



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA  
NACIONAL**

*Educadora de educadores*

**RECTORIA  
OFICINA CONTROL INTERNO  
MEMORANDO**

**OCI - 240**

**FECHA:** Miércoles, 14 de Diciembre de 2016

**PARA:** Doctor CRISANTO GÓMEZ RÁQUIRA  
Subdirector de Bienestar Universitario

**ASUNTO:**

Cordial saludo doctor Gomez,

De manera atenta y con el fin de informar el resultado del seguimiento realizado al Proceso de Gestión Gobierno Universitario, se realiza el envío del informe producto de la verificación del Plan de Mejoramiento correspondiente a la vigencia 2015, con corte al 30 de Noviembre de 2016.

*Delia Matilde Monroy de*  
**DELIA MATILDE MONROY DE ROBLES**  
Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: 7 (Informe)  
Elaboró: OCI/Diana S.

**Al contestar por favor cite estos datos:**

Fecha de Radicado: 14-12-2016

No. de Radicado:\*201602400026433\*



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL  
VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  
SUBDIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO  
Fecha: 14-12-16 Hora: 13:40  
Recibió: David Cruz



# **INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESO GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO VIGENCIA 2015 CON CORTE A 30 DE NOVIEMBRE DE 2016**

La Oficina de Control Interno en cumplimiento del rol de evaluación y seguimiento establecido en el Decreto 1537 de 2001 y en atención al plan de trabajo correspondiente al año 2016, presenta el informe de seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría integral al proceso Gestión de Bienestar Universitario vigencia 2015.

Se inicia el proceso con el envío de correo electrónico el día 18 de octubre del año en curso al Sr. Crisanto Gómez, Subdirector de Bienestar Universitario, donde se indica el inicio del seguimiento y la necesidad de coordinar la fecha y hora de la reunión de apertura.

El día 21 de octubre de 2016, se efectuó la reunión con el Subdirector de Bienestar Universitario, junto con los encargados de cada uno de los programas de la Subdirección, en la cual se formalizó el inicio del seguimiento del plan de mejoramiento, a su vez como parte del Fomento de la Cultura de Autocontrol se presentó y comentó un video sobre el tema. Adicionalmente, se estableció el cronograma de trabajo para facilitar la labor a realizar de forma planeada. Los temas tratados en la reunión quedaron plasmados en el Acta correspondiente como registro documental contemplado en el Sistema de Gestión Integrado – SGI de la Universidad.

La verificación al cumplimiento eficaz de las acciones planteadas en el plan de mejoramiento estuvo a cargo de uno de los auditores que adelantó la evaluación en la vigencia 2015, con el propósito de facilitar la labor de seguimiento orientada al cierre del ciclo auditor, para lo cual se requirió del apoyo de los responsables en el Área y de la revisión de los soportes que evidenciaron la ejecución de cada una de las acciones dentro de los términos establecidos y de acuerdo con la correspondiente meta o resultado esperado.

En la siguiente tabla se detallan los resultados de la verificación realizada, donde se establece el cierre del hallazgo de acuerdo con el estado de cada una de las acciones propuestas:

		SEGUIMIENTO		
		OBSERVACIONES		ACTIVIDADES PENDIENTES
<p><b>AC 1 DE 2012</b></p> <p>Mediante entrevista a los funcionarios que pertenecen al proceso de servicios de Medicina General, Odontología, Laboratorio Clínico y Restaurante, se constató que solamente se ha realizado chequeo médico por parte de la Universidad a algunos funcionarios que hacen parte de la planta de Personal, aspecto que incumple lo establecido en el Decreto 1295/94, Art 21, Lit c y la Resolución 2346/07 Ministerio Protección Social Arts 3 y 5 Lit a y B. No se evidenció la realización del chequeo médico a todos los funcionarios adscritos al proceso de Gestión Bienestar Universitario.</p>	<p>Gestionar ante la División de Personal la realización de los exámenes periódicos ocupacionales a los 15 integrantes del programa de Salud del Universidad Pedagógica Nacional.</p>	<p>Exámenes realizados</p>	<p>Se evidenció el oficio dirigido a la Oficina de Personal, en donde se solicita los exámenes médicos ocupacionales a la SBU. Adicional se adjunta correo de los funcionarios a los cuales se les efectuaron los exámenes médicos.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 2 DE 2012</b></p> <p>No se evidencian registros de capacitaciones dirigidas a los funcionarios que pertenecen a los servicios de salud y restaurante, para reforzar los conocimientos asociados con el desarrollo de sus actividades durante el primer semestre de 2012, ni se ha pasado la relación de las necesidades de capacitación ante la División de Personal para la vigencia 2012, aspecto que incumple lo establecido con el parágrafo primero y segundo del Artículo 5 de la Resolución 013 de 2002.</p>	<p>Gestionar ante la División de Personal y el área de Salud Ocupacional capacitaciones asociadas con el desarrollo de las actividades en el Área de Salud</p>	<p>Capacitar al personal y dar cumplimiento a la norma.</p>	<p>Se evidenció correo de solicitud de capacitación a personal. Listas de asistencia a las capacitaciones (Lenguaje de señas, riesgos biológicos, salas amigas, Brigadistas, conducta suicida). Los soportes fueron suministrados por parte del programa de salud y del programa de restaurante</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 3 DE 2012</b></p> <p>No se evidencia el Acto administrativo que formalice la conformación y funcionamiento del Comité de Historias Clínicas como cuerpo colegiado, aspecto que incumple lo establecido en el Inciso 2 del Artículo 19 de la Resolución 1995 de 1999</p>	<p>Elaboración y tramitación del Acto Administrativo de formalización y funcionamiento del Comité de Historias Clínicas.</p>	<p>Acto Administrativo realizado y aprobado.</p>	<p>Se tuvo como evidencia los documentos que soportan la elaboración y aprobación de la Resolución 0438 del 4 de abril de 2016, por la cual se crea el Comité de Historias Clínicas de la Universidad Pedagógica Nacional.</p>	<p>CERRADO</p>

