



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL

Educadora de educadores

VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
SUB DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
MEMORANDO

CODIGO: DBU -040

FECHA: 20 de agosto 2015

Para: Sandra Jeannette Camargo Acosta
Jefe Oficina Control Interno

Asunto: Informe final de auditoría control Interno y Plan de Mejoramiento

Cordial Saludo,

De manera atenta, se hace el envío del informe final de auditoría proceso de gestión de bienestar universitario 2014 realizado por la oficina de control interno; adicional su correspondiente plan de mejoramiento; con el objetivo de la mejora continua de los procedimientos enmarcados en la Subdirección de Bienestar Universitario.

Atentamente,


Patricia Marina Bryon Cruz
Subdirectora de Bienestar Universitario

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
RECTORIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
Fecha: 24-8-15 Hora: 10:10am
Recibió: Dorcas

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL 17-06-2015 03:12:31
Al Contestar Cite Este Nr.:2015IE5423 O 1 Fol:1 Anex:0
Origen: Sd:98 - OFICINA DE CONTROL INTERNO/CAMARGO ACOSTA
Destino: SUBDIRECCION DE BIENESTAR UNIVERSITARIO/BRYON CRL
Asunto: INFORME FINAL DE AUDITORIA PROCESO GESTION DE BIEN
Obs.:

