

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO
PROCESO DE GESTION DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
CORTE A 31 DE DICIEMBRE 2019**

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Plan de Trabajo formulado para la vigencia 2020 y del rol de evaluación y seguimiento que le compete, conforme a lo dispuesto en el Decreto 1537 de 2001 y Decreto 648 de 2017 en su artículo 17, que modificó el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, quedando así: *“De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces 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”*; presenta el Informe de seguimiento, verificación del estado de avance y cumplimiento de las acciones formuladas, por la Subdirección de Bienestar Universitario en el Plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoria integrada efectuada en 2015.

Desarrollo

El ejercicio consistió en la verificación detallada de las acciones formuladas para contrarrestar las causas de los hallazgos, no conformidades y aspectos por mejorar, contenidos en el Plan de Mejoramiento de la Subdirección de Bienestar Universitario, de la misma forma se revisó la coherencia, nivel de avance o cumplimiento reportado, acorde con los soportes suministrados, evidenciando si el hallazgo había sido cerrado o continuaba presentándose, para establecer la efectividad y efectividad de las acciones.

En vista que el plan de mejoramiento inicial contiene sesenta y tres (63) No conformidades, generadas en la última auditoria integrada, las cuales, posteriormente se agruparon por tema en diez (10), la Oficina de Control Interno en este seguimiento, para hacer más dinámico, ágil y ejecutivo este documento, en la columna de descripción del hallazgo solo hará mención del Numero de la No Conformidad, omitiendo su descripción.

Resultados

En la siguiente matriz, se refleja el seguimiento y evaluación practicada por la OCI entre el 17 de marzo y 8 de mayo de 2020, en la cual se especifica para cada uno de los hallazgos, las acciones formuladas, los documentos y soportes presentados como evidencia de ejecución por el área, el avance reportado y el cierre o no de los mismos; teniendo en cuenta que la efectividad de las acciones, debe orientarse a la eliminación de las causas que generaron el hallazgo, para que estos no vuelvan a presentarse y así contribuir al mejoramiento continuo del proceso.

CÓDIGO	HALLAZGO (No conformidades, Riesgos y Fortalezas)	META	RESULTADOS ESPERADOS	SEGUIMIENTO (Oficina de Control Interno - Proceso Gestión de Calidad)	
				OBSERVACIONES	ESTADO DEL HALLAZGO Y/O ACCIÓN
No Conformidad	<p>(NC-01 - 2017), (NC06-2015): Plan de Mejoramiento desactualizado.</p> <p>(NC-03 – 2017) , (NC01-2012) y (OB01-2010): La Ficha de Caracterización desactualizada</p> <p>(NC-05- 2017). No aplicación de la GUI002GDC_GUIA formulación de mapas de riesgos</p> <p>(NC-06-2017). (NC03-2012), (NC07-2012), (NC02-2015): Se evidencio: a) el PRO002GBU Desactualización de formatos, instructivos y procedimientos.</p> <p>(NC-22 - 2017). Desactualización de APLI002GBU – Software Med, APLI001GBU, Reliquidación de Matricula, se encuentran desactualizados, APLI003GBU, Sistematización de practicantes Universitarios.</p> <p>(NC-45-2017). En el restaurante, en salud, en el Instituto Pedagógico Nacional, en el programa de egresados, en el Jardín infantil -casa maternal no han sido adoptados los formatos del manual de procesos y procedimientos.</p> <p>(NC-46-2017). Incumplimiento en el uso de documentos que registran datos en versiones no adoptadas en el manual de procesos y procedimientos de la Universidad Pedagógica Nacional.</p> <p>(NC-54-2017). No se utilizan los formatos de seguimiento y control de asistencia a algunas actividades (egresados, enfermería)</p> <p>(NC-56-2017). Se evidenció en el área de salud el uso de formatos de consentimiento informado</p>	<p>Actualizar el Plan de mejoramiento o Ficha de Caracterización, Mapa de riesgos Formatos, procedimientos, aplicativos e indicadores del proceso Gestión de Bienestar Universitario o-GBU</p>	<p>Documentación del proceso de gestión de Bienestar Universitario actualizada y publicada en el Sistema Integrado de Gestión SIG.</p>	<p>Estas 17 No Conformidades y 1 Observación se consolidan de forma general en los siguientes temas: Desactualización del Plan de Mejoramiento, de la ficha de caracterización, desactualización de formatos, instructivos y procedimientos, publicación de indicadores, al igual que la información relacionada con los aplicativos que utilizan en la Subdirección como: el Software Med Reliquidación de Matricula, Sistematización de practicantes Universitarios; adicional falta de utilización de las Guía GUI002GDC para la actualización del mapa de riesgos, la no utilización de formatos de asistencia, y demás formatos no implementados en el sistema de gestión de calidad de la Universidad.</p> <p>La Subdirección de Bienestar Universitario, en este seguimiento informa que está trabajando en temas puntuales como:</p> <p>-NC 01 Plan de mejoramiento actualizado http://mpp.pedagogica.edu.co/download.php?file=gestion_bienestar_universitario.pdf</p> <p>- (NC-03 – 2017), (NC01-2012) y (OB01-2010) Actualización de la ficha de caracterización el 4/10/2019, http://mpp.pe</p>	<p>Se mantienen las No conformidades.</p>

