

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	1 de 69

Control Interno

Distribuido a:

Luis Fernando Gaviria Trujillo, Rector

Copias

Fernando Noreña Jaramillo, Vicerrector

Administrativo y Financiero.

Francisco Uribe Gómez, Jefe Planeación

Equipo de Gestión de Riesgos

Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información

Emitido por:

Sandra Yamile Calvo Cataño –

Directora Administrativa de Control Interno

Elaborado por:

Enio Aguirre Torres, Profesional Especializado

Transitorio de Control Interno

Proceso Auditado:

Gestión de Riesgos de la Universidad

Área Responsable:

Grupo de Gestión de Riesgos

INFORME FINAL

Informe de evaluación de la Gestión de Riesgos de la vigencia 2024

INFORME NO. AI 1115 –09–2024

Fecha del informe: 28 de mayo de 2025

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	2 de 69

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

La evaluación del proceso de administración de riesgos se lleva a cabo para determinar el grado de desarrollo del mismo en la Universidad, evaluando las diferentes etapas que se deben surtir para la formulación de un plan de manejo de riesgos institucional con base en los riesgos de los procesos y los del Plan de Desarrollo Institucional, que permitan prevenir su materialización, en pro de alcanzar los objetivos institucionales y el cumplimiento de la misión.

Fortalezas

- El Comité Institucional de Control Interno, es responsable de las políticas para la gestión del riesgo de la Universidad.
- Se cuenta con unas directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20)
- Se tiene y aplica a los procedimientos Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2022-08-11 y Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V4 del 2013-05-23.
- Grupo de Gestión de Riesgos multidisciplinario integrado con profesionales de varias dependencias, encargados de brindar apoyo en el diseño, implementación y mejora de la gestión de riesgos de la Universidad.
- Revisión detallada riesgo por riesgo con el propósito de identificar mejoras en los riesgos con los que cuenta la Universidad.
- Se realiza una Consulta ciudadana para los riesgos de corrupción.
- Se tiene un diagnóstico con semaforización del estado del mapa de riesgos de cada área con el propósito de realizar jornada de acompañamiento en el marco de la cultura de Gestión de Riesgos a aquellas áreas priorizadas.

Debilidades

- Debilidad en la identificación de riesgos de corrupción (solo 4 identificados) y otros temas (página 63).
- Debilidad en la identificación y redacción de los riesgos por parte de los responsables de los mapas de riesgos de las Unidades Organizacionales, Laboratorios y Facultades.
- Incumplimiento en la entrega de los seguimientos y actualizaciones de los Mapas de Riesgos y de los soportes documentales de los indicadores y de los controles implementados (Ver tablas 4, 5 y 11).
- No se cuenta con un aplicativo o software para la gestión de los riesgos de la Universidad.

Sandra Yamile Calvo Cataño
Directora Administrativa de Control Interno

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	4 de 69

2. Objetivo y Alcance

2.1 Objetivo General

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 2024.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar la operación del Equipo de Gestión de Riesgos para mejorar la gestión de riesgos de la Universidad.
- Verificar los dos 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 2024, verificando la efectividad de los controles, la medición de los indicadores y el cumplimiento de las acciones preventivas propuestas.

2.3 Alcance

El alcance de la evaluación a la administración de riesgos se realiza sobre las actividades realizadas en la vigencia 2024.

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	BAJO
CONTROLES	EFFECTIVIDAD	Incumplimiento de las Normas (Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017)	No identificación de los 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 de los riesgos.	Incumplimiento de la política de gestión de riesgos
Comité Institucional de Control Interno	EFFECTIVO	X				
Procedimientos: 1. Administración de Riesgos SGC-PRO-011, V10 del 2024-03-22 SIG 2. Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V7 del 2024-10-01 OCI.	EFFECTIVO	X	X	X	X	X
Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20)	EFFECTIVO	X	X	X	X	X
Grupo de Gestión de Riesgos	EFFECTIVO	X	X	X	X	X

Fuente: Control Interno

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:

1. Procedimientos analíticos:
 - Análisis y revisión de la información suministrada
 - Verificación de la información
2. Procedimientos sustantivos:
 - Evaluación de los indicadores con respecto de las metas o líneas base propuestas, de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional
3. Procedimientos de control:
 - Evaluación de los controles propuestos para mitigar la materialización de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional.

5. Resultados de la evaluación

A continuación, se presentan de forma detallada los resultados del trabajo de auditoría. 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 Control Interno

En desarrollo de las funciones de valoración de riesgos, Control Interno, realiza el seguimiento a los Mapas de Riesgos de los Procesos (Facultades, Laboratorios, Unidades Organizacionales y PDI) y al Mapa de Riesgos Institucional, para determinar el grado de avance y valoración de los Riesgos de la Universidad Tecnológica de Pereira de la vigencia 2024.

5.1 Operación del Equipo de Gestión de Riesgos

El Equipo de Gestión de Riesgos, bajo la coordinación de la Oficina del Sistema Integral de Calidad, realizó 15 reuniones en las cuales se analizaron y discutieron los siguientes temas:

Se elabora y aprueba el plan de trabajo para la vigencia 2024: El cual está conformado por 4 Indicadores, a saber:

Tabla 3. Plan de Trabajo

Plan de Trabajo	Indicador	No. Actividades
	1. Actos de la gestión de riesgos	11
	2. Mapa de Riesgos Institucional 2024	8
	3. Primer seguimiento a Mapa de Riesgos Institucional 2024	7
	4. Segundo seguimiento a Mapa de Riesgos Institucional 2024	7

Fuente: Sistema Integral de Gestión

Se socializa el plan de trabajo, donde se definen los indicadores que se trabajaron en la vigencia 2024 y es aprobado por el Comité Institucional de Control Interno, en marco de la aprobación del PACTO 2024, con las siguientes actividades:

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	8 de 69

Actividades indicador 1. ACTOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS.

- i. Actualización del Plan de Trabajo 2024
- ii. Revisión y ajustes al Informe Preliminar Evaluación Gestión de Riesgos 2024
- iii. Aprobación formatos mapas de riesgos
- iv. Registro y reporte en el Formulario Único de Reporte de Avance de gestión-FURAG
- v. Realizar asesorías y acompañamiento a las dependencias/áreas/facultades en la metodología de gestión de riesgos y fomentar el ejercicio de autoevaluación permanente. Revisar observaciones del Informe Definitivo "Evaluación Gestión de Riesgos 2022" y revisar si es pertinente realizar plan de mejoramiento por parte del equipo.
- vi. Revisar observaciones del Informe Definitivo "Evaluación Gestión de Riesgos 2023" y revisar si es pertinente realizar plan de mejoramiento por parte del equipo.
- vii. En caso de ser requerido realizar acompañamiento a las dependencias en la construcción de planes de mejoramiento de los hallazgos identificados en el informe "Evaluación Gestión de Riesgos 2022" construido por control interno. (En caso de presentarse dificultades en el cierre se remite la información a Control Interno).
- viii. Elaborar propuesta de consulta ciudadana para los riesgos de corrupción.
- ix. Enviar TIPS a las áreas donde se puedan identificar riesgos relacionados con:
 - Nómina
 - Manejo de los bienes
 - Seguridad digital
 - Atención al usuario
 - Contratación (bienes y servicios)
 - Corrupción o fraude
 - Riesgos contables
 - Riesgos fiscales
- x. estos tipos de riesgos. ¿cuáles? Ver (página 50) del informe a la gestión de riesgos 2023.
- xi. Revisar riesgos de las facultades.
- xii. Proceso de implementar riesgos **LA/FT/FPADM**, por medio del SARLAFT - Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo en la UTP.
ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE LA VIGENCIA 2024
 - Identificar: Se identifica necesidad desde el equipo de riesgos, se deja como tarea la revisión de la implementación SARLAFT en Universidades del SUE.
 - Se consultan Universidades, se concluye en la inclusión no como un sistema aparte, si no, articulado

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	9 de 69

- al Sistema de Gestión de Riesgos de la UTP
 - Analizar: Se analizan documentos (Manual e instructivos, y formato de gestión de riesgos UTP), se analiza dónde y cómo incluir los riesgos SARLAFT. Se incorpora en instrumentos del SIG.
 - Articular a los instrumentos de la UTP, se articula, incorporación de factores y riesgos, así como escalas de valoración (impacto probabilidad)
 - Documentar: se documenta en manual, instructivo y ajusta formato de gestión de riesgos UTP
 - Realizar piloto, retroalimentar - Pendiente, se determinó que el piloto será con Gestión Financiera
 - Publicar y socializar documentos (procedimiento, instructivo y formato) ajustados a SARLAF y Riesgos Fiscales, una vez aprobados por el Comité de Control Interno.
 - Implementar identificación, análisis y seguimiento **LA/FT/FPADM** en la UTP (2025).
- xiii. Incorporar la gestión de riesgos Fiscales al Sistema de Gestión de Riesgos de la UTP
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA VIGENCIA 2024
- Identificar: Se identifica necesidad de inclusión de riesgos Fiscales, en la gestión de riesgos UTP.
 - Analizar: se revisa información de cartillas de la Gestión Pública, relacionadas con administración de riesgos Fiscales, se ve la necesidad de articular al Sistema de Gestión de Riesgos de la Universidad, no como un sistema aparte, sino, articulado al actual.
 - Articular a los instrumentos de la UTP, se ajusta instrumento (Excel) de Gestión de riesgos UTP con la inclusión de riesgos fiscales, en factores, tipo de riesgo, y escalas de valoración (impacto - probabilidad)
 - Documentar: se documenta en manual, procedimiento y formato.
 - Realizar piloto, retroalimentar - Pendiente: se iniciará con Gestión financiera
 - Publicar y socializar documentos (procedimiento, instructivo y formato) ajustados a SARLAF y Riesgos Fiscales
 - Implementar identificación, análisis y seguimiento Riesgos Fiscales en la UTP (2025)

Actividades indicador 2. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2024.

- i. Enviar TIP solicitando la actualización del mapa de riesgos 2023 (Hasta el 10 de marzo).
- ii. Actualización por parte de los responsables
- iii. Análisis de la actualización de los mapas
- iv. Publicación en la página de los mapas de riesgos por procesos actualizados
- v. Priorización de riesgos institucionales
- vi. Presentación Mapa de Riesgos Institucional al Comité ICI
- vii. Consolidación Mapa de Riesgos Institucional aprobado por el Comité Institucional de Control Interno
- viii. Publicación del Mapa de Riesgos Institucional 2024.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	10 de 69

Actividades indicador 3. PRIMER SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2043.

- i. Enviar TIP de primer seguimiento (Seguimiento de enero a junio, con corte a 30 junio)
- ii. Seguimiento por parte de los responsables
- iii. Análisis de primer seguimiento
- iv. Publicación de primer seguimiento a mapa de riesgos de procesos
- v. Presentación del primer seguimiento del Mapa de Riesgos Institucionales al Comité ICI
- vi. Consolidación del primer seguimiento al mapa de riesgo institucional aprobado por el Comité ICI
- vii. Publicación de primer seguimiento del mapa de riesgo institucional.

Actividades indicador 4. SEGUNDO SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2024.

- i. Enviar TIP de segundo seguimiento (Seguimiento de julio a octubre, con corte a 31 octubre)
- ii. Seguimiento por parte de los responsables
- iii. Análisis de segundo seguimiento
- iv. Publicación de segundo seguimiento a mapa de riesgos de procesos
- v. Consolidación de información para la Presentación del segundo seguimiento del Mapa de Riesgos Institucionales al Comité ICI
- vi. Consolidación del segundo seguimiento al mapa de riesgo institucional
- vii. Publicación de segundo seguimiento del mapa de riesgo institucional.

El 29 de enero de 2024, en la primera reunión del Comité Institucional de Control Interno, es aprobado el Plan de Trabajo, en marco de la aprobación del PACTO 2024.