<p><b>AC 4 DE 2012</b></p> <p>No se evidencian registros de las directrices establecidas por el Comité de Historias Clínicas frente al manejo y preservación de las historias clínicas y su archivo, aspecto que incumple lo establecido en el Artículo 20 de la Resolución 1995 de 1999.</p>	<p>Elaboración y tramitación en el Comité de Historias Clínicas, de las directrices para el manejo y preservación de las Historias.</p>	<p>Control y registro de las historias clínicas</p>	<p>Los documentos presentados como evidencia corresponden al Acta de reunión del Comité de Historias Clínicas del 11/04/2016 y del 30/09/2016 la contiene las directrices generales del Comité de Historias Clínicas de la Universidad Pedagógica Nacional</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 5 DE 2012</b></p> <p>No se encuentra documentada la caracterización de los riesgos asociados con la seguridad del paciente de acuerdo con la complejidad y nivel de atención de los servicios de medicina general y odontología, aspecto que incumple lo establecido en los anexos 1 y 2 de la Resolución 1043 de 2006. Lo cual impide llevar el adecuado seguimiento a los riesgos en la prestación del servicio.</p>	<p>Caracterización de los riesgos asociados con la seguridad del paciente para su identificación, tratamiento y medición.</p>	<p>Documento e implementación de los riesgos asociados con la seguridad del paciente.</p>	<p>Se aportó como evidencia el programa de seguridad del Paciente, emitido por el Comité de Seguridad Paciente, Acta de reunión 15/06/2016 y copia del informe donde se reportan las actividades del comité de Seguridad al paciente.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 6 DE 2012</b></p> <p>No se evidenció Plan de Mantenimiento Preventivo y de calibración de los equipos biomédicos que son utilizados para la prestación de los servicios de Medicina General, Odontología y Enfermería, aspecto que incumple lo establecido en los estándares 3.1 y 3.2 del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006.</p>	<p>Que se realice el Plan de Mantenimiento Anual</p>	<p>Equipos calibrados para la prestación del servicio</p>	<p>Se corrobora la orden de servicio No 37 por la cual se contrata la realización del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipo del programa de salud. Adicional se verificaron las planillas de revisión por parte del proveedor contratado.</p>	<p>CERRADO</p>

