

**RECTORÍA  
OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS  
GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO  
VIGENCIA 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 lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, con observancia de los lineamientos establecidos en la Circular Externa No. 100-010-2025 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades nacionales y territoriales, determina “Socializar los resultados de la evaluación de la gestión institucional en los comités directivos, o de gerencia, consejos de gobierno u otra instancia similar con que cuente la entidad, para dar a conocer los aspectos que se muestren como críticos por retrasos, posibles incumplimientos u otros factores que se analicen, con el propósito de definir acciones concretas para subsanar los temas evidenciados...Y entregar el informe de evaluación de la gestión institucional al representante legal, directores, jefes de oficina, coordinadores, u otros empleos con personal a cargo para que sirva como parámetro objetivo en la evaluación del desempeño y de los acuerdos de gestión.”.

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 (...).”.

- 1. Plan de Acción:** Seguimiento a las metas del Plan de Desarrollo Institucional, publicado por la Oficina de 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 la información publicada en el sistema ISOLUCIÓN. La Oficina de Control Interno dejó registrado el resultado de este seguimiento en dicho aplicativo.

## 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.

**Tabla nro. 1. Análisis de Cumplimiento Gestión Estratégica y Operativa**

GESTIÓN ESTRATÉGICA			GESTIÓN OPERATIVA	
EJE	INDICADOR	% Cumplimiento	N. Acciones	Promedio % Cumplimiento
<b>Eje 1. Cualificación del proyecto académico pedagógico</b>	23. Porcentaje de docentes que participan o se benefician de los programas del Plan Integral de Bienestar Universitario.	100%	1	100%
<b>Eje 4. Bienestar y convivencia formativa para la paz</b>	97. Cobertura de beneficiarios de las acciones para el fortalecimiento de la salud, apoyo odontológico, fisioterapia y orientación psicológica	100%	1	100%
	92. Cobertura de beneficiarios de los talleres de cultura, deporte y recreación ofertados a la comunidad universitaria	100%	2	50%
	88. Cobertura de estudiantes que participan o se benefician anualmente de los programas del Plan Integral de Bienestar Universitario	100%	2	50%
	130. Personas beneficiarias de espacios de formación deportiva abiertos a la comunidad universitaria y a la comunidad en general	100%	3	33.3%
	91. Porcentaje de eventos en donde se garantiza la participación de grupos o delegaciones deportivas, culturales y artísticos representativas de la UPN	100%	1	100%
	14. Propuesta de ajuste del Reglamento Estudiantil diseñada y socializada.	100%	1	100%
	98. Porcentaje de efectividad anual en la atención de casos identificados y definidos como violencias basadas en género (VBG)	100%	2	100%
	102. Número de beneficiarios de espacios formativos y campañas de atención y acompañamiento a integrantes de la comunidad universitaria para prevenir o atender la adicción y el consumo de sustancias psicoactivas.	100%	1	100%

GESTIÓN ESTRATÉGICA			GESTIÓN OPERATIVA	
EJE	INDICADOR	% Cumplimiento	N. Acciones	Promedio % Cumplimiento
	101. Porcentaje de estudiantes admitidos que acceden a espacios psicoeducativos orientados a la población diferencial.	100%	1	70.8%
	100. Porcentaje de estudiantes caracterizados que ingresan por la modalidad de educación inclusiva	0%	1	50%
	103. Beneficiarios de espacios de formación en derechos humanos para la Comunidad Universitaria	100%	1	100%
	106. Cobertura de participantes de espacios y acciones para fortalecer la identidad y el sentido de pertenencia a la Universidad (estudiantes, docentes y funcionarios)	100%	2	100%
	131. Propuesta de abordaje a las ventas informales al interior de la UPN	100%	2	0%
	112. Espacios de formación, mediación, sanación y restauración de derechos, implementados en cada semestre	100%	1	100%
	90. Cobertura de estudiantes beneficiados semestralmente con el servicio de restaurante y cafetería de la Universidad	100%	2	100%
	128. Estudiantes beneficiados con incentivos económicos por medio de monitorias académicas y de gestión institucional	54%	2	49.5%
	129. Estudiantes beneficiados por el programa de Apoyo a Servicios Estudiantiles-ASE	95.5%	3	95.6%
	Aparece otro indicador Estratégico: 96. Cobertura de beneficiarios de las líneas del programa para el fortalecimiento apoyo psicosocial de la comunidad universitaria (PAP)	0%	3	0%
<b>PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>87%</b>	<b>31</b>	<b>74%</b>

Fuente: Formato FOR-PES-006, 2025

## Eje 1. Cualificación del proyecto académico pedagógico

**Indicador 23:** La Oficina de Control Interno evidencia la realización de actividades como Nómada Fest y las jornadas de bienvenida, las cuales pueden asociarse al desarrollo de campañas de promoción del Plan Integral de Bienestar Universitario. No obstante, para próximas vigencias se considera pertinente estructurar las campañas de

manera más direccional hacia los grupos de valor de la Universidad, definiendo con mayor claridad contenidos orientados a informar cómo acceder a los servicios y sus particularidades, de forma que se garantice una mayor trazabilidad entre la actividad formulada y su soporte de implementación.

#### **Eje 4. Bienestar y convivencia formativa para la paz**

**Indicador 92:** El indicador contempla dos acciones operativas. La OCI encuentra conformidad en la evidencia suministrada frente al 100% de cumplimiento en la realización de talleres de cultura, deporte y recreación durante los dos semestres del año 2025. Sin embargo, se reporta un 0% en el último reporte con corte a diciembre de 2025, debido a un proceso en curso de contratación, lo cual afecta el promedio general de cumplimiento de la gestión operativa, situándolo en un 50%.

**Indicador 88:** En la acción operativa “Beneficiar estudiantes con transporte subsidiado”, se registra un cumplimiento del 0% debido a que, por dificultades administrativas con el contratista de Transmilenio, no fue posible adelantar el trámite de contratación. Es importante señalar que esta acción fue incorporada en el último trimestre del año e impactó el porcentaje de cumplimiento de la gestión operativa, reduciéndolo al 50%, aun cuando la gestión estratégica alcanzó el 100%, la evidencia recabada soporta el avance parcial de la meta.