Se realizaron asesorías y acompañamiento a las siguientes unidades organizacionales, facultades y laboratorios en la metodología de gestión de riesgos y en fomentar el ejercicio de autoevaluación permanente:

- Facultad de Tecnologías
- Admisiones Registro y Control
- Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información
- Vicerrectoría Administrativa y Financiera
- Jardín Botánico
- Gestión Financiera

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	11 de 69

- SGSI
- Vicerrectoría Académica
- Facultad de Mecánica Aplicada
- Comunicación Institucional
- Acompañamiento a Gestión de Compras, Bienes y suministros en la identificación, análisis y evaluación de riesgos
- Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario
- Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión
- Facultad de Ciencias Ambientales

Se llevaron a cabo asesorías y acompañamiento a las dependencias/áreas/facultades en la metodología de gestión de riesgos y fomentar el ejercicio de autoevaluación permanente, a las siguientes dependencias:

29-febrero-2024 – Facultad de Tecnologías y Admisiones Registro y Control Académico

07-marzo-2024 - Admisiones, Registro y Control Académico

11-marzo-2024 - Facultad de Tecnologías

12-marzo-2024 - GTISI, Vicerrectoría Administrativa y Financiera

14-marzo-2024 - Vice Administrativa y Financiera y Jardín Botánico

15-marzo-2024 - Gestión Financiera

19-marzo-2024 - SGSI

05-abril-2024 - Vicerrectoría Académica

08-mayo-2024 - Facultad de Mecánica Aplicada

14-mayo-2024 - Comunicación Institucional

junio- Gestión Financiera (gestión de compras, bienes y suministros)

Julio - Vicerrectorías Académica, de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario, de Investigaciones, Innovación y Extensión, Registro y Control Académico, Comunicaciones, Facultad de Tecnologías, Facultad de Ciencias Ambientales.

Se realizó la revisión de las observaciones del informe auditoría llevada a cabo por Control Interno de la Evaluación de la Gestión de Riesgos de la vigencia 2023, en la cual también se realizó un análisis a los riesgos y se encontró que no hubo riesgos que se materializaron en esta vigencia. Desde la oficina Control Interno se enviarán las “observaciones” a los responsables de cada facultad, unidad organizacional y/o dependencia y desde el Equipo de Gestión de Riesgos se dará respuesta al plan de mejora con las acciones que consideran se deben plantear.

Con respecto a la implementación del SARLAFT - Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo en la UTP. Se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se realizan ajustes a procedimiento, instructivo y matriz de riesgos, de acuerdo a ejercicio interno del equipo de riesgos y validación en la revisión con el ejercicio de otras instituciones.
- Se realiza reunión con todo el equipo de Gestión de Financiera y todo el equipo de riesgos, con el fin de desarrollar el ejercicio piloto de identificación, análisis y definición de controles SARLAFT; se logra socializar la terminología, objetivos del ejercicio, cumplimiento de requisitos legales y normativos, la

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	12 de 69

importancia y el impacto; pero no se logra realizar la identificación de los riesgos.

- EL 23 de septiembre de 2024, se realiza el ejercicio de identificación, análisis y definición de controles, con el equipo de Gestión de Tesonería de Gestión Financiera, de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, en este ejercicio, participa el líder y parte del equipo de trabajo. Se logran identificar 2 riesgos relacionados con SARLAFT.
- Actividades PENDIENTES: actividades pasan al plan de trabajo 2025
 - Realizar piloto: Gestión Contable, Tesorería, Jurídica, Gestión de Talento Humano, Gestión Compras y Contratación.
 - Consolidar con el equipo de Riesgos el piloto de riesgos SARLAFT a realizar.
 - Socializar piloto con Comité Institucional de Control interno.
 - Publicar y socializar documentos de Gestión de Riesgos.

El día 05 de abril de 2024 se llevó a cabo la reunión con el Vicerrector Académico donde se le contextualizó frente a la normativa donde se especifica cuáles son las funciones, qué acciones se desarrollan con el Equipo de Gestión de Riesgos, se dio respuesta a inquietudes y se quedó pendiente por parte de la Vicerrectoría de la designación del representante de esta unidad organizacional.

En la reunión del día 24 de abril de 2024 (ver acta No. 05), del Equipo de Gestión de Riesgos, asiste la profesional Diana Ovalle, designada por el Vicerrector Académico, como representante de la Vicerrectoría de Académica ante este Equipo de apoyo.

Se revisó y ajustó la consulta ciudadana para los riesgos de corrupción, de acuerdo a las observaciones dadas por el Comité Institucional de Control Interno, se envían las preguntas de la consulta ciudadana al Comité Institucional de Control Interno, con el fin de revisar y ajustar el listado de temas. Esta estará alojada en el siguiente sitio de la página institucional: "PARTICIPA" "CONSULTA CIUDADANA" (disponible en el siguiente enlace: <https://atencionalciudadano.utp.edu.co/3-consulta-ciudadana/>).

Se llevó a cabo la revisión y respuesta del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión-FURAG, del Indicador de Control Interno "ICI", sobre riesgos.

Se hace la solicitud del primer seguimiento a los mapas de riesgos (con corte a 30 de junio de 2023), a los diferentes responsables de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y de los pilares del PDI; mediante comunicado de Tips, enviado por el Sistema Integral de Gestión, el día 04 de junio de 2023, para ser entregados por los responsables hasta el 21 de julio de 2023.

Se envió TIP el 05 de noviembre de 2024, donde se incluye el tema de controles, para cumplimiento de lo establecido en la página 50 del informe de la Evaluación de la Gestión de Riesgos de Control Interno de la vigencia 2022, en las recomendaciones generales dadas en este informe.

Se envía el 4 de marzo de 2024 un TIP para la Actualización de los Mapas de Riesgos (Dependencias, Facultades, Organismos de Evaluación de la Conformidad y de los pilares del PDI) para la vigencia 2024, con fecha máxima de entrega 15 de marzo de 2024. Se recibieron 37 mapas de riesgos de 42 esperados, es

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	13 de 69

decir, el 88.1%; quedando pendientes las Unidad Organizacional de Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión (Proceso y DPI), Jurídica, Comunicaciones y Servicios Institucionales. Se logran consolidar todos los mapas de riesgos el 30 de junio de 2024.

Se realizó la priorización de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional (Dependencias, Facultades, Organismos de Evaluación de la Conformidad y de los pilares del PDI), 19 riesgos), por parte del Equipo de Gestión de Riesgos, y se hace la presentación para su aprobación, al Comité Institucional de Control Interno (Acta No. 06 del 02 de septiembre de 2024); el Señor Rector El Rector (E), somete a aprobación el Mapa de Riesgos Institucional 2024, *con la salvedad de la revisión del riesgo No. 4 en su redacción*. De 169 riesgos identificados, en 10 procesos (Facultades, Laboratorios, Unidades Organizacionales) y 5 pilares PDI, el Comité prioriza 19 riesgos para el Mapa de Riesgos Institucional, donde cuatro (4) son de corrupción.

Se publica el Mapa de Riesgos Institucional (procesos), en la página web de la Universidad, el 03/09/2024 (ver en link <https://meci.utp.edu.co/plan-de-manejo-de-riesgos/>), donde se aprobaron 19 riesgos.

Se hace la solicitud del primer seguimiento a los mapas de riesgos (con corte a 30 de junio de 2024), a los diferentes responsables de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y de los pilares del PDI; mediante comunicado de Tips, enviado por el Sistema Integral de Gestión, el día 17 de julio de 2024, para ser entregados por los responsables hasta el 30 de julio de 2024.

Al hacer el seguimiento a las Dependencias responsables del seguimiento de los mapas de riesgos, se encontró que, al 02 de agosto de 2024, no entregaron el primer seguimiento a los mapas de riesgos las siguientes dependencias:

Control Interno Disciplinario, Comunicaciones y Secretaría General

Se publica el Primer Seguimiento del Mapa de Riesgos por Procesos y el Primer Seguimiento del Mapa de Riesgos Institucional, el 03/09/2024 (ver en link <https://meci.utp.edu.co/plan-de-manejo-de-riesgos/>).

Se presenta Instructivo de Directrices para la Gestión de Riesgos (ver Anexo 2), con la inclusión del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, se revisa cada uno de los ítems dentro del documento, con la inclusión de:

- Términos y definiciones SARLAFT
- Responsabilidades de acuerdo a los roles
- Directrices
- Identificación de riesgos.

Se realiza ajuste realizado al procedimiento de administración de riesgos, con relación al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, como acción de mejora, en consecuencia, a recomendaciones recibidas durante auditoría interna realizada en el mes de marzo. Ver páginas 6 y 14.

Se realiza la solicitud del segundo seguimiento, el cual se comunicó mediante Tip enviado por el Sistema Integral de Gestión el día 01 de noviembre de 2024 (fecha de corte 31/10/2023), para ser entregados por los

responsables el día 17 de noviembre de 2023. El 26 de noviembre de 2024 no habían entregado el segundo seguimiento las siguientes Dependencias:

Laboratorio Ensayos No Destructivos, Responsabilidad Social y Bienestar Universitario en el PDI y Control Interno Disciplinario. Se logra publicar el Mapa de Riesgos por Procesos el 09 de diciembre de 2024.

Se presentó el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional (corte a 31 de octubre de 2024) ante el Comité Institucional de Control Interno el día 02 de diciembre de 2024 (ver Acta No. 11). Se publica el segundo Seguimiento del Mapa de Riesgos por Procesos el 03 de diciembre de 2024 10:57 AM (ver en link <https://meci.utp.edu.co/plan-de-manejo-de-riesgos/>).

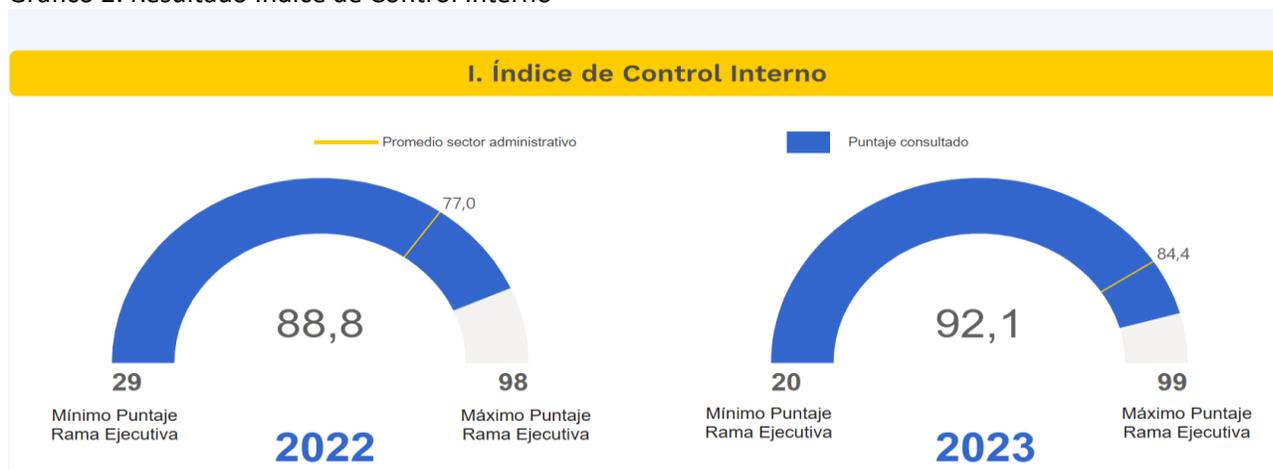
Se presentó nuevamente la consulta ciudadana para los riesgos de corrupción, ante el Comité Institucional de Control Interno, con las correcciones a las observaciones solicitadas por este Comité y el Señor Rector (E) solicita que se haga una prueba piloto, dirigido a un grupo específico, con el fin de realizar las mediciones necesarias y obtener algunas conclusiones que nos ayuden a definir la consulta.

El avance del Plan de Trabajo del Equipo de Gestión de riesgos al 13 de diciembre de 2024 era del 100%.

5.2 Resultados del componente de Evaluación de riesgos en la medición del Índice de Control Interno “ICI”

De acuerdo a la evaluación de anual del Modelo Estándar de Control Interno “MECI”, sobre la vigencia 2023, llevado a cabo a través de la plataforma FURAG del Departamento Administrativo de la Función Pública en el mes de mayo de 2024, nos arrojó una calificación de **92.1** para el **Índice de Control Interno**; este refleja que se ha venido fortaleciendo el sistema de control interno en la Universidad, bajo el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), logro que se alcanza gracias a las mejoras establecidos en la gestión y el control de los diferentes procesos.

