RECTORÍA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN
SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL
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	Porcentaje de funcionarios beneficiados con actividades del plan de bienestar y capacitación para administrativos de la UPN	**30,92%**	1	25%
Eje 3. Casa Digna	Porcentaje de funcionarios vinculados en cargos de provisionalidad de la UPN	**73%**	1	0%
		Promedio de Cumplimiento		13%

La Oficina de Control Interno identificó que, según las evidencias presentadas sobre el levantamiento de necesidades de capacitación, se evaluó un documento elaborado por la Subdirección de Personal que, a la fecha, no se encuentra en flujo de aprobación dentro del aplicativo ISOLUCION bajo el nombre PLN Plan Institucional de Capacitación, así como un formulario en Google Forms utilizado para la evaluación de capacitaciones por parte de los funcionarios de la UPN, cuya información corresponde al año 2024, según el título del documento PDF "Evaluación capacitación 2024", lo cual no refleja la vigencia actual; en este sentido, y considerando la acción formulada, no fue posible verificar las solicitudes realizadas por las diferentes dependencias para el presente año, razón por la cual el avance de cumplimiento reportado no guarda coherencia con lo registrado por el proceso. Se evidencia que la gestión operativa tiene un 13% de cumplimiento.

Tras revisar la información registrada por la Subdirección de Personal en relación con la acción correspondiente a los nombramientos provisionales, se identificó que el documento en formato Excel denominado "Evidencia Acción 15" no incluye la modalidad de vinculación bajo la denominación "provisional". Por lo tanto, no es posible corroborar que el nivel de avance reportado sea coherente con lo publicado por el proceso.

2. Planes de Mejoramiento

La Oficina de Control Interno revisó el informe de seguimiento de la Subdirección de Personal – SPE, 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
NC01-SPE-2024	Cerrado	La OCI registro el cierre en el sistema ISOLUCIÓN.
NC03-SPE-2024	Cerrado	La OCI registro el cierre en el sistema ISOLUCIÓN.

NC02-SPE-2024	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC04-SPE-2024	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC-05-SPE-2024	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
OM-01-GTH-2024	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC-GTH-001	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.

3. Gestión del Riesgo

La Subdirección de Personal – SPE, cuenta con tres riesgos de gestión y un riesgo de corrupción, creados en 2024 en articulación con la Oficina de Desarrollo y Planeación – Gestión de Calidad.

Riesgo	Tipo	Cantidad/Controles
GTH01	Riesgo de Gestión	1/2
GTH02	Riesgo de Gestión	1/2
GTH03	Riesgo de Gestión	1/2
GTH04	Riesgo de Corrupción	1/1

***Riesgo GTH01*:** Posibilidad de pérdida Económico por sanciones disciplinarias de los Entes de Control debido a vinculación de personal, sin los requisitos mínimos exigidos

Riesgo GTH02: Posibilidad de pérdida Económico por sanción y/o multa por Entes de Control a la UPN debido a Incumplimiento de estándares mínimos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Riesgo GTH03: Posibilidad de pérdida Económico por suministro de entrega de información inconsistente o errada debido a manipulación inadecuada de las diferentes variables que hacen parte del proceso de talento humano

Frente a los riesgos de gestión la Subdirección de Personal no suministro evidencias de seguimiento a los controles implementados, por tanto, no es posible evaluar si los mismos se han materializado.

Riesgo GTH04: Posibilidad de dar o recibir dadiva para permitir presentación de documentación falsa, en el ingreso de la persona seleccionada para ocupar un cargo en la Universidad Pedagógica Nacional, usando el poder por acción y/o omisión para beneficio propio o en favor de un tercero.

La dependencia aportó como evidencia dos documentos en formato Excel uno donde se pudo observar la vinculación de dos funcionarios en modalidad de administrativos y 64 en modalidad de supernumerarios para el primer semestre del año 2025, lo cual no tiene relación con la realidad, ya que para el mes de enero entre el día 7 y el 27 del mismo mes es donde se presenta el mayor número de ingresos del personal a la Universidad Pedagógica Nacional – UPN.

