

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Otros Elementos de Gestión | MECI | d.Autocontrol | No aplica | No aplica | MECI-01-OCDI | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 37,5% | Se han organizado dos (2) espacios de retroalimentación con el equipo de trabajo, en el cual se hacen claridades respecto a los procesos disciplinarios y de orden | 37,50% |
| Otros Elementos de Gestión | MECI | c.Relación con Entes Externos | No aplica | No aplica | MECI-01-OCI | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 37% | La Oficina de Control Interno debe rendir durante la vigencia 2025, sesenta y ocho (68) informes de ley remitidos a diferentes entes externos, de los cuales se han reportados | 37,00% |
| Otros Elementos de Gestión | MECI | d.Autocontrol | No aplica | No aplica | MECI-01-SAE | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Durante el periodo del presente informe el equipo de la Subdirección llevó a cabo dos (2) reuniones, los días 20 y 28 de marzo. En estos espacios se avanzó en el análisis de | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | MECI | d.Autocontrol | No aplica | No aplica | MECI-02-SAE | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 33% | Se realizó un primera mesa de trabajo con la oficina de Comunicaciones el día 5 de marzo de 2025 | 33,00% |
| Otros Elementos de Gestión | MECI | d.Autocontrol | No aplica | No aplica | MECI-03-SAE | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | En el periodo reportado se adelantó la matriz de los proyectos realizados en el periodo 2020 - 2025 a cargo de la Subdirección de asesorías y Extensión. II | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | A.Identificación y Manejo de Riesgos | Mantener actualizada la política y metodología de administración de riesgos | PTEP 01 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Acción para ejecutar en el segundo trimestre de la vigencia | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | A.Identificación y Manejo de Riesgos | Adelantar jornadas de socialización y toma de conciencia de la Política y Metodología de Administración de Riesgos actualizada y adoptada por la Institución a los líderes y equipos de trabajo de los procesos | PTEP 02 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Acción para ejecutar en el segundo semestre de la vigencia | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | A.Identificación y Manejo de Riesgos | Revisar y actualizar los riesgos de corrupción, soborno, fraude, lavado de activos, seguridad de la información, gestión fiscal y financiamiento del terrorismo de los procesos conforme a la política, lineamientos o guías establecidas para el fin. | PTEP 03 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 20% | El Grupo de Contratación realiza socialización, verificación e identificación de los posibles riesgos del proceso con sus funcionarios. Reunión (18/03/2024) A corte de primer trimestre se ha iniciado el proceso de revisión de los riesgos, se remitieron correos al área de calidad con el fin de solicitar la eliminación del Riesgo GSS-6 teniendo en cuenta que desde el GIF no se han generado actividades relacionadas al respecto toda vez que nosotros no manejamos datos de terceros y los controles están establecidos para ser tratados con abogado. Así mismo se solicitó directriz sobre como proceder con el riesgo GSS-3 teniendo en cuenta que desde infraestructura no se ha realizado ningún reporte para el mismo. Se han llevado a cabo 12 reuniones en el trimestre; 3 reuniones con cada uno de los | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | A.Identificación y Manejo de Riesgos | Construir, publicar y actualizar semestralmente una matriz que identifique y clasifique los riesgos y publicarla en el sitio web de transparencia y acceso a la información pública UPN | PTEP 04 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Acción para ejecutar en el segundo semestre de la vigencia | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | A.Identificación y Manejo de Riesgos | Generar reportes que evidencien el nivel de avance en la revisión y actualización de los riesgos, identificando los ajustes que se requieran | PTEP 05 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Acción para ejecutar en el segundo semestre de la vigencia | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | A.Identificación y Manejo de Riesgos | Elaborar informes cuatrimestrales de seguimiento a la gestión de riesgo de corrupción, soborno, fraude, lavado de activos, seguridad de la información, gestión fiscal y financiamiento del terrorismo de la UPN | PTEP 06 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | En referencia al informe de seguimiento de los mapas de riesgos de corrupción: se realizó y presentó el informe dentro de los tiempos establecidos en el plan de trabajo de la OCI para la vigencia 2025. De la misma forma se publicó en el link de consulta: http://controlinterno.pedagogica.edu.co/vigencia-2025-informes-de-ley/ | 100,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | B.Canales de Denuncia | Ampliar los canales de denuncia dispuestos por la institución y que estos permitan hacerlo de forma anónima. Dentro de estos se creará un canal específico para la recepción y atención de denuncias de actos de corrupción | PTEP 07 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre de 2025 la acción se encuentra en ejecución, para lo cual se planifica de manera consensuada con las demás áreas implicadas la fecha de realización de la primera mesa de trabajo, la cual se acordó para el 3 de abril de 2025. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | B.Canales de Denuncia | Socializar a la comunidad en general los canales de denuncia dispuestos y el procedimiento para este fin | PTEP 08 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 38% | La Secretaría General realizó 3 socializaciones acerca del sistema de PQRSFD a las siguientes dependencias: Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental el 6 de marzo, Inducción a funcionarios el 12 de marzo e inducción a funcionarios del restaurante el 17 de marzo. Adicionalmente participó en la feria de bienvenida de estudiantes el 3 de febrero dando a conocer el sistema PQRSFD. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | B.Canales de Denuncia | Actualizar el Protocolo de Atención al Ciudadano que permita el cumplimiento de los requisitos legales y el tratamiento adecuado de las denuncias recibidas, y con enfoque de género, racial y diferencial | PTEP 09 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Acción planteada para el segundo semestre de 2025 | 0,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|---|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | B.Canales de Denuncia | Realizar socializaciones enfocadas en temáticas relacionadas con atención al ciudadano. | PTEP 10 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se tiene previsto para el II Trimestre de 2025 y conforme a la estructuración del Plan de Capacitación - 2025, la realización de un (1) evento de capacitación, inherente a la temática de Atención al Ciudadano. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | B.Canales de Denuncia | Realizar seguimiento a los canales de atención habilitados con el fin de verificar su accesibilidad y su impacto | PTEP 11 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | La Oficina de Control Interno, realizó el seguimiento a los canales de denuncia establecidos por la UPN, esta actividad ya se avanzó en un 50% lo cual se puede consultar en el siguiente link: http://controlinterno.pedagogica.edu.co/wp-content/uploads/2025/02/INFORME_SEGUIMIENTO_PQRSFD_SEGUNDO_SEMESTRE_2024-1.pdf | 50,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | C.Riesgo de LAFT_FPADM y Debidad Diligencia | Adelantar un análisis para identificar los riesgos específicos asociados a lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas incluyendo la evaluación del contexto de la universidad y los posibles puntos vulnerables. | PTEP 12 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | Al corte del primer trimestre de 2025 no se revisó el contexto actual del proceso con los equipos de trabajo de la SGSI para analizar posibles puntos vulnerables respecto a los riesgos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas, en parte por la alta de manda de actividades de la SGSI y por el cambio de subdirección a partir del mediados del mes de marzo de 2025. La Subdirección de Admisiones y Registro en el marco de los procesos de contratación, vela por que los proveedores de servicios requeridos por la dependencia, así como los contratistas vinculados no tengan ningún tipo de antecedente asociado al lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas. Por otra parte la Oficina de Contratación, realiza las validaciones y verificaciones correspondientes para la | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | C.Riesgo de LAFT_FPADM y Debidad Diligencia | Generar procedimientos de debida diligencia que aseguren un conocimiento profundo sobre los proveedores, contratistas y otros | PTEP 13 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se viene adelantando un análisis frente a los conflictos de intereses que puedan presentar los posibles proveedores de la UPN y la implementación de el "aplicativo por la integridad pública", pero aun no se realizan mesas de trabajo para socializar el tema. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | C.Riesgo de LAFT_FPADM y Debidad Diligencia | Responder de forma oportuna, efectiva y de fondo las PQRSFD de los ciudadanos y las partes interesadas dando cumplimiento al procedimiento PRO-GGU-003_Peticiones_quejas_reclamos_sugerencias_felicitaciones_y_denuncias | PTEP 14 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 81% | De las 23 solicitudes recibidas a través del portal PQRSFD, se respondió el 100% dentro de los plazos establecidos, con respuestas claras y oportunas. Este resultado contribuye al cumplimiento de los objetivos estratégicos de optimizar la atención al usuario y fortalecer la satisfacción y confianza en los servicios ofrecidos. El Grupo de Contratación da respuesta oportuna a los PQRSFD radicados. (Evidencia) 5 PQR 1.PQRSFD 202505700003682 - INVERSORA COMERCIALIZADORA E INGENIERIA COLOMBIA S.A.S 2.PQRSFD 202502100014772 - CONSTRUCCIONES Y VALORES CONSTRUVALORES | 100,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Administración de Riesgos | C.Riesgo de LAFT_FPADM y Debidad Diligencia | Establecer acciones correctivas que puedan ser aplicadas en caso de detectar irregularidades garantizando así que se actúe con prontitud para minimizar cualquier impacto negativo | PTEP 15 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Está en desarrollo la propuesta de capacitación y se generará en tiempos de bajas solicitudes para no afectar el servicio. La Subdirección de Admisiones y Registro- SAD, publicó en el minisitio web, la ruta para que los estudiantes o egresados realicen los siguientes procesos: actualización en el sistema académico de datos (tipo y número de documento), cambio de datos (nombres, apellidos, género) y así mismo estableció el tiempo en el cual se da respuesta al requerimiento. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Redes y Articulación | B.Redes Externas | La UPN se vinculará a redes interinstitucionales como el Sistema Nacional de Rendición de Cuentas, el Sistema Nacional de Integridad y la Red Anticorrupción de jefes de Control Interno | PTEP 18 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No se adelantaron actividades relacionadas | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso a la Información Pública y Transparencia | Elaborar y publicar en el sitio web de Transparencia UPN el Informe de monitoreo al cumplimiento de la publicación y actualización de la información institucional mediante la matriz de Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA | PTEP 19 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se generó revisión de la página de ITA, se solicitó al Grupo de Comunicaciones la actualización de enlaces el 27, 29 y 30 de enero de 2025 y el 04 de febrero de 2025, dicha información hace parte del monitoreo que será consignado en el informe | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso a la Información Pública y Transparencia | Definir los conjuntos de datos a publicar en la página de datos abiertos, asignar responsables y generar un seguimiento en la actualización de la misma | PTEP 20 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso a la Información Pública y Transparencia | Actualizar y publicar la matriz de activos de información en el portal GOV.CO y en el sitio web de transparencia UPN | PTEP 21 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |

| | | |
|---|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
|----------------------------|---|--|---|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso_a_la_Información_Pública_y_Transparencia | Diseñar_e_implementar_una_estrategia_de_divulgación_para_dar_a_conocer_los_esquemas_de_publicación_de_la_información_a_los_grupos_de_valor | PTEP 24 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 33% | Se presenta avance en el componente gráfico de la estrategia de divulgación, con la actualización de la marca del Año Fals Borda y los Lineamientos visuales para redes sociales.[] | 33,33% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso_a_la_Información_Pública_y_Transparencia | Publicar_en_la_plataforma_nacional_de_datos_abiertos_GOV.CO_información_estadística_producida_por_la_institución | PTEP 25 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso_a_la_Información_Pública_y_Transparencia | Identificar_y_priorizar_los_trámites_y_servicios_administrativos_a_racionalizar_desde_la_valoración_de_los_procedimientos. | PTEP 26 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Acción para ejecutar en el segundo semestre de la vigencia | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso_a_la_Información_Pública_y_Transparencia | Implementar_los_lineamientos_de_accesibilidad_a_espacios_físicos_para_personas_con_discapacidad | PTEP 30 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | A corte de primer trimestre se está realizando identificación de prioridades en cada instalación, aún no se han consolidado los listado de las necesidades totales en cada instalación, sin embargo se está adelantando la adecuación de accesibilidad de Valmaría en cuanto al ingreso y el baño para personal con movilidad reducida y se iniciará la estructuración de un proyecto para mejorar la accesibilidad de áreas | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso_a_la_Información_Pública_y_Transparencia | Mantener_actualizados_los_trámites_y_servicios_de_la_universidad_en_la_plataforma_SUIT | PTEP 31 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso_a_la_Información_Pública_y_Transparencia | Mantener_actualizado_el_sitio_web_de_transparencia_UPN_en_el_marco_de_la_Resolución_1519_de_2020_del_MINTIC | PTEP 32 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | con corte al primer trimestre de la vigencia, la UPN tiene actualizado su minisitio de acuerdo a lo dispuesto en la resolución minitio 1519 de 2020 | 100,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | A.Acceso_a_la_Información_Pública_y_Transparencia | Definir_lineamientos_para_la_publicación_de_información_en_los_sitios_web_que_cumplan_con_la_normatividad_nacional_en_materia_de_accesibilidad_textos_alternativos_y_gestión_de_contenidos_y_organización_de_la_información. | PTEP 33 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación_Ciudadana_y_Rendición_de_Cuentas | Construir_la_estrategia_de_rendición_de_cuentas_institucional_de_conformidad_con_lineamientos_propuestos_por_el_DAFP | PTEP 34 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Fue publicada la estrategia de rendición de cuentas de la Universidad Pedagógica Nacional 2025 el 31 de enero de 2025 en la página de ITA UPN y menú participa | 100,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación_Ciudadana_y_Rendición_de_Cuentas | Publicar_el_calendario_de_espacios_de_diálogo_en_el_marco_de_la_Rendición_de_cuentas | PTEP 36 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 33,33% | Fue elaborada y publicada la estrategia de participación ciudadana de la vigencia 2025 el 31 de enero de 2025 en la página de ITA UPN y menú participa, además se generó la propuesta de formato para el seguimiento de los eventos planteados | 33,33% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación_Ciudadana_y_Rendición_de_Cuentas | Llevar_a_cabo_la_auditoría_especial_al_Plan_de_participación_ciudadana_y_rendición_de_cuentas_de_la_vigencia_y_presentación_del_informe_de_resultados | PTEP 39 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Esta actividad se encuentra programada para el segundo semestre del año. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación_Ciudadana_y_Rendición_de_Cuentas | Llevar_a_cabo_la_audiencia_pública_de_rendición_de_cuentas_institucional_y_publicar_en_el_sitio_web_de_Transparencia_los_documentos_asociados_que_por_ley_deben_ser_socializados | PTEP 40 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se espera realizar la audiencia entre mayo y junio de 2025 | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación_Ciudadana_y_Rendición_de_Cuentas | Elaborar_y_publicar_en_sitio_web_de_transparencia_y_acceso_a_la_información_pública_UPN_la_Política_de_PrevenCIÓN_del_Daño_Antijurídico | PTEP 41 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Durante el período en la página web del sitio se encuentra publicada la Política de Prevención del Daño Antijurídico | 100,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación_Ciudadana_y_Rendición_de_Cuentas | Construir_y_Publicar_los_documentos_institucionales_orientados_a_informar_sobre_la_gestión_institucional | PTEP 42 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Con el fin de realiza la actualización al Informe de Seguimiento al PMI se hizo la solicitud de información a las unidades. Se espera contar con toda la información consolidada el 30 de mayo para iniciar con el proceso de escritura. En el marco del seguimiento semestral a los proyectos, se publica en el mini sitio de la | 0,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|---|-----------------------|---|----------|---|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas | Divulgar la Información Presupuestal y Financiera en la página Web Institucional de la UPN de conformidad con lo requerido normativamente | PTEP 43 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 25% | Con corte al primer trimestre de la vigencia, la subdirección financiera ha publicado en su minisito web, la ejecución presupuestal de ingresos y gastos por los meses de enero, febrero y marzo. | 25,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas | Elaborar, socializar y publicar en el sitio web de transparencia UPN los informes de PQRSFD | PTEP 44 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 25% | La Secretaría General socializó y publicó el 24 de enero de 2025 el informe del cuarto trimestre de 2024. El informe correspondiente al primer trimestre de 2025 se encuentra en elaboración debido a que el corte del trimestre es el 30 de marzo de 2025. | 25,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Cultura de la Legalidad y Estado Abierto | B.Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas | Presentar informes de evaluación del Sistema PQRSFD | PTEP 45 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | La OCI de los dos informes programados, ya presentó el primero dentro de los tiempos establecidos para tal, esto teniendo en cuenta la Ley 1474 de 2011 Art. 76 . | 50,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Integridad en el Servicio Público | Componente Integridad en el Servicio Público | Realizar la actualización del Código de integridad teniendo en cuenta los aspectos relacionados en el Programa de Transparencia y Ética Pública | PTEP 46 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | La Subdirección de Personal, tiene establecido dentro de su Plan de Trabajo 2025, llevar a cabo la creación del Código de Integridad de la Universidad, a partir del II semestre de 2025. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Integridad en el Servicio Público | Componente Integridad en el Servicio Público | Desarrollo de estrategias, metodologías y herramientas de promoción, capacitación y evaluación del Código de Integridad, dirigido a funcionarios, contratistas y grupos de valor | PTEP 47 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al primer trimestre, no se han realizado las socializaciones o talleres a los funcionarios públicos del grupo de contratación. En la actualidad y conforme a lo descrito en la Observación anterior del Plan de Acción y de Mejoramiento que forma parte de la Subdirección de Personal, no se cuenta con el Código de Integridad aprobado. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Integridad en el Servicio Público | Componente Integridad en el Servicio Público | Socializar los lineamientos para que servidores realicen la declaración proactiva de bienes y rentas dando cumplimiento a la normatividad vigente | PTEP 48 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El proceso inherente a la entrega del formato de Declaración de Bienes y Rentas de la presente vigencia, comienza a partir del II Trimestre de 2025, con la expedición del Certificado de Ingresos y Retenciones, insumo necesario para dicho proceso. Conforme a la normatividad vigente, la Universidad está dentro de los plazos establecidos por la Ley para tales fines. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Integridad en el Servicio Público | Componente Integridad en el Servicio Público | Realizar el seguimiento al registro de la declaración de bienes, rentas y conflictos de intereses de los servidores públicos en el aplicativo de integridad pública dispuesto por el DAFP | PTEP 49 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Esta actividad se encuentra programada para el segundo semestre del año. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Iniciativas Adicionales | Componente Iniciativas Adicionales | Crear el sistema institucional de integridad académica | PTEP 50 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No hay iniciado la acción programada con respecto a este indicador. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Iniciativas Adicionales | Componente Iniciativas Adicionales | Diseñar guías, protocolos y procedimientos que permitan las buenas prácticas en los procesos académicos, investigativos y de gestión y apropiación del conocimiento. | PTEP 51 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se desarrolló la propuesta de capacitación, está en proceso de aprobación y puesta en marcha. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Iniciativas Adicionales | Componente Iniciativas Adicionales | Crear un espacio electivo sobre integridad académica. | PTEP 53 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No hay iniciado la acción programada con respecto a este indicador. | 0,00% |
| Otros Elementos de Gestión | Programa de Transparencia y Ética Pública | Iniciativas Adicionales | Componente Iniciativas Adicionales | Diseñar un boletín semestral sobre buenas prácticas académicas e investigativas | PTEP 54 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Está en discusión la información que llevarán los documentos, con base en el proceso de caracterización diagnóstica que se está elaborado en la mesa de integridad. | 0,00% |
| Plan de Desarrollo Institucional | Eje_1.Cualificación del Proyecto Académico Pedagógico | Programa_1.2.Dignificación de la labor docente | Proyecto_1.2.1.Formación académica y desarrollo profesoral | Número de participantes del plan de formación y desarrollo profesoral en programas y actividades académicas | 1 | Sumatoria de docentes beneficiados del plan de formación y desarrollo profesoral en programas y actividades académicas | 350 | participantes del plan de formación y desarrollo profesoral | 199 | En el ciclo académico 2025-1, 15 profesores fueron beneficiados, de los cuales 11 fueron conciliados bajo la Resolución 261 de 2024, dado que las matrículas para dicho periodo iniciaron en diciembre, permitiendo la utilización de estos recursos. Cabe aclarar que los 4 profesores restantes serán conciliados con la resolución que se expida en el transcurso de este primer semestre. En cuanto al logro para el primer trimestre se cuenta con 2 profesores beneficiarios de las Becas Minciencias, 5 profesor beneficiarios de la Convocatoria "Poder Pedagógico Popular", 3 profesores beneficiarios de la Convocatoria "Profes a la U" y 185 | 56,86% |
| Plan de Desarrollo Institucional | Eje_2.Articulación misional para el posicionamiento de la UPN | Programa_2.1.Innovación en la oferta académica para fortalecer la articulación de la docencia, la investigación y la proyección social | Proyecto_2.1.1.Desarrollo de experiencias de formación, extensión e investigación basadas en el uso de tecnologías de la información en la implementación de nuevas didácticas y estrategias de enseñanza y aprendizaje | Oferta de educación continua en modalidad virtual, presencial o mixta | 4 | Sumatoria de grupos inscritos en diplomados, seminarios y otras ofertas de educación continua, en modalidad virtual, presencial o mixta, para el público en general, o a través de convenios o alianzas | 242 | Grupos inscritos | 26 | Para el Primer trimestre se ha realizado la apertura de los siguientes grupos en los diferentes * 24 Grupos inscritos del SAR 20124 CURSOS DE EXTENSIÓN ESCUELA DE DEPORTES ACUÁTICOS. * 1 Grupo del SAR 10125 DIPLOMADO TRANSVERSALIZACIÓN DE LA CÁTEDRA DE ESTUDIOS AFROCOLOMBIANOS EN EL CURRÍCULO ESCOLAR CON ÉNFASIS EN COMUNIDADES PALENQUERAS. * 1 Grupo DIPLOMADO PEDAGOGÍAS DE PAZ A NIVEL COMUNITARIO. | 10,74% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
|------------------------------------|---|---|--|---|-----------------------|---|----------|--|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_aplicación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Programas académicos que diversifican sus modalidades y metodologías | 5 | (Número de programas académicos que se ofertan en diferentes modalidades y metodologías / Total Programas académicos ofertados en UPN 2022) * 100 | 30 | % programas académicos que diversifican sus modalidades y metodologías | 0 | A la fecha se han enviado tanto al Consejo de Facultad como al GITAC, los documentos de ajuste curricular, principalmente para la Licenciatura en Recreación. Los programas de Deporte y Educación Física siguen en las discusiones frente a esta posibilidad | 0,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_aplicación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Municipios con presencia institucional para el desarrollo misional UPN | 6 | Número de municipios del país en donde la UPN tiene oferta institucional | 110 | Municipios con presencia Institucional UPN | 29 | Para la medición de este indicador se están revisando las actividades que la universidad hace fuera de Bogotá y que podrían considerarse como presencia institucional en región. Los 29 municipios reportados corresponden a 17 por medio de profesionalizaciones y 12 por medio de convenios con Normales. | 26,36% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.3.Fortalecimiento_de_las_relaciones_en_el_plano_nacional_e_internacional_para_impulsar_las_dimensiones_institucionales_y_estratégicas_de_la_UPN | Numero de convenios y alianzas estratégicas activas con Escuelas Normales Superiores del país para el desarrollo misional.. | 8 | Número de convenios y alianzas estratégicas activas con Escuelas Normales Superiores del país. | 21 | Convenios y alianzas estratégicas con Escuelas Normales Superiores del país. | 26 | Actualmente, los 26 convenio marco que se tienen actualmente corresponden a los firmados con las siguientes ENS: Escuela Normal Superior de Villavicencio, Escuela Normal de Pitalito, Escuela Normal Superior de Mompox, Escuela Normal Superior de Gigante, Escuela Normal Superior Cruz de Mayo, Escuela Normal Superior María Auxiliadora de Soacha, Escuela Normal Superior de Nocaima, Escuela Normal Superior de Monterrey, Escuela Normal Superior distrital María Montessori, Escuela Normal Superior de Cartagena de Indias, Escuela Normal Superior Inmaculada de Guapi, Escuela Normal Superior, Escuela Normal | 100,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.4.Posicionamiento_nacional_e_internacional_de_la_investigación_la_extensión_y_la_proyección_social | Incremento en la oferta de proyectos de impacto social | 9 | Sumatoria de proyectos SARES con énfasis educativo e impacto en los sectores educativo, deportivo, cultural, artístico y/o social | 19 | proyectos de impacto social | 0 | Se avanzó en el diseño y contenido del 50% del primer módulo pedagógico para el programa de Educación para Personas Jóvenes y Adultas. | 0,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.2.Actualización_organica_y_normativa_para_modernizar_la_gestión | Acuerdo de actualización de la estructura orgánica UPN adoptado y socializado | 10 | (Sumatoria de actividades realizadas para actualizar el acuerdo de estructura orgánica UPN / Sumatoria de actividades previstas para actualizar el acuerdo de estructura orgánica UPN) *100 | 60 | % avance actualización y adopción Acuerdo Estructura orgánica | 0 | Se han realizado jornadas de trabajo en los cuales se han venido dando forma a la propuesta de actualización normativa. | 0,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.2.Mejoramiento_de_la_infraestructura_y_dotación_de_la_UPN | Proyecto_3.2.1.Diseño_e_inicio_de_la_implementación_del_Plan_Maestro_de_Infraestructura_Física_de_la_UPN | Metros cuadrados de área construida por estudiante | 12 | (Sumatoria de metros cuadrados adecuados destinados al servicio de programas académicos / sumatoria de metros cuadrados existentes al servicio de programas académicos) *100 | 25 | metros cuadrados adecuados destinados al servicio de programas académicos | 0 | A corte de I trimestre se realiza la adecuación de 550 M2 de salones y áreas internas en las instalaciones de Centro de Lenguas | 0,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fo_rmativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bien_e_star_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_implementación_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Universitario_Estudiantil | Tasa de deserción institucional anual UPN | 13 | (Sumatoria de estudiantes que desertan de los programas UPN en el periodo X / Sumatoria de estudiantes matriculados en el periodo X-2) * 100 | 6 | % de estudiantes que desertan de la UPN | 6,5 | No aplica | 100,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fo_rmativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bien_e_star_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_implementación_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Universitario_Estudiantil | Propuesta de ajuste del Reglamento Estudiantil diseñada y socializada. | 14 | Sumatoria de etapas ejecutadas de ajuste del Reglamento Estudiantil / Sumatoria de etapas programadas de ajuste del Reglamento Estudiantil | 100 | % de avance propuesta del manual de convivencia Estudiantil diseñada y socializada | 0 | para este es importante resaltar que desde la SBU, NO se conocía el indicador "Sumatoria de etapas ejecutadas de ajuste del Reglamento Estudiantil cero / Sumatoria de etapas programadas de ajuste del Reglamento", para lo cual hace importante conocer las etapas planeadas. | 0,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|--|--------|---|----------|--|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.1.Formación_en_investigación_en_el_campo_de_la_educación_la_pedagogía_y_la_didáctica_así_como_en_otros_campos_disciplinarios | Número de actividades que aportan a la formación en investigación, lideradas por los programas académicos, desde sus horizontes teóricos en el campo de la educación, la pedagogía y la didáctica. | 15 | Sumatoria de actividades que aportan a la formación en investigación, lideradas por los programas académicos, desde sus horizontes teóricos en el campo de la educación, la pedagogía y la didáctica. | 75 | actividades que aportan a la formación en investigación | 6 | Frente a este indicador se han realizado diversas acciones que fortalecen la formación en investigación tales como: sesiones con los Comités de Gestión de la Investigación de las Facultades y la estrategia del Comité de ética en la formación relacionada con la ética en la investigación para el 2025. Otra de las estrategias son la realización de cursos cortos dirigidos a la comunidad académica, en el periodo reportado se ha realizado un curso: Estrategias de Búsqueda. De la misma forma, en aras de fortalecer la formación en investigación se viene realizando estrategia de apropiación social del conocimiento y de comunicación de la ciencia que permita la visibilidad de la investigación de la UPN, en la cual se han realizado (2) mesas de trabajo de consultoría para diseño y planeación del modelo de comunicación de la ciencia de la SGP-CIUP. Se está trabajando en bases de datos relacionadas con las prácticas para identificar cuáles de ellas aportan a la investigación y así entrar a contribuir a la medición de este Se están analizando cuáles son los ajustes y mejoras que fortalecen la flexibilidad curricular y con la cual se contarían los programas para calcular el porcentaje de esta actividad. | 8,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.2.Flexibilización_curricular_en_el_Sistema_de_Formación_Avanzada_SIFA | Porcentaje de programas académicos que evidencian ajustes, mejoras e iniciativas académicas y administrativas orientadas al fortalecimiento de la flexibilidad curricular en el SIFA. | 16 | (Número de programas académicos de posgrado con mejoras orientadas al fortalecimiento de la flexibilidad curricular / Total de programas de posgrado de la UPN) * 100 | 40 | % de programas académicos que evidencian mejoras | 0 | Desde la Facultad de Ciencia y Tecnología se encuentra en proceso los acuerdos previos a la definición de ajustes, mejoras o iniciativas académicas para favorecer la flexibilidad académica de la MTIAE. Además, se está llevando a cabo la propuesta de cambio en la modalidad de la maestría en docencia de la Química de presencial a presencial-virtual lo que propende por la flexibilización del plan de estudios en la ampliación de espacios electivos, complementarios y la movilidad académica. Asimismo, se han abierto espacios de articulación con el pregrado del departamento, en el La cátedra 2025 contempla la temática modos de vida con el agua y se han desarrollado las sesiones 1) (bio)diversidades al límite. 21 de febrero. Lugar: Sede Castillo Marroquín con 120 participantes, resaltar que participan estudiantes del programa jóvenes a la U y virtualmente estudiantes de la UTFPR/Brasil 2) ocio y ambiente: caminos a la sustentabilidad. 28 de marzo. Lugar: Sede Valmaría con 83 participantes. Ambas sesiones han contado con participación de los profesores del IPN y con alianzas como Casa Sito y el Instituto Humboldt | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.3.Impulso_a_la_política_ambiental_por_medio_de_la_formación_transversal_en_sustentabilidad_a_partir_de_las_distintas_áreas_del_conocimiento_con_proyectos_académicos_ambientalmente_responsables | Número de participantes vinculados a actividades académicas que evidencian la implementación del Plan de formación ambiental en la Universidad. | 17 | Sumatoria de participantes vinculados a actividades académicas que evidencian la implementación del Plan de formación ambiental en la Universidad. | 200 | participantes del Plan de formación ambiental | 203 | La Facultad de Educación Física ha avanzado en un informe desde los programas de Wayra y Calidad de Vida con las acciones que se vienen implementando para apoyar y mejorar la gestión ambiental. | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.4.Formación_en_otros_lenguas | Número de estudiantes de pregrado y posgrado de la UPN que participan en los cursos y actividades del Plan de Formación en Lenguas Extranjeras | 18 | Sumatoria de estudiantes de pregrado y posgrado de la UPN que participan en los cursos y actividades del Plan de Formación en Lenguas Extranjeras | 450 | Estudiantes que participan en plan de formación en lenguas extranjeras por periodo académico | 0 | Se avanzó en la gestión precontractual para el desarrollo del proyecto, llevando a cabo la solicitud, revisión y elaboración de todos los documentos requeridos en la hoja de ruta para la celebración de dos contratos de prestación de servicios con personas naturales. Asimismo, se realizó la solicitud del respectivo CDP y la radicación en el grupo de contratación de los tutores que desarrollarán el seminario virtual en inglés y francés durante el primer semestre de la vigencia 2025. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.4.Formación_en_otros_lenguas | Número de profesores que participan en seminarios y cursos de formación en lenguas extranjeras. | 19 | Sumatoria de profesores que participan en seminarios y cursos de formación en lenguas extranjeras. | 40 | Docentes que participan en Seminarios y Cursos de formación en lenguas extranjeras. | 13 | A la fecha, se ha llevado a cabo una convocatoria completa, realizada del 15 al 21 de enero, la cual fue publicada a través de la página de la Vicerrectoría Académica y notas comunicantes. En estas publicaciones se especificaron las fechas de inscripción para el primer semestre y primer ciclo de 2025, permitiendo a los profesores acceder a los cursos ofrecidos por el Centro de Lenguas. Como resultado de esta convocatoria, se matricularon un total de 7 profesores en modalidad semestral y 6 profesores en modalidad intensiva. | 32,50% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.4.Formación_en_otros_lenguas | Beneficiarios de la oferta virtual del Centro de Lenguas UPN | 20 | Sumatoria de beneficiarios de la oferta virtual del Centro de Lenguas UPN | 180 | Beneficiarios de la oferta virtual del Centro de Lenguas | 31 | Durante el proceso de matrícula del primer semestre y primer ciclo, se logró la inscripción de 31 estudiantes en el programa de inglés virtual You Speak Now, dirigido al público en general. | 17,22% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.2.Dignificación_de_la_labor_docente | Proyecto_1.2.1.Formación_académica_y_desarrollo_profesoral | Número de profesores de la UPN inscritos en cursos de extensión. | 22 | Sumatoria de profesores de la UPN inscritos en cursos de extensión | 44 | Docentes inscritos en cursos de extensión | 13 | Para el primer trimestre Participaron 13 profesores en Cursos en el Centro de Lenguas. | 29,55% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.2.Dignificación_de_la_labor_docente | Proyecto_1.2.2.Mejoramiento_de_las_condiciones_laborales_y_bienestar_de_los_profesores_de_la_Universidad_Pedagógica_Nacional | Porcentaje de docentes que participan o se benefician de los programas del Plan Integral de Bienestar Universitario | 23 | (Número de Docentes que participan o se benefician de los programas del Plan Integral de Bienestar Universitario / Total Docentes de la UPN) * 100 | 30 | % de docentes beneficiados del plan integral de bienestar | 33,92 | Para el primer trimestre del 2025 participaron o se beneficiaron de los programas del Plan Integral de Bienestar Universitario, un Porcentaje 35% docentes. Teniendo en cuenta que la sumatoria de docentes beneficiados fue de 385 sobre total de docentes de 1135 discriminados así: Acompañamiento GOAE 48 docentes Convivencia 132 Genero y cuidado 129 Cultura 5 Socioeconómica 2 Salud 69 | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.2.Dignificación_de_la_labor_docente | Proyecto_1.2.2.Mejoramiento_de_las_condiciones_laborales_y_bienestar_de_los_profesores_de_la_Universidad_Pedagógica_Nacional | Propuesta de reforma al estatuto del profesor universitario diseñada y socializada en los diferentes consejos | 24 | Porcentaje de avance del documento de propuesta de reforma, diseñado con la participación de diferentes actores | 0 | % de avance propuesta de reforma estatuto docente | 0 | Se modificó la resolución de la Comisión y se trabajó en la documentación que aportó el profesor Alexander Pareja Giraldo de lo trabajado y presentado en el proyecto Rectoral PROYECTO PDI REFORMA NORMATIVA UPN: PROYECTO DE NUEVO ESTATUTO DOCENTE SEMESTRE 2022-2. Se solicitó normatividad relacionada con el Acuerdo 038 de 2002, a Secretaría General y Gestor Documental, con el fin de trabajar en diferentes ejes de análisis establecidos por la comisión. | 0,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
|----------------------------------|---|---|--|---|-----------------------|---|----------|---|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.2.Dignificación_de_la_labor_docente | Proyecto_1.2.2.Mejoramiento_de_las_condiciones_laborales_y_bienestar_de_los_profesores_de_la_Universidad_Pedagógica_Nacional | Reforma al Acuerdo 004 de 2003 adoptada y socializada | 25 | Porcentaje de avance del documento de reforma, diseñado con la participación de diferentes actores y aprobado en los órganos colegiados | 100 | % de avance de la reforma normativa | 0 | Es este primer trimestre se estableció un nuevo equipo de trabajo para la actualización del Acuerdo 004 del 2003, conformado por profesoras y profesores de las cinco facultades, así como miembros de ASPU, con invitaciones ocasionales a otras dependencias cuyos aportes son valiosos en la construcción de la propuesta de reforma. Se estableció un plan de trabajo, así como acuerdos internos sobre los que se seguirán realizando diálogos que permitan reconocer las múltiples actividades por medio de las cuales el cuerpo profesoral contribuye a la universidad y a la sociedad. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.2.Dignificación_de_la_labor_docente | Proyecto_1.2.3.Implementación_gradual_del_Sistema_de_Evaluación_de_Profesores | Porcentaje de avance del diseño del Sistema de evaluación de profesores. | 26 | Porcentaje de avance en el diseño del Sistema de Evaluación de Profesores | 70 | % de avance en el diseño del Sistema de evaluación de profesores | 50 | Se constituyó el equipo que trabajará en el diseño del Sistema de Evaluación de Profesores, el cual se trazó un plan de trabajo y acordó sesiones cada 15 días de las cuales se irá compilando avances. Actualmente, se está realizando la revisión de la documentación tanto interna como externa para ser tenida en cuenta como insumo dentro del proceso. Una de las actividades proyectadas es la realización de un panel, el | 71,43% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.3.Escenarios_y_espacios_de_innovación_y_práctica_educativa_y_pedagógica | Proyecto_1.3.1.Fortalecimiento_de_los_observatorios_museos_y_espacios_especializados_de_la_UPN_como_escenarios_de_formación_innovación_e_investigación | Escenario de construcción de materiales educativos constituido | 28 | Sumatoria de proyectos de construcción de materiales educativos | 6 | Proyectos de construcción de materiales educativos | 1 | Si bien se mencionan seis proyectos de construcción de materiales educativos, en realidad, los proyectos correspondientes son tres. Estos consisten en diseñar una experiencia Transmedia para cada uno de los siguientes temas: bell hooks, Fals Borda y Educación para la Paz, los cuales serán construidos con material audiovisual, sonoro y gráfico. Durante el primer trimestre del año, se ha trabajado en el diseño de la | 16,67% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.3.Escenarios_y_espacios_de_innovación_y_práctica_educativa_y_pedagógica | Proyecto_1.3.2.Articulación_y_fortalecimiento_del_IPN_y_otros_espacios_de_práctica_de_la_UPN_como_escenarios_de_investigación_e_innovación_pedagógica_y_didáctica | Beneficiarios (practicantes y pasantes) de escenarios de investigación e innovación pedagógica y didáctica | 30 | Sumatoria de practicantes y pasantes en escenarios de investigación e innovación pedagógica y didáctica | 170 | Practicantes y pasantes en escenarios de investigación e innovación pedagógica y didáctica | 29 | A pesar de contar con numerosos estudiantes cursando procesos de práctica, a la fecha no se cuenta con información que permita caracterizar el tipo de experiencia que está siendo gestado. Solo se tiene certeza de 29 estudiantes, que se encuentran participando en él. | 17,06% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.3.Escenarios_y_espacios_de_innovación_y_práctica_educativa_y_pedagógica | Proyecto_1.3.2.Articulación_y_fortalecimiento_del_IPN_y_otros_espacios_de_práctica_de_la_UPN_como_escenarios_de_investigación_e_innovación_pedagógica_y_didáctica | Número de estudiantes vinculados semestralmente a los diferentes escenarios de práctica pedagógica | 31 | Sumatoria de estudiantes UPN vinculados como practicantes | 3900 | estudiantes vinculados como practicantes a los diferentes escenarios de práctica pedagógica | 3875 | LECO-Se gestionó la articulación con la Junta de Acción Comunal de la Vereda Saucio, Cundinamarca para que estudiantes de la LECO DDHH y de la Licenciatura en Educación Infantil realicen sus prácticas pedagógicas investigativas. Así mismo se está | 99,36% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.1.Desarrollo_de_experiencias_de_formación_extensión_e_investigación_basadas_en_el_uso_de_tecnologías_de_la_información_en_la_implementación_de_nuevas_didácticas_y_estrategias_de_enseñanza_y_aprendizaje | Porcentaje de programas académicos que desarrollan actividades académicas mediadas por las TIC | 32 | (Número de programas académicos que desarrollan actividades académicas mediadas por las TIC / Total de programas académicos virtuales o a distancia proyectados en UPN) * 100 | 25 | % de programas académicos con oferta en plataforma virtual | 20,5 | Hasta la fecha se han realizado proceso de virtualización en el 20,5% de los 34 programas entre pregrado y posgrado de la Universidad ((Profesionalización en recreación, Licenciatura en Educación Básica Primaria (Modalidad distancia tradicional), Especialización en Pedagogía (Modalidad Distancia), Maestría en Docencia de la Química (Modalidad Bi-learning), Maestría en Estudios Contemporáneos en Enseñanza de la Biología (Modalidad distancia), Maestría en Tecnologías de la Información Aplicadas a la Educación Licenciatura en Tecnología). Sin embargo, también hay requerimientos de al menos 4 programas, otros seis están en fase de análisis, debido a que son programas que se van a crear y están fase de asesoramiento. | 82,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.1.Desarrollo_de_experiencias_de_formación_extensión_e_investigación_basadas_en_el_uso_de_tecnologías_de_la_información_en_la_implementación_de_nuevas_didácticas_y_estrategias_de_enseñanza_y_aprendizaje | Docentes capacitados en el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación para el diseño e implementación de nuevas didácticas y estrategias de enseñanza y aprendizaje | 33 | Sumatoria de docentes capacitados en el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación | 250 | Docentes capacitados | 0 | Sin reporte | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_aplicación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Nivel de ejecución de los planes de mejoramiento de los programas académicos UPN | 34 | Porcentaje promedio de ejecución de todas las actividades previstas en los planes de mejoramiento de los programas académicos / 100% | 90 | % de ejecución en planes de mejoramiento de programas académicos | 0 | 1. El comité curricular de la LEM se encuentra discutiendo los avances obtenidos en años anteriores frente al proceso y que se acercan al 80% (contando con una propuesta de nueva malla curricular, plan de transición, PEP actualizado a 2023 y borrador del documento maestro) para garantizar su relevancia y ajustes a 2025. Se tienen reuniones de seguimiento mensual con Helena Quiñones del GITAC para acompañamiento al cronograma y al proceso, y se espera hacer entrega de la documentación completa al GITAC en septiembre del 2025 para su revisión, aprobación y posterior curso ante consejos de departamento, facultad y académico. 2. La Licenciatura en Artes Escénicas: en el periodo 2025-1 se dio apertura a la implementación de la Reforma de la malla curricular en su versión 3. Las acciones | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_aplicación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Flexibilización curricular de programas académicos en diferentes regiones | 35 | (Programas académicos que se ofertan en diferentes regiones / Total Programas académicos UPN) * 100 | 10 | % de programas académicos ofertados en diferentes regiones. | 18 | A la fecha, desde la estrategia de regionalización, se cuenta con la oferta de siete (7) programas académicos en región, mediante profesionalizaciones y la oferta de un (1) programa regular a distancia. Las profesionalizaciones se encuentran con lugar de desarrollo en el departamento de Cundinamarca, en las provincias de Tequendama (La Mesa) y Almeidas, ofertándose los siguientes programas: Licenciatura en Educación Física, Licenciatura en Deporte, Licenciatura en Recreación, Licenciatura en Artes Visuales, Licenciatura en Artes Escénicas, Licenciatura en Música, Licenciatura en | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_aplicación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Reglamentación académica en doble programa, doble título y núcleo común en la UPN | 36 | Sumatoria de documentos que establecen procesos académicos para el doble programa, el doble título y la implementación del núcleo común | 1 | Documentos que favorecen la flexibilidad curricular. | 0 | Núcleo Común: Se elaboró un documento tanto en una versión extensa, como en una resumida, donde se presenta por lado, un balance de los antecedentes y el trabajo que históricamente se ha realizado en la Universidad en torno al Núcleo Común. Por otro lado, se muestra una revisión de los Núcleos comunes en algunas universidades públicas y privadas del país y, finalmente, algunas propuestas y proyecciones sobre este tópico. En general, también este documento argumenta y resalta la importancia de la consolidación de un Núcleo Común en la UPN. Doble Programa: Se llevó a cabo la elaboración del cronograma de actividades para 2025-1 en articulación con los equipos académicos y la Subdirección de Admisiones, se | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
|----------------------------------|---|---|--|---|-----------------------|---|----------|--|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_ampliación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Estudiantes beneficiados con oferta académica con doble titulación o doble programa | 37 | Sumatoria de estudiantes beneficiados con oferta académica con doble titulación o doble programa | 60 | Estudiantes beneficiados con oferta académica con doble titulación o doble programa | 0 | DSI-Se está trabajando en la proyección del plan de homologación así mismo en los trámites de estudio de las solicitudes que llegan a los programas del departamento en correspondencia con las fechas de calendario planteadas para estas solicitudes. LEE: 1) Se revisan rutas de homologación en el Equipo Académico Interdisciplinario. 2) Se ajusta formato de acta de compromiso incluyendo la ruta para cada estudiante. 3) Se | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_ampliación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Número de convenios suscritos para ampliación de cobertura de cohortes que reconozcan trayectorias formativas mediante la profesionalización de saberes en el territorio nacional | 38 | Número de convenios y alianzas estratégicas para ampliar cobertura mediante la profesionalización desde saberes en el territorio nacional | 3 | Convenios suscritos para ampliación de cohortes | 0 | Durante este primer trimestre se exploraron opciones para establecer este tipo de convenios en región. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.2.Transformación_de_las_modalidades_y_metodologías_para_la_ampliación_de_la_oferta_académica_a_diferentes_regiones_dentro_y_fuera_del_pais | Programas académicos que inician la construcción e implementación de una ruta para la internacionalización del currículo | 39 | (Número de programas académicos que inician la construcción e implementación de una ruta para la internacionalización del currículo / Total programas académicos UPN) * 100 | 3 | % de Programas que inician internacionalización de currículo | 0 | Se encuentra en ajuste la ficha inicial para la creación del programa la cual será enviada al GITAC en el transcurso del semestre académico. A la fecha se han realizado socializaciones de la iniciativa ante el Consejo de Facultad. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.3.Fortalecimiento_de_las_relaciones_en_el_plano_nacional_e_internacional_para_impulsar_las_dimensiones_institucionales_y_estratégicas_de_la_UPN | Incremento anual de estudiantes UPN que realizan movilidad académica nacional e internacional | 42 | (Sumatoria de estudiantes que realizan movilidad académica nacional e internacional en la vigencia actual / Sumatoria de estudiantes que realizaron movilidad académica nacional e internacional en la vigencia anterior)*100 | 7 | % de estudiantes que realizan movilidad académica nacional e internacional | 7,0 | 5 estudiantes de Brasil (Universidad Estadual de Santa Cruz y UNIVATES) y 1 estudiante de Argentina, cuentan con beca completa. 2 asistentes de idiomas de ICETEX, reciben subsidio de permanencia (provenientes de Francia y Reino Unido). | |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.3.Fortalecimiento_de_las_relaciones_en_el_plano_nacional_e_internacional_para_impulsar_las_dimensiones_institucionales_y_estratégicas_de_la_UPN | Incremento anual de docentes que realizan movilidad académica nacional e internacional | 43 | (Sumatoria de docentes que realizan movilidad académica nacional e internacional en la vigencia actual / Sumatoria de docentes que realizaron movilidad académica nacional e internacional en la vigencia anterior)*100 | 7 | % de docentes que realizan movilidad académica nacional e internacional | 6,14 | 4 docentes de planta y 2 profesores ocasionales han participado en movilidad internacional financiados directamente con recursos del presente proyecto de inversión. | 87,72% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.3.Fortalecimiento_de_las_relaciones_en_el_plano_nacional_e_internacional_para_impulsar_las_dimensiones_institucionales_y_estratégicas_de_la_UPN | Incremento anual de docentes visitantes que realizan movilidad académica nacional o internacional en la UPN | 44 | (Número de docentes visitantes que realizan movilidad académica nacional o internacional en la UPN en la vigencia actual / Número de docentes visitantes que realizan movilidad académica nacional o internacional en la UPN de la vigencia anterior) * 100 | 6 | % de docentes visitantes que realizan movilidad académica nacional e internacional en la UPN | 9,09 | Se adelantaron los trámites correspondientes a la estadia y/o pasajes aéreos de 5 profesores visitantes internacionales en actividades y eventos de la UPN, que son apoyados con recursos del proyecto. | 100,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
|------------------------------------|---|---|--|---|-----------------------|---|----------|---|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.3.Fortalecimiento_de_las_relaciones_en_el_plano_nacional_e_internacional_para_impulsar_las_dimensiones_institucionales_y_estrategicas_de_la_UPN | Incremento anual de estudiantes externos que adelantan movilidad académica en la UPN | 45 | (Número de estudiantes externos e internacionales que adelantan movilidad académica en la UPN en la vigencia actual / Número de estudiantes externos e internacionales que realizaron movilidad académica en la UPN en la vigencia anterior) * 100 | 6 | % de estudiantes externos que realizan movilidad académica nacional e internacional | 5,05 | Durante el periodo se recibieron 5 estudiantes internacionales provenientes de las siguientes universidades, Univates (Brasil), Universidade Estadual de Santa Cruz (Brasil), Universidad do Estado da Bahia (Brasil), Universidad Federal de Minas Gerais (Brasil), y Universidade Estadual Mato Grosso do sul (Brasil).[] | |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.3.Fortalecimiento_de_las_relaciones_en_el_plano_nacional_e_internacional_para_impulsar_las_dimensiones_institucionales_y_estrategicas_de_la_UPN | Incremento anual de participantes de eventos y encuentros académicos que fortalecen la investigación con otras comunidades académicas nacionales e internacionales (estudiantes, docentes y funcionarios) | 47 | (Sumatoria de participantes de eventos y encuentros académicos que fortalecen la investigación con otras comunidades académicas nacionales e internacionales año actual / Sumatoria de participantes de eventos y encuentros académicos que fortalecen la investigación con otras comunidades académicas nacionales e internacionales año anterior) * 100 | 10 | % de incremento en participantes de eventos anuales | 1 | Se contó con la participación de la estudiante de la Licenciatura en Química YEIMY STEFANIA BERNAL, que participó en el evento ACSSPRING 2025, realizado en San Diego - California (Estados Unidos), entre el 23 al 27 de marzo de 2025. | 10,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.4.Posicionamiento_nacional_e_internacional_de_la_investigación_la_extensión_y_la_proyección_social | Proyectos con alianzas externas que se concretan para realizar investigación e incidencia académica, política y social | 49 | Número de proyectos con alianzas externas que se concretan para realizar investigación e incidencia académica, política y social | 5 | Proyectos cofinanciados o interinstitucionales concretados | 1 | Frente al número de los proyectos cofinanciados o interinstitucionales en la ventana de observación se han concretado un (1) proyecto de investigación en este periodo sumado a los 15 que se han venido acompañando denominado Fase III. Fundamentación de una psicología fenomenológica de la individuación. El problema del método, realizado de manera conjunta con la UDEA. | 20,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.4.Posicionamiento_nacional_e_internacional_de_la_investigación_la_extensión_y_la_proyección_social | Número de escenarios de incidencia internos y externos de la UPN a través de los proyectos que dinamizan la investigación en las unidades académicas | 50 | Sumatoria de escenarios de incidencia internos y externos de la UPN a través de los proyectos que dinamizan la investigación en las unidades académicas | 55 | escenarios internos y externos de incidencia | 66 | Primer trimestre: Los escenarios de los proyectos externos identificados en la ventana de observación son los siguientes: •Te: 1 proyecto •Educación: 8 proyectos •Educación física: 1 proyecto •Derechos fundamentales: 1 proyecto •Derechos de los niños: 1 proyecto •Educación STEAM: 3 proyectos •Política institucional: 1 proyecto | 100,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.4.Posicionamiento_nacional_e_internacional_de_la_investigación_la_extensión_y_la_proyección_social | Estudiantes vinculados como semilleros de investigación y como monitores en proyectos de investigación que fortalecen la formación en investigación | 52 | Sumatoria de estudiantes vinculados a semilleros y como monitores de investigación | 347 | Estudiantes vinculados como monitores y semilleros en proyectos de investigación | 854 | En el marco de las actividades relacionadas con los estudiantes vinculados a semilleros se encuentran vinculados 688 estudiantes. En cuanto a estudiantes que realizan monitorías de investigación, en el 2025-1 se han vinculado 166 estudiantes a diversos proyectos de investigación, revistas de investigación y académicas, museos, observatorios y otros espacios de investigación. | 100,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.4.Posicionamiento_nacional_e_internacional_de_la_investigación_la_extensión_y_la_proyección_social | Nivel de avance en la creación de una instancia para la educación continuada | 53 | (Sumatoria de actividades alcanzadas para la creación de la instancia de educación continuada / Sumatoria de actividades previstas para la creación de la instancia de educación continuada) * 100 | 75 | % de implementación del avance de la instancia de educación continuada | 0 | En el marco del proceso de actualización normativa que ha venido adelantando la Vicerrectoría de Gestión Universitaria y su liderazgo en el diseño de la instancia para la educación continuada y los avances que se han obtenido hasta el momento (socializados por la VGU en la reunión del 20 de febrero), se sugiere el traslado de esta acción a la Vicerrectoría en Gestión Universitaria. | 0,00% |
