

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	1 de 39

Control Interno

Distribuido a:

- ▶ Luis Fernando Gaviria Trujillo.
Rector
- ▶ Sistema Integral de Calidad
Grupo de Gestión de Riesgos

Copias:

- ▶ Fernando Noreña Jaramillo.
Vicerrector Administrativo y Financiero.
- ▶ Francisco Gómez Uribe.
Jefe Oficina de Planeación.
- ▶ Diana Patricia Jurado
Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas
de Información.

Emitido por:

- ▶ Sandra Yamile Calvo Cataño.
Director Administrativo Control Interno.

Elaborado por:

- ▶ Jorge Humberto Tobón Lindo.
Profesional II Transitorio Control Interno.

Objeto Auditado:

- ▶ Gestión de Riesgos de la Universidad.

Áreas Responsable:

- ▶ Equipo Interdisciplinario para la Gestión de Riesgos.

INFORME:

- ▶ Informe de evaluación de la Gestión de Riesgos de la vigencia 2025.

Informe No. AI-1115-06-2026

Fecha del informe: _____

02-03-2026


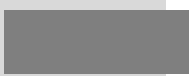
Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	2 de 39

Contenido del informe

1. Resumen ejecutivo
 2. Objetivo y Alcance
 3. Matriz de riesgos y controles
 4. Criterios Analizados y Metodología
 5. Resultados del Informe
 6. Recomendaciones
 7. Limitaciones
 8. Plan de Mejora
-

1. Resumen Ejecutivo

Acorde con la información evaluada en el presente ejercicio, se pueden concluir las siguientes fortalezas y debilidades.

	<h3>Fortalezas</h3> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación del Mapa de Riesgos Institucional 2025 con concepto favorable.• Seguimientos periódicos de Mapa de Riesgos Institucional.• Operación del Equipo Interdisciplinario para la Gestión de Riesgos.• Publicación mapa de riesgos, institucional y de procesos.• Existencia de controles con periodicidad, responsables y soportes definidos.	 <h3>Debilidades</h3> <ul style="list-style-type: none">• Riesgos 2 y 3 sin definición de controles e indicadores.• Riesgo 16. Ambigüedad en el indicador “Pérdida de reconocimiento o disminución de categoría de los Grupos de Investigación ante Min Ciencias”
---	--	---

2. Objetivo y Alcance

OBJETIVO

Evaluar el proceso de administración de riesgos que se lleva a cabo en la Universidad, determinando el cumplimiento de los indicadores, la eficacia de los controles, el seguimiento y tratamiento de los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos Institucional de la vigencia 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar el mapa de riesgos Institucional 2025.
- ▶ Determinar el grado de cumplimiento normativo del proceso de administración de riesgos.
- ▶ Verificar la operación del Equipo de Gestión de Riesgos para mejorar la gestión de riesgos de la Universidad.
- ▶ Verificar los seguimientos realizados a los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y del PDI.
- ▶ Realizar la evaluación de riesgos del Mapa de Riesgos Institucional 2025, verificando la efectividad de los controles, la medición de los indicadores y el cumplimiento de las acciones preventivas propuestas.
- ▶ Evaluar los riesgos materializados y las acciones de mitigación implementadas.
- ▶ Realizar un análisis y clasificación de los indicadores de riesgo establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional 2025, con base en los criterios definidos para los Indicadores Clave de Riesgo (KRI), a fin de determinar su naturaleza predictiva o reactiva.
- ▶ Realizar seguimiento a las acciones de mejora implementadas de auditorías internas o externas.
- ▶ Emitir concepto de los resultados de la evaluación de riesgos del Mapa de Riesgos Institucional 2025.

ALCANCE

El alcance de la evaluación a la administración de riesgos se realiza sobre las actividades realizadas en la vigencia 2025.

Control Interno señala, que la información que se le haya suministrado en desarrollo del proceso auditor, es responsabilidad exclusiva del proceso auditado.

3. Riesgos y controles

Los riesgos y controles que se evaluaron son los siguientes:

Tabla 1. Riesgos y controles

RIESGOS		R1	R2	R3	R4	R5
CALIFICACION RIESGO RESIDUAL		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	CRITICO
CONTOLES	EFFECTIVIDAD	Incumplimiento de las directrices de gestión del riesgo	No identificación de riesgos significativos que afecten el cumplimiento de la misión de la Universidad	No dar tratamiento adecuado a los riesgos	Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización del riesgo	Ambigüedad en el indicador del riesgo.
Comité Institucional de Control Interno	EFFECTIVO	X				
Administración de Riesgos SGC-PRO-011, V10 del 2024-03-22 SIG	EFFECTIVO		X			
Directrices para la Gestión de Riesgos SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20.	REGULARMENTE EFFECTIVO			X		
Equipo Interdisciplinario para la Gestión de Riesgos	EFFECTIVO				X	
Administración de Riesgos SGC-PRO-011, V10 del 2024-03-22 SIG Directrices para la Gestión de Riesgos SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20.	REGULARMENTE EFFECTIVO					X

Fuente: Análisis Control Interno 2026

La matriz anterior muestra la relación entre los riesgos y controles evaluados por Control Interno en el ejercicio de la Auditoría.

4. Criterios analizados y Metodología empleada

CRITERIOS ANALIZADOS

Los criterios empleados en la auditoría se detallan a continuación:

Normas reguladoras:

- ▶ Ley 87 de 1993.
- ▶ Ley 1474 de 2011.
- ▶ Estatuto Anticorrupción.
- ▶ Decreto 1083 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- ▶ Decreto 648 de 2017 Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- ▶ Resolución Interna No. 2392 de 2017 Por medio de la cual se adoptan las directrices para la gestión de riesgos y se modifica la conformación del Equipo de Riesgos en la Universidad Tecnológica de Pereira.
- ▶ Resolución de Rectoría 7011 de 2018 Por medio de la cual se conforma el Comité Institucional de Control Interno de la Universidad Tecnológica de Pereira y se adopta su respectivo reglamento.
- ▶ Resolución de Rectoría 7305 de 2018 por medio de la cual se actualiza el modelo estándar de control interno MECI en la universidad tecnológica de Pereira.
- ▶ Resolución Rectoría No. 7727 del 31_12_2020 Actualización Directrices.
- ▶ Resolución Rectoría No. 7728 del 31_12_2020-Creación Grupo Interdisciplinario.
- ▶ Resolución Rectoría No. 6660 del 19_08_2022 Actualización de Directrices de Gestión de Riesgos.

Procedimientos:

- ▶ Administración de Riesgos SGC-PRO-011, V10 del 2024-03-22 SIG, el cual establece la Metodología para la Gestión de Riesgos.
- ▶ Instructivo Directrices para la Gestión de Riesgos SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20.
- ▶ Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V7 del 2024-10-01 OCI

METODOLOGÍA EMPLEADA

La metodología empleada se basó en la aplicación de los siguientes procedimientos de auditoría:

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	7 de 39

1. Procedimiento analítico.

- Análisis y revisión de la información suministrada.
- Verificación de la información sobre riesgos y controles.

2. Procedimiento sustantivo.

- Evaluación de indicadores frente a metas o líneas base del Mapa de Riesgos Institucional.
- Revisión de la efectividad de los controles y acciones preventivas.

3. Procedimiento de control:

- Evaluación de los controles registrados en el Mapa de Riesgos Institucional para mitigar la materialización del riesgo.
 - Verificación de la documentación, periodicidad y responsabilidad asignada a cada control.
-

5. Resultados de la evaluación

A continuación, se presentan de forma detallada los resultados del trabajo de evaluación. Cada uno hace referencia a los riesgos y controles evaluados. Cada observación está asociada a un nivel de prioridad de solución (criticidad) cuyo significado es el siguiente:

Tabla 2. Prioridad de las observaciones según el riesgo

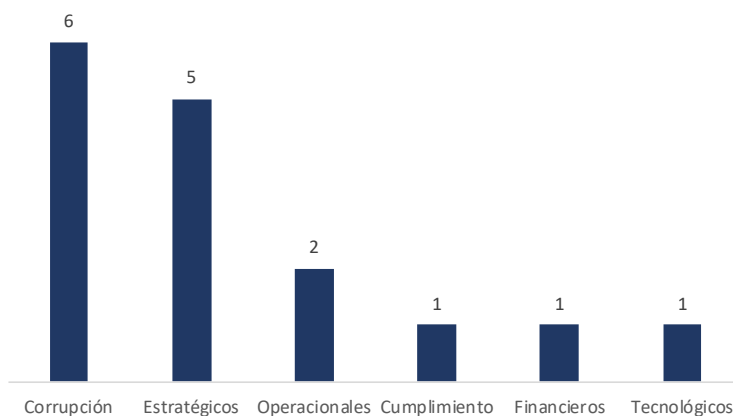
Prioridad	Descripción
Alta	El hallazgo implica que las debilidades evidenciadas requieren intervenciones o ajustes significativos y deben ser atendidas en el corto plazo
Media	El hallazgo implica que las debilidades evidenciadas requieren intervenciones o ajustes en el mediano plazo.
Baja	El hallazgo implica que las debilidades evidenciadas, requieren intervenciones o ajustes menores.

Fuente: Análisis de Control Interno

5.1. Caracterización del mapa de riesgos institucional 2025.

El Mapa de Riesgos Institucional 2025 consolida un total de diez y seis 16 riesgos¹ con cuarenta y ocho (48) controles²; asociados a los procesos de administración, aseguramiento de la calidad, control y seguimiento, creación, gestión y transferencia de conocimiento, direccionamiento institucional, docencia, extensión y proyección social, así como gestión y sostenibilidad.

Gráfico 1. Cantidad de riesgos discriminados por clase.



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2025. Gráfico: Elaboración propia

¹ Clase de riesgos: Seis (6) riesgos de corrupción, uno (1) de cumplimiento, cinco (5) estratégicos, uno (1) financiero, dos (2) operacionales y uno (1) tecnológico.

² Efectividad de los controles: cinco (5) fuertes, nueve (9) aceptables y dos (2) inexistentes

Tabla 2. Clasificación y cantidad de riesgos por proceso.

Proceso / *PDI	Clase de riesgo	Cantidad	Total, riesgos por proceso
Administración Institucional	Corrupción	2	4
	Operacionales	1	
	Tecnológicos	1	
Aseguramiento de la Calidad Institucional	Corrupción	1	2
	Estratégicos	1	
Control y Seguimiento	Corrupción	1	2
	Cumplimiento	1	
Direccionamiento Institucional	Corrupción	1	3
	Estratégicos	1	
	Financieros	1	
Docencia	Corrupción	1	2
	Estratégicos	1	
Extensión y Proyección Social	Operacionales	1	1
Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento *PDI	Estratégicos	1	1
Gestión y Sostenibilidad Institucional *PDI	Estratégicos	1	1

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2025. Tabla: Elaboración propia

Se evidencia que tres de los diez procesos institucionales no registran riesgos identificados como institucionales: Bienestar Institucional, Internacionalización y egresados; así mismo, del PDI no se contemplan los siguientes tres pilares: Excelencia académica para la formación integral, Gestión del contexto y visibilidad nacional e internacional, Bienestar institucional, calidad de vida e inclusión en contextos universitarios.

De igual manera, el Mapa de Riesgos Institucional 2025 estructura las categorías: riesgo, causas y consecuencias, junto con la valoración de los niveles de probabilidad e impacto. Asimismo, incorpora controles, indicadores de seguimiento y las acciones de manejo definidas para cada riesgo, lo cual permite evidenciar un ejercicio de gestión del riesgo, en el cual se contemplan escenarios que abarcan desde potenciales eventos de corrupción hasta fallas tecnológicas, rezagos en la planeación y riesgos de naturaleza reputacional y operacional; de igual manera se identifican fortalezas asociadas a controles evaluados como fuertes y aceptables.

Sin embargo, se observan debilidades en Gestión de la Comunicación y Promoción Institucional, dado que los riesgos asociados, aunque presentan una probabilidad de ocurrencia baja y un nivel de exposición moderado, carecen de controles e indicadores de riesgo, lo que podría limitar la capacidad para anticipar, gestionar y mitigar oportunamente los impactos adversos que pudieran materializarse.