	<p>por el área médica y de psicología los cuales no están aprobados e incluidos en los procesos de gestión de calidad de la Universidad.</p> <p>(NC-58-2017). No se tiene control sobre la información y reportes de su medición.</p> <p>(NC01-2015): Es necesario que se publique en el Sistema de Gestión de Calidad, el Mapa de Riesgos del proceso, y se efectúen las actualizaciones necesarias.</p> <p>(NC05-2015): No se ha realizado la publicación de indicadores de 2014.</p>			<p>pedagogica.edu.co/verseccion.php?ids=490&idh=509</p> <p>NC 05 Mapa de riesgo Actualizado http://mpp.pedagogica.edu.co/download.php?file=mapa_de_riesgos_de_gestion_bienestar_universitario.pdf</p> <p>-Los indicadores de FIG003GBU-Restaurante, FIG006GBU-Reliquidación y FIG005GBU-Cultura se actualizaron, http://mpp.pedagogica.edu.co/verseccion.php?ids=89&idh=754.</p> <p>Faltan por actualizar indicadores de salud.</p> <p>-(NC-06-2017), (NC03-2012), (NC07-2012), (NC02-2015). El 13/08/2019, se efectuó actualización de los Procedimientos PRO 001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 013 con respectivos formatos y registros http://mpp.pedagogica.edu.co/verseccion.php?ids=490&idh=511</p> <p>La Oficina de Control Interno verificó las evidencias suministradas, y se concluye que faltan 10 acciones por ejecutar; por lo tanto, estas No conformidades se mantienen.</p> <p>Es de advertir que estas no conformidades tienen entre tres (3) y cinco (5) años, lo que las hace ineficientes e ineficaces para eliminar las causas que las generaron.</p>	
No Conformidad	NC-08). se tiene pendiente de depurar, organizar, eliminar y/o transferir producción documental de las vigencias 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014,	Depurar el Archivo SBU.	Archivo de gestión de la SBU depurado y organizado.	Con respecto a estas 6 No Conformidades que se refieren a incumplimiento en la normatividad de la Tabla de retención documental TDR, la	Se mantiene