FORMATO																
PLAN DE MEJORAMIENTO																
Código: FOR0220DC						Versión: 02										
Fecha de Aprobación: 18-09-2014						Página 1 de 1										
FECHA DE PRESENTACIÓN DE INFORME DE AUDITORÍA DEFINITIVO:						FECHA DE RESPUESTA CON PLAN DE MEJORAMIENTO:										
DEPENDENCIA:						JEFE DEPENDENCIA:										
NOMBRE DEL PROCESO:						Marina Patricia Bryon Cruz										
OBJETIVO DEL PLAN:						Generar plan de mejoramiento para atender no conformidades identificadas en el proceso de auditoría interna realizada en el año 2014.										
ALCANCE DEL PLAN:						Establecer acciones correctivas para mejorar los procesos de calidad de la SBU 2015										
FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN (DD-MMS-AAAA):						13/03/2015										
CÓDIGO	FUENTE	HALLAZGO (No conformidad, Riesgo y Factores)	CAUSAS (Identificadas con los auditados)	EFECTOS (Identificados con los auditados)	RECOMENDACIONES (Formuladas por la Oficina de Control Interno)	ACCIONES PROPUESTAS POR EL PROCESO/DEPENDENCIA (Correctivas, preventivas o de mejora)	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		RECURSOS REQUERIDOS (Humanos, físicos, capacitación, tecnológicos...)	RESPONSABLE	INDICADOR	META	RESULTADOS ESPERADOS	SEGUIMIENTO (Oficina de Control Interno - Proceso Gestión de Calidad)		
							INICIO	FIN						OBSERVACIONES	ESTADO DE LAS ACCIONES PROPUESTAS	FECHA SEGUIMIENTO (DD-MMS-AAAA)
AC 1 2012	Control Interno	Mediante entrevista a los funcionarios que pertenecen al proceso de servicios de Medicina General, Odontología, Laboratorio Clínico y Restaurantes, se constató que solamente se ha realizado chequeo médico por parte de la Universidad a algunos funcionarios que hacen parte de la planta de Personal, aspecto que incumple lo establecido en el Decreto 1295/94, Art. 21, Lit. c y la Resolución 2346/07 Ministerio Protección Social Arts 3 y 5 Lit a y B. No se evidenció la realización del chequeo médico a todos los funcionarios adscritos al proceso de Gestión Bienestar Universitario.	Falta de personal suficiente en el programa de Salud Ocupacional para realizar los exámenes médicos a los funcionarios de la Universidad Pedagógica Nacional	Incumplimiento de Decreto 1295/94, Art. 21, Lit. c y la Resolución 2346/07 Ministerio Protección Social Arts 3 y 5 Lit a y B.	Gestionar ante las instancias competentes para llevar a cabo las actividades de chequeo médico a todos los funcionarios que hacen parte del proceso, independientemente de su tipo de vinculación, lo anterior con el fin de verificar las condiciones de salud y estado físico que les permitan desempeñar sus actividades.	Con la llegada de una nueva profesional (Dra Cristina Lopez) a Salud Ocupacional, quien está encargada del Programa de Medicina Preventiva, estamos pensando que nos coloque en el Calendario de dichos exámenes.	22/08/2012	dic-15	Recurso humano e insumos pertinentes	Programa de salud, División de Personal	Número de exámenes realizados a los integrantes del Área de Salud de la Universidad Pedagógica Nacional/ 15	Gestionar ante la División de Personal la realización de los exámenes periódicos ocupacionales a los 15 integrantes del programa de Salud del Universidad Pedagógica Nacional.	Exámenes realizados			
AC 2 2012	Control Interno	No se evidencian registros de capacitaciones dirigidas a los funcionarios que pertenecen a los servicios de salud y restaurantes, para reforzar los conocimientos asociados con el desarrollo de sus actividades durante el primer semestre de 2012, ni se ha pasado la relación de las necesidades de capacitación ante la División de Personal para la vigencia 2012, aspecto que incumple lo establecido con el parágrafo primero y segundo del Artículo 5 de la Resolución 013 de 2002.	En cuanto al Programa de Capacitación a los funcionarios de la División, luego una encuesta por medio magnético de la División de Personal solicitando que informáramos nuestras necesidades de capacitación, pero no se ha recibido respuesta por parte de dicha División	Incumplimiento lo establecido con el parágrafo primero y segundo del Artículo 5 de la Resolución 013 de 2002	Gestionar ante la División de Personal sobre las necesidades de capacitación requeridas por los funcionarios que hacen parte de los equipos de trabajo para el desarrollo de sus actividades y para fortalecer aquellas habilidades que se pudieron evidenciar en la evaluación de desempeño del segundo semestre de 2011.	Se enviara un oficio a Personal, insistiendo sobre nuestras necesidades de Capacitación	01/11/2012	dic-15	Recurso humano	División de Personal	Número y asistencia a capacitaciones realizadas por la División de Personal	Gestionar ante la División de Personal y el área de Salud Ocupacional capacitaciones asociadas con el desarrollo de las actividades en el Área de Salud	Capacitar al personal y dar cumplimiento a la norma.			
AC 3 2012	Control Interno	No se evidencia el Acto administrativo que formalizó la conformación y funcionamiento del Comité de Historias Clínicas como cuerpo colegiado, aspecto que incumple lo establecido en el inciso 2 del Artículo 19 de la Resolución 1995 de 1999	El Comité no estaba funcionando porque hacia falta un profesional, el resto de profesionales del Área pertenecía a los otros Comités	Incumplimiento lo establecido en el inciso 2 del Artículo 19 de la Resolución 1995 de 1999	Elaborar y tramitar Acto Administrativo que formalice la conformación y funcionamiento del Comité de Historias Clínicas, esto último si es posible por la especificidad del comité en los temas de salud	Se realizara reunión del comité y se hará la propuesta de elaboración del acto administrativo.	01/08/2012	dic-15	Comité de Historias Clínicas	Programa de salud	Documento Acto Administrativo	Elaboración y tramitación del Acto Administrativo de formalización y funcionamiento del Comité de Historias Clínicas.	Acto Administrativo realizado y aprobado.			
AC 4 2012	Control Interno	No se evidencian registros de las directrices establecidas por el Comité de Historias Clínicas frente al manejo y preservación de las historias clínicas y su archivo, aspecto que incumple lo establecido en el Artículo 20 de la Resolución 1995 de 1999.	El Comité no estaba funcionando porque hacia falta un profesional, el resto de profesionales del Área pertenecía a los otros Comités.	Incumplimiento lo establecido en el Artículo 20 de la Resolución 1995 de 1999	Activar las sesiones del Comité de Historia Clínicas con el fin de que este cuerpo colegiado, revisen las condiciones de manejo y conservación de estos registros y establezca orientaciones que permitan dar cumplimiento a la normatividad que regula dicho proceso.	Uno de los primeros objetivos del Comité sera el manejo y preservación que se le debe dar a las Historias Clínicas	01/09/2012	dic-15	Comité de Historias Clínicas	Programa de salud	Copia de las directrices para el manejo y preservación de las Historias Clínicas, impartidas por el Comité de Historias Clínicas	Elaboración y tramitación en el Comité de Historias Clínicas, de las directrices para el manejo y preservación de las Historias.	Control y registro de las historias clínicas			