5.2. Cumplimiento normativo:

Se verifica la publicación del Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026 y del Mapa de Calor MRI 2025 (actualizado al 24/11/2025) en el micrositio institucional: <https://meci.utp.edu.co/plan-de-manejo-de-riesgos/> en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 artículos 18 y 19, los cuales precisan que las entidades públicas deben publicar y mantener actualizada la información mínima de transparencia, dentro de la cual se incluye el Mapa de Riesgos Institucional. Asimismo, el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

requiere la identificación, valoración y monitoreo continuo de los riesgos, lo que implica la actualización periódica del mapa.

En este mismo sentido, se efectuó comparativo entre el Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026 y los requisitos establecidos en los numerales 6 (Directrices Generales), 7 (Metodología) y 7.1 (Identificación de riesgos) del documento SGC-INT-011-02-V5 – Directrices para la Gestión de Riesgos del 2023-10-20.

Tras verificar la correspondencia con los componentes metodológicos, el proceso de identificación de riesgos y la alineación con las directrices institucionales aplicables, se determina que el Mapa de Riesgos presenta un nivel adecuado de estructuración.

Tabla 3. Validación de consistencia entre lo normado y lo implementado.

Numeral evaluado SGC-INT-011-02-V5	Requisito normativo	Evidencia en el Mapa de Riesgos Institucional 2025-2026	Cumple
6. Directrices Generales	Integrar gestión de riesgos a procesos, decisiones, controles y seguimiento.	Matriz con responsables, controles, eficacia, vulnerabilidad, indicadores y seguimiento.	Sí
	Incluir riesgos de corrupción.	Múltiples riesgos clasificados como corrupción en procesos claves.	Sí
7. Metodología	Aplicar etapas: identificación, análisis, valoración, tratamiento.	Matriz completa de riesgos con valores de probabilidad, impacto, inherente, residual y acciones.	Sí
	Usar plantillas oficiales Excel.	Archivo contiene hojas: Matriz, Plan de Mitigación y Seguimiento.	Sí
7.1 Identificación de Riesgos	Identificar contexto, factores internos/externos, causas, consecuencias.	Cada riesgo documenta factor, causa y consecuencia.	Sí
	Clasificar riesgos según categorías normativas.	Clasificación por tipo: estratégico, financiero, corrupción, tecnológico, entre otros.	Sí

Fuente: SGC-INT-011-02-V5 – Directrices para la Gestión de Riesgos. Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026. Tabla: Elaboración propia.

Con base en la revisión documental y el análisis técnico realizados, se concluye que el Mapa Institucional de Riesgos 2025 se encuentra alineado con la directriz vigente, demostrando la correcta aplicación de la metodología institucional de gestión de riesgos. En consecuencia, se evidencia un cumplimiento normativo adecuado y consistente con lo esperado.

Adicionalmente, los principales elementos que sustentan este resultado son los siguientes:

- El Mapa de riesgos Institucional aplica en su totalidad la metodología definida en la directriz, incorporando adecuadamente las etapas de identificación, análisis, valoración y tratamiento del riesgo.
- El mapa se encuentra elaborado bajo las matrices establecidas para la identificación de riesgos, el plan de mitigación y el seguimiento, en coherencia con lo señalado en la directriz institucional.
- Se verifica la inclusión de riesgos de corrupción conforme a las exigencias de obligatoriedad establecidas por la normativa institucional.
- Finalmente, la estructura, categorización y desarrollo de los datos cumplen con lo dispuesto en los numerales 6, 7 y 7.1, garantizando así la conformidad con los criterios estipulados en la directriz general, la metodología y la identificación de riesgos.

Se validó el cumplimiento del Mapa Institucional de Riesgos 2025 frente al procedimiento vigente para la administración de riesgos SGC-PRO-011-V10, con fecha del 22 de marzo de 2024, evidenciándose que el mapa implementa las directrices, etapas metodológicas, criterios de valoración, tratamientos del riesgo, definición de indicadores y actividades de seguimiento establecidas en dicho procedimiento.

Tabla 4. Comparativo entre el procedimiento para la administración del riesgo y el mapa Institucional de Riesgos.

Requisito del procedimiento evaluado SGC-PRO-011-V10	Contenido exigido	Evidencia mapa Institucional de Riesgos	Cumple
1. Identificación del riesgo	Tipo, factor, causa, clase, descripción, consecuencias	El mapa registra para cada riesgo: tipo, factor, causas detalladas, clase, descripción y consecuencias.	Si
2. Análisis del riesgo (Inherente)	Evaluación de probabilidad e impacto con escalas (1-5 y cualitativas)	El mapa usa la misma escala (1-5), calcula probabilidad e impacto y deriva riesgo inherente.	Si
3. Valoración del riesgo (Controles + Residual)	Evaluación de controles (documentados, aplicados, efectivos, inexistentes), eficacia, diseño, cálculo de riesgo residual	El mapa valora controles con criterios de eficacia, automatización, periodicidad, propósito, estado del control y vulnerabilidad, calcula riesgo residual	Si
4. Clasificación de controles	Preventivos, detectivos, correctivos, de dirección	Cada riesgo identifica el tipo de control.	Si

Fuente: SGC PRO 011 V10 – Procedimiento administración de riesgos. Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026. Tabla: Elaboración propia.

El análisis comparativo evidencia que el Mapa Institucional de Riesgos 2025-2026 cumple con los requisitos establecidos en el procedimiento SGC-PRO-011-V10, ya que incorpora todas las etapas requeridas, identificación, análisis, valoración, tratamiento, indicadores, plan de mitigación y seguimiento.

5.3. Operación del Equipo de Gestión de Riesgos (Plan de Trabajo)

En el marco del memorando 02-1313-3 del 20 de enero de 2026, la Coordinadora del Sistema Integral de Calidad, remite plan de trabajo 2025 del Equipo Interdisciplinario para la Gestión de Riesgos³, donde se logra evidenciar la operación continua del Sistema de Gestión de Riesgos institucional, mediante la ejecución de las actividades programadas; observando además, el cumplimiento de las metas y la implementación de mejoras técnicas alineadas con los estándares institucionales y normativo, en sus cuatro (4) actividades o acciones principales, así:

- 1. Actos de la Gestión de Riesgos:** De acuerdo a lo reportado en el avance de las actividades el equipo ejecutó las actividades fundamentales del ciclo de gestión: propuesta de actualización del procedimiento y formatos, revisión del Informe de Gestión 2024, consolidación y análisis de los mapas de riesgos 2025, publicación de la información en el SIG, acompañamiento a procesos, y presentación ante el Comité Institucional de Control Interno.

³ El Equipo Interdisciplinario para la Gestión de Riesgos en la Universidad Tecnológica de Pereira fue creado mediante Resolución 7728 del 31 de diciembre de 2020

- 2. Gestión de Riesgos SARLAFT y Fiscales:** De acuerdo a lo reportado en el avance de las actividades, se observa el fortalecimiento del componente SARLAFT e integridad gracias a la articulación con instrumentos institucionales, la propuesta de actualización del procedimiento de gestión de riesgos y la realización de pilotos en áreas críticas. Todas las actividades del componente presentan avance total, incluyendo validaciones con Alta Dirección y Comité de Control Interno, así como la publicación de los documentos ajustados.
- 3. Primer Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2025:** De acuerdo a lo reportado en el avance de las actividades, el equipo realizó el ciclo completo del primer seguimiento: envío del TIP, recepción y revisión de reportes, consolidación, análisis, publicación en SIG y presentación ante el Comité Institucional de Control Interno. Todas las actividades alcanzan el 100% de avance y están calificadas como satisfactoriamente ejecutadas.
- 4. Segundo Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2025:** De acuerdo a lo reportado en el avance de las actividades correspondientes al segundo seguimiento muestran avance total dentro de las fechas previstas para noviembre–diciembre de 2025, como el envío del TIP, recepción de reportes, consolidación preliminar, análisis y preparación para publicación y presentación ante el Comité.
- 5. Estado del proceso de implementación del cumplimiento de la Ley 2195 de 2022 y su Decreto reglamentario 1122 de 2024, en lo correspondiente al LAFT/FAPM,** se reporta un avance del 10%, con metodología identificada, instrumento en proceso de actualización; pruebas pilotos ejecutados, pendiente socialización e implementación; además, no se identifican riesgos de esta naturaleza en el 2025.

Dado que el proceso de implementación de los requisitos establecidos en la Ley 2195 de 2022 y su Decreto Reglamentario 1122 de 2024 en materia de LAFT/FAPM registra un avance del 10%, y considerando que no se identifican riesgos LAFT/FAPM en el Mapa Institucional de Riesgos 2025-2026, se recomienda:

- Fortalecer la implementación del Sistema de Prevención LAFT/FAPM, avanzando hacia la actualización, validación y puesta en marcha del instrumento metodológico, así como la socialización institucional correspondiente.
- Incorporar los riesgos asociados a LAFT/FAPM en el Mapa de Riesgos 2025, garantizando su identificación, análisis y tratamiento conforme a la normativa vigente.

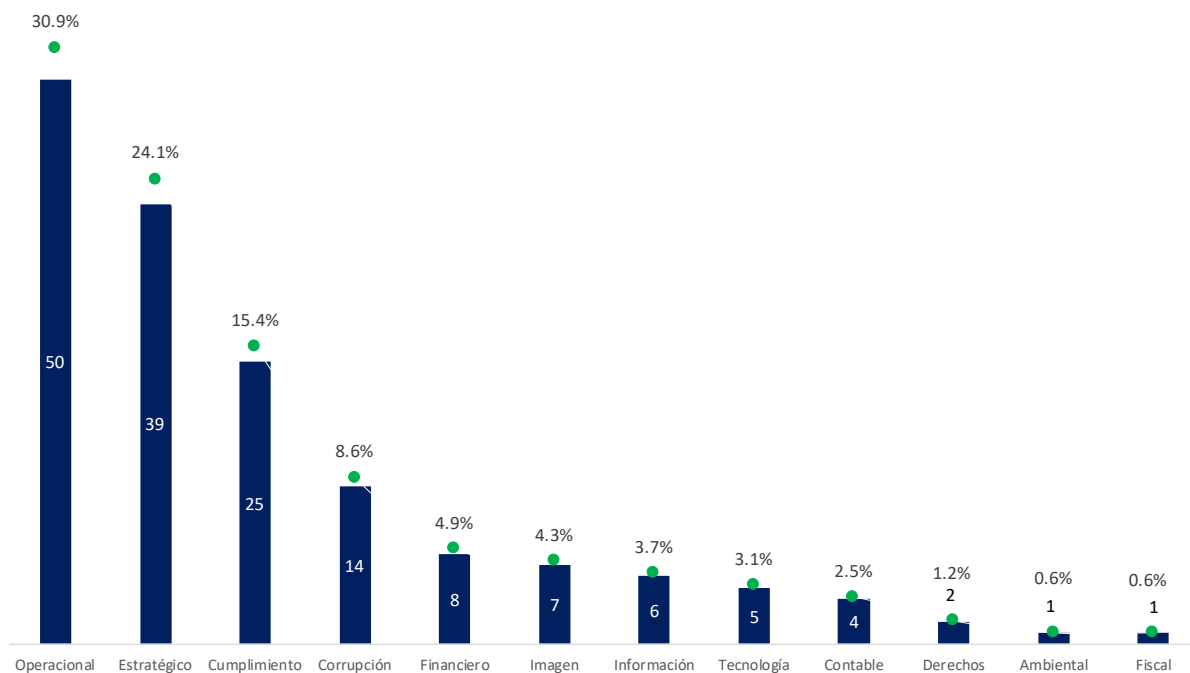
5.4. Verificar los seguimientos realizados a los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y del PDI.

Baja el principio de publicidad, transparencia, rendición de cuentas participación ciudadanía y control social al 09 de febrero de 2026, se logra verificar la publicación del mapa de riesgos por proceso en el micrositio, <https://gestioncalidad.utp.edu.co/sin-categoria/167/mapa-institucional-de-procesos/>.