	<p>2015, 2016, según TRD.</p> <p>(NC-13). Incumplimiento en control de registros, organización documental en archivo de gestión.</p> <p>NC01-2010, NC04-2012, NC01-2014, NC03-2015: identificación de series, subseries, codificación y organización de archivo establecida según TRD del proceso.</p>			<p>dependencia informó que está trabajando para alcanzar la meta, sin embargo únicamente aportó la evidencia de la eliminación del archivo, correspondiente al registro de ventas de restaurante de las vigencias 2016 y 2017 debidamente firmada y recibida por archivo y correspondencia.</p> <p>Evidencias que fueron verificadas por la Oficina de Control Interno y no es suficiente para efectuar el cierre de las No conformidades, razón por la cual las mismas se mantienen.</p> <p>Es de advertir que estas no conformidades tienen más de cinco (5) años, lo que las hace ineficientes e ineficaces para eliminar las causas que las generaron.</p>	
No Conformidad	<p>NC-7). No cumplimiento del espacio físico del archivo de gestión.</p> <p>(NC-27). IPN Enfermería: Se encuentra sellada, el lugar de atención temporal no es apta.</p> <p>(NC-30) (NC-31), (NC-32). (NC-34) (NC-35) (NC-36) (NC-37), (NC-38), (NC-39), (NC-40), (NC-41). Ing. Alimentos y Chef / Auxiliar Almacén, Garita, Cafetería, Medicina, Odontología, Fisioterapia, Enfermería, Trabajo Psicosocial, salas – Icetex, Cultura – Deporte: En general los espacios no cuentan con suficiente amplitud, iluminación y ventilación. Y los equipos de escritorio no está ubicado de manera ergonómica y el olor a sustancias psicoactivas se percibe.</p> <p>(NC-33). Restaurante: Los espacios son amplios, la ventilación e iluminación es</p>	Arreglar las locaciones y equipos averiados de la SBU	<p>Respuestas a solicitudes de adecuación de espacios físicos y capacitación en administración y protección del archivo realizada.</p> <p>Adecuación del espacio de acuerdo a las necesidades del servicio.</p> <p>Equipos y espacio adecuados ergonómicamente Equipos y espacio adecuados.</p>	<p>Con respecto a estas 16 No conformidades, las cuales se refieren falta de adecuaciones físicas de los espacios de trabajo o la ubicación de los equipos de cómputo de cada uno de los grupos de trabajo, la Subdirección de Bienestar Universitario informa los siguientes avances:</p> <p>-NC34 compra de silla neumática para restaurante, factura 1306 (Físicamente archivada en la Universidad)</p> <p>-NC27 a través del memorando 2019105033 se remitió solicitud de adecuaciones para el espacio de enfermería del IPN</p>	Se mantienen las No conformidades.

	<p>buena, se siente un fuerte olor a gas, pero el sitio cuenta con suficiente ventilación.</p> <p>((NC-42). Gestión de Bienestar Universitario (Mezanine) 2 Piso: Las escaleras de acceso están en regular estado, la humedad en el techo es visible, los puestos de trabajo están ubicados estratégicamente para evitar las goteras, el ruido del aire del almacén es fuerte y persistente, en las tardes cuando el sol llega por la ventana, ante la ausencia de una persiana, se coloca papel o revistas para mejorar la visibilidad en las pantallas de los equipos de cómputo.</p> <p>NC06-2012: El área de salud se encuentran en permanente riesgo, por contaminación auditiva y olfativa.</p>			<p>NC30- 31 Si se modificó oficina de Ing. alimentos, chef y almacén, solicitud servicios generales memorando 201905600102473 para adecuación.</p> <p>NC 35 - 37- 38- 39 40-41 Adecuación planta física de salud, icetex y cultura, (Adjunto acta de acuerdo)</p> <p>La Oficina de Control interno, recibió soportes de 10 actividades que se están realizando para el cierre de las No conformidades, sin embargo persisten 6 No por cerrar.</p> <p>Es de advertir que estas no conformidades tienen más de cinco (5) años, lo que las hace ineficientes e ineficaces para eliminar las causas que las generaron.</p> <p>Se recomienda revisar la connotación de la NC -33 Restaurante, ya que está redactada más como una fortaleza que como una No conformidad</p>	
<p>No conformidad</p>	<p>(NC-15). No cumplimiento del literal a) del numeral 6.2.2., ya que se evidenció que el líder del proceso no dispone de información que evidencie la determinación de la competencia necesaria de los servidores públicos que realizan trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del servicio y/o producto.</p> <p>(NC-16). Se identificó un caso de un profesional especializado personal que está en situación de encargo y un caso de una profesional universitaria que fue reubicada laboralmente por prescripción médica, no suscribieron objetivos laborales ni fueron evaluadas en la nueva situación administrativa.</p>	<p>Determinar a través del FOR042PF N y FOR043PF N los perfiles, objetivos y competencia necesaria de los servidores públicos de la SBU.</p>	<p>Aclaración de la situación administrativa - laboral de los funcionarios de la SBU</p>	<p>Con respecto a estas 6 No conformidades, las cuales se refieren al incumplimiento, relacionado con los requisitos y funciones del personal que labora en la SBU, por lo que el área reporto avances sobre la siguiente acción:</p> <p>NC 15 FOR043PFN para contratistas, el cual fue comunicado y entregado por correo electrónico; el FOR042PFN concertación de objetivos y evaluaciones de desempeños de funcionarios, actividad</p>	<p>Se mantienen las No conformidades.</p>