**Indicador 130:** En relación con las acciones operativas “*Elementos deportivos para el desarrollo de actividades físicas y recreativas adquiridos*” e “*Implementos deportivos para el desarrollo de actividades físicas y recreativas adquiridos*”, se observa que, se incorporaron en el cuarto trimestre de 2025, las cuales registran a la fecha un cumplimiento del 0%, dado que a corte del mes de diciembre aún se encuentra pendiente su adquisición. Se presentó evidencia de los espacios de comunicación de oferta de espacios de formación deportiva, lo que representa un avance en promedio del 33%.

**Indicador 100:** El indicador estratégico “*Porcentaje de estudiantes caracterizados que ingresan por la modalidad de educación inclusiva*” no presenta avance durante toda la vigencia. Aunque se evidencia un trabajo preparatorio en revisión del instrumento, articulación interdependencias, ajustes técnicos, adquisición de software, reuniones y definición metodológica, todas estas acciones corresponden a etapas de alistamiento, no a la ejecución efectiva del proceso de caracterización de estudiantes que ingresan por educación inclusiva, esto explica el avance parcial de la gestión operativa.

**Indicador 131:** En el marco de la gestión operativa del indicador 131, se identifican dos (2) acciones operativas. La primera corresponde a documentar la propuesta de línea base relacionada con las ventas informales en la Universidad Pedagógica Nacional, la cual ha presentado avances significativos, evidenciados en la realización de mesas de

trabajo y espacios de articulación, así como en la elaboración de un documento preliminar que cuenta con la aprobación del Vicerrector. No obstante, dicha propuesta aún se encuentra pendiente de socialización y aval por parte del Comité Directivo, razón por la cual no se reporta el cumplimiento total de la meta.

La segunda acción operativa corresponde a reconocer económicamente a cincuenta (50) estudiantes a través del proyecto Convites (venta informal) para la vigencia 2025. En relación con esta acción, se adelantó el proceso de convocatoria y selección de estudiantes enfocados en el abordaje de la problemática de ventas informales en el campus, así como la expedición de los actos administrativos correspondientes para la asignación del beneficio. Sin embargo, al cierre del periodo evaluado no se hizo entrega del apoyo económico solidario a los estudiantes beneficiarios, debido a trámites administrativos pendientes para la asignación de los recursos.

En este contexto, la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar reportó un nivel de cumplimiento del 0 %. No obstante, la Oficina de Control Interno considera que, dada la gestión adelantada durante la vigencia, habría sido posible reportar un porcentaje de avance que reflejara las acciones realizadas y el progreso institucional en el cumplimiento de los propósitos establecidos.

**Indicador 101:** En la revisión realizada por la Oficina de Control Interno se identificó que, respecto a este indicador, la evidencia presentada es parcial, en relación con el número reportado de estudiantes de población diferencial o con admisión inclusiva. La información suministrada refleja actividades realizadas a la comunidad estudiantil en general, lo cual no es coherente con la población objetivo del indicador.

Si bien la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar desarrolla actividades desde un enfoque diferencial de manera articulada entre sus programas, es importante que estas acciones estén respaldadas con evidencia documentada y que, desde la planeación, se determinen los factores que podrían incidir en el cumplimiento del indicador, asegurando una medición precisa y verificable en futuras vigencias.

**Indicador 106:** En relación con este indicador, se recomienda que el reporte de avance se enfoque en acciones puntuales que contribuyan de manera directa al fortalecimiento de la identidad y el sentido de pertenencia institucional. Si bien muchas de las actividades de la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar aportan a este propósito, es importante diferenciar aquellas que tienen un impacto específico en la identidad y pertenencia universitaria de otras que, aunque relevantes, están orientadas a fines culturales, diferenciales o de otra índole.

Por ejemplo, la celebración del *Día del Maestro* constituye un espacio significativo para reforzar la identidad institucional dado su propósito misional, mientras que actividades como el *Día de Acción Global para el Aborto Libre*, planeado desde los Programas de Salud y GOAE, si bien fortalecen la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, no necesariamente aportan en la percepción de pertenencia a la

Universidad en términos institucionales, que es lo que se incluye dentro del alcance de la acción.

**Indicador 112:** En la revisión realizada, se identificó que los indicadores **103.** Beneficiarios de espacios de formación en derechos humanos para la Comunidad Universitaria, enmarcado en el *Proyecto 4.2.1. Formación ética y política para impulsar la participación de la comunidad universitaria, el entorno saludable, la ética del cuidado, la convivencia, la paz y la reconciliación*, y **112.** Espacios de formación, mediación, sanación y restauración de derechos, implementados en cada semestre, asociado al *Proyecto 4.2.2. Diseño e implementación de un programa de manejo de conflictos con enfoque restaurativo*, presentan duplicidad parcial en el reporte de información, a pesar de corresponder a propósitos y alcances diferentes.

Mientras el indicador 103 se orienta a espacios de formación en derechos humanos, el indicador 112 responde a la implementación de acciones derivadas del Protocolo de Prevención y Atención para la Resolución de Conflictos de Convivencia para Estudiantes (PRCC), el cual se activa a partir de la existencia de un conflicto y contempla procesos de mediación, sanación y restauración. En consecuencia, se espera que las acciones reportadas para este último indicador evidencien de manera específica la aplicación del protocolo y los resultados del debido proceso, y no corresponder a actividades generales de formación.

**Indicador 128:** Si bien durante el tercer trimestre se adelantaron actividades asociadas a la asignación de plazas, expedición de resoluciones, suscripción de planes de trabajo y trámites presupuestales, al cierre del cuarto trimestre de 2025 aún no se evidencia la realización del reconocimiento económico de las monitorías. De acuerdo con la entrevista realizada en el mes de noviembre, dicho trámite se encuentra sujeto al calendario académico y a la gestión propia de la Vicerrectoría Académica, por lo cual el proceso permanece pendiente de cumplir.

**Indicador 96:** A partir de la información reportada, se evidencia que el indicador no presenta avances en términos de cobertura efectiva, dado que durante el tercer y cuarto trimestre no se logró concretar la contratación del personal requerida para fortalecer el Programa de Apoyo Psicosocial (PAP), proceso que depende de los recursos del Plan de Fomento al Bienestar. Aunque se avanzó en las gestiones preliminares y en la revisión documental de los contratistas, los tiempos de ejecución presupuestal y de vigencia impidieron la continuidad y formalización de la contratación. En consecuencia, no se incrementó la oferta de servicios ni la cobertura proyectada, por lo cual el indicador no presenta cumplimiento para la vigencia analizada.