AC 5 2012	Control Interno	No se encuentra documentada la caracterización de los riesgos asociados con la seguridad del paciente de acuerdo con la complejidad y nivel de atención de los servicios de medicina general y odontología, aspecto que incumple lo establecido en los anexos 1 y 2 de la Resolución 1043 de 2006. Lo cual impide llevar el adecuado seguimiento a los riesgos en la prestación del servicio.	Los eventos de riesgo del paciente, para el programa de salud de la universidad, se encuentran descritos en los indicadores de seguimiento a riesgos en la prestación de servicios. Para la prestación de servicios de salud de la Universidad Pedagógica Nacional, la Secretaría Distrital de Salud concedió la certificación de cumplimiento, también en el año 2010, en las áreas que fueron habilitadas tales como medicina general, odontología general, fisioterapia y laboratorio clínico, por el cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1043 de 2006.	Incumplimiento lo establecido en los anexos 1 y 2 de la Resolución 1043 de 2006.	Emplear las orientaciones establecidas en el Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1043 de 2006 en los formatos establecidos, en dicha normatividad para llevar a cabo la identificación, tratamiento y medición de dichos eventos.	Se documentará la caracterización de los riesgos asociados con la seguridad del paciente para su identificación, tratamiento y medición.	01/10/2012	dic-15	Coordinación programa de salud	Programa de salud	Copia de la caracterización de los riesgos asociados con la seguridad del paciente para su identificación, tratamiento y medición	Caracterización de los riesgos asociados con la seguridad del paciente para su identificación, tratamiento y medición	Documento e implementación de los riesgos asociados con la seguridad del paciente.				
AC 6 2012	Control Interno	No se evidenció Plan de Mantenimiento Preventivo y de calibración de los equipos biomédicos que son utilizados para la prestación de los servicios de Medicina General, Odontología y Enfermería, aspecto que incumple lo establecido en los estándares 3.1 y 3.2 del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006.	En lo referente al mantenimiento requerido de los equipos del programa de salud, se presentaron en el año 2011, diversas situaciones relacionadas con la planeación. Sin embargo se tuvo muy en cuenta la importancia de la realización del mantenimiento y se hicieron varios arreglos de los equipos en 2010 y 2011.	Incumplimiento lo establecido en los estándares 3.1 y 3.2 del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006	Proponer que se incorpore al plan de mantenimiento anual lo relacionado con los equipos biomédicos a fin de garantizar el cumplimiento del Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y de esta manera dar continuidad a la prestación de los servicios	Esta en trámite la contratación de dicho mantenimiento	01/10/2012	dic-15	Asignación presupuestal	ODP	Copia del contrato de mantenimiento	Que se realice el Plan de Mantenimiento Anual	Equipos calibrados para la prestación del servicio				
AC 7 2012	Control Interno	Mediante inspección visual a las instalaciones del restaurante y registro fotográfico, se evidenció que el techo de la bodega donde se reciben las frutas y verduras tiene una teja rota, por donde se facilita el libre acceso de vectores y roedores que pueden contaminar el espacio de preparación de los alimentos. Los techos, pisos y paredes de la zona de alistamiento y preparación de los alimentos no cuentan con condiciones que permitan su fácil limpieza y desinfección, aspecto que incumple lo establecido en el artículo 8 del Decreto 3075 de 1997.	Falta de gestión al mantenimiento por administraciones anteriores.	Los alimentos se pueden contaminar	Definir responsables para actividades concretas que permitan la gestión la concesión de recursos a fin de lograr remodelación, Mantenimiento y dotación del restaurante de la Universidad, y así lograr acondicionar las instalaciones del restaurante a las exigencias de la normatividad que reglamenta esta actividad, lo anterior permitirá ofrecer el servicio en condiciones higiénicas y seguras, propiciando el incremento del impacto favorable en la comunidad universitaria.	Se comunica a la División de Servicios Generales y Planta Física el daño presente en dicho lugar.	15/06/2013	dic-15	Personal de la División de Servicios Generales	DSG	Nº control de vectores y roedores hechas/ Nº control de vectores y roedores programados	Llevar un control de vectores y roedores mensual por la oficina de servicios generales	eliminación de vectores y roedores en zona del restaurante				
AC 8 2012	Control Interno	En las instalaciones de la cocina, no se evidencia la instalación de avises adhesivos con las prácticas higiénicas que deben observarse para la manipulación de alimentos, aspecto que incumple lo establecido en el literal d, Artículo 14 del Decreto 3075 de 1997.	Se desconocen estos protocolos	Se desconocen estos protocolos concernientes a las piezas comunicativas, no obstante los cuidados de higiene se dan dentro del personal.	Elaborar e instalar avises adhesivos a las prácticas higiénicas relacionadas con la manipulación de alimentos en lugar visible en donde se llevan a cabo las fases de pre alistamiento, alistamiento y preparación y servicio de los alimentos, lo anterior con el fin de reforzar las indicaciones impartidas al personal manipulador frente a la observación de estas directrices.	Asesorarse con profesionales en el área de ingeniería de alimentos o con conocimientos en BPM	Octubre de 2012	dic-15	Disponibilidad presupuestal	SBU, DSG y Comunicaciones	Elaboración de los protocolos	Realizar las piezas comunicativas	Avises instalados que indiquen el control de normas y reglas				
AC 9 2012	Control Interno	No se encuentran documentadas las directrices establecidas para evitar la contaminación cruzada de los alimentos, aspecto que incumple con lo establecido en el Artículo 20 del Decreto 3075 de 1997	Falta de capacitación constante de BPM	No hay conocimiento	Documentar las orientaciones y actividades tendientes a evitar la contaminación cruzada de los alimentos, socializarlas a quienes cumplen las labores de auxiliares de cocina, implementarlas y hacer seguimiento de su eficacia.	Elaboración de un manual, socializarlo e implementarlo	15/06/2013	dic-15	SBU- Restaurante	Restaurante-SBU	Manual y lista de asistencia a la socialización	Elaboración y socialización del manual	implementar directrices de las BPM				