9

<p><b>AC 7 DE 2012</b></p> <p>Mediante inspección visual a las instalaciones del restaurante y registro fotográfico, se evidenció que el techo de la bodega donde se reciben las frutas y verduras tiene una teja rota, por donde se facilita el libre acceso de vectores y roedores que pueden contaminar el espacio de preparación de los alimentos.</p> <p>Los techos, pisos y paredes de la zona de alistamiento y preparación de los alimentos no cuentan con condiciones que permitan su fácil limpieza y desinfección, aspecto que incumple lo establecido en el artículo 8 del Decreto 3075 de 1997.</p>	<p>llevar un control de vectores y roedores mensual por la oficina de servicios generales</p>	<p>eliminación de vectores y roedores en zona del restaurante</p>	<p>Se verifico la orden de servicio No 17 de 2016 por la cual se contrató el servicio de control de roedores, se evidenciaron las planillas de reporte de servicio, en donde se plasma la revisión y mantenimientos respectivos. También se verifico el Contrato 874 de 2014, en donde se efectuaron las reparaciones es de techos, pisos y paredes en el restaurante. Se anexan fotos del lugar (CD).</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 8 DE 2012</b></p> <p>En las instalaciones de la cocina, no se evidencia la instalación de avisos alusivos con las prácticas higiénicas que deben observarse para la manipulación de alimentos, aspecto que incumple lo establecido en el literal d, Artículo 14 del Decreto 3075 de 1997.</p>	<p>Realizar las piezas comunicativas</p>	<p>Avisos instalados que indiquen el control de normas y reglas</p>	<p>Se evidencio oficio en donde se solicita la señalización correspondiente del restaurante, a la Subdirección de Servicios Generales. También se adiciona la respuesta emitida por el área, en donde informa que el rubro de impresos y publicaciones no es suficiente para atender dicho requerimiento.</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>
<p><b>AC 9 DE 2012</b></p> <p>No se encuentran documentadas las directrices establecidas para evitar la contaminación cruzada de los alimentos, aspecto que incumple con lo establecido en el Artículo 20 del Decreto 3075 de 1997</p>	<p>Elaboración y socialización del manual</p>	<p>Implementar directrices de las BPM</p>	<p>Se elaboró e implemento el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura, el cual es entregado por el área en CD, y se han brindado capacitaciones sobre el uso de tapabocas.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 10 DE 2012</b></p> <p>No se evidencia el Plan de Saneamiento que establece las actividades orientadas a llevar a cabo la limpieza, desinfección, manejo de desechos sólidos y control de plagas. Aspecto que incumple con lo establecido en el Artículo 28 y 29 del Decreto 3075 de 1997</p>	<p>Elaboración del plan</p>	<p>Diseño e implementación de Plan de Saneamiento</p>	<p>Se elaboró e implemento el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura, el cual el área entrega en CD</p>	<p>CERRADO</p>

<p><b>AC 11 DE 2012</b></p> <p>No se encontraron registros que permitan llevar a cabo el control de las existencias que se encuentran depositadas en la bodega del restaurante, así mismo, no se evidencia manejo adecuado de las entradas y salidas de insumos empleados en las labores de preparación y de los alimentos. aspecto que incumple con lo establecido en el Artículo 31 del Decreto 3075 de 1997</p>	<p>Elaboración de un protocolo que posibilite la sistematización y los registros de entrada y salida de los insumos.</p>	<p>Control de los insumos</p>	<p>Se efectuó la solicitud a la Subdirección de Sistemas de Información. Se estableció que no se implementó ningún Sistema de Información para el control de inventarios de restaurante y por lo tanto no se realiza un control eficiente de insumos de restaurante.</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>
<p><b>AC 1 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció que los indicadores formulados para medir el cumplimiento de los objetivos establecidos para el cumplimiento de las metas propuestas en el plan de acción 2014 no permiten medir, la eficacia y eficiencia del objetivo propuesto. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 1.2.1 Planes y Programas del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Actualizar los Indicadores dentro de los procesos de calidad de la UPN</p>	<p>Conocer los avances; analizar los datos suministrados; controlar, mejorar y tomar decisiones en el proceso SBU</p>	<p>Se evidencian 3 formatos de modificación, 1 de creación y 1 de anulación, con lo cual se actualizan los procesos de calidad y ya se encuentran publicados En la página WEB de la Universidad. Las fichas nuevas de los indicadores se encuentran en CD.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 2 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció que el programa de egresados encargado del acompañamiento en procesos de fortalecimiento en educación permanente de los ex alumnos, se encuentra adscrito a la Vicerrectoría de Gestión Universitaria, según Capítulo II artículo 5° del Acuerdo 034 de 2000 y contrario a esto, en el PDI 2014-2019 aparece en Vicerrectoría Académica (Acreditación Institucional) como un proyecto del programa 2 del eje 1 No obstante lo anterior en la realidad atiende su objetivo como adscrito al Proceso de Gestión de Bienestar Universitario. (Consultar Acuerdo 034 de 2000). Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 1.2.3 Estructura organizacional del Modelo estándar de control interno</p>	<p>Poseer políticas de egresados acordes al plan instituciones UPN</p>	<p>Tener un nuevo acuerdo que posibilite nuevos programas, proyectos y estrategias que suplan las necesidades de los egresados.</p>	<p>Se evidencia: Aprobación por parte del Consejo superior del proyecto de Acuerdo para la creación del Centro de Egresados, en decisión del 5 de agosto de 2016, por lo cual se emite El Acuerdo 14 de 2016 "Por el cual se crea el Centro de Egresados de la Universidad Pedagógica Nacional y se dictan otras disposiciones en materia de Egresados" en el Capítulo II se define la estructura y administración del Centro de Egresados.</p>	<p>CERRADO</p>