Gráfico 2. Resultado Índice de Control Interno



Fuente: (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024)

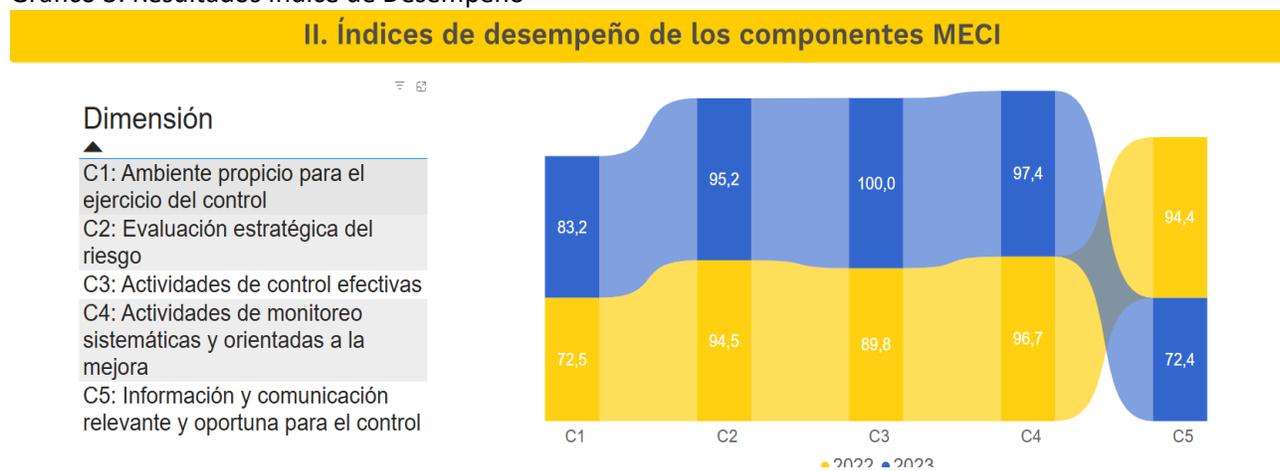
Es por lo anterior, que se puede indicar que actualmente en la Universidad se encuentra implementando y operando el MECI en sus cinco componentes: Ambiente de Control, Evaluación de riesgos, Actividades de

Control, Información y Comunicación, Actividades de monitoreo y seguimiento. Es por esto que se puede evidenciar la disposición de la Universidad para diseñar, implementar y mantener elementos de control bajo el esquema de líneas de defensa.

Es importante resaltar, que el índice de control interno, mide la capacidad de las entidades públicas colombianas de aplicar lineamientos para orientar sus procesos de control y de gestión de riesgo, para facilitar el logro de sus metas y objetivos institucionales¹. Esta medición es realizada anualmente por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del diligenciamiento por parte de las entidades del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG). Para mayor información se invita a consultar el siguiente enlace donde encontrará los resultados: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizDQzOTAyNTQtNzI5Ny00NDA0LTgyNGMtMzA5NTRkM2I1NzE5liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9>

En la Evaluación del Índice de Desempeño Institucional “IDI”, el cual una medición de las capacidades de las entidades públicas para mejorar su gestión y el desempeño institucional. Sobre la vigencia 2023, las siguientes fueron las calificaciones:

Gráfico 3. Resultados Índice de Desempeño



Fuente: (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024)

De otra parte, es importante recordar que de acuerdo a la Ley 2195 de 2022, el Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano, tuvo modificaciones, en el sentido que el Art. 73 de la Ley 1474 de 2011 fue modificado por el Art. 31 de la Ley 2195/2022: Programas de transparencia y ética en el sector público. Modifíquese el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual quedó así:

Artículo 73. Cada entidad del orden Nacional, Departamental y Municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad. Este programa contemplará, entre otras cosas:

¹ Fuente: DOCUMENTO METODOLÓGICO DE LA OPERACIÓN ESTADÍSTICA MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL MDI. Versión 4 - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, octubre de 2023

- a. Medidas de debida diligencia en las entidades del sector público;
- b. Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción, incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la UIAF, consultas en las listas restrictivas y otras medidas específicas que defina el Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la expedición de esta norma;
- c. Redes interinstitucionales para el fortalecimiento de prevención de actos de corrupción, transparencia y legalidad;
- d. Canales de denuncia conforme lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011;
- e. Estrategias de transparencia, Estado abierto, acceso a la información pública y cultura de legalidad;
- f. Todas aquellas iniciativas adicionales que la Entidad considere necesario incluir para prevenir y combatir la corrupción.

5.3 Proceso de Gestión de Riesgos realizado en la Universidad en la vigencia 2024

El Equipo de Gestión de Riesgos realizó dos seguimientos para la vigencia 2024 a los mapas de riesgos de la Universidad, tanto para los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad), como para los Pilares del Plan de Desarrollo Institucional.

- a. Primer seguimiento a los Riesgos del Mapa Institucional (con corte a 30 de junio de 2024), el cual se obtuvo de priorizar 19 riesgos. Estos fueron presentados y aprobados por El Comité Institucional de Control Interno el 02 de septiembre de 2024 (Acta No. 06 de 2024) y se realiza la actualización del mapa de riesgos de cada uno de los Procesos definidos para la Universidad.
Se recibieron los seguimientos de los mapas de riesgos de los 10 procesos institucionales; de 15 dependencias, 6 Laboratorios, 4 Pilares del PDI y 10 Facultades.

Tabla 4. Mapas de riesgos con primer seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos:	1. Direccionamiento Institucional	15/18
1. Direccionamiento Institucional	Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera (Sistema Integral de Gestión)	
2. Docencia	Planeación	
3. Investigación e innovación	2. Docencia Vicerrectoría Académica	
4. Extensión y proyección social	Admisiones Registro y Control Académico Biblioteca	
5. Administración institucional	3. Investigación e innovación Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión	
6. Bienestar institucional	4. Extensión y proyección social Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión	
7. Egresados	5. Administración institucional	
8. Internacionalización	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	
9. Control y seguimiento institucional	Planeación Secretaría General Secretaría General (Gestión de Documentos)	
10. Aseguramiento de la calidad	Jurídica Recursos Informáticos y Educativos	

Mapa de riesgos	Responsable	Total
institucional	Gestión de Servicios Institucionales Gestión Financiera Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Gestión de Talento Humano Comunicaciones 6. Bienestar institucional Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Gestión de Talento Humano Vicerrectoría Académica 7. Egresados Vicerrectoría Académica 8. Internacionalización Relaciones Internacionales 9. Control y seguimiento institucional Control Interno Control Interno Disciplinario Vicerrectoría Administrativa y Financiera 10. Aseguramiento de la calidad institucional Planeación Sistema integral de calidad	
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos (LAA) Laboratorio de Ensayos No Destructivos (LEND) Laboratorio de Genética Médica (LGM) Laboratorio de Ensayos para equipos acondicionadores de aire (LPEA) Grupo de investigación de aguas y saneamiento (GIAS) Laboratorio de Metrología de variables eléctricas (LMVE).	6/6
PDI	Pilar 2. PDI_Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento Pilar 3. PDI_Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional Pilar 4. PDI_Gestión y Sostenibilidad Institucional Pilar 5. PDI_Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios	4/4
Facultades	Facultad de Ciencias Básicas Facultad de Ciencias Ambientales Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Ciencias de la Salud Facultad de Tecnología Facultad de Ciencias Agrarias Facultad de Ciencias de la Educación Facultad de Ciencias Empresariales Facultad Bellas Artes y Humanidades Facultad de Ingeniería	10/10

Fuente: Gestión del sistema Integral de Calidad.

Nota: Las siguientes unidades organizacionales no presentaron el primer seguimiento en la fecha establecida: Control Interno Disciplinario, Comunicaciones y Secretaría General.

Se evidencia el recibido de 35 de los 48 Mapas de Riesgos que se debían de recibir, es decir el 96% de los mapas de riesgos fue recibido.

El Sistema Integral de Gestión, como coordinador del Equipo de Gestión de Riesgos de la Universidad, consolida el primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 30 de junio de 2024; el cual se puede ver en el link <https://meci.utp.edu.co/plan-de-manejo-de-riesgos/>, de la página la Universidad, el cual es presentado al Comité Institucional de Control Interno, el 02 de septiembre de 2024 (Acta No. 06-2024). Además, se consolida el primer seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional y 4 Pilares del PDI.

Se evidencia una mejora en los registros de las fases de Identificación y Valoración del Riesgo por parte de las dependencias que conforman los procesos que tienen registro de riesgos en el mapa de riesgos institucional, pero se debe de mejorar en la redacción de los riesgos y en la definición de los indicadores de los riesgos.

- b. Segundo seguimiento a los Mapas de Riesgos Institucional a los Riesgos del Mapa Institucional (con corte a 31 de octubre de 2024), el cual se obtuvo de priorizar 19 riesgos de las Dependencias, Facultades, Laboratorios y de los Pilares del PDI; por parte del Equipo de Gestión de Riesgos y aprobados por El Comité Institucional de Control Interno el 02 de septiembre de 2024 (Acta No. 06 de 2024) ; se realizó este segundo seguimiento con corte a 31 de octubre de 2024 y se dio plazo de entrega hasta el 18 de noviembre de 2024. Se recibieron los mapas de riesgos de 17 Unidades Organizacionales, 10 Facultades, 5 Laboratorios y 3 Pilares del PDI.

Tabla 5. Mapa de riesgos con segundo seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos: 1. Direccionamiento Institucional 2. Docencia 3. Investigación e innovación 4. Extensión y proyección social 5. Administración institucional 6. Bienestar institucional 7. Egresados 8. Internacionalización 9. Control y seguimiento institucional 10. Aseguramiento de la calidad institucional	1. Direccionamiento Institucional Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Planeación 2. Docencia Vicerrectoría Académica Admisiones Registro y Control Académico 3. Investigación e innovación Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión 4. Extensión y proyección social Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión 5. Administración institucional Vicerrectoría Administrativa y Financiera Planeación Secretaría General (Gestión de Documentos) Jurídica Recursos Informáticos y Educativos Gestión de Servicios Institucionales Gestión Financiera Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Gestión de Talento Humano Comunicaciones Biblioteca 6. Bienestar institucional	17/18

Mapa de riesgos	Responsable	Total
	Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Gestión de Talento Humano Vicerrectoría Académica 7. Egresados Vicerrectoría Académica 8. Internacionalización Relaciones Internacionales 9. Control y seguimiento institucional Control Interno Control Interno Disciplinario Vicerrectoría Administrativa y Financiera 10. Aseguramiento de la calidad institucional Planeación Sistema integral de calidad	
Procesos (Facultades)	Facultad de Ciencias Básicas Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Ciencias de la Salud Facultad de Tecnología Facultad de Educación Facultad de Ingenierías Facultad Bellas Artes y Humanidades Facultad Ciencias Empresariales Facultad de Ciencias Agrarias Facultad de Ciencias Ambientales	10/10
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos (LAA) Grupo de investigación de aguas y saneamiento (GIAS) Laboratorio de Ensayos No Destructivos (LEND) Laboratorio de Genética Médica (LGM) Laboratorio de Metrología de variables eléctricas (LMVE). Laboratorio de Ensayos para equipos acondicionadores de aire (LPEA)	5/6
PDI	Pilar 2. PDI Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento Pilar 3. PDI Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional Pilar 4. PDI Gestión y Sostenibilidad Institucional Pilar 5. PDI Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios	3/4

Fuente: Gestión del sistema Integral de Calidad.

Nota: Las siguientes dependencias no presentaron el segundo seguimiento en la fecha establecida: Control Interno Disciplinario, Laboratorio de Ensayos No Destructivos (LEND) y Pilar 5. PDI Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios

Se evidencia el recibido de 35 de los 48 Mapas de Riesgos que se debían de recibir, es decir el 96% de los mapas de riesgos fue recibido.

El Sistema Integral de Gestión, como coordinador del Equipo de Gestión de Riesgos de la Universidad, consolida el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 31 de octubre de 2024; se puede ver en el link <https://meci.utp.edu.co/plan-de-manejo-de-riesgos/>, de la página la Universidad, el cual es presentado al Comité Institucional de Control Interno, el 02 de diciembre de 2024 (Acta No. 12-2024). Además, se consolida el segundo seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional y 4 Pilares d el PDI.

En la consolidación de los seguimientos a los Mapas de Riesgos Institucionales, con corte a 30 de junio y 31 de octubre de 2024; como también el consolidado del seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional y 4 Pilares del PDI; se constató que hubo varias Unidades Organizacionales que no entregaron los seguimientos. Control Interno encontró que se obtuvo información completa de 35 mapas de riesgos, de los 38 que conforman el listado de Dependencias de la Universidad, es decir, el 96%. Pero a pesar de lo anterior, se pudo consolidar el mapa de riesgos institucional.

OBSERVACIÓN 1: Inoportunidad en la entrega del reporte del seguimiento de los riesgos de las Dependencias de la Universidad

La LEY 87 del 29 de noviembre de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”, en su ARTÍCULO 2o. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales: f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

Las Directrices para la Gestión de Riesgos de la Universidad, en su numeral 8. Seguimiento a la Gestión de Riesgos, establece que se revisarán dos veces al año la efectividad de los controles implementados, el seguimiento a los indicadores y las acciones propuestas.