AC 10 2012	Control Interno	No se evidencia el Plan de Saneamiento que establece las actividades orientadas a llevar a cabo la limpieza, desinfección, manejo de desechos sólidos y control de plagas. Aspecto que incumple con lo establecido en el Artículo 28 y 29 del Decreto 3075 de 1997	Falta de capacitación constante de BPM	No hay conocimiento del Plan	Elaborar el Plan de Saneamiento del restaurante el cual debe incluir los aspectos en el Artículo 28 y 29 del Decreto 3075 de 1997, y se recomienda que este plan se elabore mensualmente para detallar las actividades semanales que permitan asegurar condiciones higiénicas y de salubridad que permitan lograr la inocuidad en el aislamiento, preparación y distribución de los alimentos.	Elaborar el plan de Saneamiento	15/06/2013	dic-15	SBU- Restaurante	Restaurante-SBU	Plan de Saneamiento	Elaboración del plan	Diseño e implementación plan de saneamiento				
AC 11 2012	Control Interno	No se encuentran registros que permitan llevar a cabo el control de las existencias que se encuentran depositadas en la bodega del restaurante, así mismo, no se evidencia manejo adecuado de las entradas y salidas de insumos empleados en las labores de preparación y de los alimentos, aspecto que incumple con lo establecido en el Artículo 31 del Decreto 3075 de 1997	Bajo control a la regulación de entrada y salida de insumos por medio del registro minucioso en las minutas de control de insumos del almacén.	No se está teniendo un control riguroso ni la sistematización de las existencias en el área de bodega y almacén.	Establecer y documentar un mecanismo que permita llevar el control de entradas y salidas de insumos de la bodega del restaurante. El cual debe llevar el control de entrada de elementos, asegurando las salidas siempre de los elementos que entran primero, lo cual garantiza una adecuada rotación de elementos, así mismo, se facilita el control de existencias en la bodega del restaurante.	Implementar la sistematización y los controles necesarios para la optimización de los insumos.	Octubre de 2012	dic-15	SBU- Restaurante	Restaurante-SBU	Elaboración del protocolo	Elaboración de un protocolo que posibilite la sistematización y los registros de entrada y salida de los insumos.	Control de los insumos				
AC 1 2015	Control Interno	Se evidencian que los indicadores formulados para medir el cumplimiento de los objetivos establecidos para el cumplimiento de las metas propuestas en el plan de acción 2014 no permiten medir, la eficacia y eficiencia del objetivo propuesto. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 1.2.1 Planes y Programas del Modelo estándar de control interno.	Al momento de realizar la auditoría los indicadores se encuentran en proceso de construcción.	no permite conocer los avances, analizar los datos suministrados, controlar, mejorar y tomar decisiones en el proceso SBU	Replantear la formulación de los indicadores de tal manera que permitan la lectura del avance y el cumplimiento de las metas propuestas en el plan de acción.	Finalizar la actualización y creación de indicadores de la SBU y poner en marcha su medición.	may-15	nov-15	Humanos	Calidad SBU	Indicadores actualizados	Actualizar los indicadores dentro de los procesos de calidad de la UPN	Conocer los avances, analizar los datos suministrados, controlar, mejorar y tomar decisiones en el proceso SBU				
AC 2 2015	Control Interno	Se evidencian que el programa de egresados encargado del acompañamiento en procesos de fortalecimiento en educación permanente de los ex alumnos, se encuentra adscrito a la Vicerrectoría de Gestión Universitaria, según Capítulo II artículo 5º del Acuerdo 034 de 2000 y contrario a esto, en el PDI 2014-2019 aparece en Vicerrectoría Académica (Acreditación Institucional) como un proyecto del programa 2 del eje 1 No obstante lo anterior en la realidad atiende su objetivo como adscrito al Proceso de Gestión de Bienestar Universitario (consultar Acuerdo 034 de 2000) Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 1.2.3 Estructura organizacional del Modelo estándar de control interno	El Acuerdo 034 de 2000, se encuentra en actualización, y en revisión por el programa de egresados.	el acuerdo actual no apunta a las necesidades actuales de los egresados y tampoco esta debidamente reglamentado ante las dinámicas institucionales.	Adelantar los trámites respecto a la regulación normativa que identifique claramente los objetivos del programa de egresados de la Universidad Pedagógica Nacional, así como su vinculación a un único proceso.	Establecer comité con egresados para la actualización de nuevo acuerdo.	jun-15	nov-15	humanos	Programa Egresados	Documento actualizado	Poseer políticas de egresados acordes al plan instituciones UPN	Tener un nuevo acuerdo que posibilite nuevos programas, proyectos y estrategias que suplan las necesidades de los egresados.				