<p><b>AC 3 DE 2015</b></p> <p>No se evidencia la creación de grupos de trabajo en el proceso de gestión de bienestar universitario, tampoco se evidencia en la estructura orgánica de la Universidad el cargo de Director Centro Cultural "Gabriel Betancourt Mejía" y "Director Centro cultural", sin embargo se observa que las comunicaciones, así como las certificaciones de los talleres ofrecidos en la vigencia 2014 y anteriores fueron firmados por el Director del Centro Cultural, con lo que presuntamente hubo extralimitación de funciones por parte del funcionario que firmó las comunicaciones y las certificaciones. Con lo anterior estaría incumpliendo lo estipulado en el artículo 23 de la Ley 734 de 2000 y en la Resolución Interna 837 de 2001, por la cual se establecen las normas y procedimientos de correspondencia en la Universidad Pedagógica Nacional, la cual estaba vigente en la época de ocurrencia de los hechos.</p> <p>Lo anterior genera un hallazgo de carácter disciplinario por incumplimiento del artículo 23 de la Ley 734 de 2000 y al numeral 1.2.3 Estructura organizacional del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Atender lo estipulado en la resolución 135 del 20/02/2015</p>	<p>Dar cumplimiento a la resolución 0650 de 15 jul 2015 lineamientos para la gestión de comunicaciones oficiales de la UPN</p>	<p>Se aportó como evidencia la Resolución 135 de 2015 por la cual se definen los lineamientos para la Gestión de Comunicaciones Oficiales en la Universidad Pedagógica Nacional". También se adjuntan oficios a la Vicerrectoría Académica dando respuesta a la Homologación de los cursos de Extensión Cultural y las nuevas constancias que se están emitiendo desde la SBU, con respecto a la participación de talleres.</p>	<p>CERRADO ' 1</p>
<p><b>AC 4 DE 2015</b></p> <p>Se evidencio que el programa ACCES (acceso con calidad a la educación superior), a partir de la vigencia 2015 viene funcionando adscrito a la subdirección de bienestar universitario, sin previo acto administrativo que legalice este cambio. Hasta la vigencia 2014 estuvo adscrita a la Vicerrectoría Académica, por lo cual se recomienda la gestión para su legalización como programa adscrito a la Subdirección de bienestar universitario.</p>	<p>Oficializar el traslado del programa ACCES</p>	<p>Programa ACCES adscrito a la SBU de manera oficial.</p>	<p>La evidencia corresponde a la resolución 492 del 12 de abril de 2016 " Por la cual se traslada el proyecto de Acceso con calidad a la Educación Superior, a la Subdirección de Bienestar Universitario de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.</p>	<p>CERRADA</p>



<p><b>AC 5 DE 2015</b></p> <p>Se evidencio que mediante comunicacion 2014IE3409 de fecha 7/11/2014, la Oficina de Desarrollo y Planeacion presenta observaciones al mapa de riesgos presentado por el proceso de gestion de bienestar universitario el 13 de junio de 2014, las cuales aún no han sido atendidas. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 1.3.3 Análisis del riesgo del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Actualización del mapa de riesgo en el sistema de gestión de calidad de la UPN</p>	<p>Ponderar y comparar las consecuencias de un evento no deseado contra la probabilidad de que ocurra.</p>	<p>La Subdirección de Bienestar Universitarios gestiona con la Oficina de Desarrollo y Planeación la actualización del mapa de riesgos, aún no está aprobado, ni publicado, se encuentra en revisión por parte de la ODP, se adjunta correo de envío.</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>
<p><b>AC 6 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció inconsistencia respecto a lo que establece el artículo 6° de la Resolución 1416 del 26 de Noviembre de 1997 por la cual se reglamenta el artículo 16 de Acuerdo 038 de 1991 del Consejo Superior Universitario con respecto a la actividad relacionada en el paso No. 5 del PRO003GBU "Revisión de Liquidación de matrícula "en lo relacionado a la entrega de la solicitud de revisión de liquidación de matrícula. En la resolución establece que se debe entregar en la División de admisiones y registros, mientras que en el procedimiento dice que se debe entregar en la División de Bienestar Universitario. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento de los numerales 2.1.2 procedimientos y 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno</p>	<p>Actualización del procedimiento</p>	<p>Dar cumplimiento a los numerales 2.1.2 Procedimientos y 2.1.3 Controles del Modelo Estándar de Control Interno</p>	<p>Se verifico la Resolución 1029 del 29 de septiembre de 2015, "Por la cual se deroga la Resolución 1416 del 26 de noviembre de 1997 y se reglamenta el artículo 16 del acuerdo 038 de 1991 del Consejo Superior Universitario"</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 7 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció que en la subdirección de Bienestar Universitario, en el programa de restaurante; el control de inventarios de insumos del restaurante es deficiente, ya que se presentan diferencias entre lo físico y lo que se registra en un archivo de Excel, lo anterior debido a que los descargues de los insumos entregados para la preparación diaria de almuerzos, no es de forma inmediata en el mismo archivo de control de inventarios. Incumpliendo de esta forma lo establecido en el numeral 2.1.3 Controles.</p>	<p>Optimizar las actividades con el fin de mejorar la utilización eficaz de los recursos y de establecer normas de rendimiento con respecto a las actividades que se están realizando.</p>	<p>Aumentar la productividad y reducir el costo, permitiendo así que se logre la mayor producción de bienes para los usuarios del restaurante.</p>	<p>Continúan las diferencias entre lo físico y el control que lleva el programa de restaurante en la hoja de Excel, no se efectúan en forma inmediata los registros de los insumos una vez son entregados a Producción de Restaurante y no se están llevando controles adecuados para la solicitud y entrega de los insumos.</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>