<p>Igualmente, no se tiene: un Plan de Bienestar e Incentivos-</p> <p>(NC-17). Al verificar las evaluaciones del personal supernumerario se identificó que en la evaluación del desempeño el 53.84 % obtuvo calificación sobresaliente y el 46,15 % obtuvo calificación sobresaliente. No se encontró que esta información sea considerada para la mejora del proceso ni para ajustar planes de trabajo, objetivos laborales u objetos contractuales.</p> <p>(NC-18). Se identificó que de una muestra de treinta y siete los Contratos de prestación del Servicio 26 tiene por objeto orientar talleres; Dos más son para prestar servicios odontológicos pese a que es un cargo creado con funciones en la planta de cargos de personal administrativo de la Universidad Pedagógica Nacional (Acuerdo N° 020 de 2013 del Consejo Superior Universitario).</p> <p>(NC-20). No se identificó trazabilidad de la información relacionada con los compromisos laborales, su evaluación y acciones de mejora del personal administrativo de carrera, provisional o supernumerario.</p> <p>NC02-2012: Al revisar las hojas de vida del personal que hace parte de los servicios de salud suministrados por el líder del equipo de servicios de salud, no se evidenciaron los soportes de experiencia laboral, aspecto que no permite evidenciar lo establecido en el paso 28 del PRO001GTH Vinculación Personal Administrativo y Trabajadores Oficiales.</p>			<p>que se realizó y se documentado en el archivo de la Universidad.</p> <p>La Oficina de Control interno recibió información de una (1) de las acciones planteadas por lo tanto las cinco (5) No conformidades restantes se mantienen.</p> <p>Nuevamente se advertir que estas no conformidades tienen más de cinco (5) años, lo que las hace ineficientes e ineficaces para eliminar las causas que las generaron.</p>	
--	--	--	---	--