| Plan_de_Developmento_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.4.Posicionamiento_nacional_e_internacional_de_la_investigación_la_extensión_y_la_proyección_social | Número de programas de Extensión solidaria y/o financiada implementadas. | 54 | Sumatorias de Proyectos de extensión solidaria y/o financiada implementadas. | 13 | Proyectos de extensión solidaria y/o financiada | 4 | Para el primer trimestre se han implementado cuatro propuestas las cuales son las siguientes: 1. SAR 10125 DIPLOMADO TRANSVERSALIZACIÓN DE LA CÁTEDRA DE ESTUDIOS AFROCOLOMBIANOS EN EL CURRÍCULO ESCOLAR CON ÉNFASIS EN COMUNIDADES PALENQUERAS. | 30,77% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|--|--------|---|----------|--|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.4.Posicionamiento_nacional_e_internacional_de_la_investigación_la_extensión_y_la_proyección_social | Oferta de programas de extensión en temas de educación para la paz, la memoria, los derechos humanos y la transformación de conflictos, dirigida a diferentes poblaciones y comunidades. | 55 | Sumatoria de programas de extensión de la UPN ofertados en la vigencia | 5 | Programas de extensión en temas de paz, transformación de conflictos | 0 | En el marco de las cuatro estrategias del CEPAZ, se han consolidado acuerdos multilaterales con entidades (CNMH-Banco de la República-COALICO-Unidad para las Víctimas-CMPR) que se han reflejado en memorandos y cartas de entendimiento, con el fin de desarrollar procesos de formación en los temas de memoria, paz y derechos humanos. [] | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.5.Los_egresados_como_agentes_de_extensión_investigación_y_proyección_social_a_nivel_local_regional_nacional_e_internacional | Reporte de egresados y egresadas que se vinculan contractualmente a la UPN | 56 | Número de egresados y egresadas que se vinculan contractualmente a la UPN | 350 | Egresados que se vinculan a actividades institucionales misionales o administrativas de la UPN | 0 | Durante el mes de marzo, se construyó el instrumento que será enviado a las dependencias para solicitar la siguiente información. En abril, se realizaron los ajustes necesarios al instrumento. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.5.Los_egresados_como_agentes_de_extensión_investigación_y_proyección_social_a_nivel_local_regional_nacional_e_internacional | Egresados y egresadas que reciben incentivos y/o distinciones académicas, investigativas, sociales, culturales o deportivas de la UPN. | 57 | Sumatoria de egresados y egresadas que reciben incentivos y/o distinciones académicas, investigativas, sociales, culturales o deportivas de la UPN | 150 | egresados que reciben incentivos y/o distinciones de la UPN por sus méritos en el ejercicio académico, investigativo, social, cultural o deportivo | 0 | Durante el trimestre se construye el instrumento a través de un diagrama de Gantt, que traza los pasos requeridos y la hoja de ruta para la modificación normativa de los 2 acuerdos. Acuerdo N° 016 del 05 de septiembre de 2019 y el Acuerdo N° 033 del 8 de junio de 2018. Lo que implica que en el trimestre no se han otorgado incentivos o distinciones a egresados. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.5.Los_egresados_como_agentes_de_extensión_investigación_y_proyección_social_a_nivel_local_regional_nacional_e_internacional | Nivel de constitución e implementación de la Bolsa de Empleo o su equivalente | 58 | (Número de fases que se cumplen para lograr la constitución e implementación de la bolsa de empleo / Número de fases previstas para lograr la constitución e implementación de la bolsa de empleo) * 100 | 90 | % de avance en la constitución e implementación de la Bolsa de Empleo o su equivalente | 30 | Durante marzo y abril, se organiza el archivo existente en relación a la Bolsa de Empleo. Se avanza en la consolidación de la fase 3 y en el progreso requerido para la siguiente fase. | 33,33% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.5.Los_egresados_como_agentes_de_extensión_investigación_y_proyección_social_a_nivel_local_regional_nacional_e_internacional | Porcentaje de constitución del Tejido de Egresados para coordinar y potenciar iniciativas que motiven el retorno de los egresados a la dinámica institucional universitaria. | 59 | (Número de acciones implementadas para consolidar el componente de egresados de la Red de trabajo colaborativo / Número de acciones previstas para consolidar el componente de egresados de la Red de trabajo colaborativo) * 100 | 70 | % de implementación de la Red de trabajo colaborativo | 30 | 1. Construcción del Directorio de docentes de Tejido de Egresados. 2. Propuesta de desayuno para consolidar un plan de trabajo en mayo. 3. Encuentro de Egresados de Diseño Tecnológico el 26 de abril. 4. Encuentro de Egresados de Básica Primaria el 25 de abril. 5. Difusión comunicativa de los encuentros (reel, WhatsApp UPN). 6. Proyección de la gala de Egresados y elaboración del documento de propuesta. [] | 42,86% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Número de actividades relacionadas con la ciencia abierta que aporta al posicionamiento de la UPN para la producción, circulación de conocimiento y la proyección social | 60 | Sumatoria de actividades relacionadas con la ciencia abierta que aporta al posicionamiento de la UPN para la producción y circulación de conocimiento y la proyección social | 15 | Actividades relacionadas con la ciencia abierta que aporta al posicionamiento de la UPN | 3 | Como parte de las actividades estratégicas relacionadas con el posicionamiento de la UPN, durante el primer trimestre se avanzó en la producción de la segunda temporada de 'Mentes Maestras'. 'Mentes Maestras' es una serie de producciones de entre 5 y 8 minutos que convoca a expertos nacionales e internacionales. En este trimestre se lanzaron tres nuevos capítulos: 'Dimensiones del cuidado', 'Educación para la paz' y 'Trump 2.0' [] Frente a las acciones relacionadas con actividades relacionadas con la ciencia abierta que aporta al posicionamiento de la UPN, en el periodo reportado se han venido adelantado la planeación de la agenda académica en al cual se proponen los eventos relacionados con ciencia abierta y el piloto de medición de circulación. | 20,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Incremento de la producción editorial académica e investigativa de la UPN | 61 | Sumatoria de libros publicados | 58 | Producción académica e investigativa | 0 | Sin avance | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Participación en espacios de circulación de conocimiento producido por la UPN | 62 | Sumatoria de espacios de circulación de conocimiento producido por la UPN | 57 | Espacios de circulación de conocimiento producido por la UPN | 4 | Afiliación Aseuc - Resolución 085 Afiliación Eulac - Resolución 085 Perfeccionado 2 alianza con Cooperativa Editorial Magisterio 1. Contrato No 1 de 2025 LA UPN y MAGISTERIO- se proponen editar conjuntamente, a | 7,02% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Incremento de la producción editorial de la UPN | 63 | Sumatoria de libros, revistas científicas, revistas académicas, audiolibros, documentos institucionales y materiales educativos y pedagógicos publicados al año | 60 | Productos editoriales de la UPN | 5 | Números de Revistas Publicadas: Revista Colombiana de Educación n. 95 Revista Colombiana de Educación n. 96 Nodos y Nudos n. 57 Pensamiento, Palabra y Obra n. 32 Pensamiento, Palabra y Obra n. 33 | 8,33% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|--------|---|----------|---|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Tasa de generación de contenidos para las diferentes audiencias que conforman la Comunidad UPN | 64 | [Número de contenidos generados para cada uno de los miembros de la Comunidad UPN (estudiantes, docentes, egresados, administrativos) / total de contenidos programados (4 por cada unidad con el fin de visibilizar cada grupo de valor)] * 100 | 60 | % de Generación contenidos | 32 | <p>**69 publicaciones dirigidas a las diferentes audiencias de la UPN:</p> <p>*30 Publicaciones dirigidas únicamente a estudiantes: contenidos relacionados con convivencia, oferta institucional, eventos académicos, memes, efemérides, noticias sobre la Universidad.</p> <p>* 4 Publicaciones dirigidas únicamente a egresados: difusión de encuentros, feria de empleo, noticias sobre la Universidad.</p> <p>*27 Publicaciones dirigidas únicamente a docentes: eventos académicos, difusión de noticias.</p> <p>*8 Publicaciones dirigidas únicamente a funcionarios y trabajadores: noticias sobre la Universidad, oferta institucional.[]</p> | 53,24% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Incremento de la producción audiovisual de la política de comunicaciones (radio, televisión, redes sociales) | 65 | (Total de contenidos comunicativos en diversos formatos realizados en el año actual para ser divulgados y/o socializados por los canales de la UPN / total de contenidos comunicativos en diversos formatos realizados en el año anterior divulgados y/o socializados por los canales de la UPN) * 100 | 30 | % de incremento de producción audiovisual | 0 | <p>Para la vigencia 2024 se realizaron 10 videos y su posterior publicación, en la vigencia 2025 se ha realizado la producción de 4 videos sobre egresadas y egresados, además de contenidos académicos de docentes, con el fin de promover la difusión y apropiación del conocimiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> Orgullo UPN - Fecha: 27/03/2025 El profe te cuenta - Fecha: 13/03/2025 El profe te cuenta - Fecha: 23/03/2025 El profe te cuenta - Fecha: 15/04/2025 <p>Durante el primer semestre se han producido 25 clips audiovisuales (comparados con 121 el año anterior) y 40 productos radiales en La Pedagógica Radio (comparados con 367 el año anterior). En total, se han producido 65 contenidos frente a los 488 del año anterior, lo que equivale a un 13,32% de avance general, calculado según la fórmula del PDI: (producción actual / producción anterior) * 100; sin embargo, esta fórmula no calcula un incremento en la producción como lo dice la unidad de medida, sino solo una proporción.</p> | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Incremento de la producción de contenidos multimedia de los procesos misionales en la política de comunicaciones (libros, audiolibros, aplicaciones, servicios interactivos, web) | 66 | (Total producciones de contenidos multimedia de los procesos misionales realizados en el año actual / Total producciones de contenidos multimedia de los procesos misionales en el plan de comunicaciones realizados en el año anterior) * 100 | 30 | % de incremento de producción de contenidos generado de los procesos misionales | 0 | <p>Desde la Subdirección de Recursos Educativos y La Pedagógica Radio, la producción de contenidos responde a los procesos misionales de la Universidad. En este sentido, se reporta que durante el primer semestre se han producido 25 clips audiovisuales (comparados con 121 el año anterior) y 40 productos radiales en La Pedagógica Radio (comparados con 367 el año anterior). En total, se han producido 65 contenidos frente a los 488 del año anterior, lo que equivale a un 13,32% de avance general, calculado según la fórmula del PDI: (producción actual / producción anterior) * 100; sin embargo, esta fórmula no calcula un incremento en la producción como lo dice la unidad de medida, sino solo una proporción.</p> <p>Para cumplir con un incremento del 30%, se deben generar 634 producciones audiovisuales, de las cuales se llevan 65.</p> | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.1.Fortalecimiento_de_las_capacidades_institucionales_para_la_gestión_de_más_y_mejores_recursos | Presupuesto sensible a los enfoques de género, la diversidad poblacional y la discapacidad en el plan anual de adquisiciones de la UPN | 68 | (Sumatoria de presupuesto sensible a los enfoques de género, la diversidad poblacional y la discapacidad identificados en el plan anual de adquisiciones de la UPN / Total presupuesto del plan anual de adquisiciones de la UPN) * 100 | 5 | % de presupuesto sensible a enfoques diversos | 0 | La Oficina se encuentra en el proceso de construcción del documento de lineamientos para detallar los presupuestos sensibles a los enfoques de género, diversidad poblacional y discapacidad | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.3.Mejoramiento_de_la_eficiencia_de_procesos_y_sistemas_de_gestión_de_la_UPN | Nivel de desempeño del Modelo Estándar de Control Interno en la UPN | 70 | Resultado ponderado de los valores obtenidos en el cumplimiento de requisitos de las políticas y dimensiones MECI a través de FURAG | 73 | % de avance en el desempeño del Modelo Estándar de Control Interno | 40 | Para la fecha de este seguimiento, la Oficina de Control Interno ha llevado a cabo asesorías a las diferentes dependencias y procesos responsables de reportar el Formulario Único de Reportes y Avances de Gestión (FURAG) 2024 | 54,79% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.3.Mejoramiento_de_la_eficiencia_de_procesos_y_sistemas_de_gestión_de_la_UPN | Índice de Desempeño Institucional de la UPN | 71 | Resultado ponderado de los valores obtenidos en el cumplimiento de requisitos de las políticas y dimensiones de MIPG | 75 | % de avance en el nivel de desempeño institucional | 49 | Este seguimiento se caracterizó por un enfoque colaborativo y estructurado, a la fecha la participación activa del equipo de la Subdirección de Personal a través de mesas de trabajo ha realizado la evaluación de cada uno de los criterios de calificación del autodiagnóstico dimensión 1 de Talento Humano - MIPG, por cada uno de los componentes y categorías, la claridad en la asignación de responsables y la previsión de recursos humanos por parte de la Subdirección ha permitido realizar un plan de trabajo con fechas y seguimientos establecidos para el cumplimiento e implementación de la Dimensión 1 de Talento Humano, la herramienta de autodiagnóstico de Talento | 65,33% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---|---|---|-----------------------|--|----------|---|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.3.Mejoramiento_de_la_eficiencia_de_procesos_y_sistemas_de_gestión_de_la_UPN | Porcentaje de procedimientos del mapa de procesos UPN actualizados y/o simplificados | 72 | (Sumatoria de procedimientos simplificados y/o racionalizados / Total de procedimientos del mapa de procesos UPN) * 100 | 75 | % de procedimientos simplificados y/o racionalizados | 0 | Se están trabajando en actualizaciones documentales para la actualización y simplificación de procedimientos, de acuerdo con priorizaciones acompañadas por la Oficina de Desarrollo y Planeación | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.3.Mejoramiento_de_la_eficiencia_de_procesos_y_sistemas_de_gestión_de_la_UPN | Efectividad en la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones | 73 | (Total presupuesto del PAA apropiado / Total presupuesto del PAA ejecutado) * 100 | 85 | % de ejecución de los Planes Anuales de Adquisiciones | 64,00 | La efectividad del PAA (Inversión y Contratistas) correspondiente a la ODP es del 51,38%. Esta cifra se calcula sumando los totales de los dos planes: el total programado en el Plan Anual de Adquisiciones para inversión, que asciende a \$15,696,472,322, y el total programado para contratistas, que es de \$7,846,885,933. Esto da un total de \$23,543,358,255, que se divide entre el total de compromisos, que suma \$12,095,492,451. De este total, los compromisos para inversión son de \$6,051,625,243 | 60,45% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.3.Mejoramiento_de_la_eficiencia_de_procesos_y_sistemas_de_gestión_de_la_UPN | Porcentaje de funcionarios beneficiados con actividades del plan de bienestar y capacitación para administrativos de la UPN | 74 | (Número de funcionarios beneficiados con actividades del plan de bienestar y capacitación de la UPN / Total funcionarios UPN) * 100 | 87 | % de administrativos beneficiados con el Plan de Bienestar y Capacitación UPN | 30,92 | Para el primer trimestre de la vigencia 2025, fueron beneficiados un total de 214 funcionarios de un total de 692 pertenecientes a las modalidades de vinculación; administrativos, supernumerarios y trabajadores oficiales. Discriminados así: - Administrativos: 98 funcionarios administrativos de 227 vinculados - Trabajadores oficiales: 10 trabajadores oficiales de 104 vinculados - Supernumerarios: 106 supernumerarios de 361 vinculados | 35,54% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.4.Modernización_de_la_infraestructura_tecnológica_y_los_sistemas_de_información_de_la_UPN | Nivel de implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información | 77 | (No. de Fases realizadas del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información / No. de Fases programadas en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información) * 100 | 60 | % de implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información | 50 | Al primer trimestre de la vigencia se cuentan con 2 fases aprobadas (1. Planear y 2. Analizar), de las 4 que hacen parte de la construcción del PETI (1. Planear, 2. Analizar, 3. Construir y 4. Socializar) La fase 3 Construir, se socializo con el Comité de Gobierno Digital y se está a la espera de su aprobación. Al corte del primer trimestre de la vigencia el PETI cuenta con un nivel de implementación de 0% debido a que aun esta en la fase 3 de construcción. Sin embargo se han venido adelantando actividades tendientes al plan estratégico de tecnologías de la información, como: Adquisición de licencias, adquisición de equipos de computo, | 83,33% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.4.Modernización_de_la_infraestructura_tecnológica_y_los_sistemas_de_información_de_la_UPN | Porcentaje de articulación de Sistemas de información | 78 | (Número soluciones informáticas articuladas / Número total de soluciones informáticas de la UPN) * 100 | 70 | % de articulación de Sistemas de Información | 33,33 | Al corte del primer trimestre de la vigencia 2025, se mantiene el estatus reportado al final de la vigencia 2024, para lo cual se avanzó en la parte 1 "Análisis del estado actual", de un total de 3 partes que conforman el documento de articulación de los sistemas de información. (parte 2 "Diseño de arquitectura requerida" y parte 3 "Proyección de implementación de la articulación". Para la ejecución de la parte 1 la SGSI realizó el análisis del estado actual de los Sistemas de Información mediante la identificación de los Activos de Información y las | 47,61% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.4.Modernización_de_la_infraestructura_tecnológica_y_los_sistemas_de_información_de_la_UPN | Tableros de información oficial de la UPN dispuestos en la WEB de la universidad para la consulta de la comunidad educativa | 80 | Sumatoria de tableros con información oficial de la UPN dispuestos en aplicativos de consulta dinámica en la página WEB UPN | 12 | Tableros con la información oficial dispuestos en la WEB de la UPN | 0 | Publicación portal: https://comunicaciones.upn.edu.co/tableros-institucionales/ | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.5.Consolidar_la_gestión_documentoal_bases_de_datos_repositorio_y_memoria_institucional_de_la_upn | Número de series y/o subseries documentales digitalizadas. | 81 | Número de series y subseries documentales digitalizadas anualmente | 5 | Series y subseries documentales digitalizadas anualmente | 0 | El indicador no presenta avance en el primer trimestre debido a que la digitalización de las series y/o subseries documentales se realizan dentro del ultimo trimestre de la vigencia, sin embargo se han alistado 14.740 folios de documentos a digitalizar. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.5.Consolidar_la_gestión_documentoal_bases_de_datos_repositorio_y_memoria_institucional_de_la_upn | Usuarios de bases de datos bibliográficas, títulos o ejemplares de libros, revistas o documentos disponibles | 82 | Número de usuarios de bases de datos bibliográficas, títulos o ejemplares de libros, revistas o documentos disponibles | 3768 | Usuarios de recursos bibliográficos | 1315 | Para este primer trimestre ingresaron 1.315 usuarios así: Estudiantes: 1.229 Docentes: 78 Administrativos: 8 Para un cumplimiento del 34,90 % | 34,90% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.2.Mejoramiento_de_la_infraestructura_y_dotación_de_la_UPN | Proyecto_3.2.1.Diseño_e_inicio_de_la_implementación_del_Plan_Maestro_de_Infraestructura_Física_de_la_UPN | Construcción de la Facultad de Educación Física (Valmaría) | 83 | Sumatoria de actividades ejecutadas del plan de trabajo y cronograma del proyecto VALMARIA / Total de actividades planeadas en el plan de trabajo y cronograma del proyecto VALMARIA) *100 | 75 | % de ejecución proyecto Valmaría | 12,5 | A la fecha se tiene establecido un cronograma de trabajo el cual está sujeto a modificaciones y cambios de acuerdo a las necesidades generales de la Universidad, se espera definir mediante que proceso se adelantarán los diseños de la facultad. Por Otro lado se vienen realizando adecuaciones importantes en la instalación de Valmaría, las cuales contribuyen a la mejora de la prestación del servicio, entre estas actividades se encuentra la adecuación eléctrica de la instalación, la adecuación de la coordinación, la enfermería, la sala de sistemas, la biblioteca, el restaurante, lo ecorooms y la carpa de la paz. Adicionalmente se realizan labores de levantamiento topográfico de la instalación y se adelantará un cerramiento y adecuaciones a las cubiertas de los salones y oficinas. De las 8 acciones propuestas se ha adelantado 1 Con corte al primer trimestre de la vigencia 2025, se han programado 8 actividades en | 16,67% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|---|--------|--|----------|---|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa Digna | Programa_3.2.Mejoramiento_de_la_infraestructura_y_dotación_de_la_UPN | Proyecto_3.2.1.Diseño_e_inicio_de_la_implementación_del_Plan_Maestro_de_Infraestructura_Física_de_la_UPN | Porcentaje de implementación del Plan Maestro de Infraestructura de la UPN (PMI-UPN) | 86 | (Total de obras de infraestructura y dotaciones especializadas realizadas en las instalaciones UPN / Total de obras de infraestructura y dotaciones especializadas programadas en el Plan Maestro de Infraestructura de la UPN (PMI-UPN)) * 100 | N/A | % avance plan maestro de infraestructura | 0 | Actualmente se cuenta con un borrador para la elaboración de un convenio que permita desarrollar el Plan Maestro de Infraestructura de la Calle 72. Sin embargo aun no hay avance en ninguna de las fases.[] | #¡VALOR! |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fo mativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bien_e star_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_implementació n_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Univer sitario_Estudiantil | Cobertura de estudiantes que participan o se benefician anualmente de los programas del Plan Integral de Bienestar Universitario | 88 | (Número de estudiantes que participan o se benefician anualmente de los programas del plan integral de bienestar universitario / Promedio de estudiantes semestrales UPN) * 100 | 80 | % de beneficiarios plan integral de bienestar | 68,6 | Del total de 1568 estudiantes matriculados en el IPN, al cierre del mes de marzo se han asignado 20 becas alimentarias a estudiantes de la Sección de Educación Inicial y del IPN. (soportes correos de asignación de beca alimentaria), Por otra parte 15 estudiantes recibieron el apoyo socioeconómico para participar en la movilidad nacional a Ibagué (Resolución N°121 del 19 de marzo de 2025) Para este primer trimestre se realizan el NómadaFest en el que participan todas las áreas de la Subdirección, además del acompañamiento de la ORI y el Centro de Egresados, que tiene como objetivo llevar la oferta de la subdirección a las instalaciones de la Universidad. Para este primer trimestre a nivel general se realizó una atención total de 17284 estudiantes con una cobertura de 6480 en el total de programas de la SBU. Dentro del programa de Convivencia se realizó Bienvenida a Posgrados con un | 2,79% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fo mativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bien_e star_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_implementació n_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Univer sitario_Estudiantil | Cobertura de estudiantes beneficiados semestralmente con el servicio de restaurante y cafetería de la Universidad | 90 | (Sumatoria de estudiantes de pregrado beneficiados semestralmente con el servicio de restaurante y cafetería de la Universidad / Total estudiantes de pregrado en oferta regular) * 100 | 50 | % de estudiantes beneficiados del servicio de restaurante y cafetería | 0 | El 04/03/2025 se publicó el proceso de invitación cerrada UPN-VADIC-001-2025 para la adjudicación del contrato con objeto "REALIZAR LA COMPRA DE BONOS ALIMENTARIOS PARA ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL", la cual fue declarada desierta mediante Resolución 113 del 17/03/2025. El 21/03/2025 se solicitó la anulación del CDP 259-2025 mediante memorando 202505600043653 para proceder con la expedición del CDP para realizar el proceso de contratación directa, con corte de 30/03/2025 se realiza el nuevo estudio de mercado. Evidencia Código 90 | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fo mativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bien_e star_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_implementació n_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Univer sitario_Estudiantil | Porcentaje de eventos en donde se garantiza la participación de grupos o delegaciones deportivas, culturales y artísticas representativas de la UPN | 91 | (Sumatoria de eventos en donde se garantiza la participación de grupos o delegaciones deportivas, culturales y artísticas representativas de la UPN / Total eventos previstos anualmente para la participación de grupos o delegaciones deportivas, culturales y artísticas representativas de la UPN) * 100 | 100 | % de cobertura de eventos con representación UPN | 50 | Durante el primer trimestre del año 2025, se han generado 20 inscripciones a participar en delegaciones deportivas culturales y artísticas de las 40 actividades previstas en el primer semestre del 2025 | 50,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fo mativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bien_e star_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_implementació n_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Univer sitario_Estudiantil | Cobertura de beneficiarios de los talleres de cultura, deporte y recreación ofertados a la comunidad universitaria | 92 | (Sumatoria de beneficiarios de los talleres de cultura, deporte y recreación ofertados a la comunidad universitaria / Total miembros de la comunidad educativa) * 100 | 10 | % de beneficiarios de programas de cultura, deporte y recreación | 15,17 | En el mes de marzo, se logró una Cobertura de beneficiarios de los talleres de cultura, deporte y recreación ofertados a la comunidad universitaria 1818 participantes, sobre un total de miembros de la comunidad universitaria de 11.981 de los cuales se anexa evidencia de participación por ser tan amplia (evidencia No 92). ENTRENAMIENTO ATLETISMO 83 EXHIBICIÓN RUGBY - BIKE POLO - PARKOUR 85 EXHIBICIÓN SLACKLINE - BALANCEBOARD - HULA HUP27 EXHIBICIÓN STREET HOCKEY 80 MASTER CLASS YOGA 82 NOMADA FEST NOGAL 80 PARTICIPACIÓN TORNEO ASCUN 2025 851 | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fo mativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bien_e star_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_implementació n_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Univer sitario_Estudiantil | Cobertura de beneficiarios de las acciones para el fortalecimiento de la salud, apoyo odontológico, fisioterapia y orientación psicológica | 97 | (Sumatoria de beneficiarios de las acciones para el fortalecimiento de la salud (apoyo médico y odontológico, fisioterapia y orientación psicológica) / Total miembros de la comunidad educativa) * 100 | 4,4 | % de beneficiarios las acciones para el fortalecimiento de la salud | 17,62 | En el mes de marzo desde el Programa de Salud, se han realizado 06 espacios de formación y socialización de los cuales 4 (Biología) fueron en B 319, B 315, Ático (Posgrados), B 329. 2 (Artes Escénicas) plazaleta común de parque nacional, relacionados con los servicios de enfermería, odontología, fisioterapia y medicina, en los diferentes semestres de las licenciaturas en Artes Escénicas y Biología, dando a conocer temáticas propias de cada servicio, resolviendo dudas e invitando a la comunidad estudiantil a que participen de los servicios mencionados, en estos espacios participaron 159 estudiantes. los beneficiarios de las acciones para el fortalecimiento de salud fue de 2111 sobre el total de miembros de la comunidad de 11981 | 100,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
|----------------------------------|---|---|--|---|-----------------------|---|----------|--|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.2.Fortalecimiento_e_implementation_del_Protocolo_de_Prevencción_Atención_y_Sanción_de_Violencias_Basadas_en_Género_y_la_Política_de_Género_y_Cuidado_de_la_UPN | Porcentaje de efectividad anual en la atención de casos identificados y definidos como violencias basadas en género (VBG) | 98 | (Cantidad de casos atendidos anualmente / Cantidad de casos identificados y definidos anualmente como VBG en la UPN) * 100 | 20 | % de cobertura acciones para protocolo, atención y sanción de violencias basadas en género | 100 | Con corte al primer trimestre de la vigencia 2025, se han identificado 4 casos en VBG, de los cuales se están atendiendo 4, por lo que se mantiene un porcentaje de logro de 100% | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.3.Acompañamiento_académico_psicosocial_y_de_prevencción_identificación_y_atención_en_salud_mental_a_la_diversidad_poblacional_universitaria | Porcentaje de estudiantes caracterizados que ingresan por la modalidad de educación inclusiva | 100 | (Número de estudiantes caracterizados que ingresan por la modalidad de educación inclusiva / Total de estudiantes con requerimientos de educación inclusiva) * 100 | 33 | % de estudiantes que ingresan bajo la modalidad de educación inclusiva | 0 | Al primer trimestre de la vigencia no se ha realizado caracterización de estudiantes de modalidad de educación inclusiva. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.3.Acompañamiento_académico_psicosocial_y_de_prevencción_identificación_y_atención_en_salud_mental_a_la_diversidad_poblacional_universitaria | Porcentaje de estudiantes admitidos que acceden a espacios psicoeducativos orientados a la población diferencial | 101 | (Cantidad de estudiantes admitidos que acceden a espacios psicoeducativos orientados a la población diferencial / Total de estudiantes que ingresan a través del proceso de admisiones inclusivas) * 100 | 9 | % de estudiantes admitidos que acceden a espacios psicoeducativos | 6 | Para el primer trimestre del total de estudiantes que ingresaron a través del proceso de Admisiones Inclusivas 183, a los espacios psicoeducativos accedieron 11 Se está adelantando el proceso de apoyo académico para el examen Saber Pro 2025-1. Hasta la fecha de corte, se realizaron 4 tutorías (13, 19, 25 y 27 de marzo) de manera sincrónica (Microsoft Teams). Las sesiones fueron grabadas y se han venido publicando en el canal institucional de Youtube, para fácil acceso de la comunidad universitaria). No se cuenta con la información para hacer diferenciación clara de la población a la que podrían pertenecer estos estudiantes. | 66,67% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.3.Acompañamiento_académico_psicosocial_y_de_prevencción_identificación_y_atención_en_salud_mental_a_la_diversidad_poblacional_universitaria | 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. | 102 | Sumatoria 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. | 9 | Espacios o campañas para prevenir adicción o sustancias psicoactivas | 3 | Se han generado 3 espacios en las diferentes instalaciones, con el propósito de generar conversaciones y reflexiones alrededor del consumo y uso de SPA, las jornadas están dirigidas a toda la comunidad universitaria, desde estudiantes hasta funcionarios. 1. Espacios Libres de Humo -calle 72 con 64 participantes. 2. Prevención del Consumo de SPA- Calle 72 con 15 participantes. 3. Prevención del consumo de Spa- Valmaría Con 27 participantes | 33,33% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | 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 | Beneficiarios de espacios de formación en derechos humanos para la Comunidad Universitaria | 103 | Sumatoria de beneficiarios de los espacios de formación en derechos humanos | 250 | Beneficiarios de espacios de formación en derechos humanos | 0 | Con corte al primer trimestre no hay beneficiarios de formación en derechos humanos. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | 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 | Cobertura de participantes de espacios y acciones para fortalecer la identidad y el sentido de pertenencia a la Universidad (estudiantes, docentes y funcionarios) | 106 | (Sumatoria de participantes de espacios y acciones para fortalecer la identidad y el sentido de pertenencia a la Universidad (estudiantes, docentes y funcionarios) / Total estudiantes, docentes y funcionarios UPN) * 100 | 3 | % de participantes para fortalecer identidad y pertenencia | 17,64 | Durante el primer trimestre existió una cobertura de participaron 2114, en los espacios y acciones para fortalecer la identidad, de una población de 11981 Estudiantes docentes y funcionarios en las siguientes actividades: Durante este trimestre se llevo a cabo: 1. Bienvenidas con una participación de 1. Bienvenida a Estudiantes, Docentes, Funcionarios y funcionarios ACTIVIDAD: BIENVENIDAS 2025-1 ESTUDIANTES: 1.336 DOCENTES: 132 FUNCIONARIOS: 302 □ 2. Fest Nómada en los diferentes espacios de la universidad para este corte Calle 72 y Nogal. ACTIVIDAD: NOMADA FEST ESTUDIANTES: 153 | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | 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 | Proyectos de formación para construir apuestas políticas y sensibles relacionadas con pueblos originarios y grupos minoritarios | 107 | Sumatoria de Propuestas relacionadas con pueblos originarios y/o grupos minoritarios elaboradas en la vigencia actual | 4 | Propuestas de formación relacionadas con pueblos originarios y/o grupos minoritarios | 2 | Se ha realizado la formulación de las siguiente propuestas: 1. Continuidad en la implementación de la estrategia de los Sistemas de Educación Media y Superior - SIMES en los territorios del país y su articulación con los actores del sector educativo. Actualmente se encuentra en fase concertación con el Ministerio de Educación Nacional. 2. "Diplomado Transversalización de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos en el currículo escolar con énfasis en comunidades palenqueras" que se encuentra en | 50,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | Proyecto_4.2.2.Diseño_e_implementation_n_de_un_programa_de_manejo_de_conflictos_con_enfoque_restaurativo | Estrategias diseñadas y ejecutadas por CEPAZ o con otras unidades académicas para el fortalecimiento del movimiento pedagógico por la paz y la vida. | 108 | Número de estrategias diseñadas y ejecutadas por CEPAZ o con otras unidades académicas para el fortalecimiento del movimiento pedagógico por la paz y la vida. | 5 | propuestas alternativas diseñadas y ejecutadas por CEPAZ o con otras unidades académicas | 0 | Se han implementado las sesiones diseñadas en las dos cátedras de CEPAZ y avances en la construcción del estado del arte en la investigación histórica sobre las afectaciones y afrontaciones de la comunidad educativa, en el periodo del 70 al 2000. Además, se han diseñado las primera versiones del dispositivo pedagógico del proyecto narrativas territoriales de la memoria. □ | 0,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
|----------------------------------|---|---|--|--|-----------------------|--|----------|---|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | Proyecto_4.2.2.Diseño_e_Implementación_de_un_programa_de_manejo_de_conflictos_con_enfoque_restaurativo | Ejercicios de formación e investigación en educación para la paz, la memoria y en derechos humanos, que posibilitan la participación de la comunidad universitaria y de aliados estratégicos de la UPN | 110 | Sumatoria de ejercicios de formación e investigación en educación para la paz, la memoria y derechos humanos, diseñados e implementados, que posibilitan la participación de la comunidad universitaria y de aliados estratégicos de la UPN, contribuyen a la construcción de paz. | 10 | ejercicios diseñados e implementados | 0 | Se avanzaron en la escritura de documentos técnicos y en reuniones con aliados para avanzar en el diseño de los ejercicios pedagógicos planteados en el indicador: investigación en DDHH en las facultades y la investigación histórica en colaboración con el Centro Nacional de Memoria Histórica. □ | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | Proyecto_4.2.2.Diseño_e_Implementación_de_un_programa_de_manejo_de_conflictos_con_enfoque_restaurativo | Escenarios en los que participa CEPAZ que generan incidencia política en los campos de paz, memoria y derechos humanos | 111 | Número de escenarios de incidencia política en los que participa CEPAZ. | 5 | escenarios de política pública en los que CEPAZ hace incidencia en términos educativos y pedagógicos | 0 | Se diseñó el protocolo de vulneraciones a los DH en la UPN y se validó con varias dependencias y actores clave y se enviaron cartas y sostuvieron reuniones con varias universidades para la organización del encuentro de prácticas de resistencia desde el sur global. □ | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | Proyecto_4.2.2.Diseño_e_Implementación_de_un_programa_de_manejo_de_conflictos_con_enfoque_restaurativo | Espacios de formación, mediación, sanación y restauración de derechos, implementados en cada semestre | 112 | Sumatoria de espacios de formación, mediación, sanación y restauración de derechos, implementados en cada semestre | 6 | Espacios de formación en restauración de derechos | 3 | Durante el primer trimestre del año 2025, se han generado 3 espacios, los cuales corresponden a: -3 socializaciones del Protocolo de prevención y atención para la resolución de conflictos de convivencia para estudiantes como herramienta pedagógica – PRCC. -Se recibieron 18 casos individuales que, debido a la confidencialidad del procedimiento, no se podrá compartir la información ya que hace parte de la reserva y confidencialidad de la comunidad involucrada. -Se realizaron 2 mesas de trabajo con relación a las rutas de interés general de Ventas Informales y Asuntos Étnicos en el marco del PRCC. | 50,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Iniciativas que promueven la cualificación, la formación, la investigación, el reconocimiento y la difusión del saber de los egresados. | 113 | Sumatoria de iniciativas que promueven la cualificación, la formación, la investigación, el reconocimiento y la difusión del saber de los egresados. | 12 | Iniciativas que promueven la cualificación, la formación, la investigación, el reconocimiento y la difusión del saber de los egresados. | 9 | 1- Convenio con FECODE. Implementación del diplomado "Régimen Laboral" 2- Participación en Nómada Fest Parque Nacional 3- Participación en Nómada Fest El Nogal 4- Participación en Nómada Fest Valmaría 5- Feria laboral el 3 de febrero en alianza con Bolsa de Empleo Cafam 6- Homenaje a Egresada destacada, Deidamia García 7- Instalación Mesa de Impacto 8- Participación en Red Andina 9- Capacitación técnica en OLE | 75,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.3.Escenarios_y_espacios_de_innovación_y_práctica_educativa_y_pedagógica | Proyecto_1.3.1.Fortalecimiento_de_los_observatorios_museos_y_espacios_especializados_de_la_UPN_como_escenarios_de_innovación_e_investigación | Observatorios de la UPN como escenarios de formación, investigación e innovación, en el marco del lineamiento estratégico desde las directivas de la universidad. | 114 | Número de actividades de formación, investigación e innovación realizadas desde los Observatorios de la UPN | 6 | Actividades de formación, investigación e innovación realizadas desde los Observatorios de la UPN | 1 | Frente al número de actividades de formación investigación e innovación realizadas desde los observatorios de la UPN, se ha realizado sesiones de trabajo de historia natural y el equipo de museos de la VGU del cual se deriva un trabajo directo entre la Vicerrectoría y el equipo de museo para realizar exposiciones artísticas en el marco del año Fals Borda, se acompañó la selección y el montaje del equipo de museos y observatorios, se define que el equipo de la VGU dado el carácter estratégico que se quiere dar a este tema. De la Facultad de Bellas Artes: docentes de la LAV se acercaron a la LEM para realizar | 16,67% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | Proyecto_4.2.2.Diseño_e_Implementación_de_un_programa_de_manejo_de_conflictos_con_enfoque_restaurativo | Actividades de producción y divulgación de los observatorios de educación para la paz, la memoria y derechos humanos. | 116 | Número de actividades de producción y divulgación de los observatorios de educación para la paz, la memoria y derechos humanos. | 3 | actividades de producción y divulgación de los observatorios de educación para la paz, la memoria y derechos humanos. | 0 | Se construyeron los documentos maestros de los observatorios: 1)violencia urbana y paramilitarismo; 2) prácticas educativas en memoria, paz y derechos humanos. □ | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.2.Actualización_organica_y_normativa_para_modernizar_la_gestión | Porcentaje de funcionarios vinculados en cargos de provisionalidad de la UPN | 117 | (Sumatoria de funcionarios 2024 de la UPN / Sumatoria de funcionarios administrativos vinculados en la provisionalidad con la UPN) * 100 | 30 | % de funcionarios vinculados a planta de carrera | 45 | Para el I Trimestre de 2025, conforme a las necesidades del servicio que se tienen en las diferentes unidades académicas y administrativas de la Universidad, conforme a la aprobación previa por parte del Comité Directivo, se llevaron a cabo 5 nombramientos provisionales, que formarán parte de la planta provista de personal Administrativo de UPN, de un total de 227 funcionarios en la planta de personal. | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Actualización de la Política de Comunicaciones de la UPN | 118 | Política de comunicaciones actualizada | 1 | Documento de Política | 0 | En el primer semestre se reanudó la mesa de trabajo del equipo de comunicaciones, en la cual se delegaron tareas para actualizar la política. Actualmente, ya se cuenta con el nuevo índice. Cada coordinador y subdirectora tiene el compromiso de revisar detalladamente y escribir conforme a los parámetros establecidos para el tema | 0,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|---|--------|---|----------|---|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.6.Mejoramiento_de_la_producción_circulación_y_apropiación_social_del_conocimiento | Interacción de la producción audiovisual y radiofónica de la UPN | 119 | (Total de audiencia que interactúa con los contenidos comunicativos producidos por la UPN en el año actual/Total de audiencia que interactúa con los contenidos comunicativos producidos por la UPN en el año anterior)*100 | 10 | %incremento de la audiencia en la producción audiovisual y radiofónica | 0 | Durante el primer trimestre de 2025, la Subdirección de Recursos Educativos alcanzó una audiencia de 84.600 usuarios únicos, comparados con 522.823 del 2024, lo que representa un 16,18%. Por su parte, La Pedagógica Radio registró 7.870 usuarios únicos, comparados con 31.083 del año anterior, lo que equivale a un 25,33%. En conjunto, ambos canales suman 92.470 usuarios frente a 553.906 en 2024, lo que equivale a un avance consolidado del 16,70%, calculado según la fórmula institucional del PDI: (audiencia actual / audiencia año anterior) × 100; sin embargo, esta fórmula no calcula una tasa de incremento, sino solo una proporción. Para alcanzar la meta de 10% de incremento de la audiencia en la producción audiovisual y radiofónica, se debe llegar a 609.296, de los cuales se ha llegado a 92.470 durante este primer trimestre. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.2.Actualización_organica_y_normativa_para_modernizar_la_gestión | Creación de un sistema de medios que permita la apropiación social del conocimiento | 120 | Sistema de Medios creado | 1 | Documento de creación del Sistema de Medios | 0 | El GIC ha avanzado en los siguientes ítems en el marco del documento de creación del Sistema de Medios: actualización del Manual de Imagen Corporativa de la Universidad Pedagógica Nacional, y propuesta de actualización del logo, para avanzar en la unidad gráfica de la Universidad, en el marco del documento de creación del Sistema de Medios. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_2.Articulación_misional_para_el_posicionamiento_de_la_UPN | Programa_2.1.Innovación_en_la_oferta_académica_para_fortalecer_la_articulación_de_la_docencia_la_investigación_y_la_proyección_social | Proyecto_2.1.3.Fortalecimiento_de_las_relaciones_en_el_plano_nacional_e_internacional_para_impulsar_las_dimensiones_institucionales_y_estrategicas_de_la_UPN | Número de convenios de cooperación académica y administrativa suscritos a nivel nacional e internacional | 121 | Número de convenios de cooperación académica y administrativa suscritos anualmente | 25 | Número de convenios de cooperación académica suscritos | 12 | Durante el periodo se publicaron en el minisitio WEB los convenios suscritos con las siguientes instituciones: Fundación Revista Raya; Universidad de Talca (Chile), Fundación El Quinto; Universidad Federal de Pernambuco (Brasil); Sociedad Salesiana Inspectoría Bogotá; Universidad Internacional de la Rioja (España), Asociación Nacional Campesina Coordinador Nacional Agrario CNA; Jurisdicción Especial para la Paz – JEP; Escuela Superior de Arte y Diseño ENSA Limoges (Francia), Universidad Federal del Rio Grande del Norte (Brasil); Corporación de Derecho Privado Universidad Alberto Hurtado (Chile); Fundación Yunca Wasi. | 48,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.4.Formación_en_otras_lenguas | Aumento de matrículas en la oferta de formación del Centro de Lenguas. | 122 | Sumatoria de matrículas de la oferta académica del Centro de Lenguas | 9000 | Cantidad de matrículas | 3391 | Con corte a 30 de marzo, se tuvo un total de 3.391 estudiantes matriculados en los diferentes programas y modalidades que oferta el Centro de Lenguas, | 37,68% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_1.Cualificación_del_Proyecto_Académico_Pedagógico | Programa_1.1.Oferta_académica_cualificada_con_responsabilidad_social_y_ambiental | Proyecto_1.1.4.Formación_en_otras_lenguas | Ampliación de población de incidencia del Centro de Lenguas. | 123 | Sumatoria de alianzas con entidades privadas y/o públicas o SARES en los que participe el CLE. | 5 | Alianzas con entidades privadas o públicas o SARES en los que participe el CLE. | 5 | Con corte a 30 de marzo, el Centro de Lenguas cuenta con cinco convenios vigentes: cuatro con cooperativas: COASMEDAS, CBC-Cooperativa Bancaria de Colombia, CONALEMJUSTICIA y CANAPRO-Casa Nacional del Profesor y uno con la compañía editorial PEARSON. La Facultad de Educación está elaborando un informe de seguimiento al nivel en lengua | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.3.Mejoramiento_de_la_eficiencia_de_procesos_y_sistemas_de_gestión_de_la_UPN | Propuesta de adopción de guía de compras publicas sostenibles con el ambiente en la UPN. | 124 | Guía de compras públicas sostenibles con el ambiente adoptada en la UPN | 1 | Adopción de guía de compras publicas sostenibles con el ambiente en la UPN | 0 | Al primer trimestre, no se han realizado las socializaciones o talleres a los funcionarios públicos del grupo de contratación. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.1.Mejoramiento_y_efectividad_normativa_de_recursos_y_de_procesos | Proyecto_3.1.4.Modernización_de_la_infraestructura_tecnológica_y_los_sistemas_de_información_de_la_UPN | Nivel de construcción del plan estratégico de tecnologías de la información. | 125 | (No de fases de construcción del PETI completadas / No de fases de construcción del PETI programadas) * 100 | 100 | % de construcción del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información | 50 | Al primer trimestre de la vigencia se cuentan con 2 fases aprobadas (1. Planear y 2. Analizar), de las 4 que hacen parte de la construcción del PETI (1. Planear, 2. Analizar, 3. Construir y 4. Socializar) La fase 3 Construir, se socializo con el Comité de Gobierno Digital y se está a la espera de su aprobación. | 50,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.2.Mejoramiento_de_la_infraestructura_y_dotación_de_la_UPN | Proyecto_3.2.1.Diseño_e_inicio_de_laimplementación_del_Plan_Maestro_de_Infraestructura_Fisica_de_la_UPN | Nivel de construcción del Plan Maestro de Infraestructura de la UPN (PMI-UPN) | 126 | (No de fases de construcción del Plan Maestro de Infraestructura de la UPN (PMI-UPN) completadas / No de fases de construcción del Plan Maestro de Infraestructura de la UPN (PMI-UPN) programadas) * 100 | 80 | % avance plan maestro de infraestructura | 0 | Actualmente se cuenta con un borrador para la elaboración de un convenio que permita desarrollar el Plan Maestro de Infraestructura de la Calle 72 | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_3.Casa_Digna | Programa_3.2.Mejoramiento_de_la_infraestructura_y_dotación_de_la_UPN | Proyecto_3.2.1.Diseño_e_inicio_de_laimplementación_del_Plan_Maestro_de_Infraestructura_Fisica_de_la_UPN | Incrementar cantidad de puestos de trabajo destinados para actividades administrativas dotados con criterios de SST | 127 | (Número de puestos de trabajo de personal administrativo adecuados y dotados con criterios de SST / Total de puestos de trabajo de personal administrativo) * 100 | 75 | % avance plan maestro de infraestructura | 0 | No se cuenta con avance para la actividad, lo anterior teniendo en cuenta que es están estructurando proyectos para poder adquirir puestos de trabajo para el personal administrativo. Sin embargo se ha realizado adquisición de bancas para la piscina las cuales son de uso general para la comunidad Universitaria y se adquirieron conforme las necesidades de SST para el área de la piscina | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_fortificativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_eimplementación_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Universitario_Estudiantil | Estudiantes beneficiados con incentivos económicos por medio de monitorias académicas y de gestión institucional | 128 | Sumatoria de estudiantes beneficiados con incentivos económicos por medio de monitorias académicas | 200 | Número de estudiantes beneficiados por medio de monitorias académicas | 0 | A la fecha, se asignaron las 108 plazas a estudiantes de las diferentes facultades: 1-Se proyectó y divulgó cronograma - 24 de enero 2-Se realizó la convocatoria - 5 de febrero 3-Se tramitaron CDPs (FBA 494 de 2025; FCT 461 de 2025; FHU 353 de 2025; FEF 455 de 2025; FED 451 de 2025; VAC 446 de 2025) 4-Se otorgaron las monitorias de docencia y gestión institucional mediante las resoluciones de la vicerrectoría académica No. 0007 (FBA); 0008 (FED); 0009 (FHU); 0010 (FEF); 0011 (FCT) y 0012 (VAC). | 0,00% |