<p><b>AC 8 de 2015</b></p> <p>Se evidencio que en la vigencia 2014, no se efectuó ningún mantenimiento preventivo a los equipos del programa de salud, solo se realizó un mantenimiento y fue de carácter correctivo a un equipo odontológico en el mes de septiembre, incumpliendo el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006, se debe efectuar mantenimiento preventivo a los equipos de salud, y a su vez también se está incumpliendo a lo establecido en el numeral 2.1.1 Política de operación.</p>	<p>Hacer el mantenimiento adecuado a los equipos del programa de salud.</p>	<p>Prevenir el deterioro de los equipos del programa de salud.</p>	<p>Se corroboro la orden de servicio No 37 por la cual se contrata la realización del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipo del programa de salud. Adicional se verificaron las planillas de revisión por parte del proveedor contratado.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 9 DE 2015</b></p> <p>Al efectuar revisión a las historias laborales de las funciones de la Subdirección de Bienestar Universitario se evidenció que no hay evidencia de la elaboración de exámenes. Por la cual se esa incumpliendo lo establecido en la resolución 2346 de 2007 de Ministerio de Protección Social capítulo 11 artículo 3. El empleador público debe efectuar evaluaciones médicas ocupacionales de forma obligatoria. En las mismas revisiones de historias laborales en la Subdirección de Personal se evidenció que para el personal de restaurante no se encuentra la certificación de manipulación de alimentos ni los exámenes médicos pertinentes para la expedición del mismo certificado. Según el decreto 3075 de 1997, capítulo 3 personal manipulador, artículo 13 Estado de salud y artículo 14 Educación y capacitación, los funcionarios deben contar con revisión médica y capacitación para manipulación de alimentos, en los dos puntos se están incumpliendo con lo establecido en el numeral 2,1,2 de procedimientos.</p>	<p>Efectuar las evaluaciones médicas ocupacionales y de capacitaciones a los funcionarios de la Subdirección de Bienestar Universitario</p>	<p>Efectuar revisión a las historias laborales de los funcionarios de la Subdirección de Bienestar Universitario.</p>	<p>Se evidencio el oficio dirigido a la Subdirección de Personal, en donde se solicita los exámenes médicos ocupacionales a la SBU. Adicional se adjunta correo de los funcionarios a los cuales se les efectuaron los exámenes médicos.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 10 de 2015</b></p> <p>Al realizar la revisión de las planillas de reporte de servicio del proveedor que tiene como labor el control de plagas, Se evidencio que las fumigaciones en el restaurante y cocina no se están efectuando de forma mensual, a pesar de la presencia de plagas. Por lo anterior se está incumpliendo el decreto 3075 de 1997, capítulo VI Saneamiento, adicional se está incumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.1 Políticas de operación.</p>	<p>Cumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.1 Políticas de operación.</p>	<p>No presencia de plagas en el área del restaurante</p>	<p>Se verifico la orden de servicio No 17 de 2016 por la cual se contrató el servicio de control de roedores, se evidenciaron las planillas de reporte de servicio, en donde se plasma la revisión y mantenimientos respectivos.</p>	<p>CERRADO</p>