La publicación del Mapa de Riesgos por Procesos fortalece la transparencia institucional y cumple con las obligaciones de divulgación establecidas por la Ley 1712 de 2014, que exige publicar información estratégica y anonimizar únicamente la de carácter reservado. Esta práctica mejora la rendición de cuentas y el control social, coherente con los estándares promovidos por Función Pública, que publica sus propios mapas de riesgos como mecanismo de apertura y seguimiento institucional. En conjunto, la entidad incrementa la confianza ciudadana y evidencia madurez en su Sistema de Control Interno.

El mapa de riesgos por proceso está compuesto por 162 riesgos y 318 controles con el siguiente detalle de participación % sobre el total: Operacional 50 (30,9%), Estratégico 39 (24,1%), Cumplimiento 25 (15,4%), Corrupción 14 (8,6%), Financiero 8 (4,9%), Imagen 7 (4,3%), Información 6 (3,7%), Tecnología 5 (3,1%), Contable 4 (2,5%), Derechos humanos 2 (1,2%), Ambiental 1 (0,6%), Fiscal 1 (0,6%).

Gráfico 3. Participación % del tipo de riesgo sobre el total



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional por proceso 2025. Gráfico: Elaboración propia.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	14 de 39

De igual manera, se registran en el soporte documental denominado “1. MAPA DE RIESGOS - CONSOLIDADO TOTAL 2025”, los respectivos seguimientos con corte al 30 de junio de 2025 y al 15 de diciembre de 2025; sin embargo, a través de correo electrónico riesgos@utp.edu.co del 14 de noviembre de 2025, se solicitó a las dependencias el mapa de riesgos comunica que el corte es al 28 de noviembre de 2025.

5.5. Realizar la evaluación de riesgos del Mapa de Riesgos Institucional 2025, verificando la efectividad de los controles, la medición de los indicadores y el cumplimiento de las acciones preventivas propuestas.

Una vez verificados, revisados y analizados los reportes de seguimiento realizados por las dependencias responsables de la gestión de riesgos, se presenta a continuación el análisis correspondiente para cada uno de los riesgos institucionales, considerando la efectividad de los controles implementados, los resultados de los indicadores asociados y el nivel de cumplimiento de las acciones preventivas definidas.

Riesgo 1. Admisiones, Registro y Control Académico: El riesgo denominado “*Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial*”, se origina principalmente por fallas en el sistema de información y en los procesos de generación de certificados. Estas situaciones pueden conducir en la emisión de documentos incompletos, con datos incorrectos, no verificados o elaborados fuera de los lineamientos institucionales establecidos.

El indicador asociado a este riesgo evalúa el número de hallazgos identificados durante el proceso de revisión; la meta establecida es del 0% y, al corte del 31 de diciembre de 2025, la medición reporta un cumplimiento del 0%, sin hallazgos registrados. El análisis confirma que se llevó a cabo el proceso de verificación sin identificar inconsistencias, conforme a los soportes disponibles en la Matriz de Seguimiento y Control de Certificados 2025 y el Acta de Reunión No. 27 del 13 de mayo de 2025. Se observa que en dicho seguimiento el proceso revisó una muestra aleatoria de certificados y validaciones emitidos entre marzo y abril de 2025, aplicando criterios tales como número de certificado, identificación del titular, tipo de certificado, valor, fecha de emisión y forma de pago. En total, se verificaron 14 certificados, de los cuales el 100% presentó concordancia en la información registrada, sin evidencia de inconsistencias como resultado de la implementación de los controles establecido. (Matriz de Seguimiento y control a los certificados académicos - Reuniones y actas de revisión de certificados académicos)

Frente al control “Automatizar los certificados, para que estos sean expedidos por el sistema de Información” continúa en desarrollo por parte de la Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información, a pesar de que la solicitud ha sido reiterada durante varios años. El soporte documental aportado incluye evidencias y comunicaciones formales, entre ellas el memorando 02-125-68 del 24 de febrero de 2025, mediante el cual se solicita nuevamente habilitar la generación de certificados en línea, actualizar la firma institucional y garantizar que los certificados digitales no sean susceptibles de modificación. Asimismo, se incorpora

un historial de memorandos y correos electrónicos enviados entre 2021 y 2024, lo que confirma la persistencia del requerimiento y la ausencia de avances en su implementación.

Análisis de control interno: Aun cuando el sistema de control evidencia avances en la efectividad, la no implementación del desarrollo tecnológico de automatización constituye una brecha de control que incrementa la exposición al riesgo operativo (errores, demoras y trazabilidad insuficiente) y puede afectar la integridad y oportunidad del procedimiento institucional. En este contexto, el nivel de madurez del control se considera parcial y requiere acciones de cierre. Por tanto, que el riesgo residual puede mantenerse moderado mientras persista la emisión manual. Se recomienda formalizar un plan de seguimiento con cronograma, responsables y entregas, definidas con Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información.

Riesgo 2 y 3. Gestión de la Comunicación y Promoción Institucional: El riesgo 2 denominado *“Divulgación de información errada o perjudicial para la institución”* y el riesgo 3 *“Manipulación de los medios de comunicación de la Universidad”*, se originan por un uso indebido de los medios de comunicación con el fin de favorecer a terceros o intereses particulares y por la manipulación de los medios de comunicación de la Universidad, respectivamente; por las causas reportadas en el mapa de riesgos: presiones por actores externos a la Universidad, falta de ética al interior de la Universidad, falta de directrices, en cuanto a la centralización de las comunicaciones a través de un único canal, conllevando a generar una crisis reputacional de la Universidad o en su defecto sanciones legales para la misma.

Análisis de control interno: De acuerdo con la valoración efectuada, los riesgos presentan probabilidad BAJA, impacto MEDIO–ALTO y un riesgo residual de 4; sin embargo, no se registran relacionados controles con los precitados riesgos, por lo que la efectividad de los mismos se considera INEXISTENTE. Lo anterior limita la capacidad de anticipar, gestionar y mitigar oportunamente los impactos adversos que pudieran materializarse. En consecuencia, se recomienda formular controles con el fin de mitigar los riesgos derivados de información errónea y del uso inadecuado de los medios institucionales. Asimismo, definir indicadores que permitan monitorear eventos como publicaciones no autorizadas, uso indebido, presiones externas y el cumplimiento de los lineamientos institucionales.

De lo anterior se observa:

OBS_1. Riesgos 2 y 3 sin definición de controles.

De acuerdo con la Directriz para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, Versión 5) y el Procedimiento de Administración de Riesgos (SGC-PRO-011-V10), los responsables de los procesos deben: *“identificar, analizar, valorar y gestionar los riesgos; establecer controles los cuales deberán obedecer a atender cada una de las causas que generan el riesgo identificado. El control se evaluará desde su diseño y la eficacia realizar un monitoreo periódico que garantice la prevención, mitigación y adecuado tratamiento de los riesgos institucionales y para el Riesgo Nivel Moderado: Se establecerá acciones que generen controles que permitan reducir, transferir o compartir el riesgo”*

Durante la revisión efectuada al Mapa de Riesgos Institucional 2025-2026 se evidenció que los siguientes riesgos asociados a Gestión de la Comunicación y Promoción Institucional, **no cuentan con controles**:

- Riesgo 2: Divulgación de información errada o perjudicial para la institución.
- Riesgo 3: Manipulación de los medios de comunicación de la Universidad

Lo anterior obedece a la falta de una definición y documentación formal de los controles correspondientes, situación que podría conllevar generar mayor probabilidad de materialización del riesgo.

Riesgo relacionado: Falta de definición de controles.

Controles relacionados: Directriz y procedimiento para la gestión y administración de riesgos

Prioridad del hallazgo: Alto 

Comentarios del auditado: La Oficina de Gestión de Comunicación y Promoción Institucional no se pronunció acerca de la observación, por lo tanto, se valida la misma.

OBS_2. Riesgos 2 y 3 sin definición de indicadores.

De acuerdo con la Directriz para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, Versión 5) y el Procedimiento de Administración de Riesgos (SGC-PRO-011-V10), los responsables de los procesos deben; entre otros: identificar, analizar, valorar y gestionar los riesgos; *Definir indicadores que permitan hacer seguimiento al comportamiento del riesgo*, evaluar la eficacia de los controles aplicados, realizar un monitoreo periódico que garantice la prevención, mitigación y adecuado tratamiento de los riesgos institucionales.

Durante la revisión efectuada al Mapa de Riesgos Institucional 2025-2026 se evidenció que los siguientes riesgos asociados a Gestión de la Comunicación y Promoción Institucional, **no cuentan con indicadores**:

- Riesgo 2: Divulgación de información errada o perjudicial para la institución.
- Riesgo 3: Manipulación de los medios de comunicación de la Universidad

Lo anterior obedece a la falta de una definición y documentación formal de los indicadores, situación que podría limitar la capacidad del proceso para monitorear de manera adecuada el comportamiento del riesgo.

Riesgo relacionado: Falta de definición de indicadores.

Controles relacionados: Directriz y procedimiento para la gestión y administración de riesgos

Prioridad del hallazgo: Alto 

Comentarios del auditado: La Oficina de Gestión de Comunicación y Promoción Institucional no se pronunció acerca de la observación, por lo tanto, se valida la misma.

Riesgo 4. Control Interno: El riesgo 4, denominado “*Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales*”, se origina debido a la pérdida de objetividad e independencia en el ejercicio de auditoría, por presión externa del personal de control interno para favorecer a terceros y por la participación de personal no competente para el ejercicio auditor. Esto podría conllevar afectación reputacional para la Universidad, faltas disciplinarias para el personal y pérdida de credibilidad de la Oficina de Control Interno.

Frente al análisis del riesgo, se registra una probabilidad baja con un impacto medio-alto y un riesgo residual de 4, lo que quiere decir que, pese a la baja posibilidad de ocurrencia, la materialización del riesgo generaría efectos significativos sobre la transparencia institucional y sobre la confianza en los procesos de auditoría.

En este sentido, se destacan los siguientes mecanismos de control implementados por la Universidad para mitigar el riesgo:

- Verificación de la aplicación del Manual de Auditoría, el cual incluye el marco ético que orienta el ejercicio de la auditoría interna en la Universidad. Este manual establece lineamientos claros sobre independencia, objetividad, responsabilidad profesional y conducta ética, proporcionando un referente formal para prevenir favorecimientos indebidos en la elaboración de informes.
- Aplicación de las normas internas relacionadas con la declaración de conflictos de interés, que obligan al personal de auditoría a manifestar cualquier situación que pueda comprometer su objetividad o generar beneficios indebidos para terceros. Este mecanismo permite identificar anticipadamente riesgos de parcialidad y adoptar medidas oportunas de prevención y control.

Análisis de Control Interno: El contenido del Manual de Auditoría 1115-MAU-01-V2 presenta una correlación directa, explícita y suficiente con la ética del auditor y la gestión de conflictos de interés, dado que incluye un Código de Ética con principios de integridad, objetividad, confidencialidad y competencia, así como reglas de conducta obligatorias para garantizar un actuar independiente, profesional y libre de influencias; adicionalmente, incorpora un apartado específico para el manejo de conflictos de interés, donde se establecen los deberes de declararlos, las prohibiciones para auditar procesos frente a los cuales pueda existir afectación de la objetividad y el rol del Comité Institucional en su resolución, asegurando así la independencia, imparcialidad y transparencia de la función auditora dentro de la Universidad. De otra parte, El indicador *“Número de investigaciones al personal de control interno derivadas de hechos de corrupción”* estableció una meta de 0 y obtuvo un resultado de 0, lo que evidencia cumplimiento total. Por lo que se concluye que la ausencia de investigaciones durante el período evaluado es un resultado favorable y coherente con los principios éticos y de integridad esperados para el personal de control interno.

Riesgo 5. Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información (GTISI): Del análisis efectuado se evidencia que el riesgo tecnológico asociado a fallas en dispositivos físicos o virtuales se encuentra claramente identificado, con una valoración que establece baja probabilidad y alto impacto, y con una efectividad de control calificada como aceptable, sustentada principalmente en la operación continua de control a través de la herramienta de monitoreo de servicios Nagios; infraestructura permite monitorear en tiempo real el estado de servidores, servicios y aplicaciones, detectando fallas o interrupciones cuando ya están ocurriendo.