| | | |
|--|---|--|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|-----------------------|---|----------|---|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_Implementación_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Universitario_Estudiantil | Estudiantes beneficiados por el programa de Apoyo a Servicios Estudiantiles-ASE | 129 | Sumatoria de estudiantes beneficiados por el programa de Apoyo a Servicios Estudiantiles-ASE | 200 | Número de monitores beneficiados con Apoyo a Servicios Estudiantiles | 100 | El 03/02/2025 se publicó la convocatoria con fecha límite de inscripción hasta el 07/02/2025. Para el primer corte realizo: El 30/01/2025 se expidió. Entre el 08/02/2025 y el 19/02/2025 se realizó el estudio socioeconómico, el listado de publicó el 19/02/2025 con los datos de 100 estudiantes preseleccionados. | 50,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_Implementación_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Universitario_Estudiantil | Personas beneficiarias de espacios de formación deportiva abiertos a la comunidad universitaria y a la comunidad en general | 130 | Sumatoria de beneficiarios de espacios de formación deportiva abiertos a la comunidad universitaria y a la comunidad en general semestralmente | 450 | Personas beneficiarias de espacios de formación deportiva | 876 | La sumatoria de Beneficiarios de los espacios de formación deportiva abiertos a la comunidad universitaria y a la comunidad en general fue de 876 participantes. Para este corte se realizaron publicación en los diferentes medios de Comunicación autorizados por la UPN en el cual se invito e informo de la manera de acceder a los servicios. ENTRENAMIENTO ATLETISMO 83 EXHIBICIÓN RUGBY - BIKE POLO - PARKOUR 85 EXHIBICIÓN SLACKLINE - BALANCEBOARD - HULA HUP27 EXHIBICIÓN STREET HOCKEY 80 MASTER CLASS YOGA 82 | 100,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.2.Convivencia_formativa_y_restaurativa_el_conflicto_como_experiencia | 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 | Propuesta de abordaje a las ventas informales al interior de la UPN | 131 | (Etapas de construcción de propuesta de abordaje a ventas informales completadas / etapas de construcción de propuesta de abordaje a ventas informales programadas) * 100 | 3 | Etapas de construcción de propuesta de abordaje a ventas informales completadas | 0 | Durante el primer trimestre del año 2025, se han realizado dos reuniones internas como subdirección de bienestar universitario y otra con aliados estratégicos como lo es la Unidad solidaria, donde se ha construido, definido y alimentado la hoja de ruta para el abordaje de las ventas informales dentro del campus. En ese sentido, si bien aún no se cuenta con la totalidad del documento, se está avanzando en la propuesta con la elaboración de insumos, se tiene proyectada primera entrega para el 30 de junio del 2025 y entrega final para el 14 de noviembre 2025. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.3.Acompañamiento_académico_psicosocial_y_de_prevenición_identificación_y_atención_en_salud_mental_a_la_diversidad_poblacional_universitaria | Creación de la Política Institucional de Permanencia | 133 | Documento de creación de la Política Institucional de Permanencia | 1 | Documento | 0 | No hay iniciado la acción programada con respecto a este indicador. | 0,00% |
| Plan_de_Desarrollo_Institucional | Eje_4.Bienestar_y_convivencia_formativa_para_la_paz | Programa_4.1.Dignificación_del_bienestar_en_la_UPN | Proyecto_4.1.1.Diseño_e_Implementación_del_Plan_Integral_de_Bienestar_Universitario_Estudiantil | Creación de la Política de Inclusión | 134 | Documento de creación de la Política de Inclusión | 1 | Documento | 0 | No hay iniciado la acción programada con respecto a este indicador. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_de_Calidad_ISO | Aspecto_por_Mejorar | Se evidenció que el minisito web del proceso de gestión de control y evaluación presenta hipervinculos que redireccionan a los usuarios o visitantes de la página a procedimientos, versión anterior, lo que urge ser solucionado para garantizar la consulta de la documentación del proceso | Porque no se verifican que los links enunciados sean accesibles a cualquier usuario interno o externo. Por ser links de consulta permanente en la página que caracterizan el proceso de control interno, no se realizan cambios con frecuencia. Es necesario fortalecer la revisión por parte de los integrantes del equipo. Porque ninguno lo contempla dentro de sus responsabilidades. | AM-11-2023 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 90% | Actualmente la OCI se encuentra actualizando la página de la dependencia, ejercicio que se está llevando a cabo con el Grupo de Comunicaciones. | 90,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | La Oficina de Relaciones Interinstitucionales, como lider del proceso de apoyo misional de internacionalización identificó y dio tratamiento a un caso de salida no conforme, materializado en el mes de abril de 2023. Al respecto, se dio el tratamiento a través de la opción c)1 Información al cliente (información a través de correo electrónico y mediante reunión presencial con el líder del proceso y el usuario afectado). No obstante, no se diligenció y envió al Sistema de Gestión el formato FOR-GDC-013 Identificación y tratamiento de las salidas no conformes, según lo establecido en el procedimiento PRO-GDC-006. | No se informó al Sistema de Gestión de Calidad sobre la novedad presentada para actualizar la matriz de Salidas no Conformes del Proceso. No se consideró como salida no conforme del Proceso a la situación presentada con el usuario. Hubo desconocimiento de los funcionarios que interactúan en el Proceso para identificar la salida no conforme relacionada con el caso presentado con el usuario No consideran situación problema | NC-01-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Se actualizó la Matriz de Salidas No conformes correspondiente al Proceso de Internacionalización | 100,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|--|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC01-GIC-2024 De acuerdo a lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI-2014 componente 3. Información y comunicación interna y externa – política de comunicaciones, se evidenció que en | Porque no se ha analizado con los grupos responsables, la necesidad de cambio, y por desconocimiento. | NC-023-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Sin avance | 0,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB01N025059 PISCINA 2022: Pared calderas: Se evidencia filtración de agua en pared. Áreas duchas: en pared presencia de humedad y deterioro, bordes en baldosas desportillada en duchas. Pisos al ingreso de calderas presenta zonas no lisas. Baldosa en deterioro, se evidencian desportilladas en varias zonas. Se evidencia deterioro en baldosas al interior, manchadas y en varias zonas con fisuras, desportilladas | Las áreas de la piscina presentan deterioro. No se han realizado mantenimientos debido a que el personal no cuenta con el conocimiento y se requieren mayores recursos. La antigüedad de la infraestructura requiere de una intervención mayor. La piscina requiere una intervención especializada | NC-09-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0,00% | 31/03/2025: Se realizó el cambio de tubería y reparaciones en las paredes del área de calderas, aunque continúa la gestión para identificar una filtración adicional mediante una consultoría especializada para modernizar la tubería de la piscina. En el área de duchas se efectuó mantenimiento correctivo, reparando humedad y bordes desportillados. Para la piscina, el GIF avanza en la contratación de una consultoría que defina los requerimientos técnicos del cambio de baldosas. Además, se niveló el suelo en la zona de calderas y se están realizando reparaciones en la entrada, cuya adecuación se revisará en la actual vigencia. | 0,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | AS02N171038 RESTAURANTE 05-12-2024 5.3 Residuos sólidos En cuarto de almacenamiento temporal de residuos se evidencia piso con deterioro, pérdida de continuidad. | el material del piso está deteriorado. no se le realizó mantenimiento correctivo o preventivo. no se identificó el deterioro durante las inspecciones. las inspecciones no incluyeron esta área de forma detallada. | NC-100-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se realizaron las reparaciones del piso deteriorado en el cuarto de almacenamiento de residuos no peligrosos | 100,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC03-GIF-2023: Tomando como base la Matriz de Riegos de la norma GTC45 la cual es la guía establecida para la identificación de peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud de los trabajadores y de acuerdo con los recorridos efectuados a las diferentes instalaciones objeto de muestra para la presente auditoria se pudo identificar lo siguiente: Sede Nogal sede Calle 78 #9 - 92: Riesgo Físico: •Evidente humedad en paredes de las instalaciones lo que ha generado grietas en las edificaciones •Condiciones inseguras por irregularidades, desniveles agrietamientos en pasillos, corredores, senderos peatonales, zonas verdes y áreas comunes. •Cables eléctricos expuestos. •Grietas en paredes baño. •Desprendimiento de tabletas de techo en oficinas y salones •Lámparas de iluminación de pasillos despegadas con exposición de cables. | Porque no se incluyeron estas actividades en el Plan de mantenimiento general de la instalación Porque no se había recibido reporte de los daños presentes en la instalación. Porque la administración de la instalación es la encargada de realizar la notificación y novedad de los daños Porque el personal del área de mantenimiento encargado del Plan de mantenimiento general no tiene presencia constante en todas las instalaciones Porque se priorizan otro tipo de actividades de mantenimiento mayor que se evidencian en recorridos y se pueden cubrir con el personal y recursos asignados a mantenimiento | NC-10-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Para la ejecución de esta actividad se deben realizar actividades desde Servicios Generales y el GIF, por lo tal se ha solicitado avance del Plan de Mantenimiento a la SSG y desde el GIF se vienen priorizando proyectos de acuerdo a las necesidades que ha manifestado la Facultad para la instalación de Nogal | 0,00% | |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 5.4 No garantizo mantenimiento a material didáctico con deterioro en colchonetas. | <p>Porque no se destinaron recursos para la compra o mantenimiento de estos materiales didácticos.</p> <p>Porque quienes destinan recursos no conocían la priorización de la solicitud enviada.</p> <p>Porque no fue clara la priorización de necesidades desde la Facultad de Educación Física</p> <p>Porque no se conocía el procedimiento ni el formato para hacer la priorización de adquisiciones ni mantenimiento.</p> | NC-103-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | Se reiteró la solicitud de mantenimiento o adquisición y se propusieron rutas para identificar mejoras en el procedimiento. | 50,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N008828 ESCUELA - SECCIÓN EDUCACIÓN INICIAL IPN 03-10-2023 7.8. Garantizar el mantenimiento de pared y piso del baño en zona de enfermería, borde de ventanas en el baño de hombres de piso 1 casa 2, techo en baño de piso 2 casa1 garantizando acabados lisos impermeables y de fácil limpieza y desinfección. RESPONSABLE MANTENIMIENTO Pared con grietas y piso con fisuras, baños de hombres casa 2 piso 1 bordes en ventanas con deterioro. Baños en piso 2 casa 1 con desprendimiento de pintura en techo | <p>La instalación es antigua y los materiales en algunas áreas se encuentran deteriorados. Los elementos que se encuentran deteriorados y fisurados son antiguos y ya no se encuentran fácilmente en establecimientos de construcción.</p> <p>La instalación es en arriendo lo que no permite realizar intervenciones y/o adecuaciones a la instalación que no sean mantenimientos locativos derivados del uso dado a la instalación.</p> <p>El propietario debe garantizar los mantenimientos locativos en este tipo de situaciones, ya que los daños son presentados por antigüedad de material y fisuras en la construcción.</p> | NC-104-2023 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Para subsanar el hallazgo SB06N008828 ESCUELA - SECCIÓN EDUCACIÓN INICIAL IPN 03-10-20237.8, en el cual se identificó pared con grietas y piso con fisuras, baños, se realizó el cambio de todo el enchape del baño por parte del propietario del inmueble.[] | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | SGSI_NC04_2024: La CPU "Compumax Celeron" con placa 011225 fue declarada obsoleta según el concepto técnico Bodega B111 SGSI 22092023 CPU, pero no consta en el registro del formato FORGSS004 (Traslado, reintegro y asignación de bienes) número 427. Aunque está marcada como obsoleta, el equipo continúa aparentemente bajo la custodia de la funcionaria identificada con C.C. 23783623, actualmente adscrita a la Licenciatura en Educación Especial, mientras que el bien sigue registrado en el centro de costo de Bienestar Universitario. Esta situación implica un riesgo de falta de trazabilidad en el control y gestión de los bienes, dificultando su correcta administración y eventual baja si fuera necesario. La falta de Documento Oficial. Universidad Pedagógica Nacional actualización en el centro de costo puede afectar la precisión de los informes de inventario y los registros contables de la Universidad. Asimismo, se observa que, a pesar de haberse asignado una bodega hace un año y ocho meses para almacenar equipos recuperados, aún no se cuenta con un mecanismo de gestión temporal para facilitar el uso de estos equipos por las áreas o necesidades transitorias en la | <p>Porque se estableció una bodega para almacenar equipos tecnológicos con concepto técnico para baja en la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información durante vigencias pasadas.</p> <p>Porque se necesitaba almacenar transitoriamente la llegada de nuevos equipos, bodega que después se trasformó en almacenamiento de equipos dados de baja, pero sin control administrativo.</p> <p>Porque no está documentado la metodología para el manejo de equipos tecnológicos dados de baja, de acuerdo a los lineamientos del manual de manejo de bienes.</p> <p>Porque no se han formalizado los acuerdos necesarios para</p> | NC-104-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre de 2025, el funcionario de la SGSI que administraba la bodega de movimiento transitorio de equipos tecnológicos, inicia la depuración de la bodega empezando por los activos que se encontraban asignados a su cuentadante. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|--|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_de_Calidad_ISO | No_Conformidad | Se evidenció que, aunque el proceso ha venido desarrollando actividades para la actualización de los procedimientos, en el MPP los 16 procedimientos se encuentran desactualizados, lo que conlleva a que no se pueda evidenciar realmente las actividades que realiza el proceso SAD. Igualmente, no se ha realizado seguimiento a los formatos ya que desde 2014 no se ha adelantado ningún tipo de actualización. | Demoras con la implementación del nuevo sistema Académico Class. Porque se ha identificado la necesidad de realizar desarrollos y/o ajustes en algunos procesos académicos y administrativos, para garantizar el correcto funcionamiento del sistema y que se pueda llevar a cabo el ciclo completo de actividades y de esta manera dar continuidad a la puesta en marcha y salida a producción del software académico Class. Porque alguna normatividad relacionada a procesos académicos ha cambiado, porque adicionalmente se han identificado necesidades, que en la etapa inicial del proyecto no fueron contemplados y es debido a esto que se ha | NC-105-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | La Subdirección de Admisiones y Registro-SAD ha avanzado en la actualización de algunos formatos conforme al manejo actual de los procesos a cargo, estos se alinearán con los procedimientos que se proyectan actualizar en esta vigencia. No obstante, cabe resaltar que en la vigencia 2024 esta Subdirección gestionó ante el Sistema de Gestión Integral de la Universidad, la actualización documental de modificación del procedimiento PRO-GAR-001, en este, se unificaron los procedimientos PRO-GAR-001 "Inscripción de Aspirantes" y PRO-GAR-016 "Selección de Aspirantes", quedando un nuevo procedimiento, ahora, con el nombre de PRO-GAR-001 "Admisión a la Universidad Pedagógica Nacional". Igualmente se solicitó la anulación del PRO016GAR "Selección de Aspirantes". De igual forma, se unificaron los procedimientos PRO-GAR-008 y PRO-GAR-013 correspondientes al proceso de cancelación de espacios académicos, quedando un solo procedimiento con el nombre de "PRO-GAR-008 Cancelación parcial, parcial excepcional o total del registro de espacios académicos", así mismo, se solicitó la anulación del PRO-GAR-013. Por último, se actualizó el procedimiento PRO-GAR-011 Certificaciones y/o Copia de Acta de Grado. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | De acuerdo con la visita técnica realizada a las instalaciones de la sede Instituto Pedagógico Nacional, en la cual como muestra tomada aleatoria en algunos salones y oficinas, se evidenció en los salones de transición canecas de basura sin tapa ni bolsa, las cuales al momento de la visita contenían residuos sólidos, adicional en las oficinas (sala de profesores, secretaria académica y salón de danzas) existen canecas usadas para el desecho de residuos sólidos; por otra parte existen contenedores de basura metálicos oxidados los cuales no deberían prestar funcionamiento dado que desde la Universidad Pedagógica Nacional encaminando esfuerzos con ayuda del SGA se instalaron en todas las sedes puntos ecológicos debidamente identificados y que se encuentran en sitios estratégicos y de fácil acceso; Según la información suministrada en el recorrido de auditoría, tanto las canecas en los salones como los contenedores metálicos se han mantenido dado a que el proyecto PEGRE del IPN no ha permitido el retiro de las mismas. Lo anterior incumple los lineamientos impartidos desde el SGA en donde se indica que no deben existir canecas de basura en salones u oficinas con el fin | No existía una responsabilidad clara al proyecto transversal PRAE, respecto a los lineamientos impartidos desde el SGA en donde se indica que no deben existir canecas de basura en salones u oficinas. No estaban definidas las jornadas de trabajo enfocadas en la aplicación de los lineamientos impartidos desde el SGA en donde se indica que no deben existir canecas de basura en salones u oficinas Falta de seguimiento en las disposiciones del SGA Priorización de otras actividades que no brindaban la atención necesaria a la aplicación de los lineamientos impartidos desde el SGA en donde se indica que no deben existir canecas de basura en salones u | NC-106-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 20% | Se llevó a cabo un correo informativo donde se indicó acerca de la jornada de recogida de canecas. | 20,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaria_de_Salud | No_Conformidad | SB06N012097 SE 05-02-2025 4.1. Humedad en techo salón aventureros , Paredes manchadas en salones de caminadores, Muros mesón lavandería presentada deterioro en baldosas y bordes y pared con desprendimiento en pintura costado | hay humedad en el techo, manchas en las paredes y deterioro en el mesón de lavandería hay filtraciones de agua en esas áreas el mantenimiento preventivo realizado no ha sido suficiente la casa es antigua y sus estructuras han sufrido un desgaste significativo que requiere intervenciones más profundas y especializadas | NC-107-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se realizó resane y pintura de las paredes manchadas, además de la reparación de baldosas dañadas y bordes en el mesón de lavandería. | 100,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|--|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N012097 SEI 05-02-2025 4.6. Pared en zona almacenamiento de elementos de aseo deterioro superficie de difícil limpieza y desinfección | La pared se encuentra deteriorada La pintura y el material de la pared no son resistentes a la humedad No se consideraron los requerimientos específicos para una zona de almacenamiento de productos de limpieza El espacio no fue diseñado originalmente para almacenamiento de productos de aseo y fue adaptado sin modificaciones adecuadas. | NC-108-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se realizó resane y pintura de las paredes deterioradas con pintura epoxica para facilitar la limpieza y desinfección.. | 100,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N012097 SEI 05-02-2025 7.5. Baño en piso dos de casa uno sin ventilación | el baño no cuenta con ventanas ni extractores de aire el diseño original de la casa no contempló un sistema de ventilación para el baño la casa es antigua y fue construida con estándares arquitectónicos de la época y no se han realizado modificaciones para agregar ventilación. las intervenciones han sido solo de mantenimiento preventivo y no es posible realizar adecuaciones estructurales. | NC-109-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se solicitó al propietario la autorización para modificar el baño mediante el memorando 202505200011141, y el 28 de marzo se instaló el sistema de ventilación. | 100,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N012097 SEI 05-02-2025 7.8. Marco ventana en baño casa uno piso 1 deterioro | el marco de la ventana está deteriorado ha sufrido daños por humedad y desgaste con el tiempo la ventana está expuesta a humedad constante debido al uso del baño y la ventilación inadecuada la casa no consideró medidas modernas de ventilación la casa es antigua y sus características estructurales no se adaptan a los estándares actuales de ventilación y protección contra humedad | NC-110-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se revisaron, resanaron y pintaron los marcos de las ventanas deteriorados. | 100,00% | |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|---|---|-------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC04-GIF-2023:</p> <p>Sede Nogal 2 sede Calle 78 #9 - 53: De acuerdo a la justificación de los términos de referencia que amparan el contrato 401 de agosto de 2022 por un valor de TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE (\$ 342.720.000) Objeto: "Entregar a título de arrendamiento a la Universidad Pedagógica Nacional para su uso y goce el inmueble que se describe a continuación: Inmueble ubicado en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, identificado con el número de matrícula No 50C-812000 con dirección en la calle 78 N°9-53 actual nomenclatura urbana con la siguiente Descripción Cavidad y Linderos: "Lote de terreno junto con la construcción en el existente, con una cabida aproximada de 1.000 v2, y linda: Norte, en 11,92 mtrs con la calle 78; Oriente en 54 mtrs, con la Casa # 9-39 que perteneció a Enrique Narváez; Sur en 11,92 mtrs con propiedad que es o fue del señor Luis Tamayo; occidente, en extensión de 54 mtrs con propiedad que fue de Guillermo"</p> | <p>Porque no se alcanzan a cubrir todas las actividades del plan de mantenimiento</p> <p>Porque no se cuenta con el personal suficiente para atender las necesidades de mantenimiento</p> <p>Porque se da prioridad a las instalaciones propias de la Universidad teniendo en cuenta que permiten mayor inversión de recursos</p> <p>Porque la instalación es en arriendo lo que limita la inversión en adecuaciones generales</p> <p>Porque solo se pueden programar actividades de conservación de la instalación</p> | NC-11-2023 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | A corte de I trimestre se realiza solicitud de eliminación de la actividad toda vez que esta acción ya no aplica para la actual vigencia debido a que se realizó entrega del edificio Nogal 2 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | <p>SB06N012097 SEI 05-02-2025</p> <p>9.2.2. Programa no relaciona cómo se realiza el proceso en cada una de las áreas equipos juguetes equipos colchonetas lencería etc., registros de limpieza y desinfección no son propios de la sede</p> | <p>el programa no detalla el proceso en cada área y los registros no son propios de la sede</p> <p>estas áreas no estaban contempladas dentro del programa de aseo y desinfección</p> <p>al elaborar el programa, no se tuvo en cuenta la especificidad de las necesidades de limpieza y desinfección de estas áreas no se realizó un levantamiento detallado de las áreas y equipos presentes en la sede al momento de diseñar el programa</p> | NC-11-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se cargaron las actualizaciones en iSolución y se sigue la revisión del PRT-GSS-002 y el FOR-GSS-057. También se solicitó al SGA la actualización del PLN-SGA-003 por los cambios en estos documentos. Una vez aprobados, se socializarán para su correcta implementación. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | <p>SB06N012097 SEI 05-02-2025</p> <p>9.4. Manejo y disposición de residuos sólidos</p> <p>9.4.1. No garantiza la implementación en su totalidad</p> <p>9.4.2. No implementa el nuevo código de colores en uso de bolsas para residuos no aprovechables en su totalidad</p> <p>9.4.3. No implementa el nuevo código de colores en uso de bolsas en su totalidad para residuos no aprovechables</p> | <p>Porque el sistema de Gestión Ambiental no había realizado la programación ni ejecución de capacitación al área de servicios generales</p> <p>Porque hubo un cambio de líder del SGA</p> <p>Porque la persona de servicios generales no tenía claro el código de colores</p> <p>Porque el personal de servicios generales de la empresa EASY CLEAN no se encontraba capacitada por el SGA</p> <p>Porque la empresa EASY CLEAN contratista de aseo y cafetería es nueva</p> | NC-112-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | A corte de I Trimestre se realizó una capacitación el día 28 de marzo al personal de SSG de la compañía Easy Clean y docentes de la instalación SEI IPN, en Gestión Integral de Residuos Sólidos. | 100,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|--|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | H02GDO-2022 Como resultado de la simple inspección ocular de las instalaciones de Archivo y Correspondencia ubicadas en el sótano del edificio A y en otros espacios dedicados al bodegaje de archivos, se encontró que no incorporan los lineamientos técnicos establecidos en el Acuerdo Número 02 del 01/10/2021 del Archivo General de la Nación "Por el cual se imparten directrices frente a la prevención del deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo y se deroga el Acuerdo No. 050 del 05 de mayo de 2000" norma cuyo ámbito de aplicación (Contemplado en el artículo 2º) incluye a la Universidad Pedagógica Nacional. Esta situación permite evidenciar situaciones de riesgo no sólo en la dimensión legal, al estar incumpliendo a la fecha una disposición vinculante de carácter nacional, sino también en la práctica cotidiana por el desconocimiento de lo consagrado en el artículo 6º de la <u>norma arriba citada, relativa al</u> | Los recursos asignados al proceso GDO, no son suficientes para su efectiva gestión. El equipo de trabajo asignado, no es suficiente para atender todas las responsabilidades propias de la gestión documental en la UPN. Las exigencias normativas en materia documental a nivel nacional han aumentado para las entidades del estado. Para garantizar la organización, conservación y custodia de la memoria documental institucional. | NC-114-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0 | Se presentan avances en la gestión, pero aun no se cumple con la acción propuesta | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | H06GDO-2022 Contrastado el informe de gestión de la vigencia 2021 de Archivo y Correspondencia contra el Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la vigencia 2021 del Proceso Gestión Documental, se evidencia que pese a las expectativas de ejecutar al 100% las actividades de los Planes de Acción y Mejoramiento del Proceso, en lo que concierne al último, se alcanzó apenas un treinta y cinco por ciento (35%). Dado que algunas situaciones datan de 2016, se evidencian dificultades para el cumplimiento de las acciones definidas en su momento para solucionar las causas raíz de hallazgos de vigencias anteriores, lo que implicaría una sobrecarga para el proceso al mantener por más de un lustro algunas tareas irresueltas que se van sumando a las recomendaciones derivadas de los seguimientos a los planes de Acción y Mejoramiento en cada vigencia. Esta situación deja entrever una eventual debilidad estructural inherente al proceso en lo referido al Control de Evaluación y Seguimiento endógeno de Gestión Documental. | El equipo de trabajo no verificó, que el Plan de Mejoramiento aprobado por la Oficina de Control Interno – OCI del 2022, estuviese publicado en el minisitio web de esa oficina. El equipo de trabajo no priorizó el seguimiento correspondiente. El equipo de trabajo tuvo que priorizar otras actividades. La intervención a los archivos de gestión para el traslado de las dependencias administrativas a las nuevas instalaciones. Las dependencias no realizaron la intervención archivística técnica en los tiempos correspondientes. | NC-115-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | Se registra la actividad en la concertación de objetivos en uno de los funcionarios del grupo, pero aun no se realizan jornadas de sensibilización, relacionadas con el proceso y el SIG | 50,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|--|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | GDO_NC01_2024 No se evidencia un control y seguimiento adecuado de los inventarios de archivos de gestión, lo que genera incumplimientos en los procesos de retroalimentación y cierre del ciclo de verificación por parte del Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental. - A corte de 2023, el 55% de las dependencias que reportaron inventarios de archivos de gestión no recibieron retroalimentación. En otros casos, Gestión Documental realizó el formato FOR_GDO_017 Revisión de transferencia, eliminación y/o inventario documental, en archivos de gestión, con un retraso de entre 8 y 9 meses después del envío por parte de la dependencia. - A corte de 2024, aunque se realizaron las revisiones, estas no fueron enviadas a las dependencias, lo que impidió cerrar el ciclo de verificación. Esta situación contraviene los criterios establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno, componente actividades de control, en tanto no se evalúa la efectividad de los controles de los procesos, y la norma NTC ISO 9001:2015 punto 8.5.1, Control de la producción y provisión del servicio, dado que, se requiere asegurar que los procesos estén controlados y cumplan | El Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental no realizó el control y seguimiento adecuado de los inventarios de archivos de gestión. El Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental no posee un método de control específico para los archivos de gestión. Elabora un consolidado anual de la gestión documental por dependencia en los informes de seguimiento a la gestión documental. Es más práctico el registro, una vez finalizada la implementación del cronograma anual de transferencias documentales. La actividad la realiza una funcionaria del área, para | NC-116-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | Se ajusta la tabla de seguimiento y control a la gestión documental en la UPN, pero aun no se envían Correos con las observaciones o ajustes del inventario del archivo gestión por cada unidad que ha reportado | 50,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | GDO_NC02_2024 En el marco del Sistema de Gestión Integral, no se ha documentado un proceso claro y estructurado que oriente a los funcionarios sobre la elaboración de inventarios de archivos de gestión documental, incluyendo la periodicidad, los procesos de control y las responsabilidades asociadas, lo que afecta tanto la precisión de los inventarios como su correcta gestión. Esta situación contraviene los criterios establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno, componente actividades de control, en tanto se deben establecer procesos y actividades controladas, y la norma NTC ISO 9001:2015 punto 7.5.1 dado que, se debe asegurar la documentación necesaria para que sea apropiada, controlada y accesible. | El proceso de elaboración de inventarios de archivos de gestión no está documentado. El Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental no ha realizado la actualización documental del proceso. El equipo de trabajo tuvo que priorizar otras actividades. La capacidad instalada del equipo de trabajo no es suficiente para atender todas las actividades La universidad ha crecido, pero la planta de personal para el caso del GDO, recientemente creado no ha aumentado. | NC-117-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0 | Se presentan avances en la gestión, pero aun no se cumple con la acción propuesta | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC01-DOC-2024: Generando la revisión de la matriz de servicio no conforme se identifica que el proceso de docencia reportó el 10 de octubre de 2023 seis salidas o productos no conformes, en donde las primeras dos son reporte de notas académicas y disponibilidad de espacios, físicos, materiales y equipos para el desarrollo de las actividades académicas las cuales se identifica que se diligencia por completo en el FOR GDC-013, pero para las salidas o productos no conformes 3,4,5 y 6 que son inicio y desarrollo de prácticas pedagógicas, exámenes de estado saber pro, novedades en la malla curricular y salidas de campo, no se | No hay correcta identificación de las posibles salidas no conformes. Hay ausencia de seguimiento y control a las salidas no conformes. Falta capacitación para el registro y diligenciamiento de la matriz FOR GDC-013 Identificación y tratamiento de salidas no conformes | NC-118-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se solicitará la capacitación para el diligenciamiento de la matriz de identificación y seguimiento a las salidas no conformes, así como las demás acciones definidas en el plan de mejoramiento. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|--|---|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | AM-01-2023: . Realizada la verificación sobre el avance en las acciones incorporadas al Plan de Mejoramiento derivado de la Auditoría de Calidad realizada en 2020 al Proceso de Internacionalización, se encontró que, pese a las evidencias aportadas por el Proceso para dar cuenta del cumplimiento de las tareas, tanto en la prueba de recorrido de la auditoría como en los informes de seguimiento realizados por la Oficina de Control Interno en 2021 y 2022 existen algunas actividades pendientes que no han permitido cerrar las No Conformidades detectadas hace tres años. Por tal motivo, se invita al proceso a reformular, si es el caso, las acciones para solucionar los pendientes del Plan de Mejoramiento | No se actualizaron los Procedimientos PRO001INT, PRO002INT, PRO003INT Y PRO004INT del Proceso de Internacionalización en los tiempos proyectados para tal fin. Falto seguimiento y control para culminar la actualización de los Procedimientos PRO001INT, PRO002INT, PRO003INT Y PRO004INT No se estableció un plan de trabajo interno para llevar a cabo el proceso de actualización de los procedimientos PRO001INT, PRO002INT, PRO003INT Y PRO004INT. Fue necesario reformular y elaborar los procedimientos PRO001INT, PRO002INT, PRO003INT Y PRO004INT | NC-119-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se reformularon las metas en Plan de Mejoramiento para junio de 2025 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC-04-2020 Se pudo evidenciar que aunque el Proceso tiene un control claro del desarrollo de actividades de los estudiantes pertenecientes al Grupo de Protocolo, no hay generado un Procedimiento dentro del Sistema de Gestión de Calidad que esboce el desarrollo del mismo y que atienda lo señalado en el Acuerdo 038 de 2004, Artículo 15. Se debe tener en cuenta que se está manejando un flujo de información con generación de Planillas, aprobaciones para pagos y vistos buenos relacionados con otros Procesos, que con llevan a pagos y uso de recursos, que solo un Procedimiento permite detallar las responsabilidades y presenta la normatividad sobre la cual se rige este, atendiendo así a lo estipulado por la Universidad Lo expuesto, incumple el numeral 8.3.4 de la NTC ISO 9001:2015. | Se desconocieron las responsabilidades señaladas en el Acuerdo No. 038 de 2004 relacionadas con el Grupo de Protocolo. No se consideró planificar las actividades del Grupo de Protocolo a través de un Procedimiento. No se cuenta con un procedimiento para seleccionar el Grupo de Protocolo. No se concluido la revisión y validación del proyecto procedimiento para la selección y conformación del Grupo de Protocolo. | NC-120-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se reformularon las metas en Plan de Mejoramiento para junio de 2026 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | Se ha identificado la falta de actualización en la gestión documental mediante archivo electrónico para la vigencia 2024, contraviniendo los lineamientos establecidos en la Guía GUI-GDO-006 Gestión de Documentos Durante la Emergencia Sanitaria por Covid-19 de la UPN de Gestión Documental. Esta situación incumple los estándares del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI en su Componente de Información y Comunicación, así como los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 en los numerales 7.5.3.1 literal a) y 7.5.3.2 literal b. | Porque el archivo de gestión del SGA previo a la auditoría se estaba realizando con base a la TRD de la VAD Porque se realizó traslado del Sistema de Gestión Ambiental al Grupo Interno de Trabajo de Infraestructura Física Porque se realizó traslado del Sistema de Gestión Ambiental al Grupo Interno de Trabajo de Infraestructura Física Porque la Universidad se encuentra en proceso de convalidación de las TRD y no se ha aprobado la tabla de retención documental del GIF | NC-121-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | Para el desarrollo de este logro se solicitó a Gestión Documental una capacitación la cual fue recibida el día 10/03/2025 por la funcionaria Carmenza Mosquera. Adicional, se solicitó la recuperación de clave de Drive para archivo a mesa de ayuda, pero aun no se tiene Archivo de transferencia organizado en el drive correspondiente | 50,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|---|-------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NCU5-GIF-2023:</p> <p>Teniendo en cuenta la Matriz de Riegos de la norma GTC45 y de acuerdo con los recorridos efectuados a las diferentes sedes objeto de muestra para la presente auditoria se identificaron los siguientes riesgos:</p> <p>Sede Parque Nacional:</p> <p>Riesgos físicos:</p> <p>Iluminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La sede cuenta con baja iluminación natural y algunas lámparas se encuentran deterioradas con cableado expuesto. <p>Riesgos Locativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La sede cuenta con filtraciones de agua lluvia en el techo del almacén, pasillos y algunas aulas de clase. •Cunetas de agua sin angeos o rejillas •Crietas en paredes, baldosas rotas •Cuarto de almacenamiento de los residuos fue destinado como bodega de elementos de construcción, en él se encontró al momento de la visita bultos de cemento, arena entre otros. •Vidrios rotos en las instalaciones. •Se realizó la construcción de una escalera de acceso a las instalaciones parque nacional de cemento la cual cuenta | <p>Porque la instalación no es propia, por lo tal las actividades de mantenimiento programadas son de conservación y mantenimiento general</p> <p>Porque la administración de la Facultad debe reportar a cada área los daños inmediatos generados en la instalación.</p> <p>Porque no se cuenta con personal de mantenimiento permanente en la instalación, es personal transitorio.</p> <p>Porque no se alcanzan a programar todos los mantenimientos mayores necesarios en el Plan de Mantenimiento de la instalación</p> <p>Porque no todos los hallazgos descritos son responsabilidad del GIF</p> | NC-12-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El inicio de esta actividad será en el segundo Trimestre de la vigencia, se realizará mesa de trabajo con la SSG para definir la actividades a desarrollar y el Plan de Trabajo a ejecutar | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NCU3-SGA-2024: De acuerdo con el ejercicio auditor y en aras de evaluar las acciones y seguimientos que desde el Comité ambiental se han establecido en relación con los aspectos ambientales que desde la Universidad propende y atendiendo la normatividad vigente, política ambiental y principios ambientales, se solicitaron las actas de reunión del comité ambiental correspondiente a la vigencia 2024, sin embargo, estas no fueron suministradas indicando la no realización del mismo en la presente vigencia.</p> <p>Lo anterior enmarca incumplimiento a lo establecido en la Resolución 0777 de 21 de junio de 2018 Artículo 4° Parágrafo 5° que indica: "El Comité ambiental sesionará de manera ordinaria, mínimo cada tres (3) meses y de manera extraordinaria cuando sea convocado por su presidente", adicional a lo programado en el cronograma de actividades en donde se indica que para la vigencia 2024 se convocará a sesión de comité en los meses febrero, junio, octubre y a lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI- Componente</p> | <p>Porque el Sistema de Gestión Ambiental no es miembro del comité ambiental de acuerdo con la Resolución 777 del 2018</p> <p>Porque la secretaria técnica del comité ambiental es la misma funcionaria responsable del SGA quien había sido delegada a estas funciones cuando hacia parte de la VAD</p> <p>Porque se realizó el cambio del SGA de la VAD al GIF.</p> <p>Porque no se cuenta con la disponibilidad de tiempo para el desarrollo de ambas funciones ya que se prioriza lo correspondiente al Sistema de Gestión Ambiental y GIF.</p> | NC-122-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El inicio de esta actividad será en el segundo Trimestre de la vigencia. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|--|--|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC-01-SAG-2024: Para el SGA se evidenció que la última medición de los indicadores de eficacia Consumo de agua corresponde a 30 de junio de 2023, y para los indicadores de Consumo de energía, Ejecución del plan de capacitaciones del SGA 30 de junio de 2024 lo cual representa desactualización dado que la periodicidad establecida en los mismos es mensual. Adicional los indicadores de Gestión trazabilidad manejo integrado de residuos especiales y trazabilidad de manejo de respet también se encuentran desactualizados en su medición dado que el ultimo registro es de marzo de 2024 y su periodicidad es semestral. Lo anterior incumple lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano componente Actividades de Control- Indicadores de gestión y la ISO 9001:2015 numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación | <p>Porque el personal del SGA encargado del reporte de indicadores tuvo constante rotación durante el año (3 funcionarios).</p> <p>Porque cada funcionario tenía un criterio diferente para la interpretación de los indicadores.</p> <p>Porque al momento de ingresar los nuevos funcionarios del SGA se debía realizar el proceso de inducción y explicación de actividades lo que retrasaba las mediciones.</p> <p>Porque los periodos de facturación de los servicios públicos no se encuentran estandarizados lo que dificulta la consolidación de la información para la medición</p> | NC-123-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El inicio de esta actividad será en el segundo Trimestre de la vigencia. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | La ficha de caracterización y normograma están desactualizados - Los procedimientos PRO001GSS, PRO002GSS, PRO008GSS, PRO009GSS, PRO010GSS, PRO012GSS y PRO014GSS están desactualizados - Falta incluir el FOR017GSS en el procedimiento de mantenimiento. | <p>La documentación no se encontraba actualizada</p> <p>no se ha realizado su revisión y actualización en el periodo establecido</p> <p>no se asignó un responsable o no se priorizó dentro del cronograma de actualizaciones.</p> <p>o hay un mecanismo claro de seguimiento para garantizar la actualización de los procedimientos en el tiempo adecuado.</p> | NC-124-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se actualizó el borrador del PRO-GSS-002, incluyendo la compra de tiquetes con tarjeta de crédito de caja menor y la digitalización de firmas, sin embargo no esta actualizado aun. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | ICONTEC | No_Conformidad | NC-ICONTEC-3-2024 8.1 No se evidencia que la organización asegure la planificación de los servicios teniendo en cuenta la determinación de los requisitos para la prestación de los mismos Evidencia: Para los servicios de consultorio médico, restaurante y cursos de piscina que actualmente se prestan en la Calle 72 N. 11 – 86, no se tuvo en cuenta el concepto de la secretaria de salud que actualmente tiene emitido para la sede. NC-ICONTEC-4-2024 Descripción de la no conformidad: No se evidencia que la organización asegure la revisión de los requisitos previos a la prestación del servicio, que incluya los requisitos legales y reglamentarios aplicables Evidencia: - Acta SB06N005734 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86. Calidad del agua y saneamiento básico, con concepto desfavorable. - Acta SB01N025059 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86, para la piscina de la Universidad el concepto está en el acta principal. - Acta SB01N 025058 del 06/04/2022 realizada a la sede Calle 72 N. 11 – 86 | <p>Porque, aunque se han realizado esfuerzos significativos, estos no han sido suficientes para abordar de manera integral todos los hallazgos identificados en las diferentes visitas de la Secretaría de Salud</p> <p>Porque el seguimiento interno no ha evaluado completamente el impacto de estos hallazgos en la prestación de servicios de la Universidad, lo que ha limitado la efectividad de las medidas implementadas.</p> <p>Porque no existen mecanismos de sistematización y trazabilidad de la información que permitan a las áreas y sus líderes acceder a datos relevantes de periodos anteriores para gestionar de manera eficiente los procesos</p> | NC-125-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | Por parte de ODP se ha cumplido con 1 de las 2 acciones, relacionada con el concepto de viabilidad sobre la actualización de los costos de matrícula del Centro de Lenguas para 2025 con la incorporación de la recomendación | 50,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|---|--|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N011066, 4.1 y 4.2 Se evidencia humedad en pasillo del cuarto piso, salón 400B y techo torre B. | Se evidencia humedad en pasillo del cuarto piso, salón 400B y techo torre B. hay filtraciones de agua que están afectando esas zonas. no se había realizado impermeabilización de la cubierta | NC-127-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | A corte de primer trimestre no se han realizado actividades para esta meta, toda vez que corresponde a un hallazgo generado en visita de SDS en el mes de abril, aún se está estructurando Plan de Acción para dar cierre al hallazgo | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N011066, 4.1 y 4.2. Se evidencia humedad techo tercer piso pasillo del edificio E, salón 310E, techo museo y Vestier mujeres de la piscina. Humedad escalera del tercer piso. Deterioro paredes piscina, deterioro piso salón 302E Calle 72 | se evidencias manchas en techos y deterioro en piso en el tercer piso del bloque E no se ha realizado cambio de cielorraso del edificio posterior a la impermeabilización Se estaba esperando la finalización de la obra de impermeabilización se debe garantizar que no existan más goteras para que se pueda realizar los cambios de techo y piso necesarios | NC-128-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Esta acción se iniciara durante el segundo trimestre de 2025 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | B06N011066, 7.8, Se evidencia desprendimiento de pintura techo y piso mujeres Torre B. Humedad baño mujeres Paulo Freire, humedad baño torre E, humedad y oxido baños torre b piso 2 y hombres torre C. Calle72 | se observan condiciones de humedad, deterioro de acabados y presencia de óxido en varios baños. no se han realizado recientemente labores de mantenimiento preventivo en esos puntos específicos. estas áreas no se habían priorizado dentro del plan de mantenimiento. no se habían reportado como zonas críticas o no se había evidenciado aún el nivel de afectación actual. | NC-129-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Esta acción se iniciara durante el segundo trimestre de 2025 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N011066, 9.4.3, Se evidencia deterioro de baldosas en área de residuos de química. Calle 72 | Algunas baldosas del área presentan fisuras, levantamientos y desgaste visibles. no se han realizado mantenimientos preventivo específicos en esta zona. no se había priorizado esta área en el plan de mantenimiento. No se habían reportado incidentes o situaciones que activaran una intervención inmediata. | NC-131-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Esta acción se iniciara durante el segundo trimestre de 2025 | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|--|-------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N005734 CALLE 72 2022: aberturas en paredes de taller tecnología por material ladrillo expuestos y huecos en techos frente a puerta, piso con huecos sin protección adecuada para desinfección, estructura en material rugoso no garantiza la efectividad en la limpieza. | El espacio no cumple con las condiciones sanitarias para su adecuado funcionamiento. No se han realizado actividades de mantenimiento general del taller de tecnología. Los recursos asignados para contrato de suministro de materiales no alcanzan a cubrir las necesidades del área. Las necesidades de este espacio requiere un mantenimiento mayor. | NC-13-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0,00% | 31/03/2025: : En relación con el hallazgo identificado en el taller de tecnología, por parte del GIF se tiene contemplado un estudio para la adecuación de toda el área, lo que comprende resanes, pintura y adecuación de muros. Dado el alcance de estas intervenciones, su ejecución requerirá una planificación detallada, lo que podría implicar un tiempo mayor para su implementación | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC06-GIF-2023 Teniendo en cuenta la Matriz de Riesgos de la norma GTC45 y de acuerdo con los recorridos efectuados a las diferentes sedes objeto de muestra para la presente auditoría se identificaron los siguientes riesgos: Sede Calle 72: Ruido: •En el área de la caldera ubicada en la piscina se observó una alta exposición al ruido que emiten estas, es importante garantizar al personal asignado a esta área contar con los Elementos de Protección de Personal indispensables para la manipulación de estos equipos. Iluminación: •El área de carpintería cuenta con una iluminación deficiente, debido a que solo se cuenta con una lámpara eléctrica, no cuenta ventanas que permitan la luz natural. •El taller de tecnología no cuenta con luz natural, haciendo uso de luz artificial permanentemente. Condiciones de seguridad: Mecánico: | Porque la instalación requiere una intervención mayor en varias de sus áreas. Porque el personal de mantenimiento no puede cubrir las actividades de intervenciones – obras que requiere la instalación Porque se priorizan las actividades de mantenimiento general de la instalación y actividades correctivas Porque las intervenciones -adecuaciones requieren mayor cantidad de recursos Porque se requiere estructurar proyectos para establecer viabilidad de las adecuaciones necesarias dadas las condiciones actuales de las áreas | NC-13-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El inicio de esta actividad será en el segundo Trimestre de la vigencia, se realizará mesa de trabajo con la SSG para definir la actividades a desarrollar y el Plan de Trabajo a ejecutar | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N011066, 9.5.1, Falta barrera física en área de parqueadero, piscina y cuarto de bombas torre P. Calle 72 | estas zonas no cuentan con elementos que limiten el acceso o delimiten físicamente el espacio. no se han instalado barreras como cerramientos, rejas o señalización restrictiva. no se había identificado el riesgo potencial o necesidad de control de acceso en estas áreas. no se habían reportado incidentes o situaciones que activaran una intervención inmediata en seguridad física. | NC-132-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Esta acción se iniciara durante el segundo trimestre de 2025 | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|---|--|-------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB18N017910. 3.4, Falta garantizar adecuada ventilación en servicios sanitarios. Calle 72 | <p>los servicios sanitarios no cuentan con una ventilación adecuada que permita la circulación y renovación del aire.</p> <p>no se han implementado sistemas mecánicos ni se han realizado mejoras en la ventilación natural.</p> <p>Estas intervenciones no han sido incluidas dentro de las acciones de mantenimiento preventivo.</p> <p>No se había evidenciado como un hallazgo relevante o no se había priorizado frente a otras necesidades más urgentes.</p> | NC-134-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Esta acción se iniciara durante el segundo trimestre de 2025 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N005734 CALLE 72 2022: fisura en paredes y unión con techo de baño de mujeres piso 1 biblioteca. | <p>Las vibraciones del piso generan agrietamiento.</p> <p>La carga vehicular de la calle 72 genera agrietamiento.</p> <p>La infraestructura antigua facilita el deterioro.</p> <p>Requiere mantenimiento mayor para cierre del hallazgo.</p> <p>Los recursos del contrato de suministro no permite cubrir la totalidad del mantenimiento.</p> | NC-14-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0,00% | 31/03/2025:Por parte del GIF para la actual vigencia se tiene contemplado llevar a cabo evaluaciones estructurales del edificio, ya que se ha determinado que estas fisuras están relacionadas con el movimiento natural de la estructura debido a las vibraciones generadas por la carga vehicular de la Calle 72 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC01-SSI-2024: Dentro de las actividades que se realizaron en la ejecución de auditoría se realizó la valoración de impacto, frecuencia, gestión y fecha de creación de los indicadores del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, donde se evidenciaron las siguientes situaciones: | <p>Porque no se reflejan fechas de creación, algunas fórmulas no son claras y ciertos indicadores no cuentan con medición actualizada.</p> <p>Porque el sistema no ha sido configurado adecuadamente para garantizar la actualización automática y la validación de los datos ingresados.</p> <p>Porque no se han establecido parámetros de control que lleven a los usuarios a ingresar datos completos, actualizados y en el formato correcto en solución.</p> <p>Porque los permisos para modificar, actualizar y aprobar la información de los indicadores están restringidos a ciertos usuarios, lo que retrasa la gestión.</p> <p>Porque la mayoría de</p> | NC-144-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Para la fecha de corte de este seguimiento no se cuenta con la información para realizar la medición de los indicadores del proceso formulados; está pendiente la respuesta por parte de las funcionarios responsables de los mismos, según los periodos de medición definidos. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|---|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC02-SST-2024</p> <p>Mediante entrevista se evidenció que no se dispone de un espacio para el almacenamiento de expedientes físicos. Las historias clínico laborales de activos e inactivos se encuentran en el consultorio médico (aproximadamente 200 carpetas que datan desde el 2012), del edificio A de la Calle 72. Por consiguiente, se está incumpliendo con lo establecido en la normatividad archivística de orden nacional. Lo anterior incumple lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno MECI, componente de Actividades de Control. NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5.3 Control de la Información documentada. 7.5 Información Documentada. 8.5.4 Preservación.</p> | <p>Porque no se ha asignado un archivo centralizado y seguro para el almacenamiento de estos documentos.</p> <p>Porque no se ha planificado ni gestionado un espacio físico con las condiciones necesarias para la conservación de esta tipología de documentos.</p> <p>Porque no se ha priorizado esta organización y no existen controles para garantizar el cumplimiento de la normatividad archivística para las historias clínico - laborales</p> <p>Esta actividad es considerada como secundaria y el control sobre el manejo documental de las historias clínico - laborales, no le corresponde al GISST</p> | NC-145-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 58% | <p>Por parte del Grupo de archivo y correspondencia se realizó inspección del archivo de Historias Clínicas y se recibieron las orientaciones sobre el manejo de las mismas. Se realizó la cotización y compra de las carpetas solicitadas, así como se obtuvo un archivero para organizar las Historias clínicas existentes a la fecha. □</p> | 58,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC03-SST-2024: En atención a las actividades de revisión y monitoreo que se realizó durante el proceso auditor, en el aplicativo ISOLUCIÓN se evidenció que, el Edificio administrativo calle 72 no cuenta con plan de emergencias, asimismo, se indagó al equipo de trabajo quienes informaron que, aun cuando el edificio esta siendo habitado, aun faltan modificaciones en el piso uno (1), mezanine y el octavo piso, hasta tanto estas adecuaciones no finalicen no es posible dar inicio con el la creación del plan de emergencia, puesto que, dentro de este plan deben ir las imágenes de los planos y rutas de evacuación demarcadas. Por otro lado, indican que por el número de actividades y el número de funcionarios que en este momento cuenta la dependencia no es posible cumplir con todas las actividades delegadas adicionalmente, están realizando funciones de coordinación puesto que la persona líder, esta en licencia de maternidad desde el mes de agosto de 2024.</p> <p>Lo anterior incumple lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.25. Prevención, preparación y respuesta ante emergencias.</p> | <p>Porque aún no han finalizado las modificaciones en el primer piso, mezanine y octavo piso, lo que impide la inclusión de planos y rutas de evacuación.</p> <p>Porque no hay una planificación clara sobre los tiempos de ejecución y las adecuaciones se han retrasado por factores administrativos o presupuestales.</p> <p>Porque no se ha establecido una estrategia para garantizar que la infraestructura mínima necesaria esté lista dentro de un plazo que permita elaborar el Plan de Emergencias a tiempo.</p> <p>Porque no hay una coordinación efectiva entre las áreas responsables de infraestructura y gestión del riesgo, lo que genera</p> | NC-146-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | <p>Se llevó a cabo reunión con las personas encargadas de brigadas y emergencias en el Instituto Pedagógico Nacional - IPN, se cuenta con un documento propuesta del plan de emergencias en proceso de revisión por parte de la ARL y pendiente de los aportes por parte de los encargados en el IPN.</p> | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|---|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC01 – GSST – 2023: Una vez revisado y evaluado el aplicativo Isolución, se encontró que, los Planes de emergencias: Sede calle 72 PLN-SST-001, Calle 79 PLN-SST-002, parque nacional PLN-SST-003, Centro de lenguas PLN-SST-004, Posgrados PLN-SST-006, Valmaría PLNSST-007, Nogal PLN-SST-008, Finca San José Villeta PLN-SST009, Plan de emergencias institucional PLN-SST-010, se encuentran desactualizados de acuerdo con la actual estructura organizacional y los responsables; por otro lado, no se cuenta con Plan de Emergencias para la sede Nogal 2 ubicada en la calle 78 # 9-53 predio usado bajo la modalidad de arrendamiento según contrato 401 de fecha 19 de agosto de 2022, y el cual fue destinado para ampliar las instalaciones de la Facultad de Bellas Artes, para dar cumplimiento al Convenio de Profesionalización de Artistas de Funza y la Maestría en Arte, Educación y Cultura, y ampliar la capacidad en aulas y oficinas administrativas. | <p>Porque el personal actual con que cuenta el grupo de SST tiene una alta carga laboral dado el incremento de actividades operacionales propias de SST como las labores administrativas y de gestión exigidas por las dinámicas institucionales.</p> <p>El número de funcionarios del GITSST en relación con el número de funcionarios de la universidad entre administrativos y docentes es insuficiente y a su vez la actualización o creación de los planes de emergencia se deben incluir aspectos que no dependen directamente del grupo de SST</p> <p>Por que la administración de la Universidad, no ha designado recurso para la contratación de más personas en el grupo de SST y de acuerdo a la</p> | NC-147-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Le ejecución de la acción está programada para iniciar en el siguiente trimestre. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | No. 113 (SB06N012097 SEI 05-02-2025)-41(SB06N010360) 10. Condiciones de seguridad gestión del riesgo 10.7. Botiquín no se ajusta resolución 705 del 2007 | <p>Porque la Secretaría Distrital de salud de Bogotá - SED realiza visitas periódicas a diferentes instalaciones de la universidad, en esta oportunidad a la Sección de Educación Inicial del IPN</p> <p>Porque a la SED le corresponde velar por el cumplimiento de la normativa en las instalaciones en relación con las condiciones locativas, áreas de recreación, laboratorios, instalaciones hidráulicas y sanitarias, servicio de refrigerios escolares, saneamiento básico, condiciones de seguridad - gestión del riesgo, entre otras y a la UPN atender las observaciones realizadas frente al incumplimiento</p> <p>Porque al ser menores de edad se debe tener mucho cuidado con la</p> | NC-148-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | La ejecución de esta acción formulada está programada para el siguiente trimestre, durante el mes de marzo no se llevaron a cabo actividades relacionadas. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N005734 CALLE 72 Falta mejorar condiciones de orden y limpieza en taller de tecnología y carpintería. | <p>El espacio no es el adecuado para almacenar los elementos de carpintería.</p> <p>Se encuentran herramientas y maquinaria inservible que no se ha dado de baja.</p> <p>Falta de orden y aseo para determinar el espacio real que se requiere.</p> <p>No se ha realizado una jornada de orden y aseo por parte de los responsables.</p> | NC-21-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0,00% | 31/03/2025: Se tiene proyectado realizar el traslado de la carpintería hacia el parqueadero. Sin embargo, mientras se concreta este traslado, se han mantenido las jornadas de orden y limpieza en esta área para garantizar condiciones adecuadas. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|---|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | H-GSI-192023 2: MECI Políticas de Operación: Al efectuar la revisión de los inventarios asignados a los funcionarios de la Subdirección en el aplicativo Goobi, se tomó una muestra del 30%, que corresponde a 7 registros, evidenciando en el 100% de la muestra que los bienes están asignados parcialmente, no están asignados a los cuentadantes responsables, o están asignados pero no aparecen físicamente; adicionalmente, a lo anterior en la vigencia 2022 no se encontraron los formatos de FOR-GSS-012 Acta de entrega de cargo, Paz y Salvo e informe de gestión; lo cual incumple con lo establecido MNL-GSS-001 el Manual de Manejo de Bienes de la Universidad - Responsabilidad - 6.3.7 entrega de bienes por cuentadantes retirados o trasladados y en el numeral 1.2.5 Políticas de Operación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014. | <p>No se realiza seguimiento efectivo al inventario asignado a cada uno de los trabajadores adscritos a la SGSI, una vez culminado su periodo contractual.</p> <p>Falta de concientización del personal adscrito a la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información (SGSI), respecto a la custodia de los activos asignados y la gestión de trámite de traslado al terminar las vigencias anuales.</p> <p>No se ha designado un responsable en la SGSI que se encargue de validar el inventario asignado a cada uno de los trabajadores adscritos a la SGSI.</p> <p>No se tiene implementado un control para que al final de cada vigencia se valide la entrega de los activos</p> | NC-22-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre, no se tiene aun, el Informe de los inventarios asignados a los cuentadantes de la SGSI actualizados y validados. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | HSA06N006164-2022 IPN Conexiones eléctricas sin protección en laboratorio | <p>No se tenía el reporte de la falta de protección de las conexiones eléctricas en el laboratorio</p> <p>Falta de personal para realizar recorridos y determinar la totalidad de daños generados en las áreas de la Universidad.</p> <p>En la mayoría de áreas son los encargados de cada una de ellas de realizar los reportes de daños y deterioro.</p> <p>No se había recibido notificación del daño por los encargados.</p> | NC-26-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100,00% | 31/03/2025: se realizó una revisión del sistema eléctrico del laboratorio y se ajustaron las conexiones que estaban sin protección.]] | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC01-GSI-2024 Al efectuar la revisión de la normatividad que rige al Comité de Gobierno Digital, se encontró que en la Resolución 644 de 2019, "Por la cual se deroga la Resolución 1408 del 9 de diciembre de 2013, y se crea el Comité de gobierno Digital en la Universidad Pedagógica Nacional", se cita dentro de los considerandos el Decreto 1078 de 2015, subrogado por el Decreto 1008 de 2018; no obstante, esta norma se encuentra subrogada por el Decreto 767 de 2022 "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital y se subroga el Capítulo 1 del Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones", así las cosas, el fundamento legal de la norma base sobre el Comité de Gobierno Digital no ha incorporado las actualizaciones normativas de superior jerarquía, con las consecuencias jurídicas que de ello se derivan. | <p>El Decreto 767 de 2022 no fue considerado en la Resolución 644 de 2019, debido a que se realizó en una fecha anterior a la establecida por MinTIC.</p> <p>Debido a la falta de personal capacitado, no se cuenta con los conocimientos para el desarrollo de las nuevas incorporaciones y cambios normativos en la Política de Gobierno Digital de la SGSI.</p> <p>Porque no se ha asignado un responsable exclusivo, encargado de fungir como secretario técnico y responsable de la seguridad de la información de la UPN.</p> <p>Porque no se ha establecido como prioridad dentro de la Subdirección y la Universidad.</p> <p>Porque la Universidad no</p> | NC-26-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------|--|--|------------|---------------------------|----------|------------------|-----------------|--|---------------------|-------------------------|--|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | | | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO | | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | <p>BISA06N006164-2022 IPN</p> <p>- Techo en primaria pasillos con manchas amarillos, techo en secundaria piso 2 sin acrílico, aula sistemas primarias con humedad y ausencia acrílicos en techos, en área de primeros auxilios humedad techo, grieta en edificio bachillerato, mobiliarios sillas transición deterioradas, falta en panadería barrera física en techo-muro.</p> <p>- Piso en área de tecnosueños deteriorado, no facilita procesos de limpieza y desinfección.</p> <p>HSB01N025572-2022 IPN</p> <p>Se evidencia humedad en paredes deterioro y desprendimiento de pintura en paredes</p> | <p>Deterioro de la instalación por antigüedad en la misma y falta de mantenimiento.</p> <p>Falta de personal con curso de alturas en esta instalación para realizar revisión de cubiertas y determinar la totalidad de daños generados en las áreas de la Universidad.</p> <p>En la mayoría de áreas son los encargados de cada una de ellas de realizar los reportes de daños y deterioro.</p> <p>No se había recibido notificación del daño por los encargados.</p> | NC-29-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0,00% | 31/03/2025: se han adelantado diferentes acciones a lo largo del primer trimestre de 2025; sin embargo, es necesario continuar trabajando en las instalaciones para solucionar todos los hallazgos mencionados. II | 0,00% | | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | <p>BISA06N006164-2022 IPN</p> <p>En panadería hace faltan barreras físicas para evitar acceso de plagas.</p> | <p>No se había identificado la necesidad de barreras físicas en este espacio para evitar el acceso de plagas.</p> <p>Falta atención al detalle al momento de realizar labores de mantenimiento relacionadas con sellamiento de espacios.</p> <p>El personal de mantenimiento no tiene conocimiento de los requisitos que exige la Secretaría de Salud al momento de realizar visitas de inspección.</p> <p>No se ha capacitado al personal en los requisitos que exige la Secretaría de salud.</p> | NC-34-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100,00% | 31/03/2025: se han instalado ángeles en los espacios generados por las tejas, con el fin de impedir la entrada de plagas y mejorar las condiciones de higiene y seguridad en la zona.II | 100,00% | | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaria_de_Ambiente | No_Conformidad | <p>SB06N010360- Escuela Maternal (18-07-2024) Numeral 4.5</p> <p>Falta iluminación en baño casa 2 piso1</p> <p>Área de almacenamiento de residuos no aprovechables</p> | <p>El bombillo del baño se dañó recientemente y el área de almacenamiento de residuos no aprovechables no contaba con iluminación</p> <p>El bombillo del baño falló y no se consideró la instalación de iluminación en el área de almacenamiento de residuos no aprovechables desde el principio</p> <p>El plan de mantenimiento preventivo actual no incluye la instalación de iluminación en el área de almacenamiento de residuos no aprovechables y la iluminación en el baño no se reparó después del fallo del bombillo</p> <p>El plan de mantenimiento preventivo se diseñó con base en las condiciones iniciales y no se ajustó para abordar problemas</p> | NC-36-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se realizó el reporte de la totalidad de las evidencias de la No conformidad #40 y No conformidad #36 | 100,00% | | |