<p><b>AC 11 DE 2015</b></p> <p>Al hacer un seguimiento a los procedimientos implementados en la Subdirección de Bienestar Universitario, se encontró que no están actualizados, con respecto a los nombres correctos de las diferentes áreas y no aparecen los diagramas de flujo. Por lo anterior se está incumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.2 de procedimientos.</p>	<p>Definir y describir el Sistema Integrado de Gestión y Control los procedimientos de la SBU</p>	<p>Presentar el SIGUPN los procedimientos de la SBU, así como los requisitos y controles específicos implementados para lograr su satisfacción.</p>	<p>Se evidencio la revisión de 13 procedimientos, en donde se eliminaron PRO15SBU - PRO12SBU - PRO11SBU - PRO10SBU. Se verifico oficio de solicitud de actualización a la OPD y la respectiva respuesta. El procedimiento de Psicosocial se le están efectuando modificaciones</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>
<p><b>AC 12 DE 2015</b></p> <p>No se evidencio un manual de operaciones para el manejo de la caldera del restaurante, se tuvo conocimiento de la capacitación que recibieron 7 funcionarios de la Subdirección de Servicios para operar la caldera del restaurante, sin embargo continúa operándola el funcionario del restaurante, quien no fue capacitado y ejerce las funciones de CHEF. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.1 Políticas de operación del Modelo estándar de control interno</p>	<p>Operación de la caldera del restaurante a los funcionarios que fueron capacitados</p>	<p>Buen uso de los insumos del restaurante</p>	<p>Se aportó como evidencia la orden de servicio 48 de 2016, con la que se presta el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a las calderas del restaurante, función que ya no efectúa personal de restaurante.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 13 DE 2015</b></p> <p>Se evidencio que el PRO005GBU" Asignación servicio de restaurante" se encuentra desactualizado en cuanto a las actividades No. 3, 4 y 5 ya que estas actualmente se realizan en línea a través de la WEB .En las actividades 12 y 13 se evidencia un reproceso de la actividad para atender los casos especiales en la asignación del servicio, la actividad 15 y 16 debe actualizarse debido a que el estudiante las realiza directamente por la herramienta de servicios complementarios. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.2 Procedimientos del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Definir y describir la información suministrada a los usuarios de manera correcta.</p>	<p>Presentar el a los usuarios los procedimientos del programa de restaurante, así como los requisitos y controles específicos implementados para su asignación.</p>	<p>Se evidencio que el programa de restaurante está trabajando el procedimiento, pero hasta ahora se tiene un borrador.</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>

<p><b>AC 14 DE 2015</b></p> <p>Se evidencia que el PRO007GBU "Actividades institucionales, culturales y deportivas" se encuentra desactualizado, el objetivo planteado no corresponde en su totalidad a lo que se desarrolla actualmente bajo este procedimiento. El FOR010 GBU, formato articulado a este procedimiento también se encuentra desactualizado, se evidenció uno nuevo que no se encuentra en la página WEB aunque presenta un requerimiento de mayor información. A través de este procedimiento se dictaban talleres de manera virtual y presencial que funcionaban con lógica de homologación de créditos a los estudiantes que los tomaban. Sin embargo no se evidenciaron actas de los Consejos de Departamento, así como tampoco de los Consejos de Facultad, donde se evidencie el cumplimiento del artículo 12 del Acuerdo 035 de 2006 "por el cual se expide el Reglamento Académico de la Universidad", lo que implicaría un falta por omisión de la norma.</p> <p>Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.2 Procedimientos y 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Cancelación de homologaciones</p>	<p>Cancelación de homologaciones</p>	<p>Se evidenció la Resolución 135 de 2015 por la cual se definen los lineamientos para la Gestión de Comunicaciones Oficiales en la Universidad Pedagógica Nacional". También se adjuntan oficios a la Vicerrectoría Académica dando respuesta a la homologación de los cursos de extensión Cultural y las nuevas constancias que se están emitiendo desde la SBU, con respecto a la participación de talleres.</p>	<p>CERRADO</p>
---	--------------------------------------	--------------------------------------	---	----------------

