades de gestión y cumplimiento de objetivos, propios del proceso. Es importante que la Subdirección de Bienestar Universitario, cuente con estos indicadores adicionales que le permiten medir la gestión realizada en el cumplimiento de las actividades, metas y objetivos del proceso.</p>	
ACCIÓN	OBSERVACIÓN

<p>Diseñar los indicadores de medición para el análisis del comportamiento en el servicio prestado de los programas de socioeconómico, programa de apoyo a servicios estudiantiles, programa convenio UPN-ICETEX y Programa GOAE y remitir a la ODP para aprobación y publicación.</p>	<p>La Subdirección de Bienestar Universitario (SBU) aporta como evidencia al seguimiento de este cuarto grupo conformado por un (1) Hallazgos, la siguiente información;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correo reunión para la formulación de Indicadores de Deporte. ▪ FOR001GDC, creación de indicador denominado; Cantidad de estudiantes que utilizan los servicios del Grupo de Orientación Acompañamiento a la Comunidad Universitaria-GOAE. <p>Después de verificar la información aportada, la Oficina de Control Interno determina que las actividades ejecutadas para las acciones propuestas en este Hallazgo son adecuadas, por tal motivo se da cierre.</p>
<p>ESTADO DE LA ACCIÓN</p>	<p>SE CIERRA</p>
<p>CÓDIGO:</p> <p>AM01SBU-2021</p>	<p>INDICADOR:</p> <p>1.Memorando dirigido a la SST.</p> <p>2.Correos electrónicos, reiteraciones.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No Conformidad, Aspecto por Mejorar y Hallazgo).</p> <p>AM01SBU-2021; Teniendo en cuenta la visita realizada a la sede de la calle 72, se pudo evidenciar que las escaleras de la subdirección de Bienestar Universitario, como las de la Oficina de Cultura y Deporte, no cuentan con las franjas antideslizantes necesarias para evitar riesgos de accidentes o incidentes con el personal de estas oficinas y/o personas externas.</p>	
<p>ACCIÓN</p>	<p>OBSERVACIÓN</p>
<p>1. Solicitar a través de memorando a la SST la instalación de las franjas antideslizantes, así como de la señalización que requieran de mantenimiento.</p> <p>2.Realizar seguimiento a la solicitud hasta la instalación de lo solicitado.</p>	<p>La Subdirección de Bienestar Universitario (SBU) aporta como evidencia al seguimiento de este cuarto grupo conformado por un (1) Aspecto por Mejorar, la siguiente información;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correo de solicitud al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Reiteración solicitud para la solicitud de antideslizantes y señalización. • Memorando solicitud de Instalación de antideslizantes y señalización al proceso de Servicios Generales.

	Revisada la información suministrada por la SBU, la Oficina de Control Interno determino que las actividades realizadas para estas acciones se ejecutaron y se encuentra acorde. con el Aspecto por Mejorar, por tal motivo se indica que este grupo se cierra.
ESTADO DE LA ACCIÓN	SE CIERRA.

CÓDIGO: HA04SBU-2021;	INDICADOR: 1.Documento de protocolo. 2.Oficios dirigidos a la Personería de Bogotá y Secretaria Distrital de Gobierno. 3.Memorandos dirigidos a la SSG. 4.Informes remitidos a la Rectoría.
--	--

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No Conformidad, Aspecto por Mejorar y Hallazgo)

HA04SBU-2021; Durante la visita técnica de verificación que se realizó, a las instalaciones de la Universidad Pedagógica Nacional, en la sede de la Calle 72, en la cual se evaluaron físicamente los espacios destinados a la prestación de servicios y actividades que desarrolla el Proceso de Bienestar Universitario, no fue posible realizar la inspección al área del restaurante y la caldera, toda vez que estos sitios se encuentran ocupados por estudiantes de la universidad y al parecer personas externas a la entidad, que se autodenominan “La Juntanza”, lo que no permitió verificar las condiciones físicas y de habilitación de estos espacios. Sin embargo, en el recorrido se verificaron condiciones de hacinamiento (carpas), desaseo, uso indebido de los espacios y demás condiciones propias de un campamento improvisado, deteriorando la calidad y funcionalidad de los bienes y puede llegar a ocasionar un detrimento patrimonial, actividades estas que van en contravía de la esencia, misión, visión y objetivos de la Universidad Pedagógica Nacional. Esta situación de indebida ocupación, en algunas áreas de la Universidad Pedagógica Nacional – UPN y en especial, las que corresponden a la caldera, Restaurante y cafetería, que están adscritos a la administración directa de la Subdirección de Bienestar Universitario, denotan un riesgo externo, por desplazamiento de autoridad, control y administración de bienes públicos en manos de terceros, lo que claramente puede acarrear pérdida y deterioro de elementos e infraestructura, cargados al presupuesto público, con responsabilidad de los funcionarios que tienen a su cargo dichos inventarios. En el recorrido se indago a cerca de las labores realizadas por la Subdirección de Bienestar Universitario y la alta dirección, para la recuperación de los espacios físicos ocupado, encontrando que se ha realizado acercamiento con los líderes “La Juntanza”, sin acordar fecha o plazo probable para desocupar y retornar estos bienes a la administración de la Universidad Pedagógica