El cronograma establecido por el Equipo de Gestión de Riesgos para el primer seguimiento tenía como fecha límite el 30 de julio de 2024 y para el segundo seguimiento 18 de noviembre de 2024.

En la evaluación de la gestión de riesgos, por parte de la Oficina de Control Interno, se observó que, las siguientes Dependencias no presentaron los seguimientos a los riesgos identificados de acuerdo al cronograma establecido por el Equipo de Gestión de Riesgos, así:

Primer seguimiento: **Control Interno Disciplinario, Comunicaciones y Secretaría General.**

Segundo Seguimiento: **Control Interno Disciplinario** y Pilar 5. PDI (Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios) a cargo de la **Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario.** (Ver tablas 4 y 5)

Lo anterior, debido a debilidades en el seguimiento por parte de las Dependencias a los riesgos, lo que puede conllevar a demoras en los procesos de consolidación de la información sobre riesgos en la Universidad.

Riesgo relacionado: No dar tratamiento adecuado a los riesgos

Controles relacionados: Procedimientos: 1. Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2022-08-11 y 2. Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V10 del 2024-03-22 SIG y Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20).

Prioridad del hallazgo: *Bajo*

Comentarios del auditado: Secretaría General ((Correo electrónico del viernes 25 de abril de 2025): Anexo matriz con el plan de mejoramiento implementado y adicionalmente anexos con los soportes que respaldan dicha observación.

Se envió correo electrónico el día viernes 25 de abril de 2025 a las 11:12 a.m., a las unidades organizacionales de **Control Interno Disciplinario, Comunicaciones y Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario** y a la fecha de la emisión del informe no llegó ninguna respuesta.

Sistema Integral de Gestión (Correo electrónico del lunes 05 de mayo de 2025): Envíen la observación a las dependencias que están relacionadas en la Observación 1.

Nota: Eliminen de su observación el Laboratorio de Ensayos No Destructivos (LEND), ya que para el segundo seguimiento tenían una condición de desistimiento de la acreditación, a partir del 15 de octubre de 2024.

Equipo de Gestión de Riesgos: No envió respuesta a esta observación.

Análisis de Control Interno: 1. Con respecto a la unidad organizacional Secretaría General, si bien la respuesta informa que se han implementado acciones de mejora, esto no desvirtúa la observación. Por lo anterior, se mantiene la observación, con la anotación de subsanada la observación en el proceso de auditoría.
2. Con respecto a las unidades organizacionales de Control Interno Disciplinario, Comunicaciones y Vicerrectoría de Responsa Social se mantiene la observación, dado que no presentaron comentarios frente a la misma.

5.4 Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2024

Para la vigencia 2024 se clasificaron por parte del Equipo de Gestión de Riesgos 19 riesgos, a los cuales les hacemos el siguiente análisis:

A. Estimación del Nivel del Riesgo Inicial (riesgo inherente): Se logra a través de la determinación de la probabilidad y el impacto por medio de las tablas o escalas establecidas por el Equipo de Gestión de Riesgos de la Universidad; para su determinación, se utiliza la Matriz de criticidad de 5x5, la cual determina que para ubicar el nivel de riesgo se cuenta con cinco niveles en probabilidad y 5 niveles en impacto, además se definen las zonas o niveles de severidad del riesgo en la matriz de calor. El mapa de calor permite visualizar los riesgos en las zonas definidas (LEVE, MODERADO y GRAVE) permitiendo identificar y priorizar los riesgos asociados a su gestión que requieren mayor atención, así como los que está dispuesta a aceptar (apetito del riesgo) en función del impacto de estos en la Entidad. Realizado el análisis, se tienen los siguientes resultados:

Tabla 6. Estimación del Nivel del Riesgo Inicial en los Procesos y Pilares del PDI

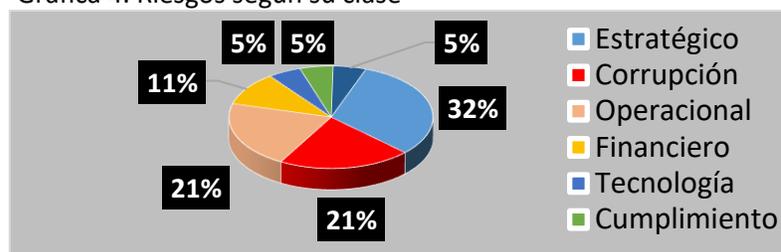
PROCESO /PILAR PDI	ANÁLISIS INICIAL			
	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
P: ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	1	4	2	7
P: DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	0	1	2	3
P: INVESTIGACIÓN_E_INNOVACIÓN	1	0	1	2
P: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL	0	1	0	1
P: CONTROL_SEGUIMIENTO	0	1	0	1
P: DOCENCIA	0	1	0	1
P: EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	1	0	0	1
PDI: GESTIÓN DEL CONTEXTO Y VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL	0	1	0	1
PDI: GESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL	1	0	0	1
PDI: CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	0	0	1	1
Total	4	9	6	19

Fuente: Informe Mapa de Riesgos Institucional 2024

Se evidencia en la tabla 6 que hay seis (6) riesgos en nivel GRAVE estos son los que se deben de priorizar, disminuyéndose para estos el nivel de aceptación, determinando en el plan de contingencia las actividades de control (correctivas) que ataquen las causas del riesgo, cuando éste se llegue a materializar.

B. Riesgos según su Clase (Gráficas 4 y 5): Respecto a los riesgos identificados en los diferentes procesos de la Universidad, se priorizaron para el Mapa de Riesgos Institucional 2024, diecinueve (19) riesgos de los Procesos y del PDI, dado que, en cumplimiento de la directriz de riesgos, los riesgos que presentan un nivel de vulnerabilidad GRAVE, su impacto en la misión de la Universidad puede ser determinante o son riesgos de corrupción. De acuerdo a la gráfica 1, los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional se distribuyen en: 6 (32%) son Estratégicos, 4 (21%) son de Corrupción, 4 (21%) Operacionales, 2 (11%) Financieros y con 1 (5%) el Tecnológico, de Cumplimiento y Contable.

Grafica 4. Riesgos según su clase



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2024

Grafica 5. Riesgos según su clase – distribución por Procesos y PDI



Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2024

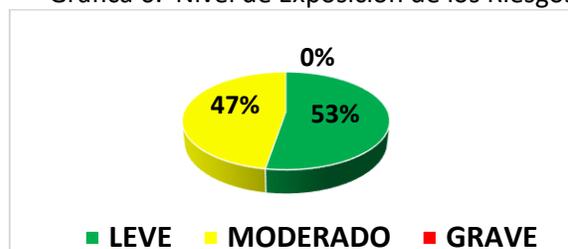
*P: Proceso ** PDI: Pilares Plan Desarrollo Institucional

El mapa de riesgos institucional contempla (19) riesgos, identificados (16) en 7 procesos de los 10 que se tienen caracterizados en el Sistema de Gestión de Calidad; frente a la proporción de los riesgos en los

procesos, se tiene que siete (7) están asociados al proceso de Administración Institucional, tres (3) a Dirección Institucional, dos (2) a Investigación e Innovación y con un (1) riesgo están Aseguramiento de la Calidad, Extensión y Proyección Social, Control y Seguimiento y Docencia; mientras que el PDI aporta al mapa de riesgos institucional (3) riesgos, distribuidos así: Pilar de Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento (1), Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional (1) y Gestión y Sostenibilidad Institucional (1).

C. Nivel de Exposición al Riesgo (Gráficas 6 y 7): De acuerdo al Mapa de Riesgos Institucional el 53% (10) de los riesgos, tienen un Nivel de Exposición al Riesgo LEVE y el 47% (9) tiene un Nivel de Exposición al Riesgo MODERADO, estos dos niveles de riesgo se encuentran debidamente controlados, es decir, tienen controles aplicados, efectivos y en la mayoría de los casos documentados, tienen asignado un responsable, con una periodicidad de aplicación de control definida y mayormente son de carácter preventivo. No se tienen riesgos en el Nivel de Exposición al Riesgo GRAVE, que son los que indican que la Universidad es vulnerable a que se materialice el riesgo, ya sea porque tienen una Probabilidad o Impacto ALTO, o porque sus controles no son adecuados.

Gráfica 6. Nivel de Exposición de los Riesgos



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2024

Gráfica 7. Nivel de Exposición de los Riesgos



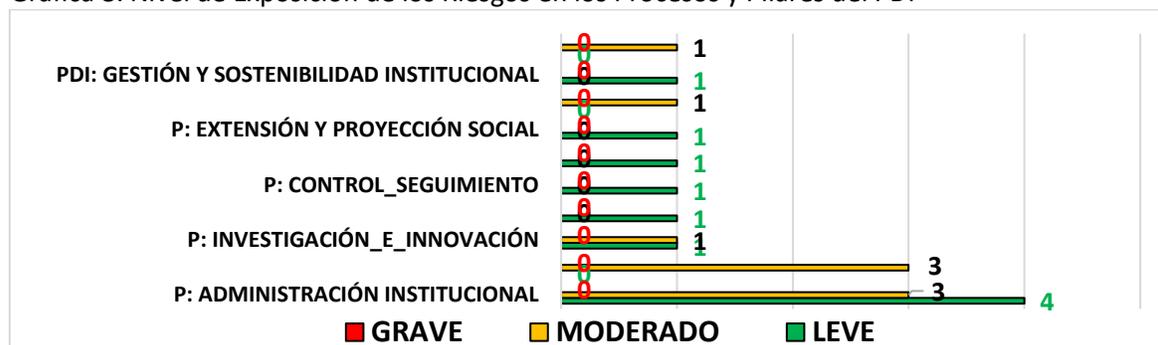
En cuanto al Nivel de Exposición al Riesgo en los Procesos y/o Pilares del PDI, se tiene lo siguiente:

Tabla 7. Nivel de Exposición de los Riesgos en los Procesos y Pilares del PDI

PROCESO / PILAR PDI	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO			
	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL
P: ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	4	3	0	7
P: DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	0	3	0	3
P: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	1	1	0	2
PDI: CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	0	1	0	1
P: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL	1	0	0	1
P: CONTROL SEGUIMIENTO	1	0	0	1
P: DOCENCIA	1	0	0	1
P: EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	1	0	0	1
PDI: GESTIÓN DEL CONTEXTO Y VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL	0	1	0	1
PDI: GESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL	1	0	0	1
Total	10	9	0	19

Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2024

Gráfica 8. Nivel de Exposición de los Riesgos en los Procesos y Pilares del PDI



Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2024

Se aprecia en la tabla 7 y la gráfica 8 que, en los Procesos y Pilares del PDI no se presentan riesgos con Nivel de Exposición GRAVE, después de aplicados los controles, lo que nos dice que los controles o actividades implementadas para evitar que el o los riesgos se materialicen, han sido efectivos y han mitigado de manera adecuada los riesgos que en el análisis inicial presentaban un nivel GRAVE (6 riesgos).

Con respecto a las Unidades Organizacionales, se puede apreciar en la siguiente tabla 7 que, la Vicerrectoría Administrativa Financiera presenta el mayor número de riesgos con cuatro (4) riesgos (3 en nivel Leve y 1 en Moderado), le siguen con tres (3) riesgos la Vicerrectoría de Investigaciones, innovación y Extensión (1 Leves y 2 Moderado), con dos (2) riesgos Gestión Financiera (1 Leve y 1 Moderado), Secretaría General (2 Leves), Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información (1 Leve y 1 Moderado), Planeación (2 Moderados), con un riesgo están Jurídica (1 Moderado), Control Interno (1 Leve), Vicerrectoría Académica (1 Moderado) y Admisiones, Registro y Control Académico (1 Leve).

Tabla 8. Nivel de Exposición de los riesgos en las Unidades Organizacionales

UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO			TOTALES
	LEVE	MODERADO	GRAVE	
VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	3	1	0	4
VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	1	2	0	3
GESTIÓN FINANCIERA	1	1	0	2
SECRETARIA GENERAL	2	0	0	2
GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	1	1	0	2
PLANEACIÓN	0	2	0	2
JURIDICA	0	1	0	1
CONTROL INTERNO	1	0	0	1
VICERRECTORÍA ACADÉMICA	0	1	0	1
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	1	0	0	1
TOTAL	10	9	0	19
	52.6%	47.4%	0.0%	100.0%

Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2024

Gráfico 9. Matriz de Calor de los Riesgos Residuales de los Procesos y PDI

CALIFICACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL				
PRIORIZACIÓN INICIAL (PROBABILIDAD)	(IMPACTO)			
	25			
	20			
	16	R5		
	15		R2,R3	
	12	R16	R11	
	10		R1, R8	
	9			
	8		R14	
	6		R4, R18	
	5	R10, R19	R15	
	4	R13	R7, R17	
	3	R12	R6, R9	
2				
1				
		1	2	3
		FUERTE	ACEPTABLE	DEBIL
VALORACIÓN DEL CONTROL				

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2024

Se aprecia en los gráficos 8 y 9 y Tabla 8 que, después de aplicados los controles (riesgo residual), no se identificaron riesgos con Nivel de Exposición al Riesgo GRAVE, es decir, los controles han sido eficaces y han mitigado de manera adecuada el riesgo.