## 2. Seguimiento a Planes de Mejoramiento

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



**Tabla nro. 2 Seguimiento a Planes de Mejoramiento**

HALLAZGO	# ISOLUCION	ESTADO	OBSERVACIÓN
OM01GBU2025	109	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
OM02GBU2025	116	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
OM04GBU2025	120	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
OM05GBU2025	121	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
OM06GBU2025	122	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC01GBU2025	205	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC02GBU2025	206	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC03GBU2025	207	Cerrado	La OCI realizó el seguimiento, pero es necesario cerrar en el aplicativo ISOLUCION.
NC04GBU2025 – OM03GBU2025	208	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC05GBU2025	209	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC06GBU2025	210	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC07GBU2025	211	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC08GBU2025	212	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC09GBU2025	213	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC10GBU2025 - OM07GBU2025	214	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC11GBU2025	216	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC12-GBU-GTC-2025	218	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC13-GBU-GTC-2025	219	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC14GBU2025	220	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC15-GBU-GTC-2025	221	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC16GBU2025	222	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC17-GBU-GTC-2025	223	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC18-GBU-GTC-2025	224	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC19-GBU-GTC-2025	225	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.

HALLAZGO	# ISOLUCION	ESTADO	OBSERVACIÓN
NC20GBU2025	226	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC21GBU2025	227	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC24GBU2025	230	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.

Fuente: ISOLUCION, 2025

**109. OM01GBU2025:** De acuerdo con la información suministrada en el aplicativo ISOLUCION, se identificó que se proyectó la actividad de elaborar el plan de trabajo del Grupo de Orientación y Acompañamiento Estudiantil, que se implementará durante el año 2026. Sin embargo, la fecha de compromiso fue el 14 de noviembre de 2025, y a corte de diciembre aún no se había realizado seguimiento en el sistema por parte de la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar, razón por la cual es necesario reformular el plan.

Es importante resaltar que el diagnóstico actualizado de las necesidades psicosociales de la comunidad universitaria permite orientar adecuadamente el plan de trabajo del grupo de orientación y acompañamiento estudiantil y definir sus prioridades. Este diagnóstico sirve como base para proponer planes, estrategias y acciones institucionales que respondan a las realidades y necesidades psicosociales de la comunidad universitaria.

En este sentido, en la reformulación del plan se recomienda, realizar primero un diagnóstico adecuado, y con base en él, formular el plan de trabajo de manera coherente y alineada con las necesidades identificadas.

**116. OM02GBU2025:** De acuerdo con la actividad planteada para el plan de mejoramiento, a corte de noviembre de 2025 se proyectó elaborar un formato de planeación que integrara cada uno de los programas y proporcionara lineamientos para la consolidación de información.

Del análisis de causas se identificó que se requiere un instrumento de control que brinde lineamiento unificado para toda la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar. Como evidencia, se presenta un formato que establece criterios para la planeación. Este instrumento de control permite organizar, monitorear y unificar la planificación de la Vicerrectoría, razón por la cual se considera cerrado el plan de mejora.

**120. OM04GBU2025:** De acuerdo con el plan de mejoramiento, se proyectaron dos actividades: la socialización de la oportunidad de mejora y una capacitación en condiciones de bioseguridad. No obstante, a partir de las evidencias suministradas por la dependencia, se identificó que no solo se realizó la socialización del hallazgo, sino que se desarrollaron otras acciones adicionales que no se encuentran reflejadas dentro de las actividades inicialmente formuladas en el plan de mejoramiento.



En este sentido, es importante precisar que, la socialización del hallazgo, por sí sola, no constituye una actividad que incida directamente en la atención de la oportunidad de mejora. Las acciones que efectivamente aportan al mejoramiento son aquellas que se evidenciaron en la práctica, tales como la elaboración de piezas comunicativas, la emisión de recomendaciones, la definición de criterios y la posible implementación de mecanismos de control para verificar el uso adecuado de las instalaciones destinadas a la prestación de servicios de salud.

Por lo anterior, se recomienda que en futuros planes de mejoramiento las actividades formuladas reflejen de manera clara y explícita las actividades que se proyectan, respondan al análisis de causa y aseguren coherencia entre la planeación y la ejecución.

En cuanto a la capacitación en bioseguridad, se reporta un avance del 70%, quedando pendiente su ejecución, la cual depende del Grupo Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo y se proyecta para la vigencia 2026. Por lo anterior, es necesario reformular el plan de mejoramiento, ajustando las actividades, el cronograma y las fechas de seguimiento.

**121. OM05GBU2025:** En el seguimiento al plan de mejoramiento formulado para atender la oportunidad de mejora relacionada con la administración de inventarios del servicio de restaurante, se identificó que la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar planteó dos actividades: (i) realizar el estudio de requerimientos para la sistematización del servicio de restaurante y (ii) adelantar el proceso de cotización del sistema que mejor se ajuste a las realidades del restaurante.

El hallazgo se origina en que la dependencia no cuenta con un aplicativo especializado para la administración de inventarios de insumos de alimentación, utilizando actualmente registros tipo kárdex, evidenciándose además la ausencia de cierres mensuales, lo cual afecta la oportunidad, confiabilidad y control de los movimientos de entradas y salidas. En el análisis de causas se identifica, entre otros aspectos, la falta de información controlada y actualizada, la inexistencia de un sistema que permita el registro en tiempo real, el cargue posterior de la información por parte del equipo de almacén en algunos casos con retrasos superiores a 15 días y la limitación del sistema GOOBI, el cual no cuenta con módulos para el control de inventarios del restaurante ni para la gestión de facturación por parte del personal del servicio.

En este contexto, la Oficina de Control Interno considera que las actividades formuladas no resultan eficaces para atender la causa raíz identificada. En relación con la primera actividad, la evidencia presentada corresponde a un informe general sobre opciones de software disponibles en Colombia, sin que se identifique un estudio de requerimientos específico que considere las particularidades operativas del restaurante de la Universidad Pedagógica Nacional ni su articulación con otras dependencias, como

Almacén e Inventarios. Por tanto, dicha evidencia no responde al objetivo de un estudio de requerimientos de sistematización del servicio.