<p>No conformidad</p>	<p>(NC-21) Insuficiencia en Herramientas, equipos y sistemas de información (Tanto hardware con software para la gestión de los procesos), se evidenciaron, como Impresión. • En el área médica, odontología, y en la Enfermería NC23: No se identificó evidencia que permite precisar que se protege la información, bases de datos y documentación crítica del proceso como se encuentra determinado en el INS004GSI versión 01 de 21/09/2016. (NC-24). Atención a estudiantes vale del almuerzo: Este espacio no está acondicionado para tal fin (NC-26). Área Médica: Los equipos de cómputo asignados a los consultorios de terapia, son Obsoletos y no están ubicados de manera ergonómica. (NC-29). Auxiliar de Almacén, Chef, Garita, Ing. Alimentos, Restaurante, Cafetería, No se evidencia la determinación y ejecución de mantenimiento correctivo y preventivo de hardware.</p>	<p>Habilitar la impresora en el área de salud del programa de salud. Realizar el mantenimiento a los equipos de cómputo de la SBU. Realizar el cambio de equipos obsoletos. Realizar ubicación adecuada de los equipos de cómputo en la SBU.</p>	<p>Instalación de la impresora en el área de salud. Adecuación del espacio de acuerdo a las necesidades del servicio. Equipos de cómputo de la Subdirección de Bienestar Universitario con mantenimiento aplicado y funcionando correctamente</p>	<p>Con respecto a estas 5 No conformidades, las cuales se refieren a la insuficiencia en cuanto a recursos tecnológicos tanto de software como de hardware en la Subdirección de Bienestar universitario. La Oficina de Control interno no recibió información que permita determinar avance alguno en estas actividades, por lo tanto, se mantienen. Se advierte que estas no conformidades tienen más de cinco (5) años, lo que las hace ineficientes e ineficaces para eliminar las causas que las generaron y adicionalmente el hecho de no presentar ningún tipo de avance, genera una mala gestión al cumplimiento del Plan de Mejoramiento por parte de la SBU.</p>	<p>Se mantienen las No conformidades</p>
<p>No conformidad</p>	<p>(NC-51). No se evidencia el adecuado control sobre la ejecución de las actividades planificadas en el proceso” la encuesta de satisfacción adoptada por el sistema integrado de gestión de la universidad (NC-53). se observó que en el informe de actividades del Contrato de Prestación de Servicios N° 32 de 2016 se anexan registros que no fueron tenidos en cuenta para acciones de mejora del proceso, ni sus datos fueron utilizados, como trazabilidad para la prestación del servicio (NC-57). Se identificó que las acciones de seguimiento y medición para la satisfacción del cliente no se resuelven de fondo ni se eliminan las causas, incumpliendo el número 8.2.1 (NC-59). los indicadores definidos por el Proceso no fueron medidos en el periodo 2016-2 (NC-60). No se identificó evidencias que den cuenta de las</p>	<p>Realizar seguimiento al Plan de Acción y Mejoramiento o acorde a la solicitud de la Oficina de Planeación. Mantener actualizados los indicadores de gestión del proceso GBU. Realizar la encuesta de satisfacción de los servicios de bienestar universitario 2019.</p>	<p>Encuesta aplicada y publicada en notas comunicantes con resultados de los servicios ofrecidos por la SBU Seguimiento Plan de Acción y Mejoramiento del proceso. Indicadores GBU con reporte hasta el 2018-2</p>	<p>Con respecto a estas 10 No conformidades, las cuales se refieren a la falta de seguimiento a las encuestas de satisfacción, informes de actividades de contratos, indicadores, acciones de mejora de auditorías pasadas, al plan de mejora y plan de acción de la Subdirección de Bienestar universitario. La Oficina de Control interno no recibió información de actividades que se estén llevando a cabo para el cierre de estas no conformidades, por lo tanto, se mantienen. Teniendo en cuenta el tiempo de formulación de estas no conformidades y</p>	<p>Se mantienen las No conformidades</p>

	<p>acciones realizadas para asegurar la implementación de las acciones de mejoramiento –PRO003GDC- para eliminar las no conformidades detectadas en los informes de auditorías precedentes, como tampoco para prevenir el impacto de los riesgos detectados o potenciales incumplimiento, además, lo previsto en la Circular N° 019 del 2010 Lineamientos para la administración del riesgo. Esto evidencia que no se tiene determinado y establecido su seguimiento y medición.</p> <p>(NC-61). Se evidenció que no se han implementado las acciones de mejoramiento registradas en el plan de mejora 2010, 2013, 2014 y 2015, acorde con la guía para la verificación del cumplimiento, la implementación y eficacia de estas acciones – GUI002GCE-. Así mismo, se identificó que no se le elaboró plan de mejoramiento para los hallazgos de la auditoria interna realizadas en el 2012, 2013 y 2014.</p> <p>(NC-62).</p> <p>(NC-63). Al carecer de la información, no se dispone de datos generados por el resultado del seguimiento y medición y otros datos que permitieran ser analizados para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del proceso de Gestión de Bienestar Universitario y para evaluar su mejora continua.</p> <p>(NC-64). El proceso no asegura que se lleven a cabo las acciones correctivas cuando no se alcanzan los resultados planificados. cuando no se obtuvo la meta planteada. Como es el caso de los indicadores: Código: FOR005PES, logro 82%; Código: FOR005PES, logro 17%; Código: FOR005PES, logro 15%; Código: FOR005PES, logro 18%. el GBU-R05, GBU-R07 no se facilitó registros que evidencien la solicitud y el seguimiento para su mitigación. En el Plan de Acción y de mejoramiento institucional se registró la meta: adecuar e implementar el programa de egresados, con políticas y estrategias que propicien su retorno a la Universidad y</p>			<p>el hecho de no presentar ningún tipo de avance, muestra desinterés y mala gestión por parte de la SBU, al cumplimiento del Plan de Mejoramiento.</p>	
--	--	--	--	---	--