D. Evaluación a los controles existentes

i. **Concepto sobre controles actuales:** Se evidencia en los comentarios realizados por los responsables de los 19 riesgos institucionales que, la información sobre los controles implementados no tuvieron dificultades en la aplicación de dichos controles; por lo cual se asume que la aplicación de estos fue efectiva para prevenir o mitigar el riesgo; no se tuvo inconvenientes en ningún riesgo, como lo muestra la tabla 9:

Tabla 9. Controles Implementados en el Mapa de Riesgos Institucional

No.	Unidad Organizacional /Área	Identificación del Riesgo	Nivel de Exposición al Riesgo	Descripción del Control Existente	Acciones Implementadas	Calificación Efectividad del Control	Análisis para la mejora del Control existente Control Interno
1	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Reducción en la cantidad de activos de conocimiento transferidos a la sociedad	LEVE	Actualización de inventario de activos de conocimiento y diagnóstico del índice de madurez tecnológica - TRL	Se está realizando el acompañamiento a cada uno de los grupos de investigación y sus integrantes, con el fin de que no pierdan su reconocimiento ante MinCiencias y que permita mejorar su clasificación	ACEPTABLE	El riesgo se materializó, dado que en la vigencia se lograron 7 contratos y en el 2024 solo se lograron 3. Recomendación OCI: 1. se recomienda analizar la fórmula del indicador, ya que para calcular la variación porcentual se calcula dividiendo el valor de la vigencia anterior menos el valor de la vigencia actual dividido por el valor de la vigencia anterior. 2. Se deben de fortalecer los controles existentes o implementar unos nuevos
				Jornadas de sensibilización del Estatuto de Propiedad Intelectual entre la comunidad universitaria			
				Identificación y priorización de proyectos de desarrollo tecnológico e innovación susceptibles de financiación			
2	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	MODERADO	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Se está realizando el acompañamiento a cada uno de los grupos de investigación y sus integrantes, con el fin de que no pierdan su reconocimiento ante MinCiencias y que permita mejorar su clasificación.	ACEPTABLE	Recomendación OCI: 1. Definir la meta del indicador para la vigencia 2024. 2. Revisar el indicador con el fin de establecer una meta más clara relacionada con el porcentaje de variación. 3. Este riesgo no debe de ser institucional
				Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)			
				Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.			
3	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias	MODERADO	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Se está realizando el acompañamiento a cada uno de los grupos de investigación y sus integrantes, con el fin de que no pierdan su reconocimiento ante MinCiencias y que permita mejorar su clasificación.	ACEPTABLE	Como los resultados de la Convocatoria Nacional de Actualización y Transición para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y para el Reconocimiento de Investigadores del Sistema Nacional De Ciencia, Tecnología e Innovación, se publicarán en el mes de junio de 2025. El comparativo debe ser con la medición de la
				Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos,			

No.	Unidad Organizacional /Área	Identificación del Riesgo	Nivel de Exposición al Riesgo	Descripción del Control Existente	Acciones Implementadas	Calificación Efectividad del Control	Análisis para la mejora del Control existente Control Interno
				Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)			vigencia anterior, de los grupos de investigación que perdieron su reconocimiento o disminuyeron su categoría según la Actualización y Transición para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y para el Reconocimiento de Investigadores del Sistema Nacional De Ciencia, Tecnología e Innovación dada por MinCiencias
				Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.			
4	PLANEACIÓN PDI	Poca contribución de la universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad	MODERADO	Seguimiento a los Planes operativos de los proyectos de gestión del contexto y visibilidad nacional e internacional	Estudios de contexto que permitan que aporten a la toma de decisiones	ACEPTABLE	Aunque el avance del indicador, a la fecha de corte (31/10/2024) se encuentra por debajo de la meta establecida, el porcentaje obtenido está dentro del porcentaje esperado a la fecha de corte que del 75%.
5	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).	MODERADO	Generar periódicamente alertas a los supervisores e interventores frente al estado de los contratos y documentación contractual	Definir tips informativos contractuales y de interventoría y supervisión con el fin de generar conocimiento sobre estos temas	FUERTE	No se tiene información sobre el total de contratos de la vigencia ejecutados adecuadamente y los sobre el total de contratos de la vigencia ejecutados inadecuadamente. Recomendación OCI: Se debe de aclarar que son contratos ejecutados inadecuadamente.
			Realizar proceso de apoyo al seguimiento de la contratación de la oficina de planeación	Designación de un profesional de seguimiento y control como apoyo a la interventoría y supervisión de proyectos /contratos (verificación de productos) Verificación de documentación de contratos de la oficina de Planeación			
			Proceso de Control de seguimiento a pólizas de los contratos de la oficina de planeación	Diligenciamiento de un formato para seguimiento a los amparos de las pólizas			
6	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PDI	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad	LEVE	Monitoreo al recaudo de ingresos que soporte el presupuesto aprobado por el Consejo Superior Universitario		ACEPTABLE	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.

No.	Unidad Organizacional /Área	Identificación del Riesgo	Nivel de Exposición al Riesgo	Descripción del Control Existente	Acciones Implementadas	Calificación Efectividad del Control	Análisis para la mejora del Control existente Control Interno
				Monitoreo a la ejecución presupuestal de gastos aprobado por el Consejo Superior Universitario			Recomendación OCI: Se debe de registrar cuales fueron los Ingresos totales y Gastos Totales
7	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	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.	LEVE	Cláusula de confidencialidad establecida en el contrato		ACEPTABLE	El indicador tiene un avance satisfactorio, por cual podemos inferir que los controles aplicados han sido efectivos.
8	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Ajustes en el presupuesto Institucional no previstos o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia.	MODERADO	<p>Trazabilidad de ejecución de gastos de la vigencia, mediante reportes de los sistemas de información disponibles</p> <p>Herramienta tecnológica para la consolidación y monitoreo de necesidades presupuestales de cada dependencia.</p> <p>Monitoreo y solicitud información de proyectos a proponentes previa reunión para la toma de decisiones, estén incluidas o no en las órdenes del día</p>	<p>Generar espacios de socialización y retroalimentación de las necesidades del presupuesto en las facultades y dependencias administrativas.</p> <p>Generar alertas a través de correo electrónico ante la observancia de inconsistencias o carencia de diligenciamiento de necesidades de presupuesto en la herramienta tecnológica.</p> <p>Acordar con la Secretaría General, el no tramitar algún acuerdo con impacto financiero, sin que previamente se haya emitido el concepto correspondiente.</p>	ACEPTABLE	Este riesgo tiene un avance por encima (0.38%) de la meta establecida; por lo tanto, consideramos que sus controles no han sido efectivos; aunque tenemos fecha de corte al 15 de noviembre de 2024, debemos esperar al final de la vigencia para evaluar este indicador, porque todavía puede haber adiciones al presupuesto institucional de la vigencia.

No.	Unidad Organizacional /Área	Identificación del Riesgo	Nivel de Exposición al Riesgo	Descripción del Control Existente	Acciones Implementadas	Calificación Efectividad del Control	Análisis para la mejora del Control existente Control Interno
9	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de que se presenten convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero	LEVE	Revisión por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, de las propuestas, convenios y contratos; que nos envían desde la Oficina Jurídica.		ACEPTABLE	El avance del indicador de este riesgo está por encima de la meta esperada, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
				Revisión por parte de la alta Dirección (comité directivo) de los proyectos en trámite.			
10	GESTIÓN FINANCIERA	Fraude Electrónico	LEVE	Descripción en los manuales de funciones en las personas que manejan recursos		FUERTE	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.
				Cambio de claves			
				Manejo de token			
11	GESTIÓN FINANCIERA	No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras	MODERADO	Consultas página Web de la CGN para determinar los cambios que haya del Marco Normativo aplicable a la Universidad		ACEPTABLE	El indicador de este riesgo no se pudo medir en esta vigencia porque no hubo Auditoria de la Contraloría General de la República, Ente encargado de dar el concepto de fenecimiento de los Estados Financieros de la Universidad.
				Verificar información que se incorpora en los Estados Financieros acorde al Marco Normativo para Entidades del Estado y el Manual de Políticas de la UTP			
12	SECRETARIA GENERAL	Ilegitimidad en resultados electorales	LEVE	Elaboración de listados descentralizados por parte de las dependencias responsables		FUERTE	Se observa en el registro de la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.
				Revisión de la configuración de las elecciones y Auditoria por parte de Control Interno			
				Pruebas de simulación de las votaciones			

No.	Unidad Organizacional /Área	Identificación del Riesgo	Nivel de Exposición al Riesgo	Descripción del Control Existente	Acciones Implementadas	Calificación Efectividad del Control	Análisis para la mejora del Control existente Control Interno
13	SECRETARIA GENERAL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaría General	LEVE	Radicación de los Derechos de Petición por parte de Gestión Documental donde se establece fecha de recepción		FUERTE	de acuerdo a la información de la medición del Indicador, el riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos. Recomendación OCI: Verificar la información en el Aplicativo de PQRSD
				Seguimiento por parte del funcionario encargado estableciendo dentro del calendario una alarma de aviso de la proximidad del vencimiento			
				Solicitud por escrito a las dependencias internas o externas de la información requerida para la adecuada atención del Derecho de Petición con fecha máxima para aportarla			
14	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Software con errores de funcionamiento	MODERADO	Revisión de casos reportados en el ServiceDesk	Realizar ajustes de las aplicaciones para cumplir con los requerimientos solicitados	ACEPTABLE	La medición del Indicador nos muestra que, aunque ha habido errores de funcionamiento en algunos softwares, el riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
15	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.	LEVE	Software de Monitoreo de los servidores y restablecimiento de los mismos		ACEPTABLE	Recomendación OCI: La medición del indicador se debe de hacer con respecto de la cantidad de minutos que los dispositivos físicos o virtuales están disponibles y no sobre la NO disponibilidad se debe a la ventana de tiempo programada para los servicios de mantenimiento de equipos y bases de datos, por lo tanto, el registro de la medición del indicador debió ser 99% y NO 1%.
16	JURIDICA	Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar la actividad contractual en el módulo publicitario en la plataforma SECOP II	MODERADO	Seguimiento a la publicación de los documentos contractuales en la plataforma SECOP II	Sensibilización sobre los términos legales establecidos para la publicación	FUERTE	Recomendación OCI: La medición del indicador se debe de hacer con respecto de la cantidad de los contratos publicados extemporáneamente en la plataforma Secop II (275). Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que el riesgo se materializó por el no cumplimiento de la meta establecida (0); lo que indica que los controles implementados

No.	Unidad Organizacional /Área	Identificación del Riesgo	Nivel de Exposición al Riesgo	Descripción del Control Existente	Acciones Implementadas	Calificación Efectividad del Control	Análisis para la mejora del Control existente Control Interno
							no son efectivos, por lo que se deben de tener otros controles.
17	CONTROL INTERNO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	LEVE	Verificación de la aplicación del Manual de auditoría que incluye el marco ético para la auditoría interna en la Universidad Aplicación de las normas internas relacionadas con la declaración de conflictos de interés		ACEPTABLE	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
18	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular.	MODERADO	Registro de las sesiones de acompañamiento a los programas académicos. Informe de acompañamiento a los programas académicos Sistematización de los programas con renovación curricular (recopilando y almacenando los archivos de renovación curricular y las cartas de aval del comité central de posgrados o de currículo según corresponda)	Renovación curricular	ACEPTABLE	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
19	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	LEVE	Matriz de Seguimiento y control a los certificados académicos Reuniones y actas de revisión de certificados académicos Automatizar los certificados, para que estos sean expedidos por el sistema de Información		FUERTE	Su medición nos dice que se ha cumplido con normalidad, por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2024

Se puede observar en la tabla No. 9 que, en el Nivel de Exposición al Riesgo no se presentan riesgos en el nivel GRAVE; se tienen diez (10) riesgos en Nivel de Exposición LEVE y nueve (9) con Nivel de Exposición MODERADO. Con respecto a la Calificación de la Efectividad de los Controles, se observa que se tienen trece (13) riesgos con controles en nivel ACEPTABLE (el control se ejecuta algunas veces por parte del responsable) y seis (6) riesgos con controles en nivel FUERTE (el control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable). Aunque no se ha materializado ningún riesgo, Control Interno recomienda realizar la ejecución de los controles de una manera más consistente.