Respecto a la segunda actividad, si bien se adelantó un proceso de cotización con proveedores como Zeus y Loggro, no se evidencia una conclusión técnica o administrativa que permita determinar el alcance, la pertinencia o el uso de dicha cotización, ni su contribución concreta a la solución del hallazgo identificado.

En consecuencia, se concluye que el plan de mejoramiento debe ser reformulado, de manera que las actividades propuestas respondan de forma directa y efectiva al origen del hallazgo, contemplando acciones orientadas a la implementación de un sistema que permita el control en tiempo real de inventarios y la gestión de facturación del restaurante, articulado con los procesos institucionales existentes, además de estudiar la viabilidad de adquirir un recurso adicional avalado por la Universidad.

**122. OM06GBU2025:** De acuerdo con la actividad establecida en el marco del plan de mejoramiento, en articulación con la Dirección de Tecnologías de la Información se habilitó en el aplicativo del restaurante el almacenamiento de información histórica de consumos y la generación de reportes consolidados en el sistema del restaurante, cuya implementación inició en septiembre de 2025, por lo que, la Oficina de Control Interno, determina, cerrar el plan.

**205. NC01GBU2025:** En el marco del plan de mejoramiento, la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar planteó como actividad solicitar una reunión con el Grupo de Infraestructura y Mantenimiento con el fin de establecer compromisos y fechas para las adecuaciones necesarias que permitieran subsanar el hallazgo. Como evidencia, se presenta un acta de reunión en la cual el Vicerrector socializó las necesidades de adecuación de los consultorios del Grupo de Orientación y Acompañamiento Estudiantil (GOAE).

Los compromisos establecidos incluyen la intervención por humedad e impermeabilización de la fachada, adecuaciones estructurales internas, mejoras en la insonorización de los consultorios, ajustes en iluminación, ventilación, puertas y guarda escobas, así como la definición de responsabilidades frente al mobiliario. Asimismo, el Grupo de Infraestructura se comprometió a remitir un documento donde se detallen las adecuaciones a realizar y a proyectar el inicio de las labores una vez finalicen las actividades académicas.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno considera que existen compromisos claros y acciones definidas para atender el hallazgo, cuya ejecución se realizará durante la vigencia 2026, razón por la cual es posible cerrar el hallazgo.

**206. NC02GBU2025:** En el marco del plan de mejoramiento, la dependencia proyectó y elaboró un “Protocolo para la Práctica de Deporte y Recreación”, sin embargo, la

Oficina de Control Interno identificó en este documento, ausencia de controles y de una gestión formal de los riesgos inherentes a la práctica de actividades físicas y deportivas.

El protocolo mencionado contiene lineamientos generales de prevención y procedimientos posteriores a la ocurrencia de eventos adversos, tales como la activación de la póliza de seguros; sin embargo, no se evidencia la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos previsibles, diferenciados por tipo de actividad, escenario deportivo, población participante o ubicación institucional. Así mismo, no se establecen conductos regulares claros para la atención de emergencias en los distintos espacios físicos de la Universidad, ni se definen controles específicos orientados a la mitigación del riesgo.

Adicionalmente, el protocolo no se encuentra formalmente articulado al Sistema de Gestión Integral, ni se evidencia su revisión, aprobación y aval por parte del Vicerrector, lo cual limita su eficacia como mecanismo de control institucional. Así mismo, no se identifican requisitos mínimos de formación o certificación para los entrenadores, indicadores de seguimiento, ni mecanismos de monitoreo que permitan evaluar la efectividad de las medidas adoptadas.

En este sentido, se concluye que las acciones implementadas no permiten cerrar el hallazgo, por cuanto persisten debilidades en la gestión del riesgo asociada a las actividades deportivas y recreativas, siendo necesario fortalecer el plan de mejoramiento mediante acciones que respondan de manera directa al origen del hallazgo y a los lineamientos en la administración del riesgo institucional, por lo que es necesario reformular el hallazgo.

**207. NC03GBU2025:** En coherencia con la actividad del plan de mejoramiento, se presenta evidencia de un perfil nutricional actualizado de la Universidad Pedagógica Nacional a corte de noviembre de 2025, el cual recoge variables representativas de la población estudiantil. Este perfil permite identificar patrones y factores relacionados con la malnutrición y se espera que sirva como insumo para el análisis y la orientación de estrategias de intervención, razón por la cual, la Oficina de Control Interno cierra el hallazgo.

**208. NC04GBU2025 – OM03GBU2025:** El origen del hallazgo corresponde a la existencia de medicamentos e insumos vencidos y a la falta de control sobre la salida de insumos médicos y odontológicos del almacén.

Como parte de las actividades planteadas en el plan de mejoramiento, se realizó la socialización del hallazgo y la elaboración de un plan de vigilancia, sin embargo, la Oficina de Control Interno considera que estas acciones no responden de manera directa y suficiente al origen del hallazgo. En particular, el plan de vigilancia no está enmarcado en el Sistema de Gestión Integral de la Universidad, ni cuenta con aprobación o aval del Vicerrector, lo que pone en riesgo su sostenibilidad y efectividad

una vez cerrado el plan de mejoramiento y no se evidencia que el plan contemple medidas operativas concretas para garantizar el control de ingreso y salida de medicamentos e insumos, ni mecanismos para evitar la caducidad de los mismos.

Por lo anterior, se concluye que no es procedente cerrar el plan de mejoramiento, siendo necesario reformularlo.

**209. NC05GBU2025:** La actividad de socialización del hallazgo al grupo de trabajo, si bien relevante, no incide directamente sobre la causa raíz del hallazgo. El plan de mejoramiento contempla esta socialización y la elaboración de un plan de supervisión para asegurar la integridad y funcionalidad de los dispositivos médicos; sin embargo, la Oficina de Control Interno considera que no es procedente cerrarlo y que es necesario reformularlo, ya que el plan no está enmarcado en el Sistema de Gestión Integral ni cuenta con aval del Vicerrector, no establece responsabilidades específicas para la supervisión, no identifica los dispositivos médicos disponibles, ni define un plan integral de mantenimiento y calibración según las recomendaciones del fabricante, y tampoco contempla acciones frente a incidentes o daños reportados.