<p><b>AC 15 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció en la actas del informe de revisión de liquidación de matrícula correspondiente al primer y segundo semestre de 2014, de fecha 10/06/2014 y 4/12/2014, respectivamente, del Comité de Revisión de Liquidación de Matrícula, del que trata el Artículo 1° de la Resolución No. 1416 del 26 de Noviembre de 1997, que estas reuniones se llevaron a cabo sin el cumplimiento del quórum, el acta del 10/06/2014 solo está firmada por dos integrantes del Comité en tanto que el acta del 4/12/2014, no se evidencia la firma de los integrantes del mismo. Adicionalmente, el artículo 1° de la resolución 1416 del 26 de Noviembre de 1997, no contempla la suplencia de los integrantes del comité., el cual está integrado por 6 miembros y solo firman el acta 2 de ellos, no obstante al no ser clara la Resolución al establecer la mayoría se solicita reglamentar el tema. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Dar cumplimiento en todos los apartes resolutivos a los que se refiere la Resolución 1416 del 26 de Noviembre de 1997</p>	<p>Hacer eficiente el proceso de reliquidación de matrícula a los estudiantes de la UPN</p>	<p>Se verifico la resolución 1029 del 29 de septiembre de 2015, "Por la cual se deroga la Resolución 1416 del 26 de noviembre de 1997 y se reglamenta el artículo 16 del acuerdo 038 de 1991 del Consejo Superior Universitario", las cuales se refieren a la reliquidación de matrícula de los estudiantes de pregrado. En las actas de reunión del 1/07/2015, 7/12/2015, 17/06/2016, se evidencia en análisis y aprobación de las solicitudes presentadas por los estudiantes que aplicaron a la convocatoria de revisión de liquidación de matrícula para el semestre correspondiente.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 16 DE 2015</b></p> <p>No se evidenció el convenio suscrito entre la Universidad Pedagógica Nacional y la Fundación Francisca Radke, que faculte a esta Fundación para el recaudo de los dineros correspondientes al valor de los cursos y talleres que ofrece el programa de egresados. Igualmente no se evidenció acto administrativo de la Universidad que establezca los valores de estos cursos y talleres Lo anterior genera un hallazgo administrativo por incumplimiento al numeral 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Establecer políticas de operación y controles a la oferta de cursos o talleres.</p>	<p>Cada vez que el programa de egresados oferte cursos o talleres se dé con un acto administrativo regulado por la norma y políticas de la UPN</p>	<p>Se evidencio que se dictan talleres por parte del grupo de egresados, pero bajo ningún costo. Se adjuntan listas de asistencia</p>	<p>CERRADO</p>

<p><b>AC 17 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció incumplimiento del artículo 6° literales d) y e) de la Resolución No. 0332 del 16/03/2004 por la cual se establece el programa de apoyo a servicios estudiantiles y se reglamenta su funcionamiento, en el sentido que no se evidenció el informe de actividades desarrolladas de acuerdo con el plan de trabajo, solamente se evidenció el certificado de cumplimiento a satisfacción firmado por el responsable del estudiante.</p> <p>Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Cumplimiento a lo reglamentado por la Resolución 0332</p>	<p>Informe de gestión programa de apoyo a servicios estudiantiles.</p>	<p>Se evidenciaron las resoluciones 0354 DE 2015, 0928 de 2015, 0483 de 2016, planes de trabajo de las muestras tomadas, planillas de control de horas según planes de trabajo, y modificación a la tabla de retención documental.</p>	<p>CERRADO*</p>
<p><b>AC 18 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció en el proceso de Gestión de Bienestar Universitario, algunos equipos de computación, adquiridos a través de la Fundación Francisca Radke que no se encuentran registrados en el inventario de los funcionarios, por lo tanto tampoco fueron objeto del procedimiento relacionado con el ingreso al almacén, incumpliendo lo que establece el Manual de Manejo de Bienes de la Universidad. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento del numeral 2.1.3 Controles del Modelo estándar de control interno</p>	<p>Ingresar los elementos al inventario de la UPN</p>	<p>Todo equipo adquirido por la SBU este dentro del inventario de la UPN.</p>	<p>Se verificó que los inventarios adquiridos por la Fundación Francisca Radke se encuentran registrados a los funcionarios que los están utilizando. Adicional se efectuó un muestreo de inventarios de la Subdirección de Bienestar universitario encontrando el 100% asignado.</p>	<p>CERRADO</p>
<p><b>AC 19 DE 2015</b></p> <p>No se evidenció la instalación de avisos que garanticen la observancia de los reglamentos alusivos al proceso de manipulación de alimentos. De otra parte se evidencia que el piso del restaurante presenta riesgo para los funcionarios que operan en el mismo por cuanto la humedad lo hace propicio a la ocurrencia de un accidente. Lo anterior genera un hallazgo por incumplimiento de los numerales 2.1.1 Políticas de operación y 2.1.3 controles del Modelo estándar de control interno</p>	<p>Garantizar la observancia de los reglamentos alusivos al proceso de manipulación de alimentos.</p>	<p>Cumplir los numerales 2.1.1 Políticas de operación y 2.1.3 controles del Modelo estándar de control interno.</p>	<p>Se evidenció oficio a la Subdirección de Servicios Generales en donde se solicita la señalización del restaurante. Se adiciona la respuesta emitida por el área, en donde informa que el rubro de impresos y publicaciones no es suficiente para atender dicho requerimiento.</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>
<p><b>AC 20 DE 2015</b></p> <p>Se evidenció que los hallazgos presentados en la auditoría interna realizada en el 2012 aún continúan en un porcentaje mayor al 50% es decir que aún falta por cerrar 11 hallazgos de los 19 encontrados.</p>	<p>Cerrar hallazgos de auditoría 2012</p>	<p>Finalizar acciones de mejora de la auditoría de control interno 2012.</p>	<p>De los 11 hallazgos encontrados en la auditoría de 2012, quedan pendientes por cerrar 2 acciones, el cual corresponde a un 90% de avance.</p>	<p>PENDIENTE POR CERRAR</p>

## CONCLUSIONES

En el plan de mejoramiento formalizado por la Subdirección de Bienestar Universitario presenta 31 hallazgos a los cuales se formularon 31 acciones, de los cuales 11 son de la vigencia 2012 y 20 pertenecen a la vigencia 2015.