Es importante resaltar que con respecto al año anterior, se ha mejorado en el seguimiento de la aplicación de los controles; el proceso sistemático y continuo para recopilar, analizar y utilizar información para supervisar el progreso de los controles, ha ayudado a mitigar los riesgos y evitar su materialización.

ii. Diseño y Evaluación de Controles: En la evaluación del diseño de los controles se tiene que un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta:

- EL Estado del Control, donde se debe de determinar si estos:
 - Se aplican, son confiables y están documentados
 - Se aplican, son confiables y no están documentados
 - Son confiables, pero no aplicados
 - Son regularmente confiables ó
 - No existen
- El Nivel de Automatización de los controles
 - Manuales
 - Semiatomáticos ó
 - Automáticos (Software)
- Si la responsabilidad del control está:
 - Asignada (Cargo al cual le fue asignado el control)
 - No Asignada
- La Periodicidad de aplicación de los controles
 - Anual
 - Semestral
 - Cuatrimestral
 - Trimestral
 - Mensual
 - Semanal
 - Diario ó
 - No Definida
- El proposito del Control
 - Preventivo
 - Detectivo

En la siguiente tabla 10, se resume la información suministrada por los responsables de los riesgos para la evaluación del diseño de los controles, específicamente teniendo en cuenta los atributos definidos en el formato SGC-FOR -011-01, versión 9 del 20 de octubre de 2023, hoja 01 – Mapa de riesgo -UO.

Tabla 10. Diseño y evaluación de los controles

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)								CALIFICACIÓN DEL CONTROL
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%	Propósito de control	
1	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Regularmente confiables	45%	2%	Manual	15%	Asignado	Profesional Especializado II - Investigaciones	10%	Anual	10%	Preventivo	ACEPTABLE
		Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, CvIac, GrupIac)	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Profesional Especializado II - Investigaciones		Anual		Preventivo	
		Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Profesional Especializado II - Investigaciones		Anual		Preventivo	
2	Reducción en la cantidad de activos de conocimiento transferidos a la sociedad	Actualización de inventario de activos de conocimiento y diagnóstico del índice de madurez tecnológica - TRL	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Contratista Profesional Gestión Tecnológica	10%	Mensual	10%	Preventivo	FUERTE
		Jornadas de sensibilización del Estatuto de Propiedad Intelectual entre la comunidad universitaria	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Contratista Profesional Propiedad Intelectual		Bimestral		Preventivo	

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)								CALIFICACIÓN DEL CONTROL
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%	Propósito de control	
		Identificación y priorización de proyectos de desarrollo tecnológico e innovación susceptibles de financiación	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Profesional Especializado II - Gestión Tecnológica		Anual		Preventivo	
3	Grupos de Investigación que pierden el reconocimiento de MinCiencias o disminuyen su categoría.	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Profesional Especializado II - Investigaciones	10%	Anual	10%	Preventivo	FUERTE
		Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Profesional Especializado II - Investigaciones		Anual		Preventivo	
		Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Profesional Especializado II - Investigaciones		Anual		Preventivo	
4	Poca contribución de la universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad	Seguimiento a los Planes operativos de los proyectos de gestión del contexto y visibilidad nacional e internacional	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Funcionaria enlace del Pilar de Gestión	10%	Cuatrimestral	10%	Preventivo	FUERTE

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)							CALIFICACIÓN DEL CONTROL	
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%		Propósito de control
5	Ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).	Generar periódicamente alertas a los supervisores e interventores frente al estado de los contratos y documentación contractual	Aplicados Confiables Documentados	60%	3%	Semiautomático	15%	Asignado	Prestación de servicios No. 5320 -24	10%	Mensual	10%	Preventivo	FUERTE
		Realizar proceso de apoyo al seguimiento de la contratación de la oficina de Planeación	Aplicados Confiables Documentados			Semiautomático		Asignado	Prestación de servicios No. 5320 -24		Semanal		Preventivo	
		Proceso de Control de seguimiento a pólizas de los contratos de la oficina de Planeación	Aplicados Confiables Documentados			Semiautomático		Asignado	Interventores y supervisores		Mensual		Preventivo	
6	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad	Monitoreo al recaudo de ingresos que soporte el presupuesto aprobado por el Consejo Superior	Aplicados Confiables Documentados	60%	3%	Semiautomático	15%	Asignado	Líder de Gestión Contable	10%	Trimestral	7%	Detectivo	FUERTE
		Monitoreo a la ejecución presupuestal de gastos aprobado por el Consejo Superior	Aplicados Confiables Documentados			Semiautomático		Asignado	Líder de Gestión de Presupuesto		Trimestral		Detectivo	

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	36 de 69

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)								CALIFICACIÓN DEL CONTROL
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%	Propósito de control	
7	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.	Cláusula de confidencialidad establecida en el contrato	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Profesional SIG	10%	Anual	10%	Preventivo	FUERTE
8	Ajustes en el presupuesto Institucional no previstos o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia.	Trazabilidad de ejecución de gastos de la vigencia, mediante reportes de los sistemas de información disponibles	Aplicados Confiables Documentados	45%	2.33%	Manual	15%	Asignado	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera	10%	Anual	10%	Preventivo	ACEPTABLE

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)		DISEÑO DEL CONTROL (40%)								CALIFICACIÓN DEL CONTROL	
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%		Propósito de control
		Herramienta tecnológica para la consolidación y monitoreo de necesidades presupuestales de cada dependencia.	Aplicados Confiables Documentados			Semiautomático		Asignado	Profesionales de proceso Direccionamiento Económico y Financiero (Vicerrectoría Administrativa y Financiera)		Anual		Preventivo	FUERTE
		Monitoreo y solicitud información de proyectos a proponentes previa reunión para la toma de decisiones, estén incluidas o no en los órdenes del día	Regularmente confiables			Manual		Asignado	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera		Mensual		Preventivo	
9	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.	Revisión por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, de los contratos y convenios; que se envían desde la Oficina Jurídica.	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Jefe Jurídica/ Profesional Líder Gestión Estratégica de Proyectos Vicerrectoría Administrativa y Financiera	10%	Diaria	9%	Detectivo	FUERTE
		Revisión por parte de la alta Dirección (comité directivo) de los proyectos en trámite.	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Profesional Líder Gestión Estratégica de Proyectos Vicerrectoría Administrativa y Financiera		Semanal		Preventivo	

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)							CALIFICACIÓN DEL CONTROL	
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%		Propósito de control
10	Fraude Electrónico	Descripción en los manuales de funciones en las personas que manejan recursos	Aplicados Confiables Documentados	60%	4.33%	Semiautomático	15%	Asignado	Profesional XIII Jefe Sección Tesorería	8.33%	Anual	10%	Preventivo	FUERTE
		Cambio de clave	Aplicados Confiables Documentados			Automático Software Banco		Asignado	Profesional XIII Jefe Sección Tesorería Directivo grado 17		Mensual		Preventivo	
		Manejo de token	Aplicados Confiables Documentados			Automático Software Banco		Asignado	Profesional XIII Jefe Sección Tesorería Directivo grado 17		No definida		Preventivo	
11	No feneamiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras	Consultas página Web de la CGN para determinar los cambios que haya del Marco Normativo aplicable a la Universidad	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Jefe de sección	5%	No definida	10%	Preventivo	FUERTE
		Verificar información que se incorpora en los Estados Financieros acorde al Marco Normativo para Entidades del Estado y el Manual de Políticas de la UTP	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Jefe de sección		No definida		Preventivo	

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)							CALIFICACIÓN DEL CONTROL	
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%		Propósito de control
12	Ilegitimidad en resultados electorales	Elaboración de listados descentralizados por parte de las dependencias responsables	Aplicados Confiables Documentados	60%	4.33%	Automático Software Gestión de Talento Humano y Software de Registro y Control	15%	Asignado	Jefe de Gestión del Talento Humano y la directora de Admisiones registro y Control	5%	No definida	10%	Preventivo	FUERTE
		Revisión de la configuración de las elecciones y Auditoría por parte de Control Interno	Aplicados Confiables Documentados			Semiautomático		Asignado	Jefe y profesional de Control Interno		No definida		Preventivo	
		Pruebas de simulación de las votaciones	Aplicados Confiables Documentados			Automático Software de Votaciones		Asignado	Ingeniero de Sistemas asignado a las elecciones		No definida		Preventivo	
13	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaría General	Radicación de los Derechos de Petición por parte de Gestión Documental donde se establece fecha de recepción	Aplicados Confiables Documentados	60%	3.33%	Semiautomático	15%	Asignado	Planta y transitorio	6.67%	No definida	10%	Preventivo	FUERTE
		Seguimiento por parte del funcionario encargado estableciendo dentro del calendario una alarma de aviso de la proximidad del vencimiento	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Contrato prestación de servicios		No definida		Preventivo	

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	40 de 69

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)								CALIFICACIÓN DEL CONTROL
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%	Propósito de control	
		Solicitud por escrito a las dependencias internas o externas de la información requerida para la adecuada atención del Derecho de Petición con fecha máxima para aportarla	Aplicados Confiables Documentados			Automático Aplicativo Gestión de Documentos		Asignado	Secretaria General/Contrato prestación de servicios		No definida		Preventivo	
14	Software con errores de funcionamiento	Revisión de casos reportados en el ServiceDesk	Aplicados Confiables No Documentados	45%	3%	Semiautomático	15%	Asignado	Profesional grado 15/ Coordinador de desarrollo Profesional I	10%	Diaria	7%	Detectivo	ACEPTABLE
15	No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.	Software de Monitoreo de los servidores y restablecimiento de los mismos	Aplicados Confiables No Documentados	45%	3%	Semiautomático	15%	Asignado	Profesional I	10%	Diaria	7%	Detectivo	ACEPTABLE
16	Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar la actividad contractual en el módulo publicitario en	Seguimiento a la publicación de los documentos contractuales en la plataforma SECOP II	Aplicados Confiables Documentados	60%	3%	Semiautomático	15%	Asignado	Asesores legales colaboradores se apoyo	10%	Diaria	10%	Preventivo	FUERTE

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)		DISEÑO DEL CONTROL (40%)								CALIFICACIÓN DEL CONTROL	
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%		Propósito de control
	la plataforma SECOP II													
17	Favorecimiento en informes de auditoria o evaluación por intereses personales	Verificación de la aplicación del Manual de auditoría que incluye el marco ético para la auditoría interna en la Universidad	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Jefe de Control Interno	10%	Mensual	10%	Preventivo	FUERTE
		Aplicación de las normas internas relacionadas con la declaración de conflictos de interés	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Jefe de Control Interno Profesional Especializado Profesional I Asistencial V		Mensual		Preventivo	
18	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la	Registro de las sesiones de acompañamiento a los programas académicos. Informe de acompañamiento a los programas académicos	Aplicados Confiables Documentados	60%	2%	Manual	15%	Asignado	Contratista:	10%	Anual	10%	Preventivo	FUERTE

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	42 de 69

No	Identificación del Riesgo	Descripción de Controles Existentes	EFICACIA (60%)			DISEÑO DEL CONTROL (40%)								CALIFICACIÓN DEL CONTROL
			Estado del Control	60%	5%	Nivel De Automatización	15%	Responsabilidad	Cargo Planta / Transitorio / Contratista	10%	Descripción	10%	Propósito de control	
	renovación curricular.	Sistematización de los programas con renovación curricular (recopilando y almacenando los archivos de renovación curricular y las cartas de aval del comité central de posgrados o de currículo según corresponda)	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Contratista:		Anual		Preventivo	
19	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	Matriz de Seguimiento y control a los certificados académicos	Aplicados Confiables Documentados	60%	2.67%	Semiautomático	15%	Asignado	Asistencial III - Certificados	10%	Trimestral	10%	Preventivo	FUERTE
		Reuniones y actas de revisión de certificados académicos	Aplicados Confiables Documentados			Manual		Asignado	Director Administrativo grado 17 Asistencial III - Pregrado y Posgrado Técnico 18 Asistencial III - Certificados		Trimestral		Preventivo	
		Automatizar los certificados, para que estos sean expedidos por el sistema de Información	Aplicados Confiables Documentados			Semiautomático		Asignado	Director Administrativo grado 17 Asistencial III - Certificados		Trimestral		Preventivo	

Fuente: Segundo seguimiento Mapa de riesgos Institucional 2024.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	43 de 69

Se puede evidenciar en la tabla 10, que se tienen 42 controles para los 19 riesgos, de los cuales 37 son preventivos (88.10%), 5 detectivos (11.90%) y 0 correctivos; también se aprecia que hay 5 controles automáticos (11.9%), 14 semiautomáticos, resaltados en azul (33.33%) y 23 controles manuales (54.76%). Con respecto a si están o no documentados, se tiene que los 38 controles están Documentados, dos (2) No documentados y dos (2) controles Regularmente Confiables. Todos los controles tienen asignada una persona, es decir, se tiene un responsable de ejecutar el control. Con respecto a la Frecuencia o Peridicidad de aplicación del control, se tienen 33 con Frecuencia Definida y 9 con Frecuencia No Definida. También se observa que de los 42 controles, se recibieron los soportes documentales de 40 y de 2 controles no se recibió respuesta Riesgo No. 11 *“No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras”*, de la siguiente dependencia Gestión Financiera (Gestión Contable).