AC 3 2015	Control Interno	<p>No se evidencia la creación de grupos de trabajo en el proceso de gestión de bienestar universitario, tampoco se evidencia en la estructura orgánica de la Universidad el cargo de Director Centro Cultural "Gabriel Stabenour Mejía" y "Director Centro cultural", sin embargo se observa que las comunicaciones, así como las certificaciones de los billetes ofrecidos en la vigencia 2014 y anteriores fueron firmados por el Director del Centro Cultural, con lo que presuntamente hubo extralimitación de funciones por parte del funcionario que firmó las comunicaciones y las certificaciones. Con lo anterior estaría incumpliendo lo estipulado en el artículo 23 de la Ley 734 de 2000 y en la Resolución Interna IS07 de 2001, por la cual se establecieron las normas y procedimientos de correspondencia en la Universidad Pedagógica Nacional, la cual estaba vigente en la época de ocurrencia de los hechos.</p> <p>Lo anterior genera un hallazgo de carácter disciplinario por incumplimiento del artículo 23 de la Ley 734 de 2000 y al numeral 1.2.3 Estructura organizacional del Modelo estándar de control interno.</p>	Por desconocimiento de la Norma	Extralimitación de funciones por parte del funcionario que firmó las comunicaciones y las certificaciones.	Mientras no se crean los grupos de trabajo, se debe atender lo estipulado en la resolución 135 del 20/02/2015 con respecto a la firma de documentos oficiales.	atender lo estipulado en la resolución 135 del 20/02/2015 con respecto a la firma de documentos oficiales.	ene-15	dic-15	Humanos	SBU	cumplimiento de la norma con respecto a la firma de documentos oficiales.	atender lo estipulado en la resolución 135 del 20/02/2015	<p>Dar cumplimiento a la resolución 0650 de 15 jul 2015 lineamientos para la gestión de comunicaciones oficiales de la UPN</p>				
AC 4 2015	Control Interno	Se evidenció que el programa ACCES (acceso con calidad a la educación superior), a partir de la vigencia 2015 viene funcionando adscrito a la subdirección de bienestar universitario, sin previo acto administrativo que legitime este cambio. Hasta la vigencia 2014 estuvo adscrita a la Vicerectoría Académica, por lo cual se recomienda la gestión para su legalización como programa adscrito a la Subdirección de bienestar universitario.	Se hizo el cambio de subdirección sin acto administrativo.	Al no tener acto administrativo del traslado el programa queda perteneciendo a la vicerectoría Académica y las responsabilidades de su desarrollo ya pertenecen a SBU.	Acelerar los trámites respecto a la regulación normativa que identifique claramente los objetivos del programa ACCES de la Universidad Pedagógica Nacional.	Gestionar y oficializar el cambio con un acto administrativo.	jun-15	nov-15	Humanos	Programa Socioeconómico	Acto administrativo finalizado	Oficializar el traslado del programa ACCES	Programa ACCES adscrito a la SBU de manera oficial.				
AC 5 2015	Control Interno	Se evidenció que mediante comunicación 2014E3409 de fecha 7/11/2014, la Oficina de Desarrollo y Planeación presenta observaciones al mapa de riesgos presentado por el proceso de gestión de bienestar universitario el 13 de junio de 2014, las cuales aún no han sido atendidas. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 1.3.3 Análisis del riesgo del Modelo estándar de control interno.	El mapa de riesgo de la SBU se encuentra en actualización por el equipo de la SBU.	no permite desarrollar mecanismos para la prevención componente del Sistema de Control Interno que prebide identificar, analizar, valorar y minimizar de forma permanente el riesgo, garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales de la DBU	Atender las recomendaciones de la Oficina de Desarrollo y Planeación, y para los riesgos de corrupción, establecer los inherentes al proceso.	Finalizar y Oficializar la actualización mapa riesgos	jun-15	nov-15	Humanos	Calidad SBU	Mapa de riesgo actualizado	Actualización del mapa de riesgo en el sistema de gestión de calidad de la UPN	ponderar y comparar las consecuencias de un evento no deseado contra la probabilidad de que ocurra.				
AC 6 2015	Control Interno	Se evidenció inconsistencia respecto a lo que establece el artículo 6° de la Resolución 1416 del 26 de Noviembre de 1997 por la cual se reglamenta el artículo 16 de Acuerdo 030 de 1991 del Consejo Superior Universitario con respecto a la actividad relacionada en el peso No. 5 del PRO003GBU "Revisión de Liquidación de matrícula" en lo relacionado a la entrega de la solicitud de revisión de liquidación de matrícula. En la resolución establece que se debe entregar en la División de admisiones y registros, mientras que en el procedimiento dice que se debe entregar en la División de Bienestar Universitario. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento de los numerales 2.1.2 procedimientos y 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno	El hallazgo es generado por no estar la Resolución 1416 del 26 de Noviembre de 1997 actualizada.	No hay coherencia entre la resolución y el procedimiento.	Articular la actividad de entrega de la solicitud de revisión de liquidación de matrícula, entre el procedimiento y la norma que lo regula.	Articular la actividad de entrega de la solicitud de revisión de liquidación de matrícula, entre el procedimiento y la norma que lo regula.	jun-15	nov-15	Humanos	programa socioeconómico	actualización del procedimiento	actualización del procedimiento	dar cumplimiento a los numerales 2.1.2 procedimientos y 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno				