	coadyuven a la acreditación institucional. No se facilitó evidencia que permitan corroborar el logro de la meta, NC03-2010: El indicador actividades institucionales, culturales y deportivas presenta unas bases de datos, donde se contabilizan como estudiantes otros actores del proceso como lo son funcionarios y/o familiares; esto no permite realizar una medición correcta del proceso				
No conformidad	(NC-52). Se identificó la existencia y operatividad del Comité de Ética y Calidad de la División de Bienestar Universitario, con funciones e integrantes. No obstante, se verificó inexistencia de acto administrativo para su creación por lo cual se presume que este hallazgo tiene alcance disciplinario. Además, el precitado Comité funciona sin el lleno de los requisitos legales (Decreto 2902 de 1994). Esto genera incumplimiento al literal d), del numeral 7.5.2.	Formalizar la creación del Comité de Ética del Programa de Salud de la Universidad Pedagógica Nacional.	Acto administrativo que cree el Comité de Ética del Programa de Salud de la Universidad Pedagógica Nacional.	Con respecto a esta No conformidad, el acto administrativo que da cumplimiento a la misma corresponde a la Resolución 0235 del 18 de febrero de 2019 Por la cual se crea el Comité de Ética Hospitalaria del Programa de Salud de la Universidad Pedagógica Nacional, la cual se encuentra debidamente publicado en el Link http://normatividad.pedagogica.edu.co/?categoria=-1&ano=2019&tipo=4&entidad=-1&descripcion=235&button=Buscar La Oficina de Control interno corrobora mediante el anterior enlace el cumplimiento de esta No conformidad; razón por la cual se cierre.	Se Cierra la No conformidad
No conformidad	(NC-55). En las áreas donde se presta el servicio de salud no implementaron actividades de seguimiento para la autoevaluación, requisito necesario para continuar certificado y habilitado el servicio. Se evidenció que no se ha habilitado el servicio de psicología en la calle 72 pero se presta; en la sede Valmaría se prestaron los servicios médicos sin que exista habilitación e inscripción en el registro de prestadores del servicio de salud. Incumpliendo el numeral 7.6	Habilitar el servicio de salud y psicología en las instalaciones de la Universidad .	Habilitación de instalaciones para prestar los servicios de salud y Psicología.	Con respecto a la prestación del servicio de Psicología en la sede de la calle 72, a la fecha de este seguimiento, no cuenta con el certificado de habilitación para este punto; adicionalmente para la prestación este servicio, se han inscrito a profesionales en RETHUS, los cuales han realizado curso de código blanco, adjuntando dicho certificado. Con respecto al servicio	Se mantienen las No conformidades

				<p>médico de Valmaria, se efectuó solicitud al área de planta física, para la adecuación del espacio físico para la enfermería, de lo cual se adjunta correo; en lo que respecta al certificado de habilitación, se solicitara dicho certificado cuando se cumplan con los requerimientos que exige La Secretaria de Salud.</p> <p>La Oficina de Control interno recibió información de las actividades que se estén llevando a cabo, sin embargo, no se puede efectuar el cierre debido las acciones no se ha culminado; por lo tanto, se mantienen la No conformidad.</p>	
--	--	--	--	---	--

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Producto de la verificación efectuada a la evidencia remitida por la Subdirección de Bienestar Universitario, en relación al cumplimiento de las sesenta y tres (63) No conformidades, expuestas en la auditoría inicial, las cuales fueron agrupadas en diez (10) no conformidades, que fueron evaluadas en este seguimiento; en el cual se logró el cierre de una (1) de ellas, al encontrar cumplida la meta y el indicador propuesto.