4. Conclusiones y Recomendaciones:

***4.1 Plan de Acción**:* Se recomienda al proceso de la Subdirección de Personal precisar el alcance y nivel de avance de las actividades de alistamiento y organización, de manera que exista coherencia entre ambas y se fortalezca 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	6	2	4
Oportunidades de Mejora	1	0	1
TOTAL	7	2	**5**

1. NC02-SPE-2024: "Durante el año 2023 se presentaron 38 PQRSFD, de las cuales cuatro (4) corresponden a temas asociados a factores salariales, solicitud de información CETIL, aclaración de tiempos laborales y pagos a pensión…"

Se observa en el aplicativo ISOLUCION, que el proceso reformulo este hallazgo en el primer semestre de 2025, con fecha de compromiso 12-12-2025, asimismo, se identificó que, se creó un documento interno en formato Excel, denominado "seguimientos PQRS", para de este modo llevar un control sobre las PQRSFD a cargo de la Subdirección de personal. Se espera que, durante el segundo semestre del año, se realicen las actividades de seguimiento correspondientes para de este modo poder evaluar la pertinencia del cierre.

2. NC04-SPE-2024: "En el marco del cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional 2020-2024, se identifica que la última medición de clima laboral que se realizó fue en el año 2015 y debería haberse efectuado cada dos años…"

En este caso luego de realizar la revisión de las evidencias aportadas en la carpeta OneDrive y la que se encuentra cargada en el aplicativo ISOLUCION, se observa que solo se cuenta con evidencia de un cronograma que describe las fases del proceso de la medición del clima laboral, adicional se cuenta con un documento en PDF de una cadena de correos donde se puede verificar que se están adelantando actividades con Compensar para la aplicación de la encuesta. Es importante indicar que ninguna de las evidencias aportadas se encuentra alineadas con acciones que se formularon para este hallazgo, por lo cual no es posible dar cierre al mismo. Se recomienda Subdirección de Personal, verificar la información aportada y corregir los documentos que soportan el hallazgo. Se mantiene abierta la no conformidad, el avance de seguimiento por parte de la OCI es de 0%.

3. **NC-05-SPE-2024**: “De acuerdo con las pruebas de recorrido, entrevistas y revisión de evidencia, se identificó lo siguiente…”

Se pudo observar que no se cuenta con evidencias en ISOLUCION ni en la carpeta OneDrive para ese propósito. Asimismo, se aprecia en el aplicativo que las acciones formuladas son del año 2024 Por lo tanto, el nivel de avance para esta no conformidad es de 0%. Se requiere reformular el hallazgo.

4. **OM-01-GTH-2024:** “En el marco de la entrevista con las profesionales que lideran el tema de las capacitaciones, se identificó que es necesario fortalecer el seguimiento y evaluación del resultado de implementar el Plan Institucional de Capacitación…”

Revisadas las evidencias que se encuentran en el aplicativo ISOLUCION y las publicadas en la carpeta OneDrive se pudo observar que, se está trabajando en la creación de en un documento denominado Plan institucional de capacitaciones el cual aún no ha sido aprobado, por otro lado, se observa que la fecha de ejecución no es igual a la del seguimiento realizado por el proceso. Asimismo, se observa que la acción #2 no ha sido ejecutada y la fecha ya está vencida. Por último, la acción #3 se evidencia que el proceso está evaluando las capacitaciones bajo una encuesta que debe ser diligenciada una vez finalicen los procesos de formación. Analizada la documentación se indica que el hallazgo no ha sido subsanado y el porcentaje de avance cuenta con un 10% de ejecución. Así las cosas, se indica que, el mismo debe ser reformulado para el cumplimiento de todas las acciones dentro de los tiempos establecidos.

5. **NC-GTH-001 Auditoría Externa Seguimiento Icontec 2024: “**No se evidencia que la organización asegure que las personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas…”

Para esta No Conformidad se encontró que, los tiempos formulados no fueron acordes con las evidencias presentadas. De acuerdo con lo anterior se indica al proceso que debe realizar la reformulación del plan de mejoramiento y subsanarlo dentro del plazo establecido.

4.3 Gestión del Riesgo: Los riesgos de gestión asociados a la Subdirección de Personal no cuentan con el seguimiento apropiado, esto se vio identificado durante la evaluación a la gestión por dependencias del primer semestre del año 2025. Se recomienda al proceso redoblar esfuerzos y realizar las actividades correspondientes para así controlar la materialización de los riesgos. Por otro lado, se indica que, con relación al riesgo de corrupción si se aportaron evidencias que corroboran que para este si se ejecutó la actividad y se señala que, no se materializó el riesgo.

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