De los 11 hallazgos de 2012, se cierran 9 hallazgos, en los cuales se presentan los soportes que evidencian el cumplimiento de las acciones ejecutadas y 2 quedan pendientes por cerrar.

En cuanto a los 20 hallazgos de 2015, se cierran 14 hallazgos, en los cuales fue soportada la ejecución de las acciones correspondientes y 6 quedan pendientes por cerrar, perteneciendo a los programas de Calidad y Restaurante. Las acciones sin cerrar de restaurante son reincidentes de la vigencia 2012.

Teniendo en cuenta la eficacia de las acciones formuladas, la Oficina de Control Interno procede al cierre de los siguientes hallazgos 1,3,4,5,6,7,8,10,11 de la vigencia 2012 y 1,2,3,4,6,8,9,10,12,14,15,16,17,18 de la vigencia 2015.

En conclusión, el cierre de hallazgos de la vigencia 2012 corresponde a un 90%, y del 2015 a un 70%. Y en forma consolidada de 2012 y 2015 de 31 hallazgos se cierran 23, es decir el 75% y quedan pendientes por cerrar 8, que equivale a un 25%.

El área muestra compromiso y trabaja en equipo, orientando sus esfuerzos a gestionar el cumplimiento de las acciones formuladas en el plan de mejoramiento para eliminar la causa que originaron los hallazgos y así dar cierre a los mismos. El Subdirector y los funcionarios encargados de cada programa estuvieron atentos a brindar apoyo y entregar la información requerida de forma oportuna, lo que hizo posible el cumplimiento del cronograma establecido para el seguimiento.

## RECOMENDACIONES

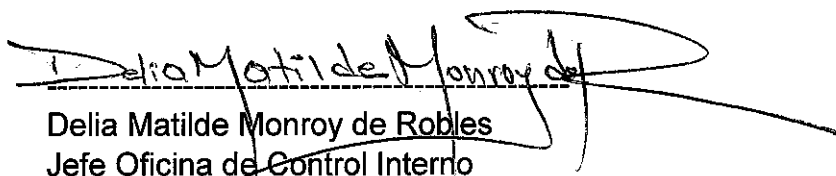
Se sugiere promover una reunión con la Subdirección de Sistemas de información con el fin de analizar la posibilidad de utilizar el aplicativo SIAFI, por medio de la bodega virtual de restaurante creada en el sistema, para llevar el control de los inventarios del restaurante y de esta forma poder dar cierre a dos de los hallazgos que tienen relación con este tema, o en su defecto gestionar con la misma Subdirección el desarrollo de un aplicativo para subsanar los hallazgos pendientes por cerrar relacionados con los inventarios del programa de restaurante.

Adicional a la falta de controles adecuados, tampoco se tienen definidas las recetas estándar y no se cuenta con una minuta (menú), que permita un control más efectivo en cuanto a la medición de cantidades y manejo de insumos en el restaurante. Se recomienda iniciar los trámites necesarios para la definición de recetas estándar.

Si bien este tema no se encuentra formulado como hallazgo dentro de este seguimiento se sugiere reiterar a la Subdirección de Servicios Generales, las mejoras de los lugares de almacenamiento de los instrumentos de música, junto con los que se encuentran para reparación, lo anterior debido a que estos espacios no son adecuados y presentan daños en techos, pisos y paredes, los cuales pueden afectar el estado de los instrumentos de música que se almacenan en el mismo y puede generar riesgo en las personas que acuden a este lugar.

Teniendo en cuenta las limitaciones de recursos para subsanar los temas relacionados con los avisos informativos sobre manipulación de alimentos, se sugiere Incluirlo en el presupuesto de la próxima vigencia en el rubro correspondiente, para que el hallazgo que viene desde el 2012 se pueda cerrar.

La Subdirección avanzó en la actualización de los procedimientos y mapa de riesgos, sin embargo, se encuentra pendiente de aprobación y publicación por parte de la Oficina de Desarrollo y Planeación, por lo cual la OCI sugiere gestionar se agilice el trámite faltante para poder proceder a su aplicación.

  
Delia Matilde Monroy de Robles  
Jefe Oficina de Control Interno

13 de diciembre de 2016

Elaboró: JPV-OCI