U.D.

Nacional. Por lo expuesto, es imperioso que la Alta Dirección, la Subdirección de Servicios Generales y la Subdirección de Bienestar Universitario, tomen las medidas necesarias e inmediatas, para eliminar el riesgo de ocupación indebida, que se materializó desde hace más de 3 meses y a la fecha de entrega de este informe persiste, ocasionando graves perjuicios administrativos, reputacionales, financieros y ambientales entre otros, acorde con la clasificación de los riesgos.

ACCIÓN	OBSERVACIÓN
<p>1. Establecer una mesa de trabajo conjunta con la Alta Dirección, la Subdirección de Servicios Generales y la Representación Estudiantil al CSU con el fin de crear un protocolo que determine el conducto regular frente a situaciones de toma de espacios.</p> <p>2. Solicitar mediante oficio a la Personería de Bogotá y a la Secretaría Distrital de Gobierno (Dirección de DDHH) la intervención de algunos de sus actores en las mesas de negociación que se mantienen con la “Juntanza.”</p> <p>3. Solicitar a la SSG mediante memorando información sobre el estado de las pólizas y la orientación para hacer uso de las mismas teniendo en cuenta la pérdida de elementos y afectación en el inventario.</p> <p>4. Remitir a la alta dirección de manera oportuna todo el material documentado de la gestión con “La Juntanza” con el propósito de establecer mecanismos que propendan el desalojo del espacio de la cafetería.</p>	<p>La Subdirección de Bienestar Universitario (SBU) aporta como evidencia al seguimiento de este cuarto grupo conformado por un (1) Hallazgo, la siguiente información;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se envían cuatro (4) actas correspondientes a las mesas de trabajo conjunto con servicios generales, la alta dirección, bienestar universitario, personería y secretaria de gobierno. ❖ Correo electrónico donde se realiza la solicitud del acompañamiento por parte de la secretaria de gobierno para las negociaciones con la “Juntanza”. ❖ Dos (2) documentos dirigidos a la Secretaría Distrital de Gobierno, Personería de Bogotá, denominados “solicitud de intervención en favor de conservar los bienes públicos del Estado, restaurante e instalaciones calle 72 Universidad Pedagógica Nacional.” ❖ Un (1) comunicado denominado; “Encuentro presencial de las directivas de la Universidad con estudiantes de la Juntanza pedagógica popular Carlos Alberto Pedraza” realizado el día 23 de diciembre de 2021, la cual estuvo a cargo del señor Rector, directivos de la Institución y estudiantes de la Juntanza. ❖ Construcción de las mesas de trabajo junto con la participación de; Servicios Generales, Bienestar Universitario, Personería, Secretaría de Gobierno y Representación estudiantil, se coordinaron cuatro (4) sesiones durante los días 12, 13, 19 y 21 de enero de 2022, mesas de trabajo que fueron efectuadas en las fechas establecidas y pactadas con

U.D.

	<p>los integrantes de la Juntanza, quienes solo asistieron a una de estas sesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un (1) memorando solicitando a Servicios Generales el estado de la póliza y la orientación para la reclamación de la misma. ❖ Resolución 0018 del 19 de enero de 2022; medidas administrativas de retorno a la presencialidad en todas las instalaciones de la UPN. ❖ Construcción del comité mediante resolución XXXXX <p>En verificación de la documentación suministrada por el equipo, la Oficina de Control Interno una vez analizada la información, encuentra que las actividades que se ejecutaron tienen relación con las acciones propuestas para este Hallazgo, lo que permite dar cierre a este grupo.</p>
ESTADO DE LA ACCIÓN	SE CIERRA.