**210. NC06GBU2025:** En el plan de mejoramiento se proyectaron tres actividades. La primera corresponde a la socialización de la no conformidad al equipo de salud; si bien esta acción es relevante, la Oficina de Control Interno reitera que no responde directamente al hallazgo.

La segunda actividad corresponde a establecer un cronograma de recolección de residuos hospitalarios en las diferentes instalaciones de la Universidad. Se evidencia que, la gestora del programa de salud, envió un correo electrónico para definir las fechas, aunque se recomienda que, al momento de establecer la periodicidad, se tenga en cuenta la frecuencia variable de generación de residuos en distintas sedes, tal como se señala en la observación realizada por Gestión Ambiental.

La tercera actividad consiste en solicitar capacitación sobre segregación, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de residuos hospitalarios, la cual se gestionó ante el Sistema de Gestión Ambiental; sin embargo, aún no se ha materializado dicha capacitación, quedando pendiente para la vigencia 2026. Dado que el cumplimiento depende del cumplimiento de la totalidad de las acciones, no es posible cerrar el plan, y se recomienda su reformulación para garantizar la realización efectiva de la capacitación, que constituye el indicador principal de evidencia.

**211. NC07GBU2025:** En la auditoría del año 2025 se identificó que un espacio físico destinado para la prestación de servicios de salud habilitados por la Universidad opera adicionalmente como consultorios de orientación psicosocial, los cuales no se encuentran registrados ante el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS). Como acción en el plan de mejoramiento, la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar reporta que se realizó una reunión entre la gestora del programa de salud y

la gestora del programa psicosocial para validar las necesidades normativas de habilitación.

De acuerdo con la revisión realizada por las gestoras, la Resolución 3100 de 2019 y la orientación obtenida de la Secretaría de Salud, se determinó que, si únicamente se ofrece orientación psicosocial y no atención psicológica, el servicio se enmarca dentro de un proceso educativo y, por tanto, no requiere habilitación adicional, salvo que se modifique el alcance del servicio o su enfoque normativo. Se presenta evidencia de un correo electrónico de la gestora del programa de salud dirigido a la gestora psicosocial, donde se documenta esta verificación preliminar.

No obstante, la Oficina de Control Interno considera que no es procedente cerrar el plan de mejoramiento hasta que la validación normativa se confirme formalmente, de manera que la Universidad no se vea expuesta ante la Secretaría de Salud por posibles incumplimientos. Es necesario verificar que los servicios de orientación psicosocial se prestan dentro de instalaciones habilitadas para servicios de salud y que no se configuraría un riesgo de ofrecer atención psicológica fuera del marco normativo. Una vez esta validación se realice y se determine que no hay incumplimiento, se podrá proceder con el seguimiento pertinente.

Por lo anterior, es necesario reformular el plan y mantenerlo abierto hasta que se cuente con la verificación y documentación formal que respalde la prestación del servicio.

**212. NC08GBU2025:** El plan de mejoramiento se relaciona con la administración de medicamentos en el marco de la estrategia de prevención diferencial, se identificó que actualmente no existen protocolos aprobados ni evidencia de cumplimiento de las condiciones de habilitación para la administración de medicamentos, lo que potencialmente podría representar un riesgo para la salud de la población universitaria.

Como actividad, la dependencia proyectó la socialización del hallazgo y el seguimiento por parte del Comité de Farmacovigilancia respecto al cumplimiento normativo; sin embargo, la Oficina de Control Interno reitera que la socialización no constituye una acción que dé respuesta directa al origen del hallazgo, y adicionalmente, el registro de seguimiento que se evidencia en el sistema ISOLUCION corresponde a otro hallazgo (residuos peligrosos), no a la actividad proyectada.

Dado que la evidencia presentada en el sistema no corresponde con lo que se proyectó realizar y ya se cumplieron los tiempos establecidos, se concluye que es procedente reformular el plan de mejoramiento, ajustando las acciones para que apunten de manera efectiva a mitigar el riesgo identificado en la administración de medicamentos.

**213. NC09GBU2025:** En seguimiento al plan de mejoramiento derivado del hallazgo relacionado con la falta de certificaciones actualizadas en reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención a víctimas de la violencia, se identificaron tres actividades proyectadas. La socialización de la no conformidad al equipo de salud, si bien se realizó,

no es procedente reconocerla como acción del plan, dado que no responde directamente al origen del hallazgo ni al análisis de causa.

Por otro lado, se identificaron las necesidades de capacitación del equipo de salud, incluyendo RCP, bioseguridad y humanización del servicio (código blanco), y se evidenció la trazabilidad de la gestión mediante listados de asistencia y correos electrónicos entre la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar y la Dirección de Talento Humano. Sin embargo, la capacitación aún no se ha realizado, quedando pendiente para la vigencia 2026.

En consecuencia, aun cuando se han cumplido parcialmente las actividades planificadas, la Oficina de Control Interno considera que el plan no es eficaz, ya que el equipo de salud continúa sin recibir la capacitación que da respuesta al hallazgo. Por lo tanto, se requiere reformular el plan de mejoramiento, asegurando la realización efectiva de las capacitaciones pendientes.

**214. NC10GBU2025 -OM07GBU2025:** Durante la revisión del protocolo de atención psicosocial individual del GOAE, se identificó que el mismo no contempla procedimientos específicos para la atención de crisis psicológicas inmediatas que puedan presentarse en la Universidad, en coherencia con el origen del hallazgo. No es claro, el conducto regular de docentes, personal administrativo y/o de servicios generales para el acompañamiento de una eventual crisis. Adicional, no hay evidencia de socialización y/o divulgación a actores clave de la comunidad universitaria.

Si bien el protocolo establece un acompañamiento psicosocial programado, no incluye pasos claros para la detección, contención, derivación inmediata ni seguimiento de situaciones de riesgo, como intentos de autolesión, suicidio, agresiones, crisis traumáticas o afectaciones graves de la salud mental, ni registro de incidentes y seguimiento posterior.