De las No conformidades que se mantienen, es necesario precisar que en diecinueve (19) de las acciones y actividades propuestas, la SBU se avanzó en un porcentaje del 69%; sin embargo, no procede el cierre de las mismas, al encontrarlas agrupadas por grupos temáticos.

Se invita a revisar la connotación de la NC -33 Restaurante y NC36 Odontología, ya que están redactadas más como una fortaleza que como una No conformidad

Se evidenció a través de los borradores aportados por la dependencia, un avance en 8 procedimientos, los cuales fueron remitidos a la Oficina de Desarrollo y planeación, aprobando y publicando 2 de ellos; sin embargo es procedente manifestarle a la Subdirección de Bienestar Universitario, que las acciones cuyo resultado dependa de la interacción de otras dependencias, deben ser programadas de forma tal que se puedan cumplir conforme al cronograma.

Una vez se culmine el proceso de aprobación y publicación de los procedimientos y formatos requeridos, la Subdirección debe proceder a su socialización con todos los funcionarios, para garantizar su adecuada aplicación.

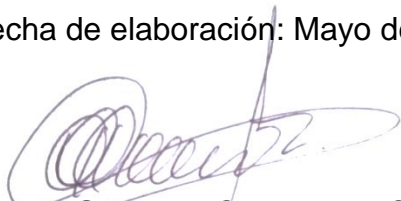
También se encontró que la Subdirección de Bienestar Universitario, tiene acciones y actividades formuladas desde el año 2015, es decir que su Plan de Mejoramiento, ha resultado ineficiente e ineficaz en la eliminación de las causas generaron los hallazgos, no conformidades y aspectos por mejorar; de la misma manera se encontraron algunas sin ningún tipo de avance, lo que denota desinterés, incumplimiento o falta de gestión del área por llevar a buen término el contenido del Plan de Mejoramiento.

El seguimiento evidenció acciones que no son en su totalidad competencia de la SBU y otras que se encuentran repetidas, lo que demuestra deficiencias en su formulación; por lo que resultaría procedente, que el área busque reformular, depurarlas y hacerlas más efectivas y eficaces dentro del alcance de sus funciones, en lo que respecta a aquellas que requieran la intervención de otras áreas deben ser debidamente comunicadas.

Les recordamos que ciclo del proceso auditor, concluye con evaluación eficiente del Plan de mejoramiento, es decir que solo termina, cuando las acciones formuladas llegaron al 100% del avance y estas contribuyeron a la mejora del proceso; adicionalmente es procedente precisar que el incumplimiento del cualquiera de las etapas de este ejercicio auditor, puede ser causal de investigación disciplinaria, fiscal, sancionatoria, entre otras; razón por la cual los invitamos a acoger las disposiciones legales concluir eficientemente con el resultado de la Auditoría.

Por último, es importante infórmele a la Subdirección de Bienestar Universitario, que en seguimientos anteriores la Oficina de Control Interno ya había efectuado recomendaciones similares, a las trasladadas en este informe, sin que se evidencie el acatamiento de ellas, razón por la cual, llevaremos a comité de control interno este caso a fin de determinar si procede o no el traslado de este reiterado incumplimiento a la Oficina de Control Disciplinario.

Fecha de elaboración: Mayo de 2020



ARELYS VALENCIA VALENCIA
Jefe de la Oficina de Control Interno

Elaboró: OCI/ Jenny Vélez