**FORMATO**

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| COMPONENTES GENERALES | | | | GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------|---|--|-----------------------|---------------------------|-------------------------|------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | | |
| | | | | | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaria_de_Ambiente | No_Conformidad | BB06N010360- Escuela Maternal (18-07-2024) Numeral 9.2.2 y 9.4.3 Garantizar adecuado almacenamiento de residuos de material aprovechables , garantizando área de suficiente capacidad acorde a la cantidad de residuos generados garantizando la implementación en su totalidad del plan de gestión de riesgo de desastres. | El cuarto destinado para este propósito es demasiado pequeño para la cantidad de residuos generados No se ha realizado una ampliación del cuarto para adecuarlo a la capacidad necesaria Se requiere la autorización del propietario para realizar modificaciones estructurales El arrendamiento limita la capacidad del inquilino para hacer cambios en la estructura de la vivienda sin el consentimiento del propietario No se ha realizado una solicitud formal al propietario | NC-40-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: La SSG gestionó y obtuvo la autorización del propietario para las modificaciones propuestas por el GIF y solicitó el diseño del nuevo cuarto de residuos, el cual fue entregado. Además, tras consulta al SGA, se determinó que no es necesaria la ampliación del área ni el ajuste en la frecuencia de recolección de residuos aprovechables en la Sección de Educación Inicial - IPN.[] | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | HA-02-SSG-2023: La visita a la Instalación Instituto Pedagógico Nacional, la entrevista con el director y otros funcionarios administrativos, la encuesta sobre habitabilidad aplicada y el material fotográfico recabado permiten establecer que el panorama, desde la perspectiva de riesgos no definidos o insuficientemente documentados, es crítico: existe riesgo legal para la continuidad de la operación en caso de visita de autoridades externas. Hay gran riesgo reputacional para la Institución si se presenta algún accidente o situación que afecte individual o colectivamente a la comunidad académica del Instituto Pedagógico Nacional, conformada preeminentemente por menores de edad (riesgos ocasionados por situaciones como el deterioro del muro perimetral, la inviabilidad total de los elementos de madera de los parques infantiles, múltiples cubiertas en fibrocemento, desprendimiento de fragmentos de mampostería, ausencia de planos específicos eléctricos e hidráulicos. | Las adecuaciones de las instalaciones se realizan conforme priorizan las directivas de la Universidad Se está conformando el grupo de infraestructura y su alcance para intervención de áreas en la Universidad Se está realizando comités directivos para establecer prioridades y ruta de actuación de las obras que requiere la Universidad No se ha estructurado un Mapa de riesgos para el Grupo de Infraestructura en el que se determinen los riesgos de cada instalación | NC-42-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 33,33% | Se realizó primer seguimiento en la programación presupuestal se evidencian actividades en las instalaciones de calle 72 e IPN se están priorizando actividades Nogal | 33,33% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC-03-SSG-2023 La Subdirección de Servicios Generales – Planta física no ha dado respuesta a las comunicaciones remitidas por el Departamento de Tecnología a través de las cuales se ha reiterado la necesidad de solucionar aspectos específicos de la planta física del taller de tecnología, las cuales datan desde el año 2019. Esto incumple el numeral 7.4 Comunicación dado que no se da respuesta a los usuarios y partes interesadas del proceso. | Las adecuaciones de las instalaciones se realizan conforme priorizan las directivas de la Universidad Se está conformando el grupo de infraestructura y su alcance para intervención de áreas en la Universidad Se está realizando comités directivos para establecer prioridades y ruta de actuación de las obras que requiere la Universidad No se tienen definidas las necesidades totales del Taller de Tecnología | NC-43-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | En Diciembre 2024 se realizó un recorrido en el Taller de Tecnología con el fin de determinar actividades para poder ejecutar una adecuación en la vigencia 2025, sin embargo, a la fecha se ha evidenciado que la Facultad de Ciencia y Tecnología tiene otras prioridades de adecuación y no han determinado la necesidad real del Taller para consolidar un proyecto. Por lo tal se realizarán mesas de trabajo con la Facultad con el fin de definir el alcance y prioridad de la adecuación. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|---|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | HA004-GSI-2023 Al realizar las visitas a las salas de informática se pudo evidenciar que en algunas se presentan daños en los techos y fisuras grandes en las paredes que podrían generar peligros al personal que accede al uso de servicios. Adicionalmente, se detecta humedad y falta de ventilación en algunas salas, debido a que no tienen instalado aire acondicionado y algunas ventanas se encuentran bloqueadas por rejillas de seguridad internas, que impiden el paso de aire. Puntualmente, la sala Hipermedial tuvo modificaciones físicas en el cielo raso y se observa que dichas mejoras no permiten el correcto funcionamiento del aire acondicionado, los coordinadores de las salas no tienen claro si la corriente eléctrica se encuentra regulada, y los ups implementada en cada una de las salas cubre únicamente a los racks. Por lo anterior, cada uno de los aspectos evidenciados pueden generar riesgos de | El Grupo de Infraestructura realiza adecuaciones en las áreas conforme son solicitadas por las dependencias Los encargados de las salas de informática deben reportar las necesidades requeridas al GIF No se recibió notificación por parte de la SSI sobre el estado y necesidades de las salas de informática No se cuenta con un Plan de Trabajo para atender las necesidades de las salas de informática | NC-44-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El inicio de esta actividad será en el segundo Trimestre de la vigencia, se realizará mesa de trabajo con la SSG para definir la actividades a desarrollar y el Plan de Trabajo a ejecutar | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | NC-03-SSG-2023: No se han definido ni documentado suficientemente los mecanismos de seguimiento y medición de los planes y servicios a cargo de Planta Física y mantenimiento. Al respecto, se considera conveniente definir indicadores de obras y proyectos de planta física NC-02-SSG-2023: La Subdirección de Servicios Generales – Planta física no cuenta con la información documentada respecto de sus procedimientos (actividades y tareas específicas) tal que permita una fácil identificación y descripción de las acciones que adelanta, así como sus responsables encargados y formatos asociados. Esto incumple el numeral 7.5 Información documentada puntualmente en su numeral 7.5.2 Creación y actualización dado que no se evidencia la documentación que, de claridad de la amplia gama de actividades, y labores lideradas por esta área. | El Grupo de Infraestructura hacia parte de la Subdirección de Servicios Generales La actualización documental dependía del despacho de esta subdirección La documentación existente para infraestructura no se actualizó Se está conformando el grupo de infraestructura y su alcance para intervención de áreas en la Universidad No se ha estructurado la documentación del Grupo de Infraestructura en donde se abarquen todos los procedimientos y actividades que se están desarrollando | NC-45-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No se ha dado cumplimiento a la acción | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | En revisión documental, se evidencia a través del escrito aportado por la Señora Subdirectora el 09 de Mayo de 2022 que, aunque la Subdirección de Recursos Educativos depende orgánicamente de la Vicerrectoría Académica, en el Proceso de Docencia no se contemplan en la ficha de caracterización o los procedimientos, aquellas actividades derivadas del cumplimiento de las funciones asignadas a la Subdirección (Antes División) de Recursos Educativos, en el Artículo 18 del Acuerdo 076 de 1994 del Consejo Superior por el cual se fija la estructura Interna de la Universidad Pedagógica Nacional, norma aprobada por el Decreto 2902 de 1994 y por tal razón no hay evidencia sobre la gestión del riesgo en la Subdirección auditada acorde con lo dispuesto Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas -Versión 5 - Diciembre de 2020. Teniendo en cuenta la importancia creciente de la estrategia comunicacional como pilar de la gestión institucional y la interacción | No se había contemplado la necesidad de documentar el proceso Se encontraba inmerso en el proceso de docencia, lo cual no se encontraba la necesidad de documentar No había lineamiento o normativa específica de las funciones que se debían asumir desde la subdirección No existía un canal formal y efectivo para la coordinación entre las diferentes unidades acerca de la importancia de registrar riesgos, indicadores, prioridad de hacer esos documentos | NC-46-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Durante este trimestre, se revisaron los documentos consolidados relacionados con el cumplimiento de la acción. En estos documentos, se proyectó la reformulación de la fecha de entrega debido a la necesidad de ampliar el tiempo para trabajar en el mapa de riesgos. Como parte de este proceso, se ha establecido comunicación directa con la ODP. | 0,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC01-SPE-2024: De acuerdo con la evidencia suministrada por la profesional encargada, a la fecha, no se ha realizado el seguimiento al 100% de las evaluaciones de desempeño a corte del año 2023, debido a que algunas dependencias incumplen las fechas de reporte y se presentan retrasos en la revisión correspondiente por parte de la responsable de realizar dicho seguimiento, quien recibe las evaluaciones escaneadas por correo electrónico, lo que afecta el control del proceso.</p> <p>Adicionalmente, dadas las condiciones mediante las cuales se vincula el personal supernumerario, al no contar con manual de funciones, la base de referencia para la evaluación de desempeño es la concertación de objetivos que, de acuerdo con el formato utilizado para este propósito, se orienta en el Decreto 2539 de 2005, el cual esta derogado, por lo que las competencias de los distintos niveles jerárquicos se encuentran obsoletos y se omiten las directrices expuestas en el Decreto 815 de 2018 que incluye las competencias laborales generales para los empleados públicos.</p> | <p>Porque no se han establecido procedimientos y herramientas claras para el seguimiento y control de las evaluaciones del desempeño.</p> <p>Porque no se ha desarrollado y aprobado una normatividad específica para la evaluación del desempeño.</p> <p>Porque la Universidad no ha reglamentado lo referente a los aspectos normativos del Acuerdo 004 de 2022, relacionados con la evaluación del desempeño.</p> <p>Porque la Universidad no ha priorizado la creación y aprobación de la normatividad necesaria para establecer los aspectos necesarios de la evaluación del desempeño.</p> | NC-48-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No se incluyeron las actividades que desagregan, para dar cumplimiento a la No Conformidad dentro de la actualización del Plan de Mejoramiento V2. De otra parte, se solicitará la inclusión de las mismas a la ODP. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC02-SPE-2024: Durante el año 2023 se presentaron 38 PQRSFD, de las cuales cuatro (4) corresponden a temas asociados a factores salariales, solicitud de información CETIL, aclaración de tiempos laborales y pagos a pensión. De acuerdo con la base establecida por la Subdirección de Personal para llevar a cabo el control, se identifica que el profesional que responde a estas solicitudes, a pesar de las reiteraciones realizadas, no cumple con los tiempos de respuesta establecidos en el Procedimiento PRO-GGU-003 Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias PQRSFD. El incumplimiento de estos tiempos puede resultar en sanciones administrativas, pérdida de confianza de los usuarios, deterioro de la imagen institucional y posibles acciones legales por parte de los solicitantes. Por lo tanto, es fundamental corregir estos retrasos para garantizar el cumplimiento de la ley y mantener la eficiencia y credibilidad en la gestión de las PQRSFD.</p> | <p>Porque no se cumplieron con los tiempos establecidos para respuesta PQRSF.</p> <p>Porque los tiempos para la consulta y extracción de la información es dispendiosa y requiere de más tiempo para su búsqueda.</p> <p>Porque la información reposa en las Historias Laborales del personal de forma física, debido a que son historias laborales de más 20 de años</p> <p>Porque no existe un sistema de información o de digitalización o microfilmación, que permita la consulta de la información, de forma automatizada y rápida, que permita cumplir con los tiempos de respuesta exigidos para tales fines.</p> | NC-49-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Se realizó el seguimiento a la matriz de PQRSFD, que hace parte de la Subdirección de Personal. | 100,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|----------------|---|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC03-SPE-2024: Durante la ejecución de la auditoría en sitio, se verificaron los tiempos establecidos para las afiliaciones a la ARL, teniendo en cuenta que, esta afiliación debe darse un (1) día antes que los funcionarios ingresen a la Universidad, luego de realizar el monitoreo por medio de un muestreo se observó que, estas afiliaciones se realizaron entre el primer y tercer día de ingreso del funcionario, esto no corresponde a la realidad con respecto a la normatividad vigente.</p> <p>Por otro lado, y atendiendo las normas legales, esto podría generar sanciones económicas para la Universidad por incumplimientos a la misma, a su vez los funcionarios no tendrían cubrimiento por la ARL, en caso de un accidente laboral y la universidad deberá asumir los gastos que se generen y por el tiempo que se requiera de acuerdo con la gravedad de las lesiones al posible afectado.</p> | <p>Porque en algunas ocasiones, no se cuenta con la persona responsable para realizar las afiliaciones a la ARL.</p> <p>Porque el funcionario responsable tiene vinculación como supernumerario, por lo tanto, no está disponible durante todo el año.</p> <p>Porque en la planeación de vinculación establecida para el plan de supernumerarios de la Universidad, no está presupuestada esta vinculación para toda la vigencia.</p> <p>Porque no hay apropiación presupuestal para programar vinculaciones de supernumerarios para toda la vigencia.</p> | NC-50-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Para el I Trimestre de 2025, se adelantó el proceso de afiliación a la ARL, del personal que ingresó a la Universidad, para cada una de las Modalidades de Vinculación, dentro de los tiempos establecidos por la normativa vigente. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC04-SPE-2024: En el marco del cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional 2020-2024, se identifica que la última medición de clima laboral que se realizó fue en el año 2015 y debería haberse efectuado cada dos años. En 2023, se inició la búsqueda de un proveedor de servicios, y para 2024 se ha planeado realizar una de las dos mediciones proyectadas, lo que permitiría un cumplimiento parcial. Sin las mediciones regulares se desconoce el ambiente laboral, la identificación de problemas y la posibilidad de acciones de mejora para desempeñar la motivación y desempeño de los servidores públicos vinculados en la Universidad.</p> | <p>No se han realizado actividades requeridas, para realizar medición del Clima Laboral en la Universidad.</p> <p>Porque no se ha incluido dentro del presupuesto general de la UPN.</p> <p>Porque no se ha solicitado recurso a la ODP, destinado para llevar a cabo la medición del Clima Laboral.</p> <p>Porque no se ha incluido la responsabilidad de solicitud de recurso, en el Plan de Trabajo de la Subdirección de Personal.</p> | NC-51-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Para el presente periodo de la vigencia 2025, no se han comenzado a adelantar las tareas correspondientes al proceso inicial de la medición del Clima Laboral en la UPN. No se llevó a cabo el acompañamiento en la medición de Clima Laboral, debido a los cambios que se presentaron en la Universidad, en lo que tiene que ver con la Cajas de Compensación. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaria_de_Integración_Social | No_Conformidad | <p>Escuela Maternal SDIS 23/09/2022: Numeral 8. No presenta soportes de prácticas de cuidado en estrategias de promoción del buen trato- prevención de maltrato infantil.</p> | <p>el equipo del goae no cuenta un profesional con dedicación horaria para la escuela que cumpla con la normatividad</p> <p>se requiere la vinculación de un psicólogo exclusivo para la Escuela Maternal</p> <p>Se requiere la formulación del plan de trabajo por parte del psicólogo</p> <p>no se han podido realizar las actividades de sensibilización lideradas por el psicólogo</p> | NC-61-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 10% | Se asigno a una profesional a la SEI mediante acta de ByOe (febrero 2025) Se realiza la concertación de Objetivos | 10,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|----------------|---|--|------------|---------------------------|----------|------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Integración_Social | No_Conformidad | Escuela Maternal SDIS 23/09/2022: Numeral 9. No cumple: no cuentan con soporte de acciones encaminadas a la prevención y detección de violencia sexual infantil con cada agente. | <p>el equipo del goae no cuenta un profesional con dedicación horaria para la escuela que cumpla con la normatividad</p> <p>se requiere la vinculación de un psicólogo exclusivo para la Escuela Maternal</p> <p>Se requiere la formulación del plan de trabajo por parte del psicólogo</p> <p>no se han podido realizar las actividades de sensibilización lideradas por el psicólogo</p> | NC-62-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No se tiene reporte de la acción | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | ICONTEC | No_Conformidad | <p>Auditoria Externa 2024: 6.1.2.a No se evidencia que la organización planifique las acciones para abordar las oportunidades.</p> <p>Evidencia: No se evidencia la acciones para las oportunidades identificadas en los procesos de docencia, investigación y sistemas</p> | <p>Falta de identificación clara de las oportunidades en los procesos de docencia, investigación y sistemas</p> <p>No hay un instrumento que relacionado para la identificación y priorización de las oportunidades</p> <p>Por que no hay claridad sobre quien es el responsable para desarrollar las oportunidades</p> <p>Por la falta de capacitación de personal, sobre el tema de oportunidades.</p> | NC-62-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Las acciones planteadas para su seguimiento se abordaran a partir del segundo trimestre de la vigencia | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>NC-01-CLE-2024 En el marco de la entrevista realizada a las funcionarias encargadas del manejo de la documentación del Centro de Lenguas, se evidenciaron debilidades en la consulta de los documentos solicitados.</p> <p>Al revisar las evidencias presentadas en relación con la gestión documental, se encontró que el proceso no cuenta con las siguientes carpetas con sus respectivos índices electrónicos, ni físicos ni digitales en el OneDrive asignado por el Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental:</p> <ol style="list-style-type: none"> CLE-430.3.2 Actas autoevaluación de la gestión de la vigencia 2023. CLE-430.22 Casos estudiantiles de las vigencias 2022 y 2023 CLE-430.59.3 Informes de gestión de las vigencias 2022 y 2023 CLE-430.77.4 Plan de estudios de la vigencia 2022 CLE-430.77.2 Plan de acción de las vigencias 2022 y 2023 (la carpeta digital está creada, pero se encuentra vacía) CLE-430.63.3 Libros de matrículas de las vigencias 2022 y 2023 <p>Por otro lado, se evidenció que la</p> | <p>Porque no se han creado ni organizado adecuadamente las carpetas en OneDrive asignadas por el Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental.</p> <p>Porque la documentación necesaria no se ha recopilado ni cargado de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Retención Documental (TRD).</p> <p>Porque la contratista no tiene acceso a las carpetas compartidas, lo que limita su capacidad para gestionar la información de manera efectiva.</p> <p>Porque no se configuraron las autorizaciones necesarias para permitir el acceso de la contratista a las carpetas en OneDrive.</p> <p>Porque hubo falta de</p> | NC-63-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Con el objetivo de avanzar en el proceso de almacenamiento de documentos en el OneDrive del Centro de Lenguas, se solicitó capacitación el día 05 de marzo al Grupo Interno de Trabajo de Gestión Documental, la cual fue brindada el día 17 y 20 de marzo. De acuerdo con las indicaciones brindadas, se identificó la necesidad de ajuste en el orden de recepción de documentos de matrícula de los estudiantes. Esta información fue actualizada en la página web del Centro de Lenguas. Actualmente ya fueron finalizadas las siguientes series documentales: CLE-430.59.3 INFORMES DE GESTIÓN, CLE-430.77.4 PLAN DE ESTUDIOS. | 100,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|----------------|--|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|--|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | AS02N168777 RESTURANTE SEI 2024-10-29 Localización y diseño 1.1.Espacios sin protección entre puerta y piso de la puerta de ingreso de materias primas | <p>el burlete no cubre la totalidad del espacio en la puerta. se realizó una modificación en la puerta.</p> <p>se detectó la necesidad de ajustes adicionales en la puerta para mejorar su funcionamiento y no se consideró instalar un nuevo burlete tras la modificación de la puerta</p> <p>no se hizo una inspección final del ajuste del burlete tras la modificación</p> | NC-64-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se instalaron, ajustaron y repararon los burletes, y se actualizó el Plan de Mantenimiento Preventivo para incluir inspecciones trimestrales en puertas de áreas sensibles.[] | 100,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | AS02N168777 RESTURANTE SEI 2024-10-29 Instalaciones sanitarias 1.4 Falta dotación de secado de manos en baño junto al área de casilleros. | <p>Falta dotación de secado de manos en baño junto al área de casilleros</p> <p>No se ha realizado un adecuado seguimiento de la dotación de insumos en los baños</p> <p>No se cuenta con un procedimiento establecido para el control y reposición de insumos en los baños</p> <p>No se han identificado claramente las responsabilidades y la frecuencia de revisión de insumos en el procedimiento</p> | NC-65-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | 31/03/2025: Se crearon los formularios "Solicitud de Insumos de Aseo y Cafetería" y FOR-GSS-076 "Entrega de suministros bodega aseo y cafetería", y se actualizó el formato FOR-GSS-054, ajustando el procedimiento PRO-GSS-017 para mejorar el control y reposición de insumos, el cual se encuentra en revisión. Asimismo, se cargaron los documentos actualizados en Isolución y se realiza seguimiento a su revisión.[] | 50,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Integración_Social | No_Conformidad | Escuela Maternal SDIS 23/09/2022: Numeral 18. Completar información en estructura organizacional del Jardín | <p>estaba pendiente la contratación del psicólogo</p> <p>estaba pendiente la contratación del nutricionista</p> <p>estaba pendiente la contratación del educador especial</p> <p>estaba pendiente completar la estructura de la escuela maternal</p> <p>se requiere organizar la estructura de la escuela maternal con los nombres del equipo</p> | NC-68-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No se tiene reporte de la acción | 0,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Integración_Social | No_Conformidad | Escuela Maternal SDIS 23/09/2022: Numeral 21. Completar proceso de calificación TH | <p>falta la contratación de un psicólogo</p> <p>falta completar los datos de responsables de cada actividad en el plan de calificación</p> <p>falta determinar las fechas de realización de cada actividad</p> <p>falta la contratación del educador especial</p> | NC-69-2022 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | No se tiene reporte de la acción | 0,00% | |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|---|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | ICONTEC | No_Conformidad | <p>NC-GTH-001 Auditoría Externa Seguimiento Icontec 2024: No se evidencia que la organización asegure que las personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas.</p> <p>Evidencia: En la revisión de los siguientes cargos se evidenció: - Profesional Universitario (apoyo centro de egresados - Jeimy Tatiana Gómez): en el formato justificación de necesidades del personal supernumerario (FOR-PFN-042) se requiere el perfil del profesional universitario 10 que establece en la educación "profesional en Administración, Contaduría o Ingeniería Industrial" y la profesional seleccionada es Licenciada en Artes Escénicas. - Profesional Universitario (Bienestar universitario convivencia - Karen Dayanna Hernández): formato justificación de necesidades del personal supernumerario (FOR-PFN-042), profesional universitario 10 que referencia el perfil anteriormente mencionado y la profesional seleccionada es Licenciada en Educación Básica con énfasis en Ciencias Sociales."</p> | <p>Porque el formato FOR-PFN-042 no incluye un apartado específico, para los requisitos de educación en la justificación de necesidades del personal supernumerario, que permita validar requisitos mínimos para la selección del personal vinculado en los diferentes niveles.</p> <p>Porque el procedimiento de selección y vinculación de personal, no incluye un mecanismo claro o riguroso de verificación de perfiles, antes de la vinculación en el formato establecido por la Universidad para tales fines.</p> <p>Porque los procedimientos de selección de personal, que en la actualidad tiene el proceso de Gestión de Talento Humano, no están debidamente actualizados.</p> | NC-69-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Se logró realizar la actualización de un documento relacionado con la solicitud de personal Supernumerario y se llevo a cabo el seguimiento a la propuesta de acto administrativo. Sin embargo, no se ha logrado actualizar el procedimiento de Evaluación de Desempeño Laboral. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>GSS_NC01_2024 Se requiere fortalecer las herramientas para la gestión y control de los bienes institucionales asignados al personal docente, con énfasis en su custodia, administración, conservación, traslado, registro y reintegro de inventario.</p> <p>La evidencia que sustenta esta necesidad se respalda en la verificación en sitio y entrevistas realizadas, en las cuales se encontró:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acumulación de bienes sin traslado formal: En múltiples casos, cuando los docentes cambian de Departamento, programa académico o proyecto, no se realiza el traslado formal de los bienes asignados, generando una acumulación innecesaria de bienes. Esta situación ha derivado en procesos disciplinarios al momento de la desvinculación de los docentes de la Universidad, quienes dejan a su cargo bienes sin el debido proceso de entrega. - Pérdida de bienes documentales y físicos: En el Centro de Estudios Geográficos se reportó la pérdida de 598 | <p>el Personal docente y administrativos no asumen la responsabilidad formal sobre los bienes asignados</p> <p>existe un desconocimiento de los procesos administrativos y docentes relacionados con los bienes e inventarios.</p> <p>no se ha implementado un programa de capacitación adecuado sobre la gestión y responsabilidad de los bienes e inventarios.</p> <p>no se había identificado la falta de conocimiento como un problema crítico en el proceso de gestión de inventarios.</p> | NC-70-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | 31/03/2025: Se realizó la "Encuesta de Diagnóstico sobre el Manejo de Bienes e Inventarios", la cual fue socializada a través de notas comunicantes; a partir de sus resultados, se estableció el formato FOR-GSS-072 "Cronograma Almacén e Inventario", donde se definieron las fechas para las capacitaciones que se desarrollarán en el segundo semestre del año, garantizando que el MNL-GSS-001 esté actualizado para asegurar que la información brindada sea vigente y aprobada. | 50,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | <p>GSS_NC02_2024:en Fusagasuga, en el marco de la auditoría del manejo de bienes, se identificaron los siguientes hallazgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estufa de gas industrial (placa 004125): Presenta una fuga, no funciona uno de los fogones y una barra de la plancha está dañada. Debido a estas fallas, el personal de la cocina optó por cocinar con leña en el último evento organizado por la Universidad (reciente). Además, se observó la presencia de alimento con hongos, falta de limpieza y óxido, lo que afecta tanto la presentación del servicio como la custodia adecuada del bien. 2. Nevera Samsung (placa 035417): Presenta una fuga de agua y muestra signos de deterioro, aparentemente debido a la humedad. No obstante, la auxiliar de servicios generales señala que cumple con su función. 3. Máquina fumigadora manual (placa 034860): Está registrada en el sistema GOBBI bajo un cuentadante de la | <p>la estufa de gas y otros equipos se encuentran en mal estado.</p> <p>no se ha realizado un mantenimiento adecuado.</p> <p>la lejanía de la sede dificulta el seguimiento de los bienes y la empresa de vigilancia no notifico las necesidades de mantenimiento de los bienes.</p> <p>no existe un proceso formal de comunicación o reporte de incidentes entre la empresa de vigilancia y la administración de la sede.</p> | NC-71-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 33,33% | 31/03/2025: Los mantenimientos en las instalaciones de Fusa se revisarán para programarse en el segundo trimestre de 2025, considerando la disponibilidad de recursos, la gestión de viáticos y la optimización de desplazamientos. Además, se realizó el traslado de la fumigadora manual con placa 034860 y se solicitó a la Unión Temporal AH UP 26 el reporte trimestral sobre el estado de los bienes y equipos de la Finca Siete Cueros.[] | 33,33% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|--|---|------------|---------------------------|----------|------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | No_Conformidad | GSS_NCO3_2024: De acuerdo con la revisión realizada, se evidencia que, a corte del año 2023, Almacén e Inventarios realizó un total de 28 constataciones físicas, de las cuales una (1) fue registrada utilizando el formato FOR-GSS-053 "Formato de Constatación Física de Inventario", lo que incumple, los criterios establecidos en el Manual de Manejo de Bienes MNL-GSS-001, numeral 6.3.5 el cual determina que, después de realizar la inspección de los bienes, el funcionario delegado debe elaborar un informe en el formato FOR-GSS-053, el cual debe ser remitido al cuentadante con las novedades detectadas, tales como faltantes o sobrantes de inventario. La omisión de utilizar el formato adecuado para las constataciones físicas impide un control efectivo y la evaluación concluyente del estado de los bienes, lo que afecta negativamente la toma de decisiones administrativas en cuanto al control de inventarios. Además, puede generar dificultades en la justificación de faltantes o sobrantes de inventario y afectar la transparencia y precisión de la gestión de bienes. | no se esta utilizando el formato adecuado para las constataciones físicas no se realizó un seguimiento adecuado para verificar el cumplimiento del procedimiento establecido en el Manual de Manejo de Bienes. no se cuenta con un sistema de control sistemático que garantice la correcta aplicación de los procedimientos en todas las constataciones físicas. no se ha implementado un mecanismo de verificación periódica que permita garantizar que todas las constataciones se registren de acuerdo con los procedimientos establecidos. | NC-72-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | 31/03/2025: Se creó el formato FOR-GSS-073 "Matriz de Priorización de Constatación Física de Bienes", y una vez finalice este proceso, se emitirá el cronograma de constataciones físicas 2025. Asimismo, se actualizó el formato FOR-GSS-053 "Constatación Física de Inventario", ya aprobado, y está pendiente la inclusión de la revisión trimestral en el Manual de Manejo de Bienes.[] | 50,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | ICONTEC | No_Conformidad | No conformidad No 4 ICONTEC: No se evidencia que la organización asegure la revisión de los requisitos previos a la prestación del servicio, que incluya los requisitos legales y reglamentarios aplicables | Porque, aunque se han realizado esfuerzos significativos, estos no han sido suficientes para abordar de manera integral todos los hallazgos identificados en las diferentes visitas de la Secretaría de Salud. Porque el seguimiento interno no ha evaluado completamente el impacto de estos hallazgos en la prestación de servicios de la Universidad, lo que ha limitado la efectividad de las medidas implementadas. Porque no existen mecanismos de sistematización y trazabilidad de la información que permitan a las áreas y sus líderes acceder a datos relevantes de periodos anteriores para gestionar de manera eficiente los procesos. | NC-74-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | A corte del primer trimestre del 2025, se evidencia el servicio de salud cuenta con la habilitación en los servicios de salud: medicina, odontología, fisioterapia, laboratorio clínico y toma de muestras de laboratorio clínico. | 100,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|---|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | <p>BB06N010564 CALLE 72 5-12-2024</p> <p>4.1 No realizó mantenimiento de techos y paredes en las siguientes áreas salón 108 E, se evidencian espacios en techo; gimnasio desprendimiento y deterioro de pintura en muros área de pesas; salón A222 desprendimiento en pared de puerta del salón y humedad en techo junto a la ventana; salón A224 se observa deterioro en muro marco de puerta; poceta de hemeroteca deterioro de pintura en techo y pared.</p> | <p>no se han realizado inspecciones periódicas en las áreas críticas (techo, iluminación, puertas, ventilación, etc.), lo que ha permitido la acumulación de deterioros y fallos en las instalaciones.</p> <p>no existe un plan de inspección formal que cubra las necesidades de mantenimiento preventivo en las instalaciones clave.</p> <p>debido a la escasez de personal, no se ha podido implementar un sistema de inspección regular para todas las instalaciones de la universidad.</p> <p>el personal disponible no es suficiente para realizar inspecciones periódicas y cubrir todas las áreas de mantenimiento necesarias.</p> | NC-75-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se realizaron las labores de mantenimiento requeridas en techos y paredes de las áreas señaladas: se corrigieron los espacios en el techo del salón 108E, se reparó el desprendimiento de pintura en muros del gimnasio (área de pesas), se restauró el desprendimiento en la pared de la puerta y la humedad en el techo del salón A222, se intervino el muro en el marco de la puerta del salón A224, y se renovó la pintura en techo y pared de la poceta de hemeroteca | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | <p>SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024</p> <p>4.2 No garantizo un adecuado mantenimiento al material del piso en el gimnasio con deterioro.</p> | <p>Porque se genera desprendimiento constante del tapete instalado</p> <p>Porque no hay una adecuada adhesión del tapete al piso</p> <p>Porque el gimnasio no cuenta con el piso adecuado para las actividades que desarrolla</p> <p>Porque el piso presenta un desnivel que se debe corregir para realizar una instalación de piso resistente y apto para el área</p> | NC-76-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Se ejecuta la adecuación del piso del gimnasio se realiza nivelación del piso se instala sobre piso adecuado para las actividades propias del área. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | <p>SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024</p> <p>4.6 No se garantizó que las instalaciones de almacenamiento e insumos sean adecuadas. Se evidencia lockers de gimnasio deteriorados por óxido, estante de insumos de aseo deteriorados por óxido y estantería en material poroso en el cuarto de aseo de la torre A piso 2.</p> | <p>no se garantizó que las instalaciones de almacenamiento e insumos sean adecuadas, evidenciándose lockers de gimnasio deteriorados por óxido, estante de insumos de aseo deteriorados por óxido y estantería en material poroso en el cuarto de aseo de la torre A piso 2.</p> <p>no se realizaron las inspecciones regulares de mantenimiento para identificar el deterioro en las instalaciones de almacenamiento y los materiales de los estantes.</p> <p>no existe un plan o programa formalizado de mantenimiento preventivo para estas instalaciones específicas de almacenamiento.</p> <p>no se ha priorizado el mantenimiento de las áreas de almacenamiento como parte de los</p> | NC-77-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se retiraron de los lockers del gimnasio afectados por óxido, se reemplazaron los estantes de insumos de aseo deteriorados y se sustituyó la estantería de material poroso en el cuarto de aseo de la Torre A, piso 2, | 100,00% |