Si bien, presentan el formato FOR-GBU-046 Solicitud de Atención de Crisis Emocionales, no se evidencia el protocolo de atención de crisis psicológicas que se proyectó como actividad en el plan de mejoramiento, razón por la cual, no es procedente cerrar el plan y es necesario reformularlo.

**216. NC11GBU2025:** Del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al plan de mejoramiento formulado a partir del hallazgo NC11-GBU-2025, se concluye que no es procedente su cierre, dado que las acciones ejecutadas y la evidencia aportada no atienden de manera suficiente ni directa el origen del hallazgo. Este se relaciona principalmente con deficiencias en la supervisión y control de la ejecución contractual, que comprometen la verificación objetiva de las obligaciones pactadas y el cumplimiento de la normatividad aplicable, conforme a lo establecido en el Estatuto de Contratación de la Universidad Pedagógica Nacional.



El hallazgo evidenció situaciones concretas asociadas a la ausencia o insuficiencia de informes de supervisión, inconsistencias en la validación de pagos frente a las atenciones efectivamente prestadas, falta de registros formales de las actividades ejecutadas y autorización de pagos sin el lleno de los requisitos contractuales, aspectos que se presentaron en diferentes contratos. Estas situaciones se enmarcan en la etapa de ejecución contractual y en las responsabilidades propias de la supervisión, y no en la fase precontractual.

No obstante, una de las principales acciones definidas en el plan de mejoramiento consistió en la realización de una capacitación, cuya evidencia corresponde a una jornada llevada a cabo en octubre de 2025, con una duración aproximada de dos horas, orientada a temas generales de contratación, tales como hoja de ruta y términos de referencia. Si bien este tipo de espacios resulta útil como herramienta de fortalecimiento institucional, su alcance no guarda correspondencia directa con las falencias identificadas en el hallazgo, en tanto que no aborda de manera específica aspectos relacionados con la supervisión contractual, el seguimiento a las obligaciones, la validación de informes, el control de pagos, el uso de formatos institucionales ni los tiempos y requisitos establecidos en el marco normativo y en el Sistema de Gestión Integral.

Frente a la actividad relacionada con el uso de listados de asistencia para el registro de atenciones presenciales y el nivel de asesoría en el marco del Programa de Género, la Oficina de Control Interno considera válida la utilización de este tipo de instrumentos como mecanismo de apoyo al seguimiento. Se recomienda que dichos listados sean gestionados y controlados de manera que constituyan evidencia suficiente, verificable y consistente para soportar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

De esta manera, dado que las acciones ejecutadas no subsanan de manera integral las causas del hallazgo asociadas a la supervisión y control contractual, la Oficina de Control Interno considera necesario reformular el plan de mejoramiento.

**218. NC12-GBU-GTC-2025:** Una vez revisada la evidencia aportada para soportar la actividad relacionada con la “capacitación en estudios previos y documentación precontractual”, se identifica que esta no es coherente con lo formulado en el plan de mejoramiento. En efecto, el listado de asistencia de la capacitación registrada el 21 de octubre de 2025 corresponde al tema de “capacitación, contratación, hoja de ruta – términos de referencia”, pero el material de apoyo adjunto refiere “justificación de adiciones presupuestales y modificaciones contractuales”, lo cual no guarda relación directa con la actividad propuesta ni con el origen del hallazgo.

Adicionalmente, se observa que desde la Dirección de Contratación no se incorporan acciones orientadas a evaluar las condiciones que se deben cumplir en casos de subcontratación, pese a que este hace parte de los aspectos señalados en el informe.

En este sentido, la evidencia suministrada no permite demostrar la implementación efectiva de la actividad planteada, ni el abordaje integral de las situaciones identificadas. Por esta razón, para la Oficina de Control Interno no resulta procedente el cierre del plan de mejoramiento y se considera necesaria su reformulación.

**219. NC13-GBU-GTC-2025:** Una vez revisadas las acciones formuladas y la evidencia aportada en el marco del plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente el cierre del plan, por cuanto las actividades propuestas no atienden de manera directa el origen del hallazgo, relacionado con falencias en los controles de verificación de requisitos para la firma de contratos en la fase precontractual.

Las acciones planteadas incluyen la realización de una capacitación y la actualización del formato FOR-GCT-029 Hoja de Ruta para Ordenes o Persona Jurídica, sin que se evidencie el fortalecimiento de controles efectivos de validación y cruce de información contractual. Adicionalmente, el formato FOR-GCT-029 fue actualizado en el Sistema de Gestión Integral en octubre de 2025 y el que adjunta como evidencia es septiembre de 2024, por lo que genera la inquietud de conocer si la Vicerrectoría estuviese o no manejando el formato actualizado.

Si bien se presenta como soporte una capacitación realizada el 21 de octubre de 2025, cuyo contenido refiere a contratación, hoja de ruta y términos de referencia, esta no resulta plenamente coherente con el origen del hallazgo, dado que no se orienta específicamente al establecimiento de controles de verificación de requisitos para la suscripción de contratos.

En este sentido, se considera necesario fortalecer tanto el seguimiento por parte de la Vicerrectoría, como la validación que realiza la Dirección de Contratación, con el fin de prevenir riesgos futuros asociados a la ausencia de controles en la etapa precontractual.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que el plan de mejoramiento debe ser reformulado.

**220. NC14GBU2025:** Una vez revisadas las acciones formuladas y la evidencia aportada en el marco del plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente el cierre del plan, por cuanto la actividad definida, “realizar una capacitación por parte del área de contratación”, no atiende de manera directa el origen del hallazgo, relacionado con la ausencia de identificación e implementación de controles preventivos en la gestión de riesgos dentro de los estudios previos.

Si bien se presenta como soporte una capacitación realizada el 29 de octubre de 2025 sobre contratación, hoja de ruta y términos de referencia, esta no se orienta específicamente al fortalecimiento del análisis de riesgos ni al diseño de acciones de tratamiento enfocadas en prevenir su materialización. En la gestión contractual es

recurrente que el tratamiento del riesgo se limite a la activación de pólizas, lo cual corresponde a una medida posterior a su ocurrencia, mientras que el hallazgo se sitúa en la necesidad de prever situaciones y definir controles que mitiguen los riesgos inherentes al objeto contractual, particularmente en servicios de operación logística, hospedaje, alimentación y transporte.