AC 7 2015	Control Interno	Se evidenció que en la subdirección de Bienestar Universitario, en el programa de restaurante, el control de inventarios de insumos del restaurante es deficiente, ya que se presentan diferencias entre lo físico y lo que se registra en un archivo de Excel, lo anterior debido a que los encargados de los insumos entregados para la preparación diaria de almuerzos, no es de forma inmediata en el mismo archivo de control de inventarios. Incumpliendo de esta forma lo establecido en el numeral 2.1.3 Contrôles.	no tener documentado los procedimientos del restaurante con relación al control de los insumos.	se puede presentar fallos al control y manejo de los insumos del restaurante sin control documental.	La Oficina de Control Interno recomienda documentar e implementar un procedimiento relacionado con el manejo de inventarios de los insumos de restaurante, en el cual se establezcan los controles efectivos para garantizar el debido proceso.	Poner en marcha un estudio de ingeniería de métodos en el restaurante de la LPN	jun-15	nov-15	Humanos	Lider SBU	Estudio de método restaurante LPN	Optimizar las actividades con el fin de mejorar la utilización eficaz de los recursos y de establecer normas de rendimiento con respecto a las actividades que se están realizando.	Aumentar la productividad y reducir el costo, permitiendo así que se logre la mayor producción de bienes para los usuarios del restaurante.				
AC 8 2015	Control Interno	Se evidenció que en la vigencia 2014, no se efectuó ningún mantenimiento preventivo a los equipos del programa de salud, solo se realizó un mantenimiento y fue de carácter correctivo a un equipo odontológico en el mes de septiembre, incumpliendo el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006, se debe efectuar mantenimiento preventivo a los equipos de salud, y a su vez también se está incumpliendo a lo establecido en el numeral 2.1.1 Política de operación	La SBU no cuenta con recursos para este mantenimiento, ya que estos recursos son asignados a la Subdirección de Servicios Generales.	Se pudo presentar deterioro de los equipos del programa de salud por no realizar el mantenimiento adecuado.	La Oficina de Control Interno considera que se debe realizar un contrato anual de mantenimiento que garantice el funcionamiento continuo y satisfactorio de los equipos del programa de salud, y así cumplir los estándares de salud y con la norma. Es de aclarar que este hallazgo corresponde a la Subdirección de Servicios Generales toda vez que en la auditoría se evidenció la gestión realizada por las Subdirección de Bienestar Universitario, programa de salud, sin que se diera una solución.	Hacer seguimiento a la subdirección de servicios generales para que realice un contrato anual de mantenimiento que garantice el funcionamiento continuo y satisfactorio de los equipos del programa de salud.	jun-15	nov-15	Humanos-Físicos-presupuesto	SSG-SBU	contrato mantenimiento	Hacer el mantenimiento adecuado a los equipos del programa de salud.	Prevenir el deterioro de los equipos del programa de salud.				
AC 9 2015	Control Interno	Al efectuar revisión a las historias laborales de los funcionarios de la Subdirección de Bienestar Universitario se evidenció que no hay evidencia de la elaboración de exámenes. Por lo cual se está incumpliendo lo establecido en la Resolución 2246 de 2007 del Ministerio de Protección Social, capítulo II, artículo 3, el empleador público debe efectuar evaluaciones médicas ocupacionales de forma obligatoria. En la misma revisión de historias laborales en la Subdirección de personal se evidenció que para el personal de Restaurantes, no se encuentra el certificado de manipulación de alimentos ni los exámenes médicos pertinentes para la expedición del mismo certificado. Según el decreto 3075 de 1997, capítulo III, Personal manipuleador, artículo 13 Estado de Salud y artículo 14 Educación y Capacitación, los funcionarios deben contar con revisión médica y capacitación para manipulación de alimentos. En los dos puntos se está incumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.2 de procedimientos.	Algunos Funcionarios no tienen exámenes requeridos por que son nuevos, los antiguos si los poseen, sin embargo es función de la oficina de personal hacer el seguimiento de estos exámenes al personal nuevo, no obstante, es responsabilidad de la SBU hacer acompañamiento para que su personal realice evaluaciones médicas periódicamente.	