El indicador *“No. de minutos que los dispositivos físicos o virtuales están disponibles/((365×24×60)/2)”* refleja un desempeño destacado, con una disponibilidad del 99,97%, cifra que supera ampliamente la meta definida (>95%) y confirma que, pese a la naturaleza crítica del riesgo, los controles implementados mantienen la exposición en un nivel aceptable y controlado. La no disponibilidad del 0,03%, equivalente a una hora, corresponde a una ventana de mantenimiento programado del centro de datos, debidamente soportada mediante el correo institucional del 28 de octubre de 2025 enviado a comunicaciones@utp.edu.co para su difusión a la comunidad universitaria, lo cual

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	18 de 39

evidencia cumplimiento de los protocolos establecidos para la gestión de interrupciones planificadas.

Con el fin de validar documentalmente esta información, se verificó al 30-01-2026 la publicación correspondiente en el sitio institucional www.utp.edu.co, específicamente en el micrositio Campus Informa No. 788, link: <https://comunicaciones.utp.edu.co/?na=view&id=788>, donde se confirma la divulgación del mantenimiento programado en el Centro de Datos para el día 28 de octubre de 2025 a las 10:00 p.m., con una duración estimada de 60 minutos, tal como fue reportado en la evidencia aportada.

Análisis de control interno: De acuerdo a los resultados reportados, se logra establecer un adecuado tratamiento del riesgo mediante la efectividad del control. Se recomienda diferenciar de forma explícita las interrupciones asociadas a mantenimientos programados de aquellas ocasionadas por fallas no previstas dentro del indicador de disponibilidad, con el fin de asegurar que el análisis refleje adecuadamente la materialización del riesgo tecnológico. Esta separación resulta pertinente dado que la no disponibilidad registrada (0,03%) corresponde a una parada controlada y no a una falla operativa, por lo que no representa un evento de riesgo. Para fortalecer el análisis de la medición se deberá reportar: Disponibilidad total del servicio, considerando todas las interrupciones planificadas (mantenimientos programados) y la disponibilidad total del servicio, considerando todas las interrupciones no planificadas (fallas operativas). Esta distinción permitirá evaluar con mayor precisión la estabilidad del servicio, la efectividad de los controles implementados y la exposición real al riesgo operativo.

Riesgo 6. Oficina de Planeación: Se refiere a la ejecución inadecuada de proyectos, incluyendo contratos, órdenes contractuales, resoluciones y proyectos de operación comercial, derivada del incumplimiento en las etapas de ejecución y de fallas en el seguimiento. Entre las causas identificadas se encuentran el bajo nivel de seguimiento periódico, el beneficio a terceros sin el cumplimiento de requisitos y la desarticulación de los procedimientos institucionales, lo que puede generar hallazgos de entes de control, detrimento patrimonial, incumplimiento de resultados y afectación de la imagen institucional. El indicador asociado al riesgo, *“Contratos y/o proyectos ejecutados inadecuadamente / Total proyectos y/o contratos ejecutados”*, evidenció para la vigencia 2025 un resultado del 0%, dado que, de acuerdo a la información reportada a través del memorando 02-113-005 del 28 de enero de 2026, los 122 contratos suscritos en la vigencia 2025 fueron ejecutados adecuadamente, cumpliendo así la meta establecida para dicho indicador. En este contexto, se realizó revisión y análisis complementario del archivo de seguimiento y control de pólizas del contrato 6275_25, por un valor de COP \$173.483.307. Observado que el registro contiene información completa sobre los amparos exigidos, sus porcentajes, valores asegurados y vigencias.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	19 de 39

Análisis de control interno: Los resultados permiten concluir que los mecanismos de seguimiento y control operan de manera adecuada, contribuyendo a la mitigación del riesgo evaluado.

Riesgo 7. Oficina de Planeación: *“Perdida de la acreditación por parte de las entidades certificadoras”*, de naturaleza estratégica. La principal causa se encuentra el incumplimiento de las metas del plan de mejora por el bajo nivel de ejecución de las acciones establecidas. Las consecuencias del riesgo abarcan la afectación del reconocimiento y la viabilidad institucional a nivel nacional e internacional, la pérdida de oportunidades en los distintos entornos (departamental, regional, nacional e internacional), así como un impacto negativo en la imagen institucional. El análisis del riesgo lo ubica en un nivel de exposición medio, con una calificación de 3, indicando una probabilidad moderada de ocurrencia y un impacto relevante en la misión institucional. En cuanto a los controles, se evidencia la existencia de un mecanismo de seguimiento periódico al PMI, valorado como fuerte, aplicado y efectivo, con soporte documental identificado en la carpeta titulada *“3. PMI SEPTIEMBRE 2025”*. Este control contribuye a mitigar el riesgo mediante el monitoreo constante de las acciones del Plan de Mejoramiento.

La meta establecida para el indicador *“Nivel de cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional”* es del 100%, y el avance reportado corresponde al 94.6%, de acuerdo a lo informado al corte 31 de diciembre de 2025, mediante memorando 02-113-23 del 18 de febrero de 2026.

Análisis de control interno: Desde el enfoque de control interno, el resultado obtenido debe interpretarse como ALTO nivel de cumplimiento, debido que el porcentaje alcanzado se aproxima significativamente a la meta prevista.

Riesgo 8. Secretaría General: El riesgo, de naturaleza operacional, corresponde a la *“ilegitimidad en los resultados electorales”*. Este riesgo se origina por la desactualización de bases de datos, la certificación errónea de requisitos de los candidatos, la configuración inadecuada del software de votaciones, así como por fallas técnicas del servidor o interrupciones de energía o conectividad. Las consecuencias potenciales incluyen la impugnación de los resultados electorales y la pérdida de credibilidad en el sistema electoral de la Universidad, afectando la transparencia y confianza institucional. De igual forma, el riesgo presenta una probabilidad baja y un impacto medio, arrojando un nivel residual de 3, lo que evidencia una exposición moderada que requiere la continuidad de los controles establecidos para preservar la integridad del proceso electoral.

De acuerdo lo informado mediante el memorando 02-112-3 del 22 de enero de 2026, la Secretaría General reportó que el riesgo no se materializó, toda vez que no se presentó ninguna impugnación a los resultados de las elecciones realizadas durante la vigencia 2025.

Tras el análisis de la evidencia documental incluyendo los siguientes actos administrativos, emitidos entre febrero y noviembre de 2025, en las que se documentan diversas acciones

administrativas relacionadas con procesos electorales institucionales, incluyendo la adopción, modificación y aclaración del calendario electoral; la convocatoria a elecciones de distintos comités y decanaturas; la designación de representantes ante órganos institucionales y el nombramiento de decanos, mostrando así una secuencia cronológica de decisiones rectorales.

Tabla 6. Relación de soportes documentales, actos administrativos.

Numero Resolución de Rectoría	Fecha	Naturaleza	Descripción
2091	14/02/2025	Adopta calendario electoral	Adopta el Calendario Electoral 2025
2136	24/02/2025	Corrige acto previo	Corrige denominación en Res. 2091
2588	07/03/2025	Modifica calendario	Modifica calendario electoral
2689	25/03/2025	Modifica calendario	Reprograma elecciones
2826	10/04/2025	Establece medida operativa	Doble validación y censo definitivo
2887	24/04/2025	Modifica/aclara medida	Aclara actualización de celular
2590	10/03/2025	Convoca elecciones	Convoca Comité Bienestar, COPASST, Investigaciones
2922	29/04/2025	Modifica calendario	Ajusta calendario 2025
2923	29/04/2025	Convoca elecciones	Convoca Comité Central de Investigaciones y Comisión de Personal
2906	28/04/2025	Designa representante	Designa representante docente Comité Bienestar
2907	28/04/2025	Designa representante	Designa representante trabajadores oficiales
2908	28/04/2025	Designa representantes	Designa 3 representantes COPASST
3253	09/05/2025	Aclara convocatoria	Aclara requisitos Res. 2923
3283	15/05/2025	Modifica cronograma	Modifica cronograma elecciones
5013	15/07/2025	Convoca elección Decano	Convoca Decano Ciencias Educación
5014	15/07/2025	Convoca elección Decano	Convoca Decano Ciencias Básicas
5015	15/07/2025	Convoca elección Decano	Convoca Decano Ingenierías
5021	16/07/2025	Modifica calendario	Modifica calendario electoral
6719	15/08/2025	Convoca elecciones	Convoca representantes Comité Bienestar
6778	22/08/2025	Nombra Decano	Decano Ciencias de la Salud
6779	22/08/2025	Nombra Decano	Decano Ciencias de la Educación
6780	22/08/2025	Nombra Decano	Decano Ciencias Básicas
6781	22/08/2025	Nombra Decano	Decano Ingenierías
6812	28/08/2025	Aclara convocatoria	Aclara convocatoria Comité Bienestar
7360	11/09/2025	Convoca elección	Convoca representante ante Consejo Académico
7766	06/11/2025	Modifica calendario	Fija elección director Medicina Comunitaria

Fuente: Secretaría General. Tabla. Elaboración propia.

así como a la trazabilidad operativa evidenciada en los memorandos sobre convocatorias, validación de requisitos, listados, instructivos, publicaciones de censos, entre otros; no existen registros de impugnaciones en los soportes revisados.

Tabla 7. Relación de soportes documentales, memorandos.

Número	Fecha	Asunto	Naturaleza
02-112-38	17/02/2025	Resolución No. 2091 Calendario Electoral vigencia 2025	Remisión de resolución / Adopción de calendario
02-112-72	10/03/2025	Resolución No. 2588 modifica el Calendario Electoral año 2025	Remisión de resolución / Modificación de calendario
02-112-73	10/03/2025	Resolución No. 2590 Convoca elecciones Representantes Comités	Remisión de resolución / Convocatoria
02-112-79	18/03/2025	Solicitud validación de requisitos candidatos	Solicitud de verificación de requisitos
02-112-83	21/03/2025	Informe candidatos inscritos elecciones Comités	Publicación / Listado informativo
02-112-90	26/03/2025	Resolución No. 2689 Modifica Calendario Electoral 2025	Remisión de resolución / Modificación de calendario
02-112-133	10/04/2025	Solicitud verificación de requisitos candidatos	Solicitud de verificación de requisitos
02-112-138	11/04/2025	Creación para cargue de Censo Elecciones 21 de mayo	Instrucción operativa / Configuración de censos
02-112-208	09/05/2025	Formato para envío de censo Elecciones 21 de mayo	Provisión de formato / Instrucción operativa
02-112-211	12/05/2025	Resolución No. 3253 aclara la Resolución No. 2923 (Convoca Elecciones Comités)	Remisión de resolución aclaratoria
02-112-213	13/05/2025	Solicitud verificación requisitos candidatos elecciones 29 de mayo	Solicitud de verificación de requisitos
02-112-21	14/05/2025	Solicitud sobre publicación Censo Electoral definitivo	Solicitud de publicación de censo
02-112-217	14/05/2025	Solicitud verificación cargue censo Directivas Académicas al Consejo Superior	Solicitud de verificación / Control de censo