En este sentido, no se evidencian acciones orientadas a identificar riesgos propios del servicio ni a establecer mecanismos de seguimiento, indicadores o medidas preventivas que permitan anticipar afectaciones a la seguridad, calidad del servicio o continuidad de las actividades.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que el plan de mejoramiento debe ser reformulado, incorporando acciones concretas dirigidas al fortalecimiento de la gestión del riesgo desde la fase de estudios previos, con énfasis en la identificación de riesgos inherentes al objeto contractual y en la definición de controles preventivos.

**221. NC15-GBU-GTC-2025:** Una vez revisadas las acciones y la evidencia aportada, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente el cierre del plan de mejoramiento, dado que no se cuenta con evidencia de la capacitación del sistema GOOBI y las actividades presentan avances parciales. Si bien se evidencia la solicitud de capacitación y la implementación de una base de datos para el seguimiento de contratos, estas acciones no permiten acreditar el cumplimiento integral del plan. En consecuencia, se requiere su reformulación.

**222. NC16GBU2025:** Una vez revisado el plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente su cierre, en primera instancia, porque el hallazgo se derivó de la auditoría realizada a la dependencia en la vigencia 2025, esto con base en las evidencias remitidas por la propia Vicerrectoría durante el proceso de verificación el cual incluyó el tema contractual, financiero, entre otros.

En ese momento, la información suministrada permitió identificar la ejecución de actuaciones sin la formalización contractual correspondiente. Posterior al cierre de la auditoría, la Oficina de Control Interno desconoce si la dependencia identificó registros documentales adicionales que pudieran explicar la situación evidenciada.

Adicionalmente, el análisis de causa presentado atribuye el origen del hallazgo al equipo auditor, aunque, durante la etapa de réplica al informe preliminar no se formularon observaciones frente a este aspecto por parte del proceso. Asimismo, la actividad definida en el plan, “una capacitación sobre justificación de adiciones presupuestales y modificaciones contractuales no cumple o guarda relación con el origen del hallazgo”.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que no es procedente el cierre del plan de mejoramiento y que este debe ser reformulado.

**223. NC17-GBU-GTC-2025:** Una vez revisado el plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente su cierre, dado que el análisis de causa presentado por la dependencia parte de la premisa de que el RUT tiene vigencia indefinida, sin reconocer que en los contratos CPS 114/2024 y CPS 144/2024 se evidenciaron inconsistencias entre la información registrada en el RUT y la contenida en los expedientes contractuales, particularmente en dirección y correo electrónico, lo cual indica que sí existieron cambios que requerían actualización, conforme al Comunicado de la DIAN del 7 de enero de 2025.

En este sentido, el análisis de causa no resulta consistente con las evidencias verificadas durante la auditoría. Adicionalmente, las actividades definidas en el plan, capacitación sobre contratación, hoja de ruta y términos de referencia, no atienden de manera directa el origen del hallazgo, relacionado con la definición de criterios de control para la verificación de los documentos soporte de los expedientes contractuales.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que no es procedente el cierre del plan de mejoramiento y que este debe ser reformulado, incorporando un análisis de causa ajustado a la situación identificada y acciones orientadas al fortalecimiento de los controles.

**224. NC18-GBU-GTC-2025:** Una vez revisadas las acciones formuladas y la evidencia aportada en el marco del plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente su cierre. Si bien la dependencia señala que no existió modificación contractual y que el pago se ajustó a lo efectivamente recibido, se evidenció una diferencia entre lo pactado en la minuta contractual y lo finalmente pagado, así como una reducción en la cantidad de bonos entregados, situación que debió formalizarse mediante otrosí, conforme al principio de bilateralidad y a lo establecido en el artículo 38 del Acuerdo 027 de 2018, el cual señala expresamente que las modificaciones corresponden a la variación que se efectúa de común acuerdo por las partes, durante el plazo del contrato, sobre los términos y condiciones contractuales, sin que se modifique el objeto del contrato.

La actividad definida en el plan consiste en solicitar al Grupo de Contratación la expedición de un lineamiento, sin que se aporte evidencia de la reunión indicada como unidad de medida ni se registre avance en su cumplimiento. Adicionalmente, si bien se identifica una capacitación relacionada con justificación de adiciones presupuestales y modificaciones contractuales, esta no fue incorporada dentro del plan de mejoramiento.

En este sentido, las acciones propuestas no permiten evidenciar la atención efectiva del origen del hallazgo ni el establecimiento de medidas que prevengan la repetición de situaciones similares. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que no es procedente cerrar el plan de mejoramiento y que este debe ser reformulado.

**225. NC19-GBU-GTC-2025:** Una vez revisadas las acciones formuladas y la evidencia aportada en el marco del plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente su cierre, dado que la actividad definida “capacitación al personal administrativo sobre requisitos documentales legales” no cuenta con evidencia que responda directamente al origen del hallazgo. El soporte aportado corresponde a una presentación del Grupo de Contratación sobre justificación de adiciones presupuestales y modificaciones contractuales, temática que no guarda relación con la verificación de certificaciones de aportes parafiscales ni con los requisitos legales establecidos en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En este sentido, no se evidencia la implementación de acciones orientadas al fortalecimiento de los controles para la validación de este tipo de documentos en la fase precontractual. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina que no es procedente cerrar el plan de mejoramiento y que este debe ser reformulado.

**226. NC20GBU2025:** Una vez revisadas las acciones formuladas y la evidencia aportada en el marco del plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente su cierre. Si bien se aporta evidencia de la realización de la capacitación institucional sobre el procedimiento de gestión de quejas y reclamos, mediante el soporte de la presentación utilizada y la trazabilidad de correos electrónicos para su solicitud y programación, no se cuenta con lista de asistencia que permita verificar la participación del equipo de la Vicerrectoría. Adicionalmente, no se adjunta como evidencia la matriz de seguimiento mensual para el registro y monitoreo de las PQRSFD.

Al no evidenciarse la implementación completa de las actividades definidas, se determina que el plan de mejoramiento debe ser reformulado.