Prevenir enfermedades a largo plazo, del personal de la SBU.	La Oficina de Control Interno recomienda: 1. Elaborar un cronograma con el fin de efectuar las evaluaciones médicas ocupacionales a los funcionarios de la Subdirección de Bienestar Universitario. 2. Gestionar el apoyo al programa de salud y/o de las EPS de cada funcionario para efectuar los exámenes médicos y controles de salud requeridos por la norma, a los funcionarios de restaurante, con el fin de cumplir con la normalidad. 3. Archivar en las historias laborales de cada uno de los funcionarios a los cuales se les efectuar los exámenes una copia de dichos exámenes. 4. Incorporar en el PIC, " Plan Institucional de Capacitación" la manipulación de alimentos.	1. Elaborar un cronograma con el fin de efectuar las evaluaciones médicas ocupacionales a los funcionarios de la Subdirección de Bienestar Universitario. 2. Gestionar el apoyo al programa de salud y/o de las EPS de cada funcionario para efectuar los exámenes médicos y controles de salud requeridos por la norma, a los funcionarios de restaurante, con el fin de cumplir con la normalidad. 3. Archivar en las historias laborales de cada uno de los funcionarios a los cuales se les efectuar los exámenes una copia de dichos exámenes. 4. Incorporar en el PIC, " Plan Institucional de Capacitación" la manipulación de alimentos.	jun-15	nov-15	Humanos Capacitación	SBU	Exámenes y capacitación realizados	Efectuar las evaluaciones médicas ocupacionales y de capacitación a los funcionarios de la Subdirección de Bienestar Universitario.	Efectuar revisión a las historias laborales de los funcionarios de la Subdirección de Bienestar.				
AC 10 2015	Control Interno	Al realizar la revisión de las planillas de reporte de servicio del proveedor que tiene como labor el control de plagas. Se evidenció que las fumigaciones en el restaurante y cocina no se están efectuando de forma mensual, a pesar de la presencia de plagas. Por lo anterior se está incumpliendo el decreto 3075 de 1997, capítulo VI, Saneamiento, adicional se está incumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.1 Políticas de operación.	falta de seguimiento del control de plagas por servicios generales al proveedor	Presencia de plagas en el área del restaurante	La oficina de control interno considera necesario e indispensable dar continuidad a la contratación de terceros para el manejo del programa de control de plagas. Adicional se debe documentar, socializar e implementar procedimientos y políticas claras para el desarrollo de esta actividad dentro de la Universidad. Este hallazgo se trasladará a la Subdirección de Servicios generales.	Hacer seguimiento a la subdirección de servicios generales para que realice control con el proveedor	jun-15	dic-15	humanos	SBU-SSG	controles de plagas verificadas	cumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.1 Políticas de operación.	no presencia de plagas en el área del restaurante				
AC 11 2015	Control Interno	Al hacer un seguimiento a los procedimientos implementados en la Subdirección de Bienestar Universitario, se encontró que no están actualizados, con respecto a los cambios contractos de las diferentes áreas y no aparecen los diagramas de flujo. Por lo anterior se está incumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.2 de procedimientos.	Al momento de realizar la auditoría los procedimientos se encontraban en proceso de construcción.	no permite conocer mejor el funcionamiento de los programas de la SBU	La oficina de control interno recomienda efectuar la revisión y actualización de los procedimientos concernientes a la Subdirección de Bienestar Universitario, con el apoyo de la Oficina de Desarrollo y Planeación, esto con el fin de crear un plan de trabajo para la realización de dicha actividad.	Actualización de los procedimientos concernientes a la Subdirección de Bienestar Universitario, con el apoyo de la Oficina de Desarrollo y Planeación	jun-15	nov-15	humanos	Calidad SBU	Procedimientos Actualizados	Definir y describir el Sistema Integrado de Gestión y Control los procedimientos de la SBU	Presentar el SIGUPN los procedimientos de la SBU, así como los requisitos y controles específicos implementados para lograr su satisfacción.				