Número	Fecha	Asunto	Naturaleza
02-112-231	16/05/2025	Informe Candidatos Inscritos elecciones Comité Central de Investigaciones y Comisión de Personal	Informe / Listado de candidatos
02-112-233	19/05/2025	Resolución No. 3283 modifica cronograma elecciones 29 de mayo	Remisión de resolución / Modificación de cronograma
02-112-234	19/05/2025	Instructivo de votación elecciones 21 de mayo de 2025	Instructivo de votación
02-112-247	19/05/2025	Solicitud para el proceso electoral del 21 de mayo (publicación censo definitivo)	Solicitud logística / Publicación
02-112-253	20/05/2025	Circular 001 relacionada con las elecciones de Representantes ante los Consejos Superior y Académico	Difusión de circular
02-112-254	21/05/2025	Listado definitivo candidatos inscritos elecciones 29 de mayo	Publicación de listado definitivo
02-112-308	15/07/2025	Resolución No. 5012 Convoca Elección Decano Facultad de Ciencias de la Salud	Remisión de resolución / Convocatoria
02-112-309	15/07/2025	Resolución No. 5013 Convoca Elección Decano Facultad de Ciencias de la Educación	Remisión de resolución / Convocatoria
02-112-310	15/07/2025	Resolución No. 5014 Convoca Elección Decano Facultad de Ciencias Básicas	Remisión de resolución / Convocatoria
02-112-311	15/07/2025	Resolución No. 5015 Convoca Elección Decano Facultad de Ingenierías	Remisión de resolución / Convocatoria
02-112-312	17/07/2025	Resolución No. 5021 modifica Calendario Electoral	Remisión de resolución / Modificación de calendario
02-112-313	17/07/2025	Respuesta memorando. 02-244-197 (adición fecha elección Director Ingeniería Mecánica)	Respuesta / Notificación de adición al calendario
02-112-324	29/07/2025	Solicitud verificación de requisitos candidatos elecciones Decanos	Solicitud de verificación de requisitos
02-112-325	30/07/2025	Circular proceso Elecciones Decanos 21 de agosto	Difusión de circular
02-112-329	30/07/2025	Listado parcial candidatos inscritos elecciones de Decanos 2025	Publicación de listado parcial
02-01-76	05/08/2025	Listado definitivo candidatos inscritos elecciones de Decanos 2025	Publicación de listado definitivo
02-112-349	20/08/2025	Instructivo votaciones elecciones Decanos 21 de agosto de 2025	Instructivo de votación
02-112-357	28/08/2025	Verificación de requisitos candidatos (elecciones representantes administrativos)	Solicitud de verificación de requisitos
02-112-360	29/08/2025	Resolución No. 6812 Aclara Convocatoria Representantes Comité de Bienestar Universitario	Remisión de resolución aclaratoria
02-112-365	29/08/2025	Publicación Listado parcial aspirantes Elecciones Representantes Comité de Bienestar Universitario	Publicación de listado parcial
02-112-369	02/09/2025	Instructivo Consulta Censo Electoral (Comité de Bienestar Universitario)	Instructivo / Consulta de censo
02-112-383	04/09/2025	Listado definitivo candidatos Elección Representante Estudiantil y Administrativo (CBU)	Publicación de listado definitivo
02-112-397	16/09/2025	Resolución No. 7360 Convoca Elección Representante Directores ante Consejo Académico	Remisión de resolución / Convocatoria
02-112-399	18/09/2025	Convocatoria Elecciones Representante de Directores ante Consejo Académico (gestiones y cronograma)	Solicitud de gestiones / Recordatorio de cronograma
02-112-414	23/09/2025	Solicitud validación de requisitos candidatos (Consejo Académico - Directores)	Solicitud de verificación de requisitos
02-112-420	25/09/2025	Resolución No. 07 Convoca Elecciones Estudiantiles ante CSU y CA	Remisión de resolución del CSU / Convocatoria
02-112-422	25/09/2025	Listado parcial aspirantes Elección Representante Directores ante Consejo Académico	Publicación de listado parcial
02-112-425	01/10/2025	Circular Convocatoria Elecciones Estudiantiles (CSU y CA)	Difusión de circular
02-01-98	02/10/2025	Listado definitivo aspirantes Elección Representante Directores ante Consejo Académico	Publicación de listado definitivo
02-112-440	09/10/2025	Circular 003 Elecciones Estudiantiles (CSU y CA) + instructivo - actualización de datos	Difusión de circular / Instructivo
02-112-444	15/10/2025	Listado parcial aspirantes elecciones Representantes Estudiantiles (CSU y CA)	Publicación de listado parcial
02-112-449	21/10/2025	Listado definitivo candidatos elecciones Representantes Estudiantiles (CSU y CA)	Publicación de listado definitivo
02-112-465	28/10/2025	Actualización de datos Estudiantes en el Extranjero (Elecciones Estudiantiles)	Comunicación informativa / Instructivo
02-112-471	29/10/2025	Adenda listado definitivo candidatos elecciones Representantes Estudiantiles (CSU y CA)	Adenda / Actualización de listado
02-112-493	07/11/2025	Resolución No. 7766 modifica Calendario Electoral	Remisión de resolución / Modificación de calendario
02-112-495	11/11/2025	Instructivo de votación Elecciones Representantes Estudiantiles 13 de noviembre de 2025	Instructivo de votación

Fuente: Secretaría General. Tabla. Elaboración propia.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	22 de 39

Análisis de control interno: En consecuencia, y dado que la medición institucional del indicador “Número de impugnaciones electorales” registró un valor de 0 frente a una meta establecida de 0, se emite concepto de cumplimiento de la efectividad del control. No obstante, con el fin de fortalecer el expediente de cierre del riesgo y su indicador, se recomienda anexar una certificación formal expedida por la Secretaría General o por el órgano competente, en la cual se deje constancia expresa de que durante la vigencia no se recibió ni se tramitó ninguna impugnación relacionada con los procesos electorales.

Riesgo 9. Vicerrectoría Administrativa y Financiera: El riesgo denominado “*Incumplimiento de los tiempos establecidos en la Ley para dar respuesta oportuna de PQRS interpuestas por la Ciudadanía a través de los diferentes canales establecidos por la universidad.*”, se origina principalmente por errores u omisiones por parte de los encargados de dar respuesta a las PQRS y por las limitaciones en los accesos a los medios tecnológicos para dar respuesta oportuna. Estas situaciones pueden conducir a falta disciplinaria que derive en insatisfacción por parte del ciudadano, así como en posibles sanciones o hallazgos por parte de los entes de control, lo que a su vez ocasiona una pérdida de imagen para la institución.

El indicador asociado a este riesgo “*(No. PQRS sin responder en los tiempos establecidos durante el año / total de PQRS recibidas durante el año) *100*” mide el porcentaje de PQRS que no fueron respondidas dentro de los tiempos establecidos, es decir, evalúa el nivel de incumplimiento en los plazos de respuesta frente al total de solicitudes recibidas durante el año, permitiendo identificar la oportunidad del servicio y el grado de eficiencia en la gestión de PQRS. Una vez revisadas las evidencias se logra establecer, acciones de socialización, capacitación y divulgación del Sistema PQRS y de la normativa institucional aplicable. Entre estas se incluyen: presentaciones en procesos de inducción administrativa; correos informativos dirigidos a dependencias sobre el uso adecuado del Sistema PQRS, tiempos de respuesta y recordatorios de gestión; invitaciones y asistencia a talleres prácticos sobre gestión de PQRS; instructivos actualizados y manual del usuario; socialización de canales PQRS en plataformas institucionales; reportes de seguimiento trimestral y anual sobre la gestión de PQRS; así como documentos relacionados con administración del sistema, actualización de sitios web, y gestión de solicitudes específicas.

Referente al control “*Generación de alertas por correo electrónico y visuales en el aplicativo PQRS a los responsables de cada unidad organizacional, con respecto al estado de los PQRS pendientes por responder.*” se asocia el siguiente link como soporte que evidencia la aplicación del control link: <https://pqrs.utp.edu.co/visualizar/ayuda>. Una vez analizado el soporte se determina que el enlace asociado se reconoce como una evidencia parcial del control, dado que únicamente demuestra la generación de alertas por correo electrónico.

No obstante, el soporte no permite verificar la existencia de alertas visuales dentro del aplicativo PQRS, por lo que no cubre la totalidad del control evaluado; sin embargo, al 11 de febrero de 2026 se logra determinar que el aplicativo de PQRS emite las respectivas alertas, lo anterior se logra constatar al realizar una prueba de control con el usuario asignado a la

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	23 de 39

Oficina de Control Interno. De igual manera se evidencia la publicación del Informe de PQRS vigencia 2025 en el micrositio <https://pqrs.utp.edu.co/visualizar/informe>

Análisis de Control Interno: En el informe publicado por la Vicerrectoría Administrativa se evidencia que, con corte al 31 de diciembre 2025, se recibieron 764 derechos de petición tramitados dentro de los términos legales. La fe de erratas registrada en la casilla de análisis de medición aclara una inconsistencia en el sistema que mostraba un caso como extemporáneo, cuando en realidad fue atendido oportunamente el día 11. Esta corrección confirma que no existieron respuestas fuera de término y que la falla se debió exclusivamente a errores de registro en el sistema de información; en este sentido, la gestión de los derechos de petición es favorable. La aclaración mediante fe de erratas refuerza la confiabilidad del proceso, indicando que no hubo incumplimientos reales y que la operación administrativa mantuvo un adecuado nivel de oportunidad y control.

Riesgo 10. Vicerrectoría Administrativa y Financiera: El riesgo consiste en que el presupuesto institucional pueda requerir ajustes no previstos o el aplazamiento de gastos prioritarios, debido a la manualidad en la consolidación de la información financiera, la falta de precisión en la identificación de necesidades presupuestales por parte de las dependencias y la aprobación de propuestas sin análisis financiero previo, lo cual puede generar insuficiencia de recursos e insatisfacción en las dependencias académicas y administrativas afectadas.

Una vez revisado los soportes que evidencien la aplicación del control, se observa un primer documento por medio del cual se reúne un inventario completo de las necesidades presupuestales reportadas por las distintas dependencias, incluyendo su descripción, costo, prioridad, estado, clasificación presupuestal y código CPC DANE. Presenta un cuadro que distingue entre necesidades atendidas, en trámite y pendientes, junto con indicadores financieros que muestran el porcentaje del presupuesto ejecutado y por atender; rubros presupuestales, dependencias estandarizadas y un cruce detallado entre el catálogo presupuestal y el CPC DANE, así como enlaces a plantillas por facultad para asegurar la trazabilidad de la información.

Frente al soporte documental relacionado con el control, *“Trazabilidad de ejecución de gastos de la vigencia, mediante reportes de los sistemas de información disponibles”* no demuestra de forma directa los reportes específicos ni los mecanismos del sistema de información que soportan la trazabilidad exigida por el control.

Análisis de Control Interno: El indicador evidencia un resultado del 1,47% de gastos adicionales no contemplados frente al presupuesto institucional, valor que se mantiene por debajo de la meta establecida (<2%), por lo cual se concluye que el riesgo no se materializó durante la vigencia evaluada. Sin embargo, el resultado se encuentra cercano al umbral máximo permitido, lo que refleja la necesidad de fortalecer los controles preventivos asociados con la identificación oportuna de requerimientos presupuestales y la mitigación de solicitudes no previstas; por lo anterior, se recomienda reforzar los controles preventivos

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	24 de 39

de planeación y seguimiento presupuestal, mediante alertas tempranas y revisiones periódicas que permitan anticipar necesidades y evitar incrementos imprevistos del gasto, manteniendo así el indicador lejos del umbral máximo permitido.

Riesgo 11. Vicerrectoría Administrativa y Financiera: Se describe como un riesgo operativo relacionado con la Probabilidad de que se presenten contratos o convenios entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero, desconocimiento de los lineamientos por parte del personal de la Institución para la suscripción de contratos o convenios, la entrega tardía de información por los proponentes y presiones externas sobre los tiempos; como consecuencias, se mencionan compromisos que superan los ingresos previstos, reintegros presupuestales por incumplimientos y posibles implicaciones legales, evaluándose el riesgo con una probabilidad media, un impacto bajo y un riesgo residual de nivel 3.

La valoración de los controles evidencia que los procesos de revisión realizados por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera y por la Alta Dirección funcionan de manera adecuada y documentada, permitiendo verificar la trazabilidad de contratos, convenios y proyectos; este adecuado seguimiento se refleja también en el documento que recopila los diferentes trámites contractuales y de cooperación de la Universidad Tecnológica de Pereira, donde se detallan entidades, objetos, responsabilidades, duraciones, contrapartidas, observaciones de Gestión Estratégica de Proyectos Especiales de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera y la trazabilidad de los memorandos enviados a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera de los 10 contratos o convenios relacionados en el soporte documental denominado “Revisión Contratos y Convenios Comité Directivo”

Análisis de control interno: El indicador asociado al riesgo, *“No. de convenios y contratos revisados por la VAF / Total convenios y contratos suscritos en la universidad) * 100”*, evidenció para la vigencia 2025 un resultado del 100%, dado que, de acuerdo a la información reportada a través del memorando 02-131-156 del 02 de enero de 2026 corresponde a la revisión total de los contratos y convenios remitidos por Jurídica que fueron revisados por Gestión Estratégica de Proyectos Especiales de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera; sin embargo, existe inconsistencia entre la meta escrita en la columna V (“< 80%”) y la meta señalada en la nota de la Vicerrectoría es de (“> 80%”). Aunque no afecta la conclusión sobre la no materialización del riesgo, sí requiere ajuste inmediato en el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2026 y así, evitar interpretaciones erróneas futuras.