**227. NC21GBU2025:** Una vez revisadas las acciones formuladas y la evidencia aportada en el marco del plan de mejoramiento, la Oficina de Control Interno concluye que es procedente el cierre del plan, dado que se evidencia la implementación de un instrumento de control mediante alertas por correo electrónico para notificar a los responsables cuando un contrato se encuentra próximo a finalizar, así como la realización de una reunión orientada a fortalecer el proceso de evaluación de desempeño y el control de los tiempos para su ejecución. Adicionalmente, se cuenta con trazabilidad de correos electrónicos que informan al Vicerrector sobre estas acciones. En este sentido, se considera que las actividades definidas fueron implementadas y atienden el origen del hallazgo.

**230. NC24GBU2025:** Una vez revisadas las acciones y la evidencia aportada, la Oficina de Control Interno concluye que no es procedente el cierre del plan de mejoramiento, dado que la actividad definida se limita a la socialización del procedimiento, sin abordar la identificación y gestión de las salidas no conformes. Adicionalmente, las acciones

estaban proyectadas para noviembre de 2025 y no se aporta evidencia de su implementación. Por lo anterior, el plan debe ser reformulado.

### 3. Conclusiones y Recomendaciones:

**Plan de Acción:** El seguimiento realizado permite evidenciar en la gestión estratégica, promedio de cumplimiento del 87%, lo que refleja avances en el logro de los objetivos institucionales asociados al Eje de Cualificación del Proyecto Académico Pedagógico y, de manera más marcada, al Eje de Bienestar y Convivencia Formativa para la Paz. La mayoría de los indicadores estratégicos reportan cumplimientos del 100%.

En contraste, la gestión operativa presenta un nivel de cumplimiento inferior, con un promedio del 74%, situación que se explica debido a que, en el cuarto trimestre se incorporaron diversas acciones operativas, entre las que se encuentran: la adquisición de insumos para el desarrollo de espacios artísticos y culturales; el beneficio de estudiantes con transporte subsidiado; la adquisición de elementos e implementos deportivos; el reconocimiento económico a estudiantes vinculados al proyecto de convites universitarios; la construcción del protocolo para la prevención, atención y sanción de las violencias basadas en género; la realización de talleres grupales de acompañamiento psicosocial dirigidos a población estudiantil de protección especial; así como la entrega de almuerzos subsidiados a estudiantes. Las acciones incorporadas al plan de acción y mejoramiento durante el tercer trimestre obedecen a la disponibilidad de recursos que ingresaron a la Universidad en ese momento, lo que hizo necesario vincularlas para su ejecución en el cuarto trimestre del año.

A nivel general, la Oficina de Control Interno recomienda que, para el reporte de avance y cumplimiento de cada uno de los indicadores incluidos en el marco del Plan de Acción y Mejoramiento, la información presentada sea clara, puntual y coherente con los parámetros establecidos en el indicador. Se enfatiza que el formato de reporte no debe incluir información específica de todas las actividades realizadas, ya que este no permite condensar ni organizar adecuadamente los datos; por el contrario, se debe reportar únicamente aquello que se solicita de acuerdo con el alcance de cada indicador.

Adicionalmente, para facilitar la verificación de las evidencias por parte de la Oficina de Control Interno, se recomienda evitar la dispersión de información y organizar en coherencia con el indicador y reporte realizado.



**Plan de Mejoramiento:** De acuerdo con los resultados se concluye lo siguiente:

**Tabla nro. 3 Resumen de hallazgos**

Tipo	Total	Cerrados	Abiertos
No conformidad	22	3	19
Oportunidad de mejora	5	2	3
<b>TOTAL</b>	27	5	22

Fuente: Elaboración propia

**216. NC11GBU2025:** Se recomienda fortalecer la supervisión y el control de la ejecución contractual, garantizando la verificación oportuna, objetiva y documentada del cumplimiento de las obligaciones pactadas, de conformidad con lo establecido en el Estatuto de Contratación de la Universidad Pedagógica Nacional. Para ello, es necesario hacer uso adecuado y sistemático de los formatos e instrumentos institucionales de supervisión, de manera que los informes, registros y listados de asistencia constituyan evidencia suficiente y trazable que soporte la autorización de pagos y el seguimiento a las actividades ejecutadas.

Así mismo, se recomienda en la reformulación del plan de mejoramiento, incorporar acciones específicas y dirigidas al equipo responsable de la supervisión contractual de la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar, incluyendo capacitaciones focalizadas en supervisión y control contractual, así como mecanismos que permitan identificar claramente la participación de los responsables en las acciones de mejora, con el fin de subsanar de manera efectiva las debilidades identificadas y posibilitar el cierre del hallazgo en futuros seguimientos.

**218. NC12-GBU-GTC-2025:** Se recomienda que la Dirección de Contratación formule directrices claras en materia de subcontratación y oriente a las dependencias en lo relacionado con la viabilidad de los estudios previos y la verificación de la información que los soporta, con el fin de fortalecer la planeación precontractual.

**219. NC13-GBU-GTC-2025:** Se recomienda que la Dirección de Contratación, en articulación con la Vicerrectoría del Cuidado de la Cultura y el Bienestar, reformule el plan de mejoramiento incorporando acciones específicas orientadas al fortalecimiento de los controles de verificación y cruce de información en la fase precontractual, así como la definición clara de responsabilidades entre las dependencias involucradas, garantizando además el uso del formato FOR-GCT-029 vigente y la coherencia entre las actividades propuestas y el origen del hallazgo.

**220. NC14GBU2025:** Se recomienda que la Vicerrectoría del Cuidado de la Cultura y el Bienestar, en articulación con la Dirección de Contratación, se fortalezca la identificación de riesgos desde la etapa de estudios previos, incorporando controles preventivos y mecanismos de seguimiento asociados al objeto contractual de manera

que la gestión del riesgo no se limite a acciones posteriores a su materialización y permita anticipar situaciones que puedan afectar la ejecución del contrato.

Se recomienda que, en los casos en los que se identifique responsabilidad compartida entre la Vicerrectoría del Cuidado, la Cultura y el Bienestar y la Dirección de Contratación, se generen espacios de articulación que permitan identificar de manera conjunta las dificultades o aspectos por mejorar, resolver inquietudes directas y definir pautas claras para el proceso de verificación de los soportes contractuales, con el fin de fortalecer la gestión precontractual y prevenir la ocurrencia de situaciones similares.

Cordialmente,



**MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ BURBANO**  
Jefe Oficina de Control Interno