RECTORÍA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN
GESTIÓN DE CALIDAD
I Semestre 2025

Presentación

La Oficina de Control Interno OCI en cumplimiento del Plan de trabajo 2025 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en cumplimiento del rol de seguimiento conferido por la Ley 87 de 1993, en concordancia con el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, con observancia de los lineamientos establecidos en la Circular 05 de 2005 de la Comisión Nacional del Servicio Civil C.N.S.C., en el Artículo 75 del Acuerdo 006 de 2006 y en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, determina *"*Con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las Oficinas de Planeación, los Jefes de las Oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de logro de cada compromiso".

Lo anterior, acorde con lo reglamentado en el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.7. "Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. (….) PARÁGRAFO 1º. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera (…)"; al igual que el contenido el artículo 2.2.21.5.3 "De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán 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 (…)".

La OCI realizó la verificación de las evidencias suministradas por la dependencia y evaluó el avance de la implementación de las acciones de:

1. ***Plan de Acción*:** Seguimiento a las metas del Plan de Desarrollo Institucional Versión 01, publicado por la Oficina de Desarrollo y Planeación.
2. ***Plan de Mejoramiento:*** Se efectuó seguimiento a la eficacia de las acciones, contrastando las evidencias que soportan su cierre y/o reformulación. En este proceso se verificó el soporte documental presentado por la dependencia y cuando aplicó, la información publicada en el sistema ISOLUCIÓN. La Oficina de Control Interno dejó registrado el resultado de este seguimiento en dicho aplicativo.
3. ***Gestión del Riesgo****:* Se realizó seguimiento a los riesgos de gestión y de corrupción, considerando la información registrada en el aplicativo ISOLUCIÓN y los lineamientos definidos por la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad.

1. Seguimiento Plan de Acción

A continuación, se describe el indicador en el marco de la gestión estratégica y las acciones que contribuyen a posibilitar su cumplimiento desde la gestión operativa.

Cuadro 1. Reporte de cumplimiento de indicadores estratégicos y acciones operativas

GESTIÓN ESTRATÉGICA			GESTIÓN OPERATIVA	
EJE	**INDICADOR**	**% Cumplimiento**	**N. Acciones**	**Promedio % Cumplimiento**
Eje 3. Casa Digna	Índice de Desempeño Institucional de la UPN	**55%**	1	**8%**
Eje 3. Casa Digna	Porcentaje de procedimientos del mapa de procesos UPN actualizados y/o simplificados	**32%**	1	**17%**
			Promedio de Cumplimiento	**13%**

En lo que tiene que ver con el indicador " Índice de desempeño institucional de la UPN" La Oficina de Control Interno concluye que, durante la vigencia 2024 se aplicó el formato oficial de la Función Pública para el Autodiagnóstico de Gestión Estratégica de Talento Humano, obteniendo un resultado del 49.3% en relación con los criterios establecidos para la Dimensión 1 del MIPG, no se evidencian avances significativos en el año 2025, situación atribuida al proceso de implementación del Modelo en la Universidad. Si bien se cuenta con siete listas de asistencia que demuestran la realización de reuniones de seguimiento, no se dispone de documentación complementaria que permita identificar los temas abordados, acuerdos establecidos o resultados obtenidos, lo cual impide verificar de manera objetiva el avance real reportado por la dependencia de Gestión de Calidad ante la alta dirección. Se evidencia que la gestión estratégica tiene un 8% de cumplimiento durante el primer semestre del año 2025.

No fue posible verificar ni analizar de manera efectiva las evidencias aportadas por la dependencia para el indicador "Porcentaje de procedimientos del mapa de procesos UPN actualizados y/o simplificados", debido a restricciones de acceso en la carpeta de OneDrive y a las fallas técnicas presentadas en la plataforma de almacenamiento en la nube. Esta situación impide confirmar la veracidad del porcentaje de avance reportado. Se espera que, para el seguimiento programado en el segundo semestre del año, se resuelvan estas contingencias tecnológicas, lo que permitirá determinar con mayor precisión el cumplimiento de las acciones propuestas por la dependencia.