**FORMATO**

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|--|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 5.2 No realizó mantenimiento a zonas verdes en las cuales se evidencia pasto alto | no se realizó mantenimiento a las zonas verdes, evidenciándose pasto alto. no se cumplió con el cronograma establecido para el mantenimiento de las zonas verdes. no se realizó un seguimiento adecuado a la ejecución del cronograma. no se asignaron responsables claros para hacer seguimiento a la ejecución de las actividades, lo que llevó a que las tareas no se completaran a tiempo | NC-78-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: : Se ejecutó el mantenimiento de las zonas verdes, llevando a cabo el corte del pasto y el embellecimiento general de las áreas, asegurando su adecuada presentación y conservación.[] | 100,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 7.6 No garantizo rejilla en desagüe del baño del bloque E | el desagüe no tiene una rejilla instalada o esta se encuentra dañada. no se detectó la ausencia o el daño de la rejilla a tiempo. o se realizan inspecciones periódicas específicas en las instalaciones. no existe un plan de inspecciones estructurado para mantenimiento. | NC-79-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025:Se instaló la rejilla faltante en el desagüe del baño del bloque E | 100,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 7.8 No realizó mantenimiento en baños, se observa grieta en techo baño sótano edificio E, se observa poceta con deterioro de superficie en baño de hombres piso bloque C, se observa toma corriente suelto en baño de hombres piso 2 bloque A | no se han realizado inspecciones periódicas en las áreas críticas (techo, iluminación, puertas, ventilación, etc.), lo que ha permitido la acumulación de deterioros y fallos en las instalaciones. no existe un plan de inspección formal que cubra las necesidades de mantenimiento preventivo en las instalaciones clave. debido a la escasez de personal, no se ha podido implementar un sistema de inspección regular para todas las instalaciones de la universidad. el personal disponible no es suficiente para realizar inspecciones periódicas y cubrir todas las áreas de mantenimiento necesarias. | NC-80-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se llevaron a cabo las acciones de mantenimiento en los baños: se reparó la grieta en el techo del baño del sótano edificio E, se restauró la superficie deteriorada de la poceta en el baño de hombres del bloque C y se fijó adecuadamente el tomacorriente suelto en el baño de hombres del segundo piso del bloque A.[] | 100,00% | |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|---|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 9.2.2 No rótulo los íntimos los insumos utilizados para la limpieza y la desinfección, no retiro elementos en desuso ubicados en cuarto de bombas y parqueadero, no realizó limpieza y desinfección de los cárcamos | <p>no se rotularon los insumos, no se retiraron los elementos en desuso del cuarto de bombas y parqueadero, y no se realizó la limpieza y desinfección de los cárcamos, a pesar de que existe un procedimiento establecido.</p> <p>el procedimiento no se implementó de manera consistente y no se verificó su cumplimiento.</p> <p>hubo un seguimiento adecuado al procedimiento ni un sistema de monitoreo para asegurar que se cumpliera de manera regular.</p> <p>no se asignaron responsabilidades claras ni un calendario riguroso para garantizar que las actividades de limpieza, rotulación de insumos y retiro de elementos en desuso</p> | NC-81-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se implementó el rotulado adecuado para los insumos de limpieza y desinfección, se retiraron los elementos en desuso en el cuarto de bombas y parqueadero, y se realizó la limpieza y desinfección de los cárcamos, asegurando el cumplimiento de los estándares de higiene.[] | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 9.3. 1 No garantizo mantenimiento a rejilla de desagüe en área de acceso a piscina, coliseo y hemeroteca. | <p>el desagüe no tiene una rejilla instalada o esta se encuentra dañada.</p> <p>no se detectó la ausencia o el daño de la rejilla a tiempo.</p> <p>no se realizan inspecciones periódicas específicas en las instalaciones.</p> <p>no existe un plan de inspecciones estructurado para mantenimiento.</p> | NC-82-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se efectuó el mantenimiento de las rejillas de desagüe en el área de acceso a piscina, coliseo y hemeroteca, eliminando los deterioros y garantizando su correcta operación. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 9. 4.1 No implementó plan de gestión integral de residuos según normatividad vigente título 2 Decreto 1077 del 2015. | <p>Porque cuando se convocan capacitaciones sobre el manejo de residuos no participa todo el personal</p> <p>Porque no se reprograman los espacios de capacitación para el personal que no asiste a las jornadas establecidas por el SGA"</p> <p>Porque el personal de aseo y cafetería no tiene claros lo lineamientos establecidos en los manuales de manejo de residuos de la Universidad</p> | NC-83-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El inicio de esta actividad será en el segundo Trimestre de la vigencia. | 0,00% |

**FORMATO**

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|--|------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 9.4.2 No realizó una adecuada segregación según código de colores actual Resolución 2184 de 2019. | <p>las canecas de los baños no tienen bolsas y algunas no tienen tapa.</p> <p>no se ha realizado el seguimiento adecuado para asegurar que todas las canecas cuenten con bolsas y tapas conforme a la normativa.</p> <p>no se ha establecido un proceso claro de verificación periódica o control que garantice el cumplimiento de las normativas en cuanto a las canecas y su equipamiento.</p> <p>el plan de aseo no incluye estas revisiones para asegurar la verificación regular del estado de las canecas.</p> | NC-84-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se realizo el cambio de bolsas en todos los baños de las instalaciones. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 9.5.1 No implementó barreras físicas para control de plagas. | <p>no se instalaron barreras físicas para prevenir la entrada de plagas en el área afectada.</p> <p>no se había identificado el área como vulnerable dentro del protocolo de gestión de plagas.</p> <p>no se realizó una inspección exhaustiva que incluyera esta zona en la evaluación de riesgos de plagas.</p> <p>no se actualizó la lista de áreas críticas en el protocolo de gestión de plagas.</p> | NC-85-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se instalaron barreras físicas para el control de plagas en las áreas correspondientes[] | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N010564 CALLE 72 5-12-2024 9.4.3 No realizó mantenimiento a pisos con deterioro de su material en cuarto de almacenamiento de residuos no peligrosos, no garantizo barrera física en ingreso cuarto de almacenamiento de residuos no peligrosos. | <p>el material del piso está deteriorado.</p> <p>no se le realizó mantenimiento correctivo o preventivo.</p> <p>no se identificó el deterioro durante las inspecciones. las inspecciones no incluyeron esta área de forma detallada.</p> | NC-86-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se realizaron las reparaciones del piso deteriorado en el cuarto de almacenamiento de residuos no peligrosos y se implementó la barrera física necesaria en el ingreso | 100,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| COMPONENTES GENERALES | | | | | GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|--|---|-----------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | | | |
| | | | | | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | BB18N016405 CALLE 72-SALUD Y BIOCLINICO 5-12-2024 4.6 No organizó insumos de aseo ubicados a nivel del piso encima de material absorbente. | no se organizaron los insumos de aseo, los cuales fueron ubicados a nivel del piso encima de material absorbente. o se implementaron prácticas o procedimientos claros para organizar y almacenar los insumos de aseo en un lugar adecuado y que garantice su protección. no existe un instructivo específico para la organización y almacenamiento de los insumos de aseo en las áreas correspondientes. no se ha dado prioridad al almacenamiento adecuados en las zonas de insumos, lo que ha llevado a la falta de una guía clara para estos procesos. | NC-87-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se organizaron correctamente los insumos de aseo, levantándolos del piso y ubicándolos en estanterías [] | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N007291 ESCUELA MATERNAL Salones independientes, caminadores, presenta deterioro en pisos, tablillas con falta de continuidad lisa | Piso sin mantenimiento general y/o cambio El mantenimiento implica levantar y cambiar la mayor parte del piso por el tipo de instalación de los listones en madera Los costos de esta labores no se pueden asumir por medio de los recursos de mantenimiento La instalación es en arriendo se debe realizar la solicitud al propietario | NC-88-2023 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0,00% | 31/03/2025: Esta acción no se ha realizado, ya que el GIF está evaluando cómo adaptar el piso completo de la escuela sin afectar la estructura, considerando que el inmueble es arrendado.[] | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB18N016405 CALLE 72-SALUD Y BIOCLINICO 5-12-2024 5.1 No realizó mantenimiento a pisos con deterioro de su material en cuarto de almacenamiento de residuos no peligrosos; no garantizo barrera física a ras del piso en cuarto almacenamiento de residuos no peligrosos. | el material del piso está deteriorado. no se le realizó mantenimiento correctivo o preventivo. no se identificó el deterioro durante las inspecciones. las inspecciones no incluyeron esta área de forma detallada. | NC-88-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se corrigió el deterioro del piso en el cuarto de almacenamiento de residuos no peligrosos y se instaló la barrera física a ras del piso requerida[] | 100,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|---|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB18N016405 CALLE 72-SALUD Y BIOCLINICO 5-12-2024 5.2 No implementó un plan de gestión integral de residuos según normatividad Resolución 1164 de 2002. | <p>Porque no se realiza un adecuado manejo de residuos por parte del personal de aseo de la Universidad</p> <p>Porque el personal de aseo y cafetería no tiene claros lo lineamientos establecidos en los manuales de manejo de residuos de la Universidad</p> <p>Porque cuando se convocan capacitaciones sobre el manejo de residuos no participa todo el personal</p> <p>Porque no se reprograman los espacios de capacitación para el personal que no asiste a las jornadas establecidas por el SGA</p> | NC-89-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | El inicio de esta actividad será en el segundo Trimestre de la vigencia. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB18N016405 CALLE 72-SALUD Y BIOCLINICO 5-12-2024 6.1 No implementó barreras físicas para control de plagas. | <p>no se instalaron barreras físicas para prevenir la entrada de plagas en el área afectada.</p> <p>no se había identificado el área como vulnerable dentro del protocolo de gestión de plagas.</p> <p>no se realizó una inspección exhaustiva que incluyera esta zona en la evaluación de riesgos de plagas.</p> <p>no se actualizó la lista de áreas críticas en el protocolo de gestión de plagas.</p> | NC-91-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se implementaron barreras físicas para el control de plagas en las instalaciones [] | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | AS02N171038 RESTAURANTE 05-12-2024 1.1. Localización y diseño: En panadería no cuenta con uniones redondeadas entre pisos y pared. Punto hidrico y no habilitado en piso sin protección. Se evidencian baldosas en piso con deterioro área de preparación manchas de óxido en piso y cárcamo Unión redondeada entre piso y pared con desprendimiento de recubrimiento. Rejilla de sifón sin ajustar en cárcamo zona de cocina caliente. Zona de marmitas pared con desprendimiento del recubrimiento presencia de humedad en área de lockers y deterioro de pintura esquinero en área de almacenamiento de menaje. | <p>no se han realizado inspecciones periódicas en las áreas críticas (techo, iluminación, puertas, ventilación, etc.), lo que ha permitido la acumulación de deterioros y fallos en las instalaciones.</p> <p>no existe un plan de inspección formal que cubra las necesidades de mantenimiento preventivo en las instalaciones clave.</p> <p>debido a la escasez de personal, no se ha podido implementar un sistema de inspección regular para todas las instalaciones de la universidad.</p> <p>el personal disponible no es suficiente para realizar inspecciones periódicas y cubrir todas las áreas de mantenimiento necesarias.</p> | NC-92-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se consultó al GIF sobre la atención de la no conformidad de la panadería, relacionadas con deterioros en pisos, paredes, techos, luminarias y puertas, y se indicó que posiblemente podrían ser atendidas dentro de las reparaciones generales a realizar por el contratista, por lo que actualmente se está a la espera de la confirmación | 0,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|---|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | SB06N005734 CALLE 72 2022: Visita 6 de abril de 2022 Esteriería en material poroso no garantiza probabilidad de la limpieza en pocetas edificio A y cuarto aseo piso 2 con A oxidado en estantería 4.Oxido en ducto exterior de laboratorio piso 3, deterioro emboquillada profunda mesón B403, marco de ventada corroída. | No se reportó la totalidad de necesidades de mantenimiento y estantes para cambio cuando se realizó la solicitud desde Planta Física. No se había programado estas actividades de mantenimiento No se había recibido notificación del daño por los encargados. En la mayoría de las áreas son los encargados de cada una de ellas de realizar los reportes de daños y deterioro. | NC-93-2023 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 66,66% | 31/03/2025: Pendiente el cambio de estantería E tercer piso (a cargo del GIF); ya se realizó el de A segundo piso con adecuaciones previas y del B segundo piso.[] | 66,66% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | 1.3 Techos, iluminación y ventilación Diseño de techo en panadería no facilita procesos de limpieza y desinfección luminarias sin ajustar en área de preparación zona de lavado puertas con desprendimiento de recubrimiento puertas metálicas. Láminas deterioradas en techos zona de cocina caliente zona de extracción. Luminarias sin funcionamiento bombillo área de cuarto frío refrigeración. | no se han realizado inspecciones periódicas en las áreas críticas (techo, iluminación, puertas, ventilación, etc.), lo que ha permitido la acumulación de deterioros y fallos en las instalaciones. no existe un plan de inspección formal que cubra las necesidades de mantenimiento preventivo en las instalaciones clave. debido a la escasez de personal, no se ha podido implementar un sistema de inspección regular para todas las instalaciones de la universidad. el personal disponible no es suficiente para realizar inspecciones periódicas y cubrir todas las áreas de mantenimiento necesarias. | NC-93-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 1/03/2025: Se consultó al GIF sobre la atención de la no conformidad de la panadería, relacionadas con deterioros en pisos, paredes, techos, luminarias y puertas, y se indicó que posiblemente podrían ser atendidas dentro de las reparaciones generales a realizar por el contratista, por lo que actualmente se está a la espera de la confirmación. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | AS02N171038 RESTAURANTE 05-12-2024 1.4 Instalaciones sanitarias Casilleros con óxido en zona inferior. | los casilleros en la zona inferior del restaurante presentan óxido y daño debido a que no se identificó que necesitaban mantenimiento. no se realizó una inspección específica que detectara el estado de los casilleros como parte del mantenimiento preventivo. el plan de mantenimiento preventivo no contempla una revisión detallada de todas las áreas, y los casilleros no fueron priorizados durante las inspecciones regulares. las inspecciones regulares no se han enfocado en todas las instalaciones por igual, y algunas áreas, como los casilleros, han quedado fuera del radar en el proceso de mantenimiento. | NC-94-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se solucionó el problema de óxido en la zona inferior de los casilleros de las instalaciones sanitarias del restaurante[] | 100,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|---|---|-------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Visitas_de_Secretaría_de_Salud | No_Conformidad | AS02N171038 RESTAURANTE 05-12-2024 2.1 Condiciones de equipos y utensilios Se evidencia filtración de agua en tubería de desagüe del lavaplatos. Unión redondeada entre piso y pared con deterioro en cuarto frío-congelación Pérdida de con continuidad en baldosa en piso cuarto frío de refrigeración Rejillas nevera de almacén con desprendimiento de recubrimiento. Base soporte equipos en material no sanitario. Base soporte de licuadora con desprendimiento de recubrimiento | no se han realizado inspecciones periódicas en las áreas críticas (techo, iluminación, puertas, ventilación, etc.), lo que ha permitido la acumulación de deterioros y fallos en las instalaciones. no existe un plan de inspección formal que cubra las necesidades de mantenimiento preventivo en las instalaciones clave. debido a la escasez de personal, no se ha podido implementar un sistema de inspección regular para todas las instalaciones de la universidad. el personal disponible no es suficiente para realizar inspecciones periódicas y cubrir todas las áreas de mantenimiento necesarias. | NC-96-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se consultó al GIF sobre la atención de la no conformidad de la panadería, relacionadas con deterioros en pisos, paredes, techos, luminarias y puertas, y se indicó que posiblemente podrían ser atendidas dentro de las reparaciones generales a realizar por el contratista, por lo que actualmente se está a la espera de la confirmación. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | AM-02-GIC-2024 Teniendo en cuenta que el Grupo Interno de Trabajo de Comunicaciones fue creado mediante resolución 0813 de agosto de 2023, el mismo no ha definido los procedimientos de control inherentes al proceso, indicadores de gestión, ficha de caracterización, formatos, quías, instructivos (si aplica) y alcance del proceso, de acuerdo a la información suministrada se hizo un primer ejercicio con la Oficina de Desarrollo y Planeación en el año 2023, sin embargo el mismo no ha quedado documentado en el Sistema de Gestión Integral. | Porque al ser un grupo nuevo, creado mediante resolución del mes de agosto del 2023, no se contaba con las capacitaciones necesarias sobre el sistema de gestión y de los procesos, formatos, etc., sin embargo, se llevó cabo un primer ejercicio, pero por tiempos el mismo no quedo documentado en el sistema de gestión. | OM-041-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Sin avance | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | AM-02-SSG-2023 Subsanar definitivamente las no conformidades y aspectos por mejorar, generados en vigencias anteriores (algunas que datan del año 2019) y que se encuentran incluidas en el Plan de Mejoramiento de la Subdirección de Servicios Generales correspondiente al 2022. Así mismo, es importante realizar la gestión para la publicación del Plan de Mejoramiento de la vigencia actual, tal que se facilite el ejercicio de verificación en futuros ejercicios de auditoría. | El Plan de mejoramiento de la SSG no se consolidaba desde el GIF (Anteriormente Planta Física) El despacho de la SSG realizaba el seguimiento a las actividades de los Planes de mejoramiento Los reportes de evidencias se realizaban conforme la solicitud de la facilitadora de calidad. No se cuenta con la información de las no conformidades y aspectos por mejorar que se encuentran pendientes | OM-21-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 67% | 31/03/2025: Se elabora informe sobre las adecuaciones realizadas para el cierre de los hallazgos generados en Calle 72 durante la vigencia 2022. Para subsanar el hallazgo al hallazgo HSA06N006164-2022 en panadería, en el cual se identificó la falta de barreras físicas para evitar el acceso de plagas, se han instalado ángeles en los espacios generados por las tejas, con el fin de impedir la entrada de plagas y mejorar las condiciones de higiene y seguridad en la zona. Para subsanar el hallazgo SB06N008828 ESCUELA - SECCIÓN EDUCACIÓN INICIAL IPN 03-10-20237.8, en el cual se identificó pared con grietas y piso con fisuras, baños, se realizó el cambio de todo el enchape del baño por parte del propietario del inmueble. Para subsanar el hallazgo HSA06N006164-2022, se realizó una revisión del sistema eléctrico del laboratorio y se ajustaron las conexiones que estaban sin protección. | 67,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>AM-03-SSG-2022: Definir criterios institucionales para que el funcionario líder o delegado para la gestión y supervisión del servicio de transporte, asigne y distribuya las salidas conforme al interés y pertinencia institucional y no según las consideraciones e intereses particulares de los funcionarios.</p> <p>AM-04-SSG-2022: Designar e informar a los a los conductores a través de reuniones o comunicaciones formales quién es el o la funcionaria asignada para el apoyo en la gestión, liderazgo y supervisión del servicio de transporte. Al respecto, se sugiere evaluar la viabilidad de la creación del Grupo de Transporte con la figura de coordinador.</p> <p>AM-05-SSG-2022: Diseñar y desarrollar un programa integral de inducción o reintroducción y capacitación a los funcionarios de transporte (conductores y demás servidores), en el que se aborden sus derechos, deberes y obligaciones (Atención al usuario, presentación personal, lenguaje apropiado, cumplimiento de horarios, acatamiento de indicaciones, líneas de autoridad, respeto, compromiso y pertenencia institucional, valores del</p> | <p>Porque se han presentado falencias en las actividades diarias de los conductores.</p> <p>Porque no existe un documento con lineamientos específicos a las salidas académicas y los criterios que se encuentran definidos no son tenidos en cuenta por parte de los conductores</p> <p>Porque hace falta actualización del acuerdo 034 y hace falta programación en reintroducción a los funcionarios en derechos, deberes y obligaciones.</p> <p>Porque no se veía necesario mejorar la relación usuario-conductor y porque los conductores desconocen el proceso operativo.</p> <p>Porque no ha sido posible realizar los espacios debido a que Los</p> | OM-24-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se designaron responsabilidades para el Gestor de Transporte en el PESV, se incluyó la Política de Seguridad Vial en el manual correspondiente y la OJU aprobó el borrador del acto administrativo, enviado a Rectoría para revisión final.[] | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>AM-GSI-042023 2.2: Con respecto a la Resolución 696 de 16 de junio de 2005, Manual de políticas, normas y procedimientos para la administración de los recursos computacionales informáticos, multimediales y de comunicaciones de propiedad de la Universidad Pedagógica Nacional, se encuentra desactualizada, considerando que la UPN ha adquirido nueva tecnología desde que se emitió esta norma (Hace 18 años).</p> | <p>Porque no se realizó una implementación coordinada de la Resolución 696 de 16 de junio de 2005 en la cual se involucrara a los directores de las sedes de Valmaría, el Nogal, Parque Nacional y Biblioteca, respecto a la administración de las salas de informática de esas sedes.</p> <p>Porque durante la creación y actualización de los procedimientos del proceso de Gestión de Servicios Informáticos no se tuvo en cuenta los lineamientos definidos en la Resolución 696 de 16 de junio de 2005.</p> <p>Porque durante la ejecución de las actividades del proceso de Gestión de Servicios Informáticos no se tuvieron en cuenta los lineamientos definidos en la Resolución 696 de 16</p> | OM-30-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Debido a la demanda de actividades y a la insuficiencia de recurso humano calificado en la SGSI, la acción no avanzó durante la vigencia 2024 y para la vigencia 2025 no ha sido posible asignar un responsable. | 0,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>AM-GSI-05-2023 3.1: Aunque se encuentra publicado en la página web de la Universidad, y en el minisitio de la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información, el documento "PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL 2020-2024", no es un documento que sirve de hoja de ruta para la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información.</p> <p>Recomendación Informe de seguimiento Política Gobierno Digital OCI - 2023: Se recomienda dar celeridad y priorización a la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETIC; toda vez que es un documento que establece las directrices y lineamientos que la Universidad debe tener en cuenta para el desarrollo y fortalecimiento institucional de las TIC</p> | <p>Porque la elaboración del PETI en sus fases 1 y 2 se llevaron a cabo sin la participación activa de las demás partes interesadas internas de la UPN, conforme a los lineamientos sugeridos por MINTIC.</p> <p>Porque en las administraciones pasadas de la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información no se había adoptado el Modelo de Arquitectura Empresarial sugerido por MINTIC, el cual abarca la metodología para la construcción del PETI.</p> <p>Porque no se ha asignado un recurso humano con dedicación exclusiva para temas de implementación de los lineamientos sugeridos por MINTIC.</p> <p>Porque no se ha gestionado la</p> | OM-31-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Al corte del primer trimestre de 2025, el Secretario Técnico del Comité de Gobierno Digital, de acuerdo al compromiso acordado en la sesión de comité del 20-dic-2024, divulgó a los miembros del comité el documento PETI actualizado para su revisión, mediante mail enviado el 13-mar-2025. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>AM-GSI-06-2023 4.1: "Con respecto a la política de seguridad de la información (Resolución 0694 de 2020), no se pudo evidenciar que se esté implementando el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información - MSPI para la UPN y que es de obligatorio cumplimiento para las Entidades del Orden Nacional."</p> | <p>Porque la Universidad para garantizar la seguridad externa e interna se enfocó en el hardware con el propósito de garantizar la seguridad perimetral de los sitios de acceso en la UPN.</p> <p>Porque la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información (SGSI) se ha enfocado en dar respuesta a los requerimientos urgentes postergando los importantes como la adopción del MSPI bajo los lineamientos de MINTIC.</p> <p>Porque no se ha definido que funcionario de los integrantes de la Subdirección de Gestión de Sistemas realice la revisión del MSPI para su posterior implementación en la UPN.</p> <p>Porque dentro de las</p> | OM-32-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Con corte al primer trimestre de la vigencia, se logró presentar la evaluación del avance de implementación de MSPI, de igual manera las funciones relacionadas con MSPI quedaron asignadas al contrato 383 de 2025 | 100,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>AM-GSI-092023 6.1: Se tiene una alta dependencia del Data Center en operación, en donde se alojan los sistemas de información y aplicaciones de misión crítica. No obstante, no se cuenta con un data center alternativo que permita activar el plan de recuperación ante desastres (DPR).</p> <p>Recomendación informe de seguimiento Gobierno Digital - 2023 Evidenciando que la Subdirección de Sistemas Informáticos se encuentra en la etapa de desarrollo del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETIC, junto con el Modelo de seguridad y privacidad de la información – MSPi y el Plan de Recuperación ante Desastres de Tecnología - DRP; la Oficina de Control Interno recomienda efectuar la vinculación de una firma la cual se encargue de la revisión y asesoría de los temas en mención, con el fin de que documento final sea aprobado de forma satisfactoria por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia – MINTIC.</p> | <p>Porque no se tiene dimensionado todo lo que implica la implementación y mantenimiento de un DRP en la UPN.</p> <p>Porque en las administraciones pasadas de la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información no se había adoptado el Modelo de Arquitectura Empresarial sugerido por MINTIC.</p> <p>Porque el Comité de Gobierno Digital no ha emitido las recomendaciones pertinentes a la Alta Dirección respecto a la necesidad de tener implementado un Disaster Recovery Plan (DRP) en la UPN.</p> <p>Porque desde la SGSI no se ha presentado al Comité de Gobierno Digital de manera formal el proyecto o iniciativa formal de DRP que</p> | OM-33-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>AM-GSI-14-2023 7.1: La última actualización de versión del aplicativo denominado GLPI que cumple la función de mesa de ayuda, en donde se registran todos los requerimientos e incidencias de los usuarios finales, no permite categorizar los servicios, configurar funciones que permitan manejar los procedimientos, acuerdos de niveles de servicio, realizar encuestas e indicadores, lo que impide efectuar mediciones que aporten a la toma de decisiones.</p> | <p>Porque la herramienta Web GLPI implementada en la UPN no permite que algunas funciones como: el cambio automático del estado de los casos resueltos. Esta acción debe realizarse de forma manual lo que retrasa otras actividades de los integrantes del equipo de trabajo.</p> <p>Porque, aunque la herramienta GLPI se actualizó a la versión más reciente en el último trimestre de 2022, no se verificó el correcto funcionamiento del aplicativo y no se evidenciaron las fallas posteriores.</p> <p>Porque, aunque se cuenta con acceso al código fuente de la aplicación GLPI, no se ha logrado identificar que se debe configurar o actualizar en la APP para garantizar que todas las</p> | OM-36-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre no se ha avanzado en la actividad, dado que está propuesta iniciar en una fecha posterior al periodo del actual de reporte. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|--|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | AM-GSI-012023 1.1: Aunque la Subdirección de Gestión de Sistemas está incluida en la estructura orgánica de la UPN y tiene funciones formalmente definidas, se observa la necesidad de actualizarlas. Además, por ser responsable de múltiples actividades transversales y un numeroso equipo de trabajo (con distintas modalidades de vinculación) se considera necesario conformar equipos internos de trabajo organizados y coordinados, con actividades precisas, delimitadas, para establecer líneas jerárquicas claras dentro de la Subdirección y bajo la supervisión del Subdirector de Sistemas. | Al inicio de la vigencia 2023 la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información (SGSI) no se tenían conformado los equipos de trabajo ni la estructura de los mismos que permita identificar las líneas jerárquicas y las responsabilidades y funciones principales. En el desarrollo de las actividades del proceso de GSI se prioriza su ejecución en función de la urgencia de manera que lo importante se ejecuta en momentos posteriores. No se ha priorizado el plan de trabajo para la revisión de cargas de las funciones del personal de la Subdirección. No se ha realizado el análisis de todos los compromisos, actividades y responsabilidades de la Subdirección de Gestión de Sistemas de | OM-37-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre de 2025 la Subdirección de Sistemas de Información concertó los objetivos de cada funcionario adscrito a la SSI, los cuales están alineados con el Plan de Trabajo de la Dependencia, sin embargo se hace necesario que sean revisadas y validadas con el cambio de Subdirección. Dado que a mediados del mes de marzo se inicia cambio de subdirección, se hace necesario que el siguiente Subdirector de la Dependencia revise el Plan de Trabajo vs los objetivos concertados con cada funcionario adscrito a la SGSI, de manera que lo ratifique y/o reasigne las actividades que considere necesario. | 0,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | AM-GSI-112023 6.3: Se pudo evidenciar que la UPN cuenta con un grupo de trabajo que gestiona toda la infraestructura alojada en el Data Center, los equipos que suministran la capa de seguridad, el almacenamiento, el procesamiento, entre otros. Y aunque tienen un ingeniero líder con amplio dominio de distintos temas y que a su vez orienta, administra y opera toda la gestión de infraestructura de la UPN, esta práctica no se considera conveniente dado que se concentran demasiadas actividades y gestión en una sola persona por contrato de prestación de servicios. | Porque el recurso humano con el que se cuenta actualmente para la administración del Data Center es especializado en el tema y tiene más de 5 años de experiencia ejerciendo este rol en la UPN. Porque se ha tenido dificultad para cambiar la Modalidad de contratación a una directa dado que el costo se incrementaría considerablemente Porque no se cuenta con un análisis de cargas que permita realizar asignaciones puntuales respecto a la administración de infraestructura tecnológica. Porque no se tiene implementado una estrategia que garantice la continuidad de la operación en caso de | OM-39-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Al corte del primer trimestre de 2025, la acción no se ha implementado, sin embargo finalizando la vigencia anterior la SGSI estructuró el Plan de Respaldo del Proceso, el cual deberá ser revisado y validado por el nuevo Subdirector de la Dependencia. | 0,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | AM006-GSI-2023 En la visita a Valmaría se encontraron algunas falencias, entre ellas, el hecho de que el campo universitario de esas instalaciones esté sin la implementación de un pararrayos, corriente regulada, un (1) salón de profesores, sin energía eléctrica, lo cual puede generar un riesgo para el recurso tecnológico y peligroso para el talento humano | No se tenían reportes de daños en estas áreas No se cuenta con las condiciones de infraestructura eléctrica adecuada en la Universidad No existen los recursos suficientes para la adecuación general de la instalación a nivel eléctrico No se ha realizado estudio y/o análisis de viabilidad para funcionamiento de pararrayos en la instalación | OM-58-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 54% | A la fecha se ha realizado un 58.77% de adecuaciones eléctricas en la instalación de Valmaría, se ha realizado un estudio para determinar la viabilidad de instalar un Pararrayos en la instalación con el fin de determinar el mejor sistema de protección, se debe realizar proyección presupuestal para poder ejecutar la adecuación sugerida en el estudio. | 54,00% | |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>OM-01-GTH-2024</p> <p>En el marco de la entrevista con las profesionales que lideran el tema de las capacitaciones, se identificó que es necesario fortalecer el seguimiento y evaluación del resultado de implementar el Plan Institucional de Capacitación. Actualmente, la Subdirección de Personal lleva un control a través de una base en Excel, pero no se establecen las razones por las cuales se alcanzó un porcentaje de cumplimiento del 41.2%. La falta de controles podría afectar la eficiencia en la utilización de los recursos, el cumplimiento de objetivos de acuerdo con las necesidades de capacitación por dependencias y por lo tanto el desempeño institucional.</p> | <p>Porque se programaron para el año, más Capacitaciones de las que se podían ejecutar.</p> <p>Porque no se realizó una planeación adecuada del Plan de Capacitación..</p> <p>Porque no se realizó una selección adecuada de los temas de capacitación con mayor impacto, conforme a la indagación de las necesidades, en la Universidad</p> <p>Porque no se cuenta con una herramienta de control, para priorizar las necesidades y el impacto de capacitación en la Universidad.</p> | OM-61-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Durante el I Trimestre de la vigencia 2025, se logró estructurar el Plan de Capacitación de la Universidad, e implementar un mecanismo de control, que permita establecer el grado de cumplimiento e impacto del Plan de Capacitación en la Institución. | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>Aunque el grupo de trabajo cuenta con algunos indicadores de gestión, estos no están plenamente ligados al objetivo del proceso, por lo cual, la Oficina de Control Interno recomienda efectuar una validación y reorganización de los mismos, teniendo en cuenta que estos deben ser claros, ejecutables y medibles, de la misma forma deben contribuir a la mitigación del riesgo y afianzar el cumplimiento de los objetivos.</p> | <p>Teniendo en cuenta que el GITE no hace parte del Sistema de Gestión Integral no se cuenta con un análisis de los procesos a los cuales se vincula.</p> <p>Al no haber claridad acerca de los procesos a los cuales se vincula se han construido de manera informal procedimientos para organizar las actividades de su gestión.</p> <p>El seguimiento al cumplimiento de sus actividades se mide a través de lo planteado tanto en el plan de acción como en la ficha de inversión con indicadores creados para cada meta., pero no son indicadores formales que hacen parte de un procedimiento.</p> | OM-65-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0 | Para el cumplimiento de esta oportunidad de mejora se proyectaron 3 acciones que se desarrollarán entre los meses de mayo y junio. [] | 0,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | Para este grupo de trabajo, se recomienda la formulación de acciones tendientes a mitigar los riesgos que se puedan generar en el desarrollo propio de sus actividades y que puedan afectar su gestión o la de otras dependencias. | <p>Teniendo en cuenta que el GITE no hace parte del Sistema de Gestión Integral no se cuenta con un análisis de los procesos a los cuales se vincula.</p> <p>Al no haber claridad acerca de los procesos a los cuales se vincula se han construido de manera informal procedimientos para organizar las actividades de su gestión, no obstante no se cuenta con un análisis de los riesgos que puedan identificar acciones equivocadas en la gestión</p> <p>Cuando se identifican riesgos en alguna actividad que desarrolle el grupo, se toman acciones con los recursos con los que se cuentan en su momento.</p> | OM-66-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0 | Para el cumplimiento de esta oportunidad de mejora, durante la vigencia 2024, se alcanzó un 33% de cumplimiento, no obstante, para la continuación del trabajo y cumplimiento definitivo se plantearon tres acciones para la vigencia 2025, que se realizarán durante los meses de mayo y junio. [] | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>Durante la auditoria realizada al Centro de Lenguas, se identificaron dos documentos clave: Formato de Asignación de Cursos y Formato de Acompañamiento a Tutores, los cuales son de manejo interno.</p> <p>Actualmente, el Formato de Acompañamiento a Tutores solo se diligencia para aquellos docentes que imparten clases los fines de semana, y solo se utiliza de manera específica en tutores que están asignados de lunes a viernes si se han recibido quejas por parte de los estudiantes en este horario.</p> <p>De acuerdo con la información aportada durante la ejecución de la auditoria el resultado de evaluación de este documento es retroalimentado con el tutor para que se tomen las acciones pertinentes.</p> <p>Otro formato es el de Asignación de cursos, que se diligencia con cada uno de los tutores contratados, en donde se registra la distribución de los niveles que estarán a cargo del tutor, ello permite a la coordinación académica llevar un control más riguroso con cada uno de los tutores.</p> | <p>Porque los formatos no están formalizados en el sistema ISOLUCION</p> <p>Porque no se ha llevado a cabo el proceso de integración de estos documentos en el sistema.</p> <p>Porque no se ha establecido un plan claro para la formalización de documentos clave en ISOLUCION.</p> <p>Porque puede haber desconocimiento sobre cómo integrar eficazmente estos formatos dentro del sistema y su importancia en la gestión académica.</p> <p>Porque no se ha realizado un análisis que establezca la necesidad de que todos los formatos utilizados estén debidamente cargados en ISOLUCION para asegurar una gestión</p> | OM-68-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Con el objetivo de mejorar los procesos de selección y asignación de tutores en el Centro de Lenguas, se acordó actualizar la guía GUI-CLE-002 e incluir los formatos de acompañamiento a tutores y asignación de cursos, los cuales han estado en uso pero no se encuentran registrados en Isolución. La mesa de trabajo realizada el 25 de febrero permitió definir los puntos clave. Se dio inicio a la fase de la actualización de la guía. | 100,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | Al revisar la medición de los indicadores de Ingresos recaudados y Cursos ofertados, elaborados en 2019, se evidenció que desde la vigencia 2023 se ha superado la meta establecida, por lo cual se hace necesario revisar el planteamiento, la meta y la utilidad de los mismos, en cumplimiento del INS-GDC-003 Formulación y reporte de indicadores UPN, que establece: "Para la identificación de los indicadores es importante tener en cuenta que deben ser de utilidad para el seguimiento al cumplimiento del objetivo del proceso, debe ser medible, cuantificable y que aporte resultados para la toma de decisiones que conlleven a la mejora del proceso" y "Cuando la meta del indicador sea alcanzada de forma consecutiva, debe considerarse el cambio de la misma o del indicador, puesto que éste ya está controlado por el proceso y no representa un reto en términos de cumplimiento del objetivo del proceso" | <p>Porque es necesario revisar el planteamiento, la meta y la utilidad de los indicadores de Ingresos recaudados y Cursos ofertados</p> <p>Porque desde la vigencia 2023 se ha superado la meta establecida de manera consistente</p> <p>Porque los indicadores actuales no reflejan adecuadamente la realidad del desempeño y han dejado de ser desafiantes.</p> <p>Porque no se han actualizado ni revisado en función de los cambios en las condiciones del entorno y en la oferta educativa.</p> <p>Porque no se ha implementado un proceso sistemático para la revisión periódica de los indicadores conforme a lo estipulado en el INS-GDC-003 y ha habido</p> | OM-69-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Con el objetivo de mejorar la eficiencia y alineación de los procesos, se solicitó capacitación en febrero para actualizar los indicadores del Centro de Lenguas. Se recibe capacitación el 19 de marzo. Posteriormente se revisan los indicadores, identificando la necesidad de anulación de uno de ellos relacionado con las PQRSFD, por lo que se hace solicitud a ODP quedando anulado el día 25 de marzo. Se continúa en el avance de actualización de los indicadores restantes. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | GSS_OM01_2024: En la revisión del control operacional de Almacén e Inventarios sobre la planificación de visitas para realizar la constatación física de inventarios, se identificó que no existe un instrumento de control que permita priorizar los procesos de revisión en los 120 centros de costo, sumado a que, solo cuentan con cuatro funcionarios asignados para esta tarea. Asimismo, durante las entrevistas con funcionarios del Instituto Pedagógico Nacional y del Programa de Cultura, se observó que, en ocasiones, los espacios para las visitas no se coordinan adecuadamente, lo cual dificulta el desarrollo de la actividad en tanto en el caso de los docentes su tiempo se compromete de acuerdo con la programación académica y desde el Programa las actividades administrativas constantes, como el préstamo de equipos. La falta de planificación específica y la ausencia de coordinación con los centros de costo pueden ocasionar retrasos en la constatación | <p>no se priorizan las visitas de constatación física de inventarios</p> <p>existe un instrumento de control que permita organizar las revisiones según el riesgo y la antigüedad de la última visita.</p> <p>no se ha diseñado un sistema específico que contemple variables de riesgo, antigüedad, o necesidades particulares de cada centro de costo.</p> <p>no se había identificado como una necesidad crítica dentro del proceso de planeación operativa del Almacén e Inventarios.</p> | OM-70-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | 31/03/2025: Se crearon los formatos FOR-GSS-073 "Matriz de Priorización de Constatación Física de Bienes" y FOR-GSS-072 "Cronograma Almacén e Inventario", los cuales ya fueron aprobados; actualmente, el manual se encuentra en proceso de actualización y se ha creado el indicador "Índice de cumplimiento del Cronograma de Almacén e Inventario" | 50,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | GSS_OM02_2024: teniendo en cuenta lo siguiente: 1. A corte 17 de septiembre de 2024, existen 412 solicitudes pendientes para reintegro debido a la falta de espacio disponible en las bodegas para almacenar los bienes. 2. El Comité de Bienes recomienda la venta de bienes inservibles a través de subasta pública. Este proceso, que involucra la conformación de lotes, establecimiento de precios base, y la invitación a los proponentes, puede extenderse de tres a cuatro meses antes de que los bienes sean adjudicados al comprador final. Durante este tiempo, los bienes deben seguir siendo almacenados en las bodegas. 3. En relación con los bienes inservibles, la última subasta realizada por el Banco Popular permitió a la Universidad recuperar un total de \$9.426.589. Sin embargo, el valor total de deterioro de los 4964 bienes es de \$84.587.935, lo que significa que se ha recuperado | <p>hay un retraso en el proceso de reintegro y almacenamiento de bienes</p> <p>las bodegas están sobrecargadas y no hay espacio suficiente para almacenar los bienes pendientes de reintegro.</p> <p>el proceso de subasta pública de bienes inservibles es lento, lo que obliga a mantener los bienes almacenados por largos periodos.</p> <p>la conformación de lotes, la fijación de precios y la invitación a los proponentes toman entre tres y cuatro meses.</p> | OM-71-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | 31/03/2025: Se proyectó una resolución para establecer lineamientos sobre la reposición de bienes muebles, cuya aprobación permitirá finalizar la actualización del manual e incluir la conformación de lotes para agilizar subastas. Como parte de la gestión de almacenamiento, la oficina de Almacén e Inventarios fue reubicada al Bloque P, destinando su antiguo espacio como almacén, y se están utilizando las sedes 105, IPN y próximamente B111 para almacenar bienes, especialmente electrónicos.[] | 50,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|--|------------|---------------------------|----------|------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | GSS_OM03_2024: De acuerdo con las entrevistas realizadas se evidencia un desconocimiento de los procesos administrativos relacionados con bienes e inventarios, por lo que se requiere realizar actividades de capacitación y sensibilización. En varios casos, tanto trabajadores oficiales como personal docente y administrativos no asumen la responsabilidad formal sobre los bienes que utilizan, lo que impacta el adecuado control y gestión de estos recursos en la Universidad. Además, la falta de conocimiento genera una percepción errónea de que deben reponer personalmente los bienes en caso de daño, uso excesivo o desgaste, reforzando la necesidad de orientar y aclarar los procedimientos establecidos. | El Personal docente y administrativos no asumen la responsabilidad formal sobre los bienes asignado existe un desconocimiento de los procesos administrativos y docentes relacionados con los bienes e inventarios. no se ha implementado un programa de capacitación adecuado sobre la gestión y responsabilidad de los bienes e inventarios. no se había identificado la falta de conocimiento como un problema crítico en el proceso de gestión de inventarios. | OM-72-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | 31/03/2025: Se realizó la "Encuesta de Diagnóstico sobre el Manejo de Bienes e Inventarios", socializada mediante notas comunicantes, y con base en sus resultados se definió el FOR-GSS-072 "Cronograma Almacén e Inventario", que establece las fechas de las capacitaciones programadas para el segundo semestre del año, asegurando que el MNL-GSS-001 esté actualizado y la información impartida sea vigente y aprobada.[] | 50,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | GSS_OM04_2024: Se requiere fortalecer el Manual de Manejo de Bienes MNL-GSS-001 para garantizar el control y administración por parte de la Universidad Pedagógica Nacional, en los siguientes asuntos: • Definir con claridad el alcance de la responsabilidad administrativa, disciplinaria y penal de los contratistas en relación con el manejo y custodia de los bienes de la Universidad, y considerar el Concepto 193201 de 2022 del Departamento Administrativo de la Función Pública, donde indica que, los contratistas no son considerados servidores públicos sino particulares que prestan funciones públicas. • Incluir el proceso específico sobre el manejo de bienes asignados a cuentadantes que se retiran de la Universidad sin cumplir con la paz y salvo, para evitar que dichos bienes queden sin control ni custodia adecuada por parte de la Universidad. Actualmente, algunos exfuncionarios siguen registrados como responsables en el sistema GOBBI, lo cual genera riesgos en la gestión y seguimiento de los bienes. • Establecer en el Manual la | se requieren fortalecerse algunos aspectos en el Manual de Manejo de Bienes MNL-GSS-001 existen vacíos en el Manual que afectan el control y administración de los bienes. no se ha actualizado adecuadamente el Manual para contemplar situaciones específicas. no se ha identificado formalmente la necesidad de incorporar estos aspectos y no se ha convocado al Comité de Bienes u otras instancias correspondientes para discutir las actualizaciones necesarias. | OM-73-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se ha avanzado en la actualización del Manual de Manejo de Bienes (MNL-GSS-001) mediante la elaboración de un borrador con los ajustes necesarios, y se proyectó la resolución "Por la cual se establecen lineamientos para la reposición de bienes muebles de la Universidad Pedagógica Nacional", cuya aprobación y publicación se esperan para finalizar el proceso.[] | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Autoevaluación_Proceso | Aspecto_por_Mejorar | Actualmente, no se cuenta con un inventario actualizado de luminarias y sistemas hidráulicos en la instalación, lo que dificulta la identificación de los elementos ahorradores y convencionales. Esta falta de información limita la capacidad para planificar adecuadamente acciones de optimización, mantenimiento o reemplazo que contribuyan a mejorar la eficiencia energética e hídrica. | Porque no se cuenta con un inventario actualizado de luminarias y sistemas hidráulicos. Porque no se ha implementado un proceso periódico de revisión y actualización de los elementos Porque no se ha priorizado la gestión de estos sistemas en el plan de mantenimiento preventivo. Porque no se tiene suficiente visibilidad sobre el impacto del consumo energético e hídrico de estos sistemas en los costos y la sostenibilidad. | OM-74-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se acordó que el SGA lo levantaría y lo remitiría a la SSG. Sin embargo, al consultar el 27 de marzo sobre su estado, el SGA informó que el practicante encargado había salido sin dejar información, dejando el proceso inconcluso. | 0,00% |