AC 12 2015	Control Interno	No se evidenció un manual de operaciones para el manejo de la caldera del restaurante, se tuvo conocimiento de la capacitación que recibieron 7 funcionarios de la Subdirección de Servicios para operar la caldera del restaurante, sin embargo continúa operándola el funcionario del restaurante, quien no fue capacitado y ejerce las funciones de CHEF. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.1 Políticas de operación del Modelo estándar de control interno.	Falta de asignación de funciones al personal capacitado	probables daños de la caldera por mal uso	Asignar la responsabilidad para operar la caldera del restaurante a los funcionarios que fueron capacitados para este fin, para lo cual se debe establecer un protocolo de operación. Este hallazgo se traslada al proceso gestión de servicios.	Solicitar manual de funcionamiento de la caldera al proveedor y asignar funcionamiento al personal capacitado	jun-15	dic-15	humanos	calidad y socioeconómico	plan de rotación de funcionarios para el funcionamiento de la caldera	Operación de la caldera del restaurante a los funcionarios que fueron capacitados	Buen uso de los recursos del restaurante			
AC 13 2015	Control Interno	Se evidenció que el PROC005GBU "Asignación servicio de restaurante" se encuentra desactualizado en cuanto a las actividades No. 3, 4 y 5 ya que estas actualmente se realizan en línea a través de la WEB. En las actividades 12 y 13 se evidencia un reproceso de la actividad para atender los casos especiales en la asignación del servicio, la actividad 15 y 16 debe actualizarse debido a que el estudiante realiza directamente por la herramienta de servicios complementarios. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.2 Procedimientos del Modelo estándar de control interno.	El procedimiento de la asignación del servicio de restaurante se encuentra en estado de actualización por parte de los funcionarios encargados.	Se puede presentar inconsistencias en la información suministrada a los usuarios	Actualizar la Resolución interna No. 379 del 9 de Agosto de 2005, marco legal del PROC005GBU, que incluya además aspectos socioeconómicos como: Discapacidad, líderes estudiantiles, víctimas del conflicto armado, desmovilización, reinsertados, libertad de género, condiciones que no se contemplan en la resolución actual, lo que obviaría el estudio de casos especiales el cual es solicitado por el estudiante diligenciando un formato que no se encuentra publicado como parte de este procedimiento y obliga a realizar un reproceso de la actividad.	Actualización del procedimiento restaurante.	jun-15	nov-15	humanos	Líder programa socioeconómico	Procedimiento actualizado	Definir y describir la información suministrada a los usuarios de manera correcta.	Presentar al a los usuarios los procedimientos del programa de restaurante, así como los requisitos y controles específicos implementados para su asignación.			
AC 14 2015	Control Interno	Se evidenció que el PROC007GBU "Actividades institucionales, culturales y deportivas" se encuentra desactualizado, el objetivo planteado no corresponde en su totalidad a lo que se desea realizar actualmente bajo este procedimiento. El FOR010 GBU, formato articulado a este procedimiento también se encuentra desactualizado, se evidenció uno nuevo que no se encuentra en la página WEB aunque presenta un requerimiento de mayor información. A través de este procedimiento se daban talleres de manera virtual y presencial que funcionaban con lógicas de homologación de créditos a los estudiantes que los tomaban. Sin embargo no se evidenciaron actas de los Consejos de Departamento, así como tampoco de los Consejos de Facultad, donde se evidencia el cumplimiento del artículo 12 del Acuerdo 035 de 2006 "por el cual se expide el Reglamento Académico de la Universidad", lo que implicaría una falta por omisión de la norma. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.2 Procedimientos y 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno.	desconocimiento de la norma en el acuerdo 035 de 2006	extralimitación del uso de la norma	Para el desarrollo y cumplimiento de estos talleres que homologan asignaturas a estudiantes de diferentes programas académicos, el proceso de gestión de la Vicerrectoría Académica debe establecer y adoptar políticas de manera conjunta con la Vicerrectoría Académica de tal manera que se dé cumplimiento a lo que establece el artículo 12 del Acuerdo 035 de 2006 "por el cual se expide el Reglamento Académico de la Universidad". Este hallazgo se traslada al proceso de Docencia	cancelar Homologaciones	ene-15	dic-15	humanos	SBU-Cultura	cancelación de homologaciones	cancelación de homologaciones	cancelación de homologaciones			
AC 15 2015	Control Interno	Se evidenció en la acta del informe de revisión de liquidación de matrícula correspondiente al primer y segundo semestre de 2014, de fecha 10/09/2014 y 4/12/2014, respectivamente, del Comité de Revisión de Liquidación de Matrícula, del que trata el Artículo 1° de la Resolución No. 1418 del 26 de Noviembre de 1997, que estas reuniones se llevaron a cabo sin el cumplimiento del quórum, el acta del 10/09/2014 solo está firmada por dos integrantes del Comité en tanto que el acta del 4/12/2014, no se evidencia la firma de los integrantes del mismo. Adicionalmente, el artículo 1° de la resolución 1418 del 26 de Noviembre de 1997, no contempla la suplencia de los integrantes del comité, el cual está integrado por 6 miembros y solo firman el acta 2 de ellos, no obstante al no ser clara la Resolución al establecer la mayoría se solicita reglamentar el tema. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno.	Falta de control	No evidencia seguimiento del proceso	Dar cumplimiento en todos los apartes resolutivos a los que se refiere la Resolución 1418 del 26 de Noviembre de 1997 y reglamentar la mayoría, así como indicar si todos los integrantes tienen voz y voto.	Dar cumplimiento en todos los apartes resolutivos a los que se refiere la Resolución 1418 del 26 de Noviembre de 1997 y reglamentar la mayoría, así como indicar si todos los integrantes tienen voz y voto.	jun-15	nov-15	humanos	Líder programa socioeconómico	Revisión de liquidación de matrícula con quórum.	Dar cumplimiento en todos los apartes resolutivos a los que se refiere la Resolución 1418 del 26 de Noviembre de 1997	hacer eficiente el proceso de liquidación de matrícula a los estudiantes de la UPN			