2. Planes de Mejoramiento

La Oficina de Control Interno revisó el informe de seguimiento de la dependencia Gestión de Calidad – GDC, contrastó la información reportada por la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad, verificó los registros en el aplicativo ISOLUCION y las evidencias suministradas por la dependencia en la carpeta OneDrive.

A continuación, se presentan los resultados del seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas:

Cuadro 2. Seguimiento a planes de mejoramiento

HALLAZGO	ESTADO	OBSERVACIÓN
NC-ICONTEC-3-2024/ NC-ICONTEC-4-2024	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
Auditoría Externa 2024 No Conformidad # 62	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.

3. Gestión del Riesgo

La dependencia Gestión de Calidad – GDC, cuenta con tres riesgos de gestión creados en 2024 en articulación con la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad.

Riesgo	Tipo	Cantidad/Controles
GDC04	Riesgo de Gestión	1/3
GDC05	Riesgo de Gestión	1/1
GDC06	Riesgo de Gestión	1/2

***Riesgo GDC04*:** Posibilidad de pérdida Reputacional por asesoría y acompañamiento deficiente a los procesos debido a la falta de competencia de los funcionarios de Gestión de calidad.

Riesgo GDC05: Posibilidad de pérdida Reputacional por la generación de Informes de auditoría de calidad sesgados e inapropiados debido a la mala aplicación del procedimiento que favorezca intereses particulares o de terceros.

Riesgo GDC06: Posibilidad de pérdida Reputacional por el uso indebido del Sistema de información del SGI debido a la mala parametrización e implementación del Software.

Frente a los riesgos de gestión la dependencia no suministro evidencias de seguimiento a los controles implementados, tampoco fue posible evidenciar seguimiento en el aplicativo ISOLUCION, por tanto, no es posible evaluar si los mismos se han materializado.

4. Conclusiones y Recomendaciones:

***4.1 Plan de Acción**:* Fortalecer la documentación y trazabilidad de las reuniones de seguimiento, garantizando que cada sesión cuente con un acta o documento de respaldo que detalle los temas tratados, acuerdos alcanzados y responsables asignados, con el fin de evidenciar el avance real de las acciones relacionadas con la

Dimensión 1 – Talento Humano, y sustentar adecuadamente los reportes presentados ante la alta dirección.

Actualizar y mejorar los mecanismos de control y seguimiento del diagnóstico MIPG, incluyendo indicadores de avance claros, herramientas de verificación accesibles y responsables definidos, de manera que se facilite una evaluación objetiva y confiable del cumplimiento de las acciones asociadas al fortalecimiento del proceso de Gestión de Talento Humano en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Se recomienda precisar el alcance y nivel de avance de las actividades de alistamiento y organización, de manera que exista coherencia entre ambas y se facilite el seguimiento del indicador, con el fin de facilitar la verificación del seguimiento que realizará la Oficina de Control Interno en el segundo semestre del año 2025.

4.2 Planes de Mejoramiento:

De acuerdo con los resultados se identifica que:

Tipo	Total	Cerrados	Abiertos
No Conformidades	2	0	2
TOTAL	2	0	**2**

1. NC-ICONTEC-3-2024 y NC-ICONTEC-4-2024: "No se evidencia que la organización asegure la revisión de los requisitos previos a la prestación del servicio, que incluya los requisitos legales y reglamentarios aplicables …"

Como parte del seguimiento a los hallazgos NC-ICONTEC-3-2024 y NC-ICONTEC-4-2024, y tras revisar la información registrada en el aplicativo ISOLUCIÓN, módulo de Mejoramiento, se identificó que las acciones correctivas formuladas en respuesta a dichos hallazgos —los cuales comprometen al proceso de Servicios Generales, la Subdirección de Asesorías y Extensión, y la dependencia de Gestión de Calidad— incluyen un total de cinco (5) actividades, programadas para ejecutarse entre el primer y segundo semestre del año 2025. No obstante, se evidenció que tres (3) de estas acciones presentan incumplimiento en las fechas estipuladas, una (1) no cuenta con seguimiento y su fecha de cumplimiento ya se encuentra vencida, y una (1) se encuentra aún en desarrollo dentro del plazo previsto; adicionalmente, se identificó que en una de las acciones la evidencia registrada contradice lo reportado en la ejecución de la actividad.