**FORMATO**

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|---------------------|---|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Autoevaluación_Proceso | Aspecto_por_Mejorar | No se cuenta con indicadores bien definidos para medir la cobertura de los sistemas ahorradores de luz y agua en la instalación, esta imprecisión del indicador dificulta reflejar con claridad la realidad de su implementación y efectividad, limitando la capacidad para evaluar avances, identificar brechas y tomar decisiones informadas para la transición hacia tecnologías más eficientes y sostenibles. | <p>Porque no se cuenta con un indicador que refleje la realidad de cobertura de los sistemas ahorradores.</p> <p>Porque el indicador existente no está proporcionando datos relevantes sobre la cobertura de los sistemas ahorradores.</p> <p>Porque no fue diseñado con parámetros adecuados que reflejen la realidad de la cobertura.</p> <p>Porque no se realizó un análisis detallado de las necesidades y objetivos específicos que el indicador debía cumplir.</p> | OM-75-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | 31/03/2025: Se crearon los indicadores "Cobertura de Ahorradores de Agua" y "Cobertura de sistemas Lumínicos ahorradores" y actualmente se encuentran en revisión por parte de ODP para su aprobación. Adicionalmente se solicitó la eliminación de los antiguos indicadores "" Cobertura de iluminación LED" y "Instalación de llaves ahorradoras". | 100,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Autoevaluación_Proceso | Aspecto_por_Mejorar | La gestión de riesgos en el área de transportes no se encuentra alineada con las nuevas directrices establecidas en el Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV). Esta desactualización puede generar brechas en la identificación, control y mitigación de riesgos asociados a la operación de transporte. | <p>Porque los riesgos de gestión asociados al área de transportes no están actualizados con las nuevas directrices del Plan Estratégico de Seguridad Vial.</p> <p>Porque hasta ahora se va a crear un proceso de actualización que alineará los riesgos con las nuevas directrices establecidas en el plan.</p> <p>Porque estaba en proceso de creación y no se había implementado anteriormente.</p> <p>Porque no se había priorizado la creación de este proceso debido a otras tareas urgentes dentro de la gestión del área de transportes.</p> | OM-76-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: La actualización del riesgo se iniciara durante el segundo semestre de 2025 | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Autoevaluación_Proceso | Aspecto_por_Mejorar | Se están reportando afecciones en la piel entre los usuarios de las zonas húmedas, lo que indica la posible presencia de factores adversos en estas áreas, como deficiencias en la calidad del agua, manejo inadecuado de productos químicos, falta de limpieza adecuada o condiciones ambientales que favorecen el desarrollo de microorganismos. | <p>Porque se están presentando afecciones en la piel entre los usuarios de las zonas húmedas</p> <p>Porque las superficies en las zonas húmedas podrían estar contaminadas con microorganismos o sustancias químicas irritantes.</p> <p>Porque no se ha realizado un monitoreo sobre la calidad microbiológica y fisicoquímica de las superficies.</p> <p>Porque el estado de la piscina y las instalaciones relacionadas no están siendo evaluados adecuadamente, lo que podría contribuir a la contaminación de las superficies.</p> | OM-77-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | 31/03/2025: Se determinaron puntos de medición, se solicitaron cotizaciones y se consulto con el SGA la mejor opción para tomar los muestreos. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|--|
| COMPONENTES GENERALES | | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | Modificar y/o actualizar los documentos del proceso. | <p>Algunos documentos del proceso de gestión documental no están actualizados de acuerdo con las necesidades y/o normatividad actual.</p> <p>El equipo de trabajo tuvo que priorizar otras actividades.</p> <p>La capacidad instalada del equipo de trabajo no fue suficiente para atender todas las actividades</p> <p>Porque no hubo apropiación presupuestal para el crecimiento del equipo de trabajo en la vigencia 2024.</p> | OM-79-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0 | Se presentan avances en la gestión, pero aun no se cumple con la acción propuesta | 0,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | Convalidar las Tablas de Valoración Documental - TVD, ante el Archivo General de la Nación - AGN. | <p>El proceso de convalidación de las TVD no finalizó en la vigencia 2024.</p> <p>Aunque inició en diciembre de 2023 fue necesaria la construcción de los documentos requeridos para la evaluación técnica.</p> <p>Fue necesaria la recopilación de información de aproximadamente 47 años de historia de la UPN.</p> <p>La UPN no identificó la existencia de documentos técnicos que recopilasen antecedentes, análisis, estudio y condensación de la información para las TVD.</p> | OM-80-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 50% | Se logró actualizar los documentos, con las recomendaciones del informe de evaluación del AGN, pero no se han realizado convocatorias para las mesas técnicas en el I trimestre | 50,00% | |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | OM01-DOC-2024: Durante la auditoría interna realizada al proceso de docencia se revisó la información documentada alojada en el aplicativo Isolucion. Se evidencia que la ficha de caracterización del proceso fue actualizada por última vez el 25 de junio de 2018 y se requiere reflejar los cambios recientes en el alcance, objetivo, partes interesadas y normatividad. Adicionalmente, el normograma se encuentra desactualizado toda vez que no se incluyen nuevas normas ni externas ni internas desde el 30 de noviembre de 2018 que afectan el proceso como por ejemplo: la Ley Estatutaria 1581 de 2012 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, ni el Decreto 1377 de 2013 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012, tampoco se han | <p>Porque no se ha solicitado el acompañamiento a la Oficina de Desarrollo y Planeación para la reingeniería del proceso en cuanto a actualización documental.</p> <p>Porque no se cuenta con la actualización documental dentro del plan de trabajo de la Vicerrectoría Académica.</p> <p>Porque no se habían identificado las necesidades de actualización</p> | OM-82-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 20% | Se priorizaron los documentos a actualizar durante la vigencia | 20,00% | |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|------------|---------------------------|----------|------------------|-------------------------|---|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | OM01-SGA-2024: Al revisar la documentación del SGA y de acuerdo a la información suministrada, se da cuenta que para el manejo interno de residuos en cada sede se cuenta con los planes de saneamiento PLA-SGA-002 (plan de Saneamiento IPN) y PLA-SGA-003 (plan de saneamiento Escuela Maternal) los cuales son exigidos por entes externos y para las sedes Nogal, Calle 72 y Valmaría se manejan con lo establecido en el manual integral de manejo de residuos MNL-SGA-001, MNL-SGA-003, MNL-SGA-004, MNL-SGA-005, sin embargo el SGA no cuenta con un procedimiento que estandarice el manejo de residuos en las sedes esto tomando como base que el punto de inicio en todas las sedes parte del área productora de residuos y termina en el cuarto de disposición final con el alistamiento para la entrega al recolector autorizado previa entrega del certificado de disposición. | <p>Porque se cuenta con manuales para el manejo de los diferentes residuos generados en la Universidad.</p> <p>Porque los manuales detallan las generalidades para el manejo y gestión adecuada de los residuos</p> <p>Porque los generadores de residuos conocen los manuales y están capacitados para el manejo de los residuo</p> <p>Porque no se consideró crear procedimientos para la gestión de los residuos.</p> | OM-83-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | A corte de primer trimestre no se ha avanzado con la ejecución del procedimiento para el manejo de residuos, lo anterior debido a que se adelantaron inicialmente procesos de capacitación en uso de Isolucion. El día 7 de marzo se ejecutó capacitación a la responsable del SGA donde se impartieron conocimientos básicos para realizar el procedimiento y posterior cargue a la plataforma Isolucion | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | OM-01-SST-2024: Durante la auditoría y conforme a la revisión de la lista de chequeo, se identificó que, la funcionaria identificada con cédula de ciudadanía No. 1057582846, quien ingresó en el mes de junio 2024, no recibió la inducción inicial correspondiente al contexto de la Universidad. Lo anterior no cumple con lo establecido en la ISO 9001:2015 Numeral 4. Contexto de la Organización. 4.1 Comprensión de la organización y su contexto. MEC: Componente 1. Ambiente de Control, 5. Actividades de Monitoreo. | <p>Porque la inducción se realizó en noviembre de 2024 y no en el momento del ingreso de la funcionaria al grupo de trabajo en junio.</p> <p>Porque la programación de inducción está establecida en jornadas específicas y no contempla sesiones adicionales para ingresos en meses intermedios.</p> <p>Porque el número de nuevos ingresos en diferentes meses no ha sido lo suficientemente alto como para justificar una mayor frecuencia de sesiones.</p> <p>Porque desde la Subdirección de Personal se programan dos jornadas anuales de inducción, una por semestre, de acuerdo al historial de ingresos y necesidades operativas.</p> | OM-87-2025 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 100% | Durante la vigencia 2025 se vinculó 1 funcionaria nueva al Equipo de SST, desde la SPE se recibieron las comunicaciones de la convocatoria a las jornadas de reinducción el 29 de noviembre de 2024 y de inducción el 12 de marzo de 2025; desde SST se garantizó la asistencia de las 2 funcionarias. | 100,00% |



FORMATO

Código: FOR-PES-006

PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Versión : 08

Fecha de Aprobación: 14-03-2025

Proceso : Planeación Estratégica

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | OM02-SST-2024: Durante el ejercicio de auditoría y conforme a la aplicación de la lista de chequeo, se observó que los miembros del equipo de trabajo no tienen acceso completo a la información del área, lo que dificultó la fluidez de las sesiones. Esto pone de manifiesto la importancia de garantizar la disponibilidad de la información y la gestión de las actividades en curso o pendientes." Así mismo, se evidenció que, la carga informativa recae sobre un solo funcionario, lo que impide que el resto del equipo acceda y gestione adecuadamente la información. Lo mencionado no cumple con lo establecido en la ISO 9001:2015 Numeral 7.5. Información documentada y el MECI: componente 4. Información y Comunicación. | <p>Porque la información está centralizada en un solo funcionario y no se encuentra disponible en una plataforma accesible para todos.</p> <p>¿Por qué la información está centralizada en un solo funcionario y no se encuentra disponible en una plataforma accesible para todos?</p> <p>Porque no hay un mecanismo definido para compartir la información de manera estructurada y accesible para todo el equipo.</p> <p>Porque no se ha implementado un sistema de gestión documental, ni se han definido responsabilidades claras para la actualización y difusión de la información al interior del área.</p> <p>Porque no se ha priorizado la digitalización y estandarización de la documentación, lo que ha</p> | OM-90-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 55% | Se realizó la creación de 6 cuentas de correo institucionales para cada uno de los procesos generales que se atienden desde seguridad y salud en el trabajo; así mismo, se está llevando a cabo una copia de los archivos de lo gestionado por cada funcionaria mes a mes, lo cual garantiza el acceso a la información independientemente al funcionario que se encuentre realizando la acción. | 55,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | OM04-SST-2024: Durante el recorrido a las diferentes sedes que fueron objeto de verificación durante el ejercicio auditor, se realizó la revisión de los botiquines portátiles de estas, evidenciando que los elementos se encontraban vencidos, (Valmaría, IPN-restaurante), a su vez, se encontró que la mayoría de los botiquines portátiles reposaban en el área de enfermería del IPN, lo cual no es apropiado ya que el objeto de estos es prestar un servicio de manera oportuna a los estudiantes y funcionarios durante su permanencia en las instalaciones del centro educativo. Lo anterior no cumple con lo establecido en la norma ISO 9001:2015 Numeral 7.1. Recursos MECI: componente 3. Actividades de Control, 5. Actividades de Monitoreo Decreto 1072 de 2015 Capítulo 1. Artículo 2.2.4.1.2 Desarrollo de programas y acciones de prevención. | <p>Porque no se realiza un control periódico del estado y ubicación de los botiquines portátiles en cada área.</p> <p>Porque toda la responsabilidad de inspección y control de botiquines, se centra en el grupo de seguridad y salud en el trabajo</p> <p>Porque no se ha definido un procedimiento que distribuya la responsabilidad entre las diferentes áreas.</p> <p>Porque no se ha considerado la gestión de los botiquines como una tarea transversal que involucre a todas las áreas.</p> <p>Porque no hay una cultura organizacional que fomente la corresponsabilidad en la administración de los recursos de emergencia.</p> | OM-95-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se llevó a cabo la inspección del botiquín en Valmaría el 3 de abril de 2025, en la que se evidenciaron elementos vencidos y elementos faltantes, se está construyendo el listado de elementos para la dotación correspondiente; está pendiente por definirse la fecha para la inspección en el IPN. | 0,00% |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  | FORMATO | Código: FOR-PES-006 |
| | PLAN DE ACCIÓN Y DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | Versión : 08 |
| | | Fecha de Aprobación: 14-03-2025 |
| Proceso : Planeación Estratégica | | |

| GESTIÓN ESTRATÉGICA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|------------|---------------------------|----------|-------------------------|-----------------|--|---------------------|
| COMPONENTES GENERALES | | | | PROGRAMACIÓN VIGENCIA | | | 2025 | SEGUIMIENTO ESTRATEGICO | | | |
| COMPONENTE GESTIÓN | COMPONENTE ESPECÍFICO | SUBCOMPONENTES | DESCRIPCIÓN SUBCOMPONENTE | MEDICIÓN SUBCOMPONENTE | CÓDIGO | FÓRMULA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | LOGRO ACUMULADO | DESCRIPCIÓN DEL LOGRO (describir acciones fechas y soportes) | PORCENTAJE DE LOGRO |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>OM01-GSST-2023: De acuerdo con las visitas de inspección realizadas a las instalaciones objeto muestra de la presente auditoria se encontraron las siguientes situaciones:</p> <p>Escuela Maternal: 1.(1) extintor multipropósito ubicado en la cocina donde se preparan alimentos para los menores de edad que se encuentran en el Jardín, donde además se manipulan grasas de tipo vegetal por ende este extintor no es el adecuado para este sitio.</p> <p>Sede Nogal I y II: 1. En la sede Nogal 2 ubicada en la calle 78 N°9-53 se encontraron tres (3) extintores blancos con fecha de vencimiento 2017, un (1) extintor color verde con fecha de vencimiento 2019 los cuales se encuentran en el lugar que no corresponde (cocina) sin señalización y ubicados en el piso. 2. En la sede Nogal 2, no cuenta con ningún tipo extintor para atender posibles emergencias o eventualidades que llegasen a presentarse, esta sede permanentemente realiza actividades escolares y cuenta con un número determinado de estudiantes y funcionarios que podrían verse afectados en caso de presentarse un percance y no contar con los implementos adecuados para estos.</p> | <p>Porque la instalación y ubicación de los elementos de seguridad industrial, así como el mantenimiento de extintores, alguna señalización y demarcación, se requiere del trabajo operativo del Grupo de Infraestructura Física- GIF</p> <p>Porque cuando realizan labores de mantenimiento mueven los elementos de seguridad industrial y no los vuelven a ubicar en el lugar correspondiente.</p> <p>Porque no existe una adecuada organización para la solicitud, recolección, mantenimiento e instalación de los elementos de seguridad industrial (botiquines, extintores, señalización, entre otros).</p> <p>Porque los lugares de los elementos de seguridad</p> | OM-96-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se realizó el envío del documento propuesta para la actualización del PRG-SST-002 Programa de inspecciones de seguridad, para aportes de los integrantes del Equipo de trabajo de SST, aun vez este depurado se remitirá los aportes desde la ARL. | 0,00% |
| Plan_de_Mejoramiento | Auditoria_Combinada | Oportunidad_de_Mejora | <p>OM02-GSST-2023: El Decreto 1072 de 2015, en su capítulo 2.2.4.6 reglamenta el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en Colombia, define la obligación de diseñar indicadores del para evaluar la estructura, el proceso y los resultados del sistema en su conjunto. Así mismo, establece que se debe construir una ficha técnica para cada indicador. Teniendo en cuenta lo mencionado y de acuerdo a la revisión efectuada en el aplicativo Isolución se evidencio que el sistema cuenta con 42 indicadores formulados, si bien en las evidencias aportadas se reporta matriz de identificación y análisis para la vigencia 2022 y avance 2023 los mismos no están actualizados en el aplicativo ni visibles para otras dependencias y/o procesos de la universidad. es importante establecer que, los indicadores medidos en la matriz Excel sean los publicados en el aplicativo, así como su pertinencia de acuerdo a los lineamientos establecidos en los artículos 2.2.4.6.20, 2.2.4.6.21 y 2.2.4.6.22 del decreto.</p> | <p>Porque para los indicadores del SG-SST vigencia 2022 - 2023, se tienen las fichas técnicas y medición en formato Excel, dado que es el formato y aplicación que a la fecha es funcional para SST.</p> <p>Porque se realizó el cargue de la información de los indicadores a Isolución, pero no funciona para realizar la medición</p> <p>Porque no se han habilitado los permisos y parámetros requeridos para este tipo de indicadores desde la administración del Software a cargo de la Subdirección de la Gestión de los Sistemas de la Información - SGSI</p> <p>Porque se está a la espera de formular las parametrizaciones por parte del proveedor del</p> | OM-97-2024 | Cumplimiento de la acción | 100% | Acción cumplida | 0% | Se realizó la solicitud de información de los 23 indicadores existentes, identificando la última medición realizada y lo faltante, conforme a la periodicidad definida. No se cuenta aún con toda la información. | 0,00% |