La revisión del riesgo *“Probabilidad de que se presenten contratos o convenios entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero”*, evidencia la necesidad de precisar el alcance del control ejercido por Gestión Estratégica de Proyectos Especiales de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, específicamente en relación con si dicha revisión aplica a la totalidad de los contratos y convenios suscritos por la universidad, o si se limita únicamente a los expedientes remitidos por la Oficina Jurídica. Dado que esta cobertura no se encuentra claramente definida, resulta indispensable revisar el indicador, con el fin de asegurar consistencia,

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	25 de 39

trazabilidad y una adecuada gestión del riesgo. Para fortalecer el control *“Revisión por parte de la Alta Dirección (Comité Directivo) de los proyectos en trámite”*, se recomienda para las futuras evaluaciones aportar documentos adicionales como actas, listas de asistencia, orden del día y seguimiento a compromisos.

Riesgo 12. Vicerrectoría Administrativa y Financiera: El riesgo denominado *“Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión por falta de ética profesional al entregar datos institucionales a personas no autorizadas al no realizar socialización de los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente”*, se origina principalmente por la falta de ética profesional; lo que podría conllevar a la pérdida de la confidencialidad de la información puede generar incumplimientos contractuales que deriven en la terminación de la vinculación laboral y, adicionalmente, ocasionar afectaciones significativas a la imagen de la Universidad.

Análisis de Control Interno: El indicador asociado a este riesgo, *“Número de veces que se detecte y se denuncie”*, evalúa la frecuencia con la que se identifican y reportan incidentes de divulgación no autorizada de información confidencial del Sistema Integral de Gestión presenta una limitación conceptual, dado que combina dos eventos diferentes dentro de una misma medición: detección y denuncia. En términos de control interno, la detección corresponde a la identificación de un incidente, irregularidad o posible vulneración, mientras que la denuncia implica la formalización del reporte a través de los canales institucionales definidos, lo cual constituye un segundo evento que puede no, ocurrir necesariamente luego de una detección. Esta diferenciación permitiría analizar con mayor exactitud el comportamiento del riesgo, identificar brechas en la cultura de reporte y evaluar la eficacia de los mecanismos de detección y de denuncia de manera individual.

De acuerdo con el resultado reportado, no se detectaron ni se denunciaron eventos de este tipo durante el período evaluado. En términos de análisis de riesgo, esto se interpreta como ausencia de incidentes confirmados que hayan comprometido la confidencialidad del SIG. En este contexto, y tras revisar el soporte presentado para evidenciar la aplicación del control *“Cláusula de confidencialidad establecida en el contrato”*, se concluye que dicho soporte resulta insuficiente para evaluar su efectividad, debido a la ausencia de trazabilidad operativa que documente actividades de seguimiento o verificación. Para garantizar una evidencia robusta del control, se requiere complementar con soportes que acrediten su aplicación práctica, como registros de capacitaciones, monitoreos de accesos, permitiendo así demostrar que el control no solo existe formalmente de manera pasiva (denuncia), sino que se implementa, supervisa y cumple de manera activa (detección) en la operación institucional.

Riesgo 13. Vicerrectoría Administrativa y Financiera: El riesgo denominado *“Desfinanciación del presupuesto de la Universidad”*, se origina principalmente por directrices administrativas sin respaldo en análisis financieros, la aprobación de normas o leyes gubernamentales que imponen mayores obligaciones o modificaciones en el funcionamiento de la entidad, y la

disminución en el recaudo de los recursos apropiados en el presupuesto aprobado por el Consejo Superior; todos estas causas podrían conllevar a generar modificaciones presupuestales para atención de los gastos de funcionamiento o generar Déficit presupuestal constituido por los compromisos legalmente adquiridos que han surtido todo el trámite presupuestal, pero no hay recursos disponibles para su pago con cargo al presupuesto del año en que se originaron. La probabilidad de materialización es BAJA con impacto MEDIO y riesgo residual de 3; de acuerdo al análisis de riesgo registrado en el mapa.

Frente al análisis de la aplicación de los controles de monitoreo al recaudo de ingresos y a la ejecución presupuestal de gastos, se indica que con el corte al IV trimestre del 2025, no se presentaron alertas con relación al recaudo de los ingresos y con la ejecución de gastos en atención a que el recaudo a la fecha cubre el 100% de los compromisos.

Análisis de Control Interno: El indicador de equilibrio financiero (Ingresos totales / Gastos Totales) registra 1,16, superando la meta (≥ 1). Esto evidencia equilibrio financiero con superávit, donde los ingresos de la entidad cubren completamente los compromisos de gasto. En consecuencia, el riesgo de desequilibrio financiero es bajo para el periodo evaluado; lo anterior soportado mediante un informe que consolida y analiza la información presupuestal correspondiente al 31 de diciembre de 2025. Los datos provienen del soporte documental denominado GSI0301R+(31+Dic2025), el cual contiene reportes de ejecución financiera, registros de ingresos y gastos y la evaluación del indicador de equilibrio financiero.

Riesgo 14. Vicerrectoría Académica: El riesgo identificado corresponde al *“no cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y de las orientaciones institucionales para la renovación curricular”*, originado principalmente en la baja apropiación de la política académica curricular y en la escasa participación de la comunidad educativa en los procesos de cualificación, lo cual limita la correcta aplicación de los lineamientos institucionales; como consecuencia, se pueden generar currículos desactualizados que no responden a dichas orientaciones y una falta de apropiación de la identidad institucional *“Formación profesional integral”* por parte de la comunidad académica, con un análisis de riesgo con probabilidad MEDIO BAJA un impacto MEDIO y riesgo residual de 6.

Como soporte para el control Sesiones de acompañamiento a los programas académicos y sus respectivos registros el archivo *“Lista de actas de acompañamiento 2025.xlsx”* contiene un registro detallado de las actas de acompañamiento académico realizadas durante el año 2025, organizado en una tabla que incluye: mes, número de acta, fecha, programa académico atendido, tema tratado y responsable de la sesión. La información evidencia un seguimiento sistemático y continuo a programas de pregrado y posgrado, principalmente en temas de renovación curricular, creación de nuevos programas y gestión del aplicativo de micro currículos. En total, el archivo registra más de 100 sesiones, distribuidas mensualmente, lo que demuestra una trazabilidad completa de las actividades de acompañamiento académico durante todo el año; lo que se logra concluir que el contenido del archivo corresponde directamente al control mencionado.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	27 de 39

El archivo “Soporte MR renovación curricular (A diciembre 2025).xlsx” consolida evidencias de aprobación de renovaciones curriculares por programa en tres hojas: Soportes (facultad, nivel, programa, instancia de aprobación Comité Central de Currículo o de Posgrado, número y fecha de acta), Resultados (resumen cuantitativo) y Programas UTP (universo de programas para el cálculo de cobertura) ; reporta 28 currículos de pregrado y 34 de posgrado aprobados, con 46 programas de pregrado y 73 de posgrado como universo, lo que se traduce en una cobertura de 52,10% de programas con currículo renovado a la fecha de corte, con fuente explícita en las actas de los comités correspondientes; por tanto, sí existe correlación directa con el control “Aprobación de las renovaciones curricular por parte del Comité Central de Currículo y Evaluación o Comité Central de Posgrados”, pues el archivo registra para cada programa la instancia que aprobó, junto con el número y la fecha del acta, brindando trazabilidad y verificabilidad documental del cumplimiento del control.

Análisis de Control Interno: El resultado del indicador evidencia un avance positivo en la mitigación del riesgo, al alcanzarse un 52.10% de programas con renovación curricular aprobada por las instancias competentes, superando la meta institucional establecida. Este comportamiento demuestra que los mecanismos de gestión curricular están funcionando y que existe una adecuada articulación entre los programas académicos, los equipos de acompañamiento y los comités de aprobación. No obstante, el porcentaje restante de programas sin renovación curricular (47.90%) indica la presencia de un riesgo residual significativo, especialmente si se considera la necesidad de mantener una alineación permanente con la política académica curricular y garantizar la pertinencia formativa en todos los niveles y facultades. Por lo anterior, se recomienda fortalecer el avance de renovaciones curriculares, priorizando los programas que aún no han completado este proceso.

Riesgo 15. Vicerrectoría Académica: El riesgo identificado corresponde al “*Pérdida del Registro Calificado de un Programa Académico*”, originado principalmente por no realizar seguimiento adecuado a las fechas de vencimiento y por lo tanto no realizar la solicitud en el tiempo reglamentario y no cumplir con los estándares establecidos para la renovación del Registro Calificado; lo que podría conllevar a la imposibilidad de matricular estudiantes en el programa, afectar gravemente la credibilidad y la imagen institucional y de sus programas académicos, y además exponer a la institución a posibles sanciones del Ministerio de Educación Nacional si se llegara a ofrecer un programa sin una resolución de Registro Calificado vigente, comprometiendo su legalidad y continuidad académica, con una análisis de riesgo con probabilidad BAJA un impacto MEDIO-ALTO y riesgo residual de 4.

Análisis de Control Interno: El indicador “*N.º de programas a los que el MEN no le otorga renovación de Registro Calificado / N.º total de programas activos*” reporta 0%, cumpliendo plenamente la meta de 0% y evidenciando un desempeño favorable en términos de continuidad académica y conformidad regulatoria dado que de acuerdo a lo reportado durante la vigencia evaluada no se registran negaciones de renovación de Registro Calificado

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	28 de 39

por parte del MEN a programas de la institución. Este desempeño es favorable para la gestión del riesgo asociado, y sugiere que los controles están funcionando adecuadamente.

Sin embargo, los soportes documentados no son plenamente suficientes para demostrar, de manera integral y verificable, la aplicación completa de cada control. Los enlaces de seguimiento RC Prg 2025; del Aplicativo de comunicaciones internas y las asesorías permanentes a través de correos electrónicos constituyen evidencias parciales, pero no permiten comprobar de forma independiente y trazable que el seguimiento se realizó en tiempo, que las facultades fueron notificadas formalmente ni que los directores de programa recibieron y aplicaron las orientaciones correspondientes. En auditoría, se requiere evidencia objetiva, verificable y consistente que permita rastrear el ciclo completo del control, desde la acción realizada hasta su impacto. Por lo anterior, se recomienda fortalecer la trazabilidad documental incorporando soportes adicionales que permitan verificar el cumplimiento efectivo de cada control.

Riesgo 16. Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión: El riesgo: *“pérdida de reconocimiento o disminución de categoría de los Grupos de Investigación ante MinCiencias”*. Se presenta cuando los grupos no cumplen los estándares mínimos requeridos para el reconocimiento o la categorización. Causas principales: cambios en la normatividad y modelo de medición de MinCiencias, insuficiencia de financiación interna y externa para el fortalecimiento de los grupos, y desactualización de procedimientos y regulación interna aplicable. Consecuencias: riesgo de afectar la Acreditación Institucional y registros calificados, incumplimiento de indicadores estratégicos y deterioro de la imagen y posicionamiento como universidad investigativa, con probabilidad media, impacto alto y riesgo residual 15, lo que demanda seguimiento continuo y fortalecimiento de los controles para asegurar el cumplimiento de estándares y la sostenibilidad de los grupos de investigación.