En este sentido, la Oficina de Control Interno recomienda a las dependencias responsables validar la información consignada en el sistema, realizar los ajustes necesarios, y reformular el plan de mejoramiento en los casos que así lo requieran, de manera que las acciones respondan a las responsabilidades asignadas y permitan

cumplir con los plazos establecidos, asegurando así una atención oportuna y efectiva de los hallazgos y contribuyendo a la mejora continua del sistema de gestión. Por lo anterior la no conformidad continúa abierta.

2. Auditoría Externa 2024 No Conformidad # 62: "No se evidencia que la organización planifique las acciones para abordar las oportunidades..."

En seguimiento al hallazgo de la Auditoría Externa 2024, correspondiente a la No Conformidad #62, relacionada con la falta de evidencia sobre la planificación de acciones para abordar las oportunidades, se identificó que la dependencia de Gestión de Calidad formuló cuatro acciones, de las cuales tres cuentan con evidencia (una de ellas fuera del plazo de cumplimiento) y una permanece sin seguimiento, aunque aún se encuentra dentro del plazo establecido; sin embargo, tras la revisión realizada por la Oficina de Control Interno, se concluyó que la acción “Identificar las oportunidades y acciones en cada uno de los procesos del sistema” presenta como evidencia un archivo en Excel correspondiente a la vigencia 2022, lo cual no refleja una gestión actualizada ni continua; respecto a la acción “Actualizar la Política de riesgos institucionales y elaborar el instructivo para la administración de riesgos de la UPN, incluyendo la identificación de oportunidades”, se adjuntó un archivo en PDF con una comunicación por correo electrónico que no demuestra la actualización de la política, ya que el documento GDC-003 fue creado en 2023 y no presenta modificaciones vigentes para 2025; de igual manera, para la acción “Realizar el seguimiento de las acciones de las oportunidades identificadas” se presentó un correo con el asunto “Reporte estado de oportunidades”, el cual no permite verificar el porcentaje de avance ni el seguimiento sistemático de las oportunidades reportadas por los procesos desde 2022, por lo que, con base en la información registrada, no es posible dar cierre al hallazgo, y se evidencia el riesgo de mantener una gestión limitada frente a la identificación, planificación y seguimiento de oportunidades que impacten la mejora continua del sistema; en consecuencia, esta Oficina recomienda evaluar la pertinencia y efectividad de las evidencias aportadas, asegurar que estas guarden relación directa con las actividades formuladas, y registrar oportunamente los avances de cumplimiento para garantizar una atención efectiva al hallazgo.

4.3 Gestión del Riesgo: Los riesgos de gestión asociados a la dependencia Gestión de Calidad no cuentan con el seguimiento a sus controles, esto se vio identificado durante la evaluación a la gestión por dependencias del primer semestre del año 2025. Se recomienda identificar el responsable de realizar esta actividad para que ejecute las acciones correspondientes para que de este modo se controle la materialización de los riesgos a futuro.

Se recomienda al proceso tener en cuenta todas las observaciones realizadas en relación con el plan de acción, el plan de mejoramiento, así como los riesgos de gestión y corrupción, con el fin de garantizar que la información aportada sea

oportuna y esté alineada con las acciones definidas para cada caso. Esto cobra especial importancia considerando que en el segundo semestre se realizará el seguimiento final a lo planteado para la vigencia 2025.

Cordialmente,

YESID HERNANDO MARÍN CORBA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: Yanneth Milena Guaca Arias/ OCI 240
Fecha: 29/08/2025

Aprobó: Yesid Hernando Marín Corba
Fecha:
OCI/240