Control Interno recomienda se revise en las Guías para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas – Versión 5 y 6 de diciembre de 2020 y noviembre 2022, del Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP”, con se definen los atributos y los porcentajes asignados a cada uno de ellos.

Gestión Contable mediante correo electrónico del viernes 25 de abril de 2025 informa que, con respecto de ausencia de soportes en la medición de indicadores de los riesgos Institucionales y referente al riesgo: *“No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras”*; en el año 2023 no se realizó auditoría por parte de la Contraloría General quienes determinan el fenecimiento o no de la cuenta, solo hasta el año 2024 se está realizando y la misma aún se encuentra en curso.

OBSERVACIÓN 2: Ausencia de evidencias en la aplicación de controles de los riesgos institucionales

La LEY 87 del 29 de noviembre de 1993 *“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”*, en su ARTÍCULO 2o. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales: f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

Las Directrices para la Gestión de Riesgos de la Universidad, en su numeral 8. Seguimiento a la Gestión de Riesgos, establece que se revisarán dos veces al año la efectividad de los controles implementados, el seguimiento a los indicadores y las acciones propuestas.

En la evaluación de la gestión de riesgos, por parte de la Oficina de Control Interno, se evidencia que no se recibieron los documentos soportes del seguimiento de los controles de los riesgos, por parte de la dependencia asociada al riesgo 11 *“No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras”*, de **GESTIÓN CONTABLE:**

Control 1: Consultas página Web de la CGN para determinar los cambios que haya del Marco Normativo aplicable a la Universidad

Control 2: Verificar información que se incorpora en los Estados Financieros acorde al Marco Normativo para Entidades del Estado y el Manual de Políticas de la UTP (ver tablas 10).

Lo anterior, ocasionado por falta de la documentación de las actividades de control y por falta de seguimiento por parte de los responsables de estos; lo que puede conllevar al incumplimiento de las directrices de riesgos que tiene planteada la Universidad

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	44 de 69

Riesgo relacionado: Incumplimiento de la política de gestión de riesgos
Controles relacionados: Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20).
Prioridad del hallazgo: Medio
<p>Comentarios del auditado: Gestión Contable (Correo electrónico del viernes 25 de abril de 2025): Sobre la observación 02 se tiene lo siguiente: Los dos controles anteriores se pueden observar en las políticas contables de la UTP, donde se puede evidenciar que por parte de Gestión Contable se realizaron las consultas respectivas de los nuevos marcos normativos y por consiguiente adopta los cambios presentados en sus estados financieros, esto se evidencia así:</p> <p>* Políticas Contables 2022: (Resolución de Rectoría No. 7932 de 2022): en su parte considerativa reza:</p> <p><i>"Que la Contaduría General de Nación - CGN como organismo regulador de la contabilidad pública, ha realizado una serie de modificaciones estructurales al Nuevo Marco Normativo para Entidades de Gobierno, a través de las Resoluciones 425 de 2019, 168 de 2020 y 211 de 2021, las cuales deben ser adoptadas por la Universidad Tecnológica de Pereira. (resaltos propios) "Que dado lo anterior, se hace necesario actualizar la versión del Manual de Políticas Contables bajo el Nuevo Marco Normativo para Entidades de Gobierno a la versión 2022. Que, en virtud de lo anteriormente expuesto, el Rector, R E S U E L V E en su ARTÍCULO TERCERO: El presente manual aplica para los estados financieros preparados al 31 de diciembre de 2022 y subsiguientes".</i></p> <p>* Políticas Contables 2023: (Resolución de Rectoría No. 7143 de 2023): en su parte considerativa reza: "Que la Contaduría General de Nación - CGN, como organismo regulador de la contabilidad pública, ha realizado una serie de modificaciones estructurales al Nuevo Marco Normativo para Entidades de Gobierno, a través de las Resoluciones de dicha entidad numeradas bajo los consecutivos, 425 de 2019, 168 de 2020, 211 de 2021 y 331 de 2022, las cuales deben ser adoptadas por la Universidad Tecnológica de Pereira. (resaltos propios)</p> <p><i>Que dado lo anterior, se hace necesario actualizar la versión del Manual de Políticas Contables bajo el Nuevo Marco Normativo para Entidades de Gobierno a la versión 2023.</i></p> <p><i>Que, en virtud de lo anteriormente expuesto, el Rector encargado, R E S U E L V E en su ARTÍCULO TERCERO: El presente manual aplica para los estados financieros preparados al 31 de diciembre de 2023 y vigencias subsiguientes."</i></p> <p>*Políticas Contables 2024: (Resolución de Rectoría No. 7422 de 2023): <i>"Que la Contaduría General de Nación - CGN como organismo regulador de la contabilidad pública, ha realizado una serie de modificaciones estructurales al Nuevo Marco Normativo para Entidades de Gobierno, a través de las Resoluciones 425 de 2019, 168 de 2020, 211 de 2021, 331 de 2022 y 285 de 2023, las cuales deben ser adoptadas por la Universidad Tecnológica de Pereira.</i></p> <p><i>Que dado lo anterior, se hace necesario actualizar la versión de las Políticas Contables bajo el Nuevo Marco Normativo para Entidades de Gobierno a la versión 2024. Que, en virtud de lo anteriormente expuesto, el Rector encargado, R E S U E L V E en su ARTÍCULO TERCERO: Las políticas contables aplica para los estados financieros preparados al 31 de diciembre de 2024 y subsiguientes."</i></p> <p>Con lo anterior se puede evidenciar la consulta en la página de la CGN para determinar la normatividad con la cual se actualizan los Marcos Normativos contables para las entidades de gobierno y su adopción dentro de las políticas contables dan fe de que han sido incorporados en los EEFF, las resoluciones resaltadas fueron consultadas y adoptadas en la contabilidad de la UTP.</p> <p>Equipo de Gestión de Riesgos: No envió respuesta a esta observación.</p> <p>Análisis de Control Interno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frente al Control 1: <i>Consultas página Web de la CGN para determinar los cambios que haya del Marco Normativo aplicable a la Universidad</i>, de acuerdo a la respuesta presentada se evidencia que el control es la actualización

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	45 de 69

periódica de las políticas contable de acuerdo al marco normativo aplicable; y no se remiten evidencias de las consultas realizadas.

2. *Frente al Control 2: Verificar información que se incorpora en los Estados Financieros acorde al Marco Normativo para Entidades del Estado y el Manual de Políticas de la UTP; Gestión Contable no realiza ningún comentario, ni aporta evidencias de la aplicación del control.*

Es por lo anterior que la observación queda en firme, dado que, con la información suministrada no se subsana la condición encontrada.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	46 de 69

Tabla 11. Indicadores de los riesgos del Mapa Institucional

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional/ Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2024	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre el resultado de los Indicadores
1	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Reducción en la cantidad de activos de conocimiento transferidos a la sociedad	Índice de variación de contratos de transferencia de activos de conocimiento: No. de contratos de transferencia de activos de conocimiento 2024/ No. de contratos de transferencia de activos de conocimiento 2023	100%	128.57%	Con corte a 31 de diciembre de 2024 se reportan 9 contratos de transferencia de activos de conocimiento lo que representa el 100 % de los contratos reportados en la vigencia 2024. En el 2023 se contaba con 7 contratos de transferencia de activos de conocimiento con soporte de uso por parte de usuarios finales.	La medición del indicador nos dice que el avance del indicador está por encima de la meta definida, lo que nos muestra que sus controles han sido efectivos.
2	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	# de Investigadores No reconocidos por MinCiencias		570	Actualmente se cuenta con 765 docentes transitorios y de planta vinculados a grupos de investigación de los cuales 195 están reconocidos por MinCiencias. 570 No Reconocidos	Este riesgo no registra la meta del indicador, por ello no se puede inferir sobre los resultados del avance del indicador y sus controles.
3	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Grupos de Investigación que pierden el reconocimiento de MinCiencias o disminuyen su categoría.	% de Grupos de Investigación Reconocidos por MinCiencias y categoría de cada grupo.	10%		Actualmente se está a la espera de los resultados de la Convocatoria Nacional de Actualización y Transición para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y para el Reconocimiento de Investigadores del Sistema Nacional De Ciencia, Tecnología e Innovación, cuyos resultados definitivos se publicarán en el mes de junio de 2025	Pendiente por evaluar, porque los resultados de la convocatoria se publicarán en junio de 2025.
4	GESTIÓN DEL CONTEXTO Y VISIBILIDAD	PLANEACIÓN PDI	Poca contribución de la universidad al	Cumplimiento de los proyectos de "Gestión de contexto	90%	100%	El promedio de cumplimiento de los proyectos del pilar de gestión	El avance del indicador está por encima de la meta establecida,

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	47 de 69

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional/ Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2024	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre el resultado de los Indicadores
	NACIONAL E INTERNACIONAL		análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad	y visibilidad nacional e internacional"			es del 100%, lo que corresponde a un avance satisfactorio	por lo que se puede concluir que sus controles aplicados han sido.
5	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	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%	0%	En cuanto a la ejecución de los contratos 2022 y 2023, y proyectos especiales, se cuenta con una ejecución adecuada de los mismos. No. De Contratos Ejecutados = 107 No. De Proyectos Ejecutados = 03 Proyectos No. de Contratos Ejecutados Inadecuadamente = 0 No. De Proyectos Ejecutados Inadecuadamente = 0	El indicador tiene un avance satisfactorio, por cual podemos inferir que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice
6	GESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PDI	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad	Equilibrio Financiero = Ingresos totales / Gastos Totales	>=100%	100%	El indicador de equilibrio financiero durante el IV trimestre del 2024, indica que el recaudo de ingresos obtenidos por la Universidad a la fecha soporta el 100% de los compromisos; efecto muy positivo para el cierre del año 2024. Vale la pena resaltar que con estos recursos se cubre 100% de los pagos previamente certificados y de aquellos compromisos adquiridos durante el IV trimestre del 2024.	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	48 de 69

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional/ Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2024	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre el resultado de los Indicadores
7	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	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	0	No se ha presentado pérdida de confidencialidad de la información.	El indicador tiene un avance satisfactorio, por cual podemos inferir que los controles aplicados han sido efectivos.
8	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	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) * 100	<=1	1.38%	Se han recibido con corte del 15 de noviembre de 2024, 47 solicitudes de gastos adicionales no proyectados en el presupuesto institucional por valor de \$5.954.280.488, lo que representa con respecto al presupuesto total de la universidad incluyendo adiciones el 1.38% de la apropiación.	Este riesgo tiene un avance por encima de la meta establecida; por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos; se deben de definir nuevos controles
9	EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de que se presenten convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.	# de convenios y contratos revisados por la VAF / Total convenios y contratos suscritos en la universidad	80%	100%	Este porcentaje 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	El avance del indicador de este riesgo está por encima de la meta esperada, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	49 de 69