Una vez verificado y analizada la evidencia de la aplicación de los controles establecidos, se logra establecer que el contenido del documento denominado “RESPUESTA+CONTROL+INTERNO” respalda los tres controles, aportando evidencias normativas, convocatorias, actividades de formación y registros de acompañamiento institucional. Con ello, se demuestra la implementación activa de los controles definidos para el riesgo asociado al desempeño y reconocimiento de los grupos de investigación, así:

- **Control 1. Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos):** El documento incluye un listado amplio de convocatorias internas activas en 2025, dirigidas a financiar proyectos de investigación, impresión de libros, publicación de artículos, apoyo a semilleros, estudiantes de posgrado, y fortalecimiento de grupos. Cada enlace corresponde a términos de referencia, formatos y resultados de convocatorias, lo cual constituye evidencia directa del control y se observa el proceso de certificación de productos, en el micrositio <https://vicerrectorias.utp.edu.co/viie/proceso-acompanamiento-en-resultados-preliminares-a-grupos-de-investigacion-e-investigadores/>

- **Control 2. Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, CvIac, GrupIac):** se evidencia en el siguiente link: <https://drive.google.com/drive/folders/1IFbUeei87LqZ7gOeJxxH7KheYfUZEaRB> cursos de formación y realización de socializaciones, sesiones de preguntas y respuestas y acompañamiento individual a grupos de investigación. Asimismo, se registran actividades específicas sobre actualización de CvIAC y GrupIAC, para cada uno de los semestres académicos, lo cual confirma el desarrollo de procesos de capacitación.
- **Control 3. Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria:** El documento adjunto incluye resoluciones y acuerdos relacionados con la política editorial, lineamientos de investigación y normas que facilitan la aplicación del Acuerdo del Consejo Superior No. 28 de 2016. Estas resoluciones constituyen soporte reglamentario del control.

La meta establecida del indicador es 10% y la medición con corte al 31 de diciembre de 2025 reportada a través del memorando 02-123-51 del 22 de enero de 2026, es 10%. La lectura de soporte indica que, en la convocatoria 957 de 2024, la Universidad presentó 124 grupos: 45 aumentaron su categoría (36%), 66 la mantuvieron (53%) y 13 la disminuyeron (10%). Este comportamiento refleja un saldo neto positivo en el desempeño institucional de los grupos, con una proporción mayoritaria entre incrementos y mantenimientos.

Análisis de control interno: Con base al análisis de los controles y los resultados del indicador, el riesgo no se materializó; aunque se registraron disminuciones puntuales de categorías en 13 grupos (10% de la meta), estas fueron compensadas ampliamente por los incrementos y mantenimientos, evitando un impacto adverso global en el reconocimiento y la categorización de los grupos de investigación, indicando además que no se reportaron grupos con “perdida de reconocimiento”; en este sentido, cabe resaltar que el indicador es confuso dado que mezcla dos criterios distintos, para MinCiencias: el reconocimiento, (ser o no ser reconocido), y la categoría, que es un nivel (A1, A, B, C) que puede subir o bajar sin perder el reconocimiento; por ello, se recomienda ajustar el indicador para separar claramente el reconocimiento del nivel de categorización, de manera que cada aspecto pueda evaluarse de forma independiente y precisa. Esto permitirá una medición más clara del riesgo y evitará interpretaciones confusas en futuros seguimientos, fortaleciendo así la confiabilidad del control y del proceso de monitoreo institucional. De igual manera se recomienda fortalecer los controles asociados a la disminución en la categoría de los grupos mediante la implementación de alertas tempranas y revisiones periódicas, con el fin de asegurar que el indicador se mantenga alejado del umbral máximo permitido.

De lo anterior se observa:

OBS_3. Ambigüedad en el indicador “Pérdida de reconocimiento o disminución de categoría de los Grupos de Investigación ante Min Ciencias”

De acuerdo con la Directriz para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, Versión 5) y el Procedimiento de Administración de Riesgos (SGC-PRO-011-V10), los indicadores institucionales deben estar formulados de manera clara, medible y permitir la evaluación objetiva del riesgo y del desempeño, conforme a las

directrices y procedimientos de gestión de riesgos institucionales, los cuales establecen la importancia de definir indicadores pertinentes y coherentes con el comportamiento del riesgo y con los aspectos que se desean monitorear.

Asimismo, para Min Ciencias, el reconocimiento de grupos y la categorización corresponden a dos criterios distintos:

- Reconocimiento: condición de ser o no ser reconocido como Grupo de Investigación.
- Categoría: nivel asignado (A1, A, B, C), que puede subir o bajar sin que el grupo pierda reconocimiento.

El indicador institucional denominado “Pérdida de reconocimiento o disminución de categoría de los Grupos de Investigación ante Min Ciencias”, establecido por la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión, mezcla en un solo indicador dos criterios diferentes (reconocimiento y categoría), lo cual genera ambigüedad en la interpretación y dificulta la evaluación independiente de cada aspecto.

Lo anterior obedece a falta de diferenciación conceptual entre el estado binario (reconocido o no reconocido), y el nivel ordinal de categorización (A1, A, B, C...), al momento de formular el indicador, lo cual deriva en una definición que integra variables con naturaleza distinta y que requieren métricas independientes, lo que podría dificultar la interpretación de los resultados de la medición.

Riesgo relacionado: Ambigüedad en el indicador del riesgo.

Controles relacionados: Directriz y procedimiento para la gestión y administración de riesgos

Prioridad del hallazgo: Leve

Comentarios del auditado: Mediante correo electrónico viceie@utp.edu.co del 16 de febrero de 2026, se informa: “Desde la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión se revisará el indicador en el proceso de actualización del mapa de riesgo, para definir claramente la forma de medición que elimine la ambigüedad identificada. Cabe destacar, que toda la información suministrada por nuestra dependencia a Control Interno durante la auditoría es válida, integral y completa”

5.6 Evaluar los riesgos materializados y las acciones de mitigación implementadas.

Una vez realizada la evaluación del Mapa de Riesgos Institucional 2025, no se evidenciaron riesgos materializados durante el periodo analizado.

5.7. Indicadores clave de riesgo (KRI).

Los KRI funcionan como señales de alerta temprana que permiten anticiparse a amenazas con un enfoque preventivo y predictivo, en coherencia con las buenas prácticas de COSO, que promueve la alineación del riesgo con el desempeño y la toma de decisiones estratégicas, y con ISO 31000, que enfatiza el monitoreo continuo, la anticipación y la mejora del tratamiento del riesgo. Estos indicadores permiten registrar la ocurrencia de un evento que se asocia a un riesgo identificado previamente, lo cual permite llevar un registro de eventos y evaluar a través de su tendencia la efectividad de los controles que se disponen para mitigarlos⁴

En este contexto se realizó el siguiente análisis y clasificación indicadores de riesgo formulados en el Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026, bajo los siguientes conceptos,

⁴ Tomado de La Guía para la Gestión Integral del Riesgo de la Función Pública 2025 (Versión 7) el 11-02-2026, link: [file:///E:/2025-09-11_Guia_gestion_integral_riesgo_v7%20\(1\).pdf](file:///E:/2025-09-11_Guia_gestion_integral_riesgo_v7%20(1).pdf)

adaptados de “Pacheco, Apostólico y Asociados (PricewaterhouseCoopers). (2020). *Indicadores clave de riesgo (KRI). PwC Venezuela. Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026*”:

- **KRI Predictivo – Fortaleza institucional:** Los KRI predictivos reflejan la capacidad de la institución para anticipar riesgos antes de que se materialicen, demostrando madurez en control interno, monitoreo preventivo y toma de decisiones proactivas. Son señales tempranas que fortalecen la gestión institucional porque permiten actuar a tiempo y reducen la probabilidad de eventos adversos.
- **KRI Reactivo – Oportunidad de mejora:** Los KRI reactivos muestran consecuencias de riesgos que ya ocurrieron, evidenciando brechas o fallas en procesos, controles o desempeño. Aunque llegan tarde para evitar el evento, ofrecen información valiosa para aprender, corregir y mejorar, convirtiéndose en insumos para fortalecer la prevención futura⁵.

Es importante aclarar que, bajo esta metodología de medición del riesgo, se apropia el concepto de umbral de alerta, el cual reemplaza la meta establecida para el indicador; en esta misma dirección, es fundamental comprender que el resultado del cálculo del KRI se relaciona directamente con el nivel de tolerancia al riesgo.

- **Valor del KRI dentro del nivel de tolerancia al riesgo:** Significa que el indicador clave de riesgo se encuentra dentro de los límites aceptables definidos por la Universidad, lo que indica que el riesgo está siendo controlado adecuadamente, no supera los umbrales establecidos y no representa una amenaza inmediata para el cumplimiento de los objetivos, el marco legal y las disposiciones de la alta dirección.
- **Valor del KRI que excede el nivel de tolerancia al riesgo:** Significa que el riesgo ha superado el umbral que la Universidad está dispuesta a asumir en relación con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la alta dirección. En este caso se deben tomar acciones correctivas o de mitigación para llevar el riesgo de nuevo hacia un rango tolerable.
- **Valor del KRI se acerca al umbral de alerta definido:** Revela que el riesgo se ha ido aumentando y que podría salir del umbral de alerta si continua así.

Tabla 5. Análisis y clasificación indicadores de riesgo formulados en el Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026 bajo el concepto KRI

	Riesgo	Indicador	Meta (Umbral de alerta)	Tipo KRI	Análisis
1	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	No. de hallazgos en la revisión	0%	Reactivo	Los hallazgos se registran tras la revisión; reflejan efectos ya ocurridos.
2	Divulgación de información errada o perjudicial para la institución	Sin definir	No definida	No clasificable	Definir propósito, fórmula y fuente antes de clasificar.
3	Manipulación de los medios de comunicación de la Universidad	Sin definir	No definida	No clasificable	Definir propósito, fórmula y fuente antes de clasificar.
4	Favorecimiento en informes de auditoria o evaluación por intereses personales	No. de investigaciones al personal de control interno	0	Reactivo	La investigación inicia tras el evento; mide consecuencia materializada.

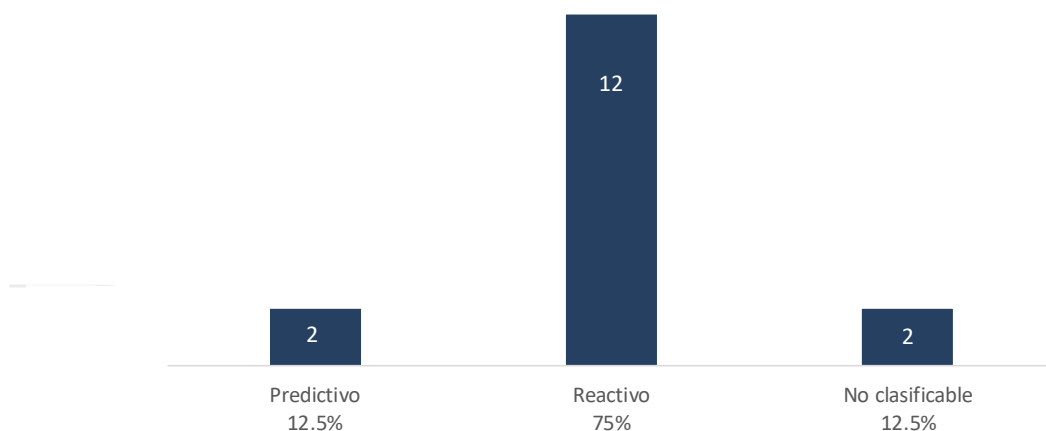
Riesgo	Indicador	Meta (Umbral de alerta)	Tipo KRI	Análisis	
	derivadas de hechos de corrupción				
5	Tecnológico No. de minutos que los dispositivos físicos o virtuales están disponibles/ $((365 \times 24 \times 60) / 2)$	> 95%	Reactivo	La disponibilidad reporta desempeño histórico. En el caso de un proceso como GTISI, Nagios funciona como un control reactivo, dado que su función es monitorear en tiempo real el estado de servidores, servicios y aplicaciones, detectando fallas o interrupciones cuando ya están ocurriendo.	
6	Ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).	Contratos y/o proyectos ejecutados inadecuadamente / Total proyectos y/o contratos ejecutados	0%	Reactivo	La ejecución inadecuada es un resultado ex-post.
7	Pérdida de la acreditación por parte de las entidades certificadoras.	Nivel cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional	100%	Predictivo	El nivel de cumplimiento del Plan de Mejoramiento permite anticipar la posible pérdida de acreditación: un bajo avance señala una exposición futura antes de que el riesgo se materialice.
8	Ilegitimidad en resultados electorales	Número de impugnaciones electorales	0	Reactivo	La impugnación es un evento ya ocurrido.
9	Incumplimiento de los tiempos establecidos en la Ley para dar respuesta oportuna de PQRS interpuestas por la Ciudadanía a través de los diferentes canales establecidos por la universidad.	(No. PQRS sin responder en los tiempos establecidos durante el año / total de PQRS recibidas durante el año) $\times 100$	< 1%	Reactivo	Refleja incumplimientos ya sucedidos.
10	Ajustes en el presupuesto Institucional no previstos o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia.	(Gastos adicionales no contemplados en la vigencia / Total presupuesto Institucional de la vigencia) $\times 100$	< 2%	Reactivo	Sobre ejecuciones no previstas ya se materializaron.
11	Probabilidad de que se presenten contratos o convenios entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.	(No. de convenios y contratos revisados por la VAF / Total convenios y contratos suscritos en la universidad) $\times 100$	> 80%	Predictivo	Mayor cobertura de revisión reduce exposición futura.
12	Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión por falta de ética profesional al entregar datos institucionales a personas no autorizadas al no realizar socialización de los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente	# de veces que se detecte y se denuncie	0%	Reactivo	Alude a casos ya detectados denunciados; falta precisión.
13	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad	Equilibrio Financiero = Ingresos totales / Gastos Totales	≥ 1	Reactivo	Relación resultado del período.
14	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular.	# de programas renovados / # de programas activos	Alineado a la meta anual planteada en el PDI	Reactivo	La renovación es resultado final.
15	Pérdida del Registro Calificado de un Programa Académico	No. de programas a los que el MEN no le otorga renovación de registro calificado / No. total, de programas activos en la vigencia	0%	Reactivo	La no renovación ya ocurrió.
16	Grupos de Investigación que pierden el reconocimiento de Min Ciencias o disminuyen su categoría.	% de grupos de investigación que perdieron reconocimiento o bajaron categoría (MinCiencias)	10%	Reactivo	Pérdida, ya materializada.