CÓDIGO: AM05SBU-2021;	INDICADOR: 1.Acta de reunión 2.Memorando dirigido a la SGI
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (No Conformidad, Aspecto por Mejorar y Hallazgo) AM05SBU-2021; Se recomienda a los auditados, fortalecer los niveles de seguridad y custodia de la información existente y manejada por Drive, especialmente de los documentos referentes a proyectos, informes de gestión, informes entregados a entidades externas, preservando la integridad y seguridad de la información. En lo que tiene que ver con el Sistema MED (manejo de Historias Clínicas y consultas), según manifestación de la Subdirección de Sistemas, para la vigencia 2020, no se contrató soporte técnico y de mantenimiento de este aplicativo, debido a que no se encontraba en uso, a causa del aislamiento decretado por el Gobierno Nacional por COVID-19; se recomienda al auditado, verificar con el proveedor la conservación de los niveles de seguridad de la información en este aplicativo.	
ACCIÓN	OBSERVACIÓN
1. Revisar la información que requiere mayor seguridad y custodia,	La Subdirección de Bienestar Universitario (SBU)aporta como evidencia al seguimiento de

8/1/20

<p>fomentar el correcto uso de OneDrive.</p> <p>2. Solicitar a la Subdirección de Sistemas el soporte técnico respectivo al aplicativo MED y verificar con el proveedor la conservación de los niveles de seguridad de la información en este aplicativo.</p>	<p>este cuarto grupo conformado por un (1) Aspecto por Mejorar, la siguiente información;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acta de capacitación de Archivo y correspondencia donde se dan indicaciones de protección de la información en OnDrive. ➤ Se socializan las guías de control de archivo en OneDrive, GUI006GDO. ➤ Correo a la Subdirección de Sistemas, solicitando desactivar usuarios MED, del personal que ya no labora en la Universidad. ➤ Grabación de la reunión con la Subdirección de Sistemas, para la actualización y soporte técnico del sistema MED, aplicativo de historias clínicas del programa en salud que maneja la Subdirección de Bienestar Universitario. <p>Después de la revisión de las evidencias aportadas por la subdirección, la Oficina de Control Interno encuentra suficiente la información verificada, lo que quiere decir que las actividades que se realizaron para el cumplimiento de las acciones son apropiadas, eficientes y eficaces lo que da lugar al cierre definitivo de este Aspecto por Mejorar.</p>
<p>ESTADO DE LA ACCIÓN</p>	<p>SE CIERRA</p>

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los siguientes son los resultados producto del seguimiento y evaluación:

CONCEPTO	FORMULADOS	CERRADOS	PENDIENTES
Aspecto por Mejorar	5	5	0
Hallazgos	4	4	0
No Conformidades	28	28	0
TOTAL	37	37	0

1. Producto de la verificación efectuada a las evidencias remitidas por la Subdirección de Bienestar Universitario, en relación al cumplimiento de los aspectos

U.D.

por mejorar, No Conformidades y Hallazgo, los cuales fueron agrupados en siete (7) grupos que fueron evaluados en este seguimiento, se ordenó el cierre de cuatro (4) Hallazgos, veintiocho (28) No Conformidad y cinco (5) Aspectos por Mejorar; el cierre se determinó al encontrar cumplida la meta y el indicador propuesto.

2. El cierre definitivo de los grupos de Aspectos por Mejorar, Hallazgos y No Conformidades obedece a que la Oficina de Control Interno evalúa en el presente seguimiento la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones documentadas en el plan de mejoramiento, verificando que las mismas contribuyen a la mejora continua y a la aplicación del autocontrol en el Proceso de la Subdirección de Bienestar Universitario y el Equipo de Trabajo.

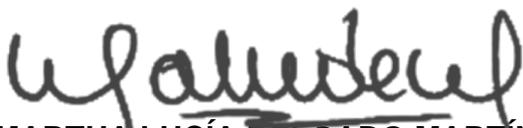
3. Por último, se sugiere a la dependencia, continuar con las acciones necesarias para preservar el cumplimiento y mejora del proceso contribuyendo a los objetivos y misión de la Universidad.

La Oficina de Control interno recomienda:

- Trabajar arduamente en la revisión y seguimiento al plan de trabajo periódico del proceso. Realizar las gestiones que se requieran para preservar la continuidad de las actividades y dar cumplimiento eficaz, eficiente y efectivo a las tareas programadas por la Subdirección de Bienestar Universitario.

- Continuar con las acciones necesarias para preservar el cumplimiento normativo y conservar la mejora del proceso contribuyendo a la misión de la Universidad.

Fecha: 13 de junio de 2022



MARTHA LUCÍA DELGADO MARTÍNEZ
Jefe Oficina de Control Interno (E)

Elaboró: Yanneth Milena Guaca Arias - OCI

Revisó: Nelson Maggiber Hernández PI. - OCI