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026. Tabla: Elaboración propia

En términos generales, el balance del sistema de indicadores evidencia que el 12.5% (2) corresponde a KRI predictivos, dado que permiten incorporar señales anticipatorias y apoyar la toma de decisiones preventivas orientadas a reducir la probabilidad de ocurrencia de

eventos adversos. Por su parte, el 75% (12) de los indicadores corresponde a KRI reactivos, los cuales miden eventos o consecuencias ya materializadas; es decir, representan resultados históricos que muestran cómo se desempeñó un proceso frente al riesgo después de ocurrido el evento. En consecuencia, su naturaleza metodológica es equivalente a la de los KPI (Indicadores clave de desempeño), los cuales tradicionalmente evalúan desempeño histórico y niveles de cumplimiento alcanzados. Adicionalmente, se identifica que el 12.5% (2) restante no es clasificable, debido que para los riesgos “*Divulgación de información errada o perjudicial para la institución*” y “*Manipulación de los medios de comunicación de la Universidad*” aún no se han definido indicadores de riesgo, lo cual genera vacíos en el monitoreo y limita la capacidad institucional para anticipar comportamientos asociados a estos eventos.

Gráfica 2. Clasificación indicadores de riesgo formulados en el Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026 bajo el concepto KRI.



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2025–2026. Gráfico: Elaboración propia.

Finalmente, el Plan Institucional de Riesgos se considera funcional, trazable y auditable, y presenta un avance en la adopción de indicadores predictivos. Sin embargo, todavía no alcanza un enfoque plenamente preventivo, dado que la mayoría de los indicadores siguen operando bajo una lógica reactiva y existen riesgos sin métricas definidas; en este sentido, se recomienda fortalecer la proporción de KRI predictivos en el mapa de riesgos institucional, priorizando el diseño de indicadores anticipatorios para los riesgos estratégicos que aún carecen de métricas, así como la transformación gradual de los indicadores reactivos en señales tempranas basadas en causas y condiciones previas; de esta manera, el mapa avanzará hacia un modelo plenamente preventivo, mejorará su capacidad de anticipación y permitirá una toma de decisiones más oportuna, consistente y alineada con las mejores prácticas de gestión del riesgo.

5.8. Acciones de mejora.

De acuerdo a lo informado a través del memorando 02-1313-3 del 20 de enero de 2026, no se identificaron acciones de mejora producto de auditorías internas o externas al sistema de

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	34 de 39

gestión de calidad, de procesos de autoevaluación o de otras auditorias diferentes a Control Interno, ni se identificaron las acciones de mejora producto del informe de evaluación de riesgos de la Oficina de Control Interno 2025 (Informe No. AI 1115-09-2024, fecha del informe: 28 de mayo de 2025.)

5.9. Concepto de los resultados de la evaluación de riesgos del Mapa de Riesgos Institucional 2025

El Mapa de Riesgos Institucional permite emitir un concepto favorable, dado que los controles son, en su mayoría, eficaces y los indicadores muestran cumplimiento alineado con las metas establecidas; sin embargo, se requiere continuar con acciones de fortalecimiento orientadas a incrementar la madurez de los controles preventivos, asegurar evidencia completa y verificable en todas las dependencias, refinar indicadores que presentan vacíos conceptuales, e Implementar tecnologías o mecanismos que reduzcan la dependencia de procesos manuales.

6. Recomendaciones

OBS_1. Riesgos 2 y 3 sin definición de controles.

- Se recomienda formular controles con el fin de mitigar los riesgos derivados de información errónea y del uso inadecuado de los medios institucionales.

OBS_2. Riesgos 2 y 3 sin definición de indicadores.

- Se recomienda, definir indicadores que permitan monitorear eventos como publicaciones no autorizadas, uso indebido, presiones externas y el cumplimiento de los lineamientos institucionales.

OBS_3. Ambigüedad en el indicador “Pérdida de reconocimiento o disminución de categoría de los Grupos de Investigación ante Min Ciencias”

- Se recomienda ajustar el indicador para separar claramente el reconocimiento del nivel de categorización, de manera que cada aspecto pueda evaluarse de forma independiente y precisa.
- Se recomienda fortalecer los controles asociados a la disminución en la categoría de los grupos mediante la implementación de alertas tempranas y revisiones periódicas, con el fin de asegurar que el indicador se mantenga alejado del umbral máximo permitido.

Recomendaciones generales:

Riesgo 1. Admisiones, Registro y Control Académico.

- Se recomienda formalizar un plan de seguimiento con cronograma, responsables y entregas, definidas con Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información.

Riesgo 5. Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información (GTISI).

- Se recomienda diferenciar de manera explícita las interrupciones derivadas de mantenimientos programados de aquellas ocasionadas por fallas no previstas, con el fin de obtener una visión más precisa del riesgo operativo y asegurar que el indicador refleje adecuadamente el comportamiento real del servicio y su capacidad para mantenerse estable y continuar en funcionamiento ante posibles incidentes.

Riesgo 8. Secretaría General:

- Con el fin de fortalecer el expediente de cierre del riesgo y su indicador, se recomienda anexar una certificación formal expedida por la Secretaría General o por el órgano competente, en la cual se deje constancia expresa de que durante la

vigencia no se recibió ni se tramitó ninguna impugnación relacionada con los procesos electorales.

Riesgo 10. Vicerrectoría Administrativa y Financiera:

- Se recomienda reforzar los controles preventivos de planeación y seguimiento presupuestal, mediante alertas tempranas y revisiones periódicas que permitan anticipar necesidades y evitar incrementos imprevistos del gasto, manteniendo así el indicador lejos del umbral máximo permitido.

Riesgo 11. Vicerrectoría Administrativa y Financiera:

- Para fortalecer el control *“Revisión por parte de la Alta Dirección (Comité Directivo) de los proyectos en trámite”*, se recomienda para las futuras evaluaciones aportar documentos adicionales como actas, listas de asistencia, orden del día y seguimiento a compromisos.

Riesgo 12. Vicerrectoría Administrativa y Financiera:

- Se recomienda separar el indicador actual en dos mediciones independientes, una que evalúe exclusivamente la detección de incidentes de divulgación no autorizada y otra que mida la denuncia o reporte formal de dichos eventos a los canales institucionales
- Se recomienda complementar con soportes que acrediten su aplicación práctica, como registros de capacitaciones, monitoreos de accesos, permitiendo así demostrar que el control no solo existe formalmente de manera pasiva (denuncia), sino que se implementa, supervisa y cumple de manera activa (detección) en la operación institucional.

Riesgo 14. Vicerrectoría Académica:

- Se recomienda fortalecer el avance de renovaciones curriculares, priorizando los programas que aún no han completado este proceso.

Riesgo 15. Vicerrectoría Académica:

- Se recomienda fortalecer la trazabilidad documental incorporando soportes adicionales que permitan verificar el cumplimiento efectivo de cada control.

Grupo Interdisciplinario para la Gestión de Riesgos:

- Se recomienda fortalecer la proporción de KRI predictivos en el mapa de riesgos institucional, priorizando el diseño de indicadores anticipatorios.
- Asimismo, se sugiere avanzar en la transformación gradual de los indicadores reactivos en señales tempranas basadas en causas y condiciones previas. Con ello, el mapa de riesgos evolucionará hacia un enfoque plenamente preventivo, mejorará su capacidad de anticipación y respaldará una toma de decisiones más oportuna, consistente y alineada con las mejores prácticas de gestión del riesgo.

- Fortalecer la implementación del Sistema de Prevención LAFT/FAPM, avanzando hacia la actualización, validación y puesta en marcha del instrumento metodológico, así como la socialización institucional correspondiente.
 - Incorporar los riesgos asociados a LAFT/FAPM en el Mapa de Riesgos 2025, garantizando su identificación, análisis y tratamiento conforme a la normativa vigente.
 - Se recomienda que los procesos de Bienestar Institucional, Internacionalización y Egresados incorporen riesgos a nivel institucional. Asimismo, se sugiere incluir los pilares del PDI actualmente no contemplados: Excelencia académica para la formación integral; Gestión del contexto y visibilidad nacional e internacional; y Bienestar institucional, calidad de vida e inclusión en contextos universitarios.
 - Se recomienda incorporar los riesgos asociados al uso de Inteligencia Artificial (IA) como parte de los riesgos tecnológicos y estratégicos, considerando que PwC (PricewaterhouseCoopers) señala que la IA puede introducir amenazas relacionadas con sesgos en los datos, falta de transparencia en los modelos, vulnerabilidades de ciberseguridad y riesgos derivados del uso no autorizado o no supervisado de herramientas de IA.
 - Se recomienda revisar la redacción de los riesgos, así como la descripción, causas y consecuencias, con el fin de asegurar coherencia y una relación lógica entre cada uno de los elementos que los componen.
-

7. Limitaciones

Limitaciones durante el desarrollo del ejercicio auditor:

- Ninguna

8. Plan de mejoramiento

De acuerdo a la observación establecida en el presente informe por Control Interno, recomendamos que se implementen las acciones de mejoramiento a que haya lugar.

El plan de mejoramiento deberá ser presentado por el auditado en el formato Plan de Mejoramiento (1115-F03-01) quince (15) días hábiles después de la entrega del informe de evaluación y en él se deberá acordar los seguimientos acerca de las acciones implementadas que permitirán evidenciar la mejora en los puntos evaluados y que presentaron debilidades.

Es así, que el Plan de Mejoramiento presentado será parte integral del presente informe.

Fecha de presentación del Plan de Mejoramiento - 1115-F03-01:

____ / ____ / ____
DD / MM / AA

Responsable del Plan de Mejoramiento 1115-F03-01:

Responsable del Seguimiento de Plan de Mejoramiento 1115-F03-01:

Oficina de Control Interno

SANDRA YAMILE CALVO CATAÑO

Director Administrativo Control Interno.

Universidad Tecnológica de Pereira.

Elaboró: Jorge Humberto Tobón Lindo.
Profesional II Transitorio Control Interno.