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional/ Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2024	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre el resultado de los Indicadores
10	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN FINANCIERA	Fraude Electrónico	# de accesos no autorizados	0	0	Con corte al 31 de diciembre no se presentaron accesos no autorizados a las sucursales	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.
11	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN FINANCIERA	No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras	# Financieros no fenecidos en la vigencia auditada	0	0	Los Estados Financieros del año 2023 no fueron auditados por parte de la Contraloría General de la República, porque la CGR audita la vigencia anterior a la vigencia actual, por lo tanto, no se tiene el fenecimiento.	El indicador de este riesgo no se pudo medir en esta vigencia porque no hubo Auditoria de la Contraloría General de la República, Ente encargado de dar el concepto de fenecimiento de los Estados Financieros de la Universidad.
12	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	SECRETARIA GENERAL	Ilegitimidad en resultados electorales	# de impugnaciones electorales	0	0%	No se ha se ha presentado ninguna impugnación de los resultados electorales	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.
13	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	SECRETARIA GENERAL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaría General	# de Acciones de Tutela o Demandas por la no atención de Derechos de Petición	0	1	Para el corte a 31/12/2024, hubo cero (0) Demandas, pero se presentó una tutela por un Derecho Petición no atendido en los tiempos que da la Ley	El riesgo se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles no fueron efectivos; se deben de definir nuevos controles
14	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Software con errores de funcionamiento	No. de Errores graves en aplicativos / Total de Errores en aplicativos	<8%	0.51	Se cumple con el indicador ya que no se alcanza a superar el 8% de la meta definida, presentado un % de error del 0.51%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	50 de 69

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional/ Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2024	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre el resultado de los Indicadores
				reportados por semestre			Casos registrados en Aranda durante el segundo semestre 2024= 4.696 casos. No. de Errores graves en los aplicativos reportados en la vigencia 2024-2 (corte del 01/07/2024 al 31/12/2024) = 24 errores graves.	
15	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.	No. de minutos que los servidores están disponibles/((365x24 x60) /2)	>95%	100%	Se realiza la actualización de la medición desde el 15/11/2024 hasta el 31/12/2024. Se cumple nuevamente con el indicador, ya que al actualizar las ventanas de tiempo con corte al 31/12/2024, no superan la meta definida. Adicional a las ventanas ya reportadas al corte 15/11/2024, se presentó una ventana de tiempo programada para el 22/11/2024 por 18 horas. Esta ventana no afectó el indicador. La medición se realiza de manera semestral. Las cifras relacionadas se toman del 01/07/2024 al 31/12/2024.	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo, lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
16	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	JURIDICA	Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar en el Secop II	Número de publicaciones en el Secop II extemporáneas o no efectuadas.	0%	4.97%	De los 3168 procesos publicados en el Secop, 457 fueron publicados de forma extemporánea, y hubo cero (0) procesos no publicados.	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que el riesgo se materializó, porque los controles no fueron eficaces
17	CONTROL SEGUIMIENTO	CONTROL INTERNO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	No. De investigaciones al personal de control interno derivadas de hechos de corrupción	0	0%	No se han realizado investigaciones a los colaboradores que hacen parte del equipo de Control Interno	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	51 de 69

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional/ Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2024	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre el resultado de los Indicadores
18	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular.	# de programas académicos con currículos actualizados/ Meta propuesta de programas académicos con currículos actualizados	100% (55 Programas)	151%	De los 109 programas de pregrado y posgrados, se tiene como meta al año 2024 el 50% de los programas con currículos renovados (55 programas). A la fecha 83 programas han actualizado sus currículos de acuerdo al PEI, la política académica curricular y las orientaciones institucionales para la renovación curricular, lo que representa el 150%. Frente a la expectativa de cumplimiento de la meta se ha logrado avanzar más de lo esperado de acuerdo a los balances realizados con las Facultades y acompañamiento a los programas académicos.	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
19	DOCENCIA	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	No. De hallazgos en la revisión	0	0	Se han realizado 11130 certificados, en los seguimientos realizados en el transcurso del año, no se encontraron inconsistencias - Se actualiza la estadística de certificados en el archivo drive https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kFELGyj92LkpPnhk9Bwpaq8HWtI8xVau/edit?gid=496963328#gid=496963328&fvid=1662318283	Su medición nos dice que el avance se ha cumplido con normalidad, por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.

Fuente: Segundo seguimiento Mapa de riesgos Institucional 2024.

se evidencia en la tabla 11, que se materializaron los Riesgos No. 8 “Ajustes en el presupuesto Institucional no previstos o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia”, el No. 13 “Número de Acciones de Tutela o Demandas por la no atención de Derechos de Petición” y el No. 16 “Número de publicaciones en la plataforma SECOP II, extemporáneas”, de los 19 riesgos del Mapa de Riesgos Institucional; lo anterior, debido a fallas en los controles establecidos. También se puede apreciar que, el Riesgo No. 2 “# de Investigadores no reconocidos por MinCiencias” no tiene definida la meta del indicador, por lo que no se sabe si los avances logrados en este indicador son satisfactorios.

OBSERVACIÓN 3: Materialización de riesgos

La LEY 87 del 29 de noviembre de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”, en su ARTÍCULO 2o. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales: f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

Las Directrices para la Gestión de Riesgos de la Universidad, en su numeral 8. Seguimiento a la Gestión de Riesgos, establece que: “Revisar que se adopten los planes de acción establecidos para cada uno de los riesgos, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces para evitar en lo posible la materialización del riesgo y lograr el cumplimiento a los objetivos” y el numeral 9. Materialización de riesgos: “Realizar los análisis respectivos sobre las fallas en los controles”.

En la evaluación de la gestión de riesgos, por parte de la Oficina de Control Interno, se evidenció la materialización de riesgos según la medición e información que soporta la evaluación del avance de los indicadores de los siguientes riesgos:

Riesgo No. 8 “Ajustes en el presupuesto Institucional no previstos o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia”. **Vicerrectoría Administrativa y Financiera.**

Riesgo No. 13 “Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaría General”. **Secretaría General.**

Riesgo No. 16 “Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar la actividad contractual en el módulo publicitario en la plataforma SECOP II”. **Oficina Jurídica**

(Ver observaciones particulares en la Tabla 11).

Lo anterior, por dificultades en el monitoreo de los riesgos, sus controles e indicadores, lo que podría conllevar a no cumplimiento de los objetivos de las áreas donde se han materializado dichos riesgos

Riesgo relacionado: Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos

Controles relacionados: Procedimiento Riesgos SGC-PRO-011, V10 del 2024-03-22 Administración de riesgos, Formato SGC-FOR-011-02, Procedimientos establecidos en el SGC, Normas internas (Resoluciones Rectoría y Acuerdos Consejo Superior) y Sistema de información.

Prioridad del hallazgo: Medio

Comentarios del auditado:

Vicerrectoría Administrativa y Financiera (Correo electrónico del martes 29 de abril de 2025): Si bien, se ha materializado el riesgo al alcanzar un 1,4%, este porcentaje es bajo con respecto a todas las necesidades de las distintas dependencias académicas y administrativas que no se alcanzan a programar desde la aprobación del presupuesto, así como todas aquellas que se presentan en la vigencia, es por ello que, con base en los resultados de la vigencia 2024, nuevamente se evaluará el indicador con el fin de determinar la meta que debe tener este riesgo para la próxima vigencia.

Oficina Jurídica (Correo electrónico del sábado 03 de mayo de 2025): Si bien es claro la materialización del riesgo, se debe tener en cuenta que la publicación extemporánea de los documentos contractuales en el plataforma SECOP II, se debió a las demoras (más de tres días hábiles) por parte de los supervisores e interventores, para hacer llegar los documentos a la oficina de Gestión de la Contratación, para su publicación oportuna, lo anterior pese a las diferentes circulares y comunicaciones enviadas, recordando la obligación del envío de los mismo.

Secretaría General (Correos electrónicos del viernes 25 de abril y 06 de mayo de 2025): Se anexa información solicitada, las respuestas del numeral 12 se encuentran en la matriz soportes e indicadores y en las hojas 2 ,3 y 4 de la misma. Las respuestas del numeral 13 se encuentran en anexos de la siguiente manera:

Anexo 1. Tres Derechos de Petición con toda su trazabilidad.

Anexo 2-3. Tutela por la no atención de Derecho de Petición, cabe aclarar que, si se dio respuesta a tiempo, pero en forma parcial.

Pantallazo de calendario alarma aviso de vencimiento de los Derechos de Petición.

Equipo de Gestión de Riesgos: No envió respuesta a esta observación.

Comentario de Control Interno: Teniendo en cuenta la información aportada por los responsables de los riesgos, se deja en firme la observación, dado que la información suministrada no subsana la condición encontrada.

E. Tratamiento de los riesgos – rol de la primera línea de defensa

De acuerdo a la Guía de Riesgos Gestión, Corrupción y Seguridad Digital DAFP - 2022 Versión 6 y a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 Dic 2020, el tratamiento de riesgos es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción. A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la entidad, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento. Pero en caso de que una respuesta ante el riesgo derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección, se deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento. En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo.

Como medio para propiciar el logro de los objetivos, las actividades de control se orientan a prevenir y detectar la materialización de los riesgos. Por consiguiente su efectividad depende, de qué tanto se están logrando los objetivos estratégicos y de proceso de la entidad. Le corresponde a la primera línea de defensa el establecimiento de actividades de control.

El tratamiento o respuesta dada al riesgo, se enmarca en las siguientes categorías:

Aceptar el Riesgo : No se adopta ninguna medida que afecte la probabilidad o el impacto del riesgo. (Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado).

Reducir el Riesgo: Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles.

El nivel de riesgo debería ser administrado mediante el establecimiento de controles, de modo que el riesgo residual se pueda reevaluar como algo aceptable para la entidad. Estos controles disminuyen normalmente la probabilidad y/o el impacto del riesgo.

Deberían seleccionarse controles apropiados y con una adecuada segregación de funciones, de manera que el tratamiento al riesgo adoptado logre la reducción prevista sobre este.

Evitar el Riesgo: Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, es decir, no iniciar o no continuar con la actividad que lo provoca.

Cuando los escenarios de riesgo identificado se consideran demasiado extremos se puede tomar una decisión para evitar el riesgo, mediante la cancelación de una actividad o un conjunto de actividades. Desde el punto de vista de los responsables de la toma de decisiones, este tratamiento es simple, la menos arriesgada y menos costosa, pero es un obstáculo para el desarrollo de las actividades de la entidad y, por lo tanto, hay situaciones donde no es una opción

Compartir el Riesgo: Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo transfiriendo o compartiendo una parte de este. Los riesgos de corrupción se pueden compartir pero no se puede transferir su responsabilidad.

Cuando es muy difícil para la entidad reducir el riesgo a un nivel aceptable o se carece de conocimientos necesarios para gestionarlo, este puede ser compartido con otra parte interesada que pueda gestionarlo con más eficacia. Cabe señalar que normalmente no es posible transferir la responsabilidad del riesgo.

De otra parte de acuerdo a las auditorías de Control Interno y a otras fuentes de información como las auditorías de Contraloría General de la República, Auditorías a los sistemas de información y demás evaluaciones, se puede concluir que la Universidad debe fortalecer la identificación de riesgos relacionados con:

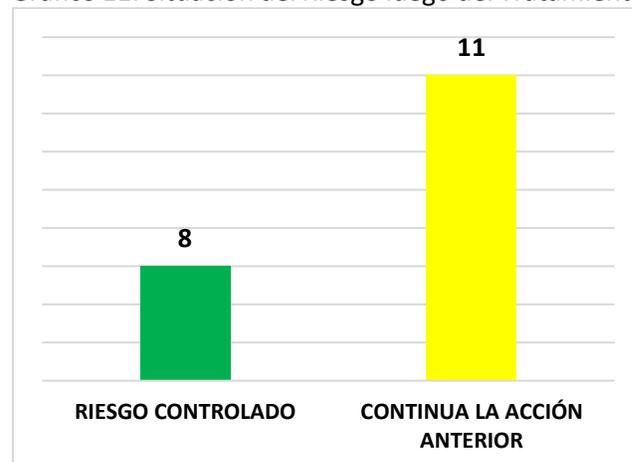
- Nómina
- Manejo de los Bienes
- Seguridad Digital
- Atención al Usuario
- Contratación (bienes y servicios)
- Corrupción o Fraude
- Riesgos Contables
- Riesgos Fiscales
- Riesgos LA/FT/FPADM

F. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Gráficos 10, 11, 12 y 13): Es el resultado final que nos presenta la metodología de administración del riesgo, después de haber aplicado los controles existentes, es decir, luego de realizar el tratamiento al riesgo y evaluar su indicador y después de haber tomado algunas medidas (evitar, reducir, compartir, transferir o asumir); las cuales nos definen si la acción a implementar debe ser: una Nueva Acción, Continuar con la Existente o si el Riesgo ha sido Controlado.

Gráfico 10. Situación del Riesgo luego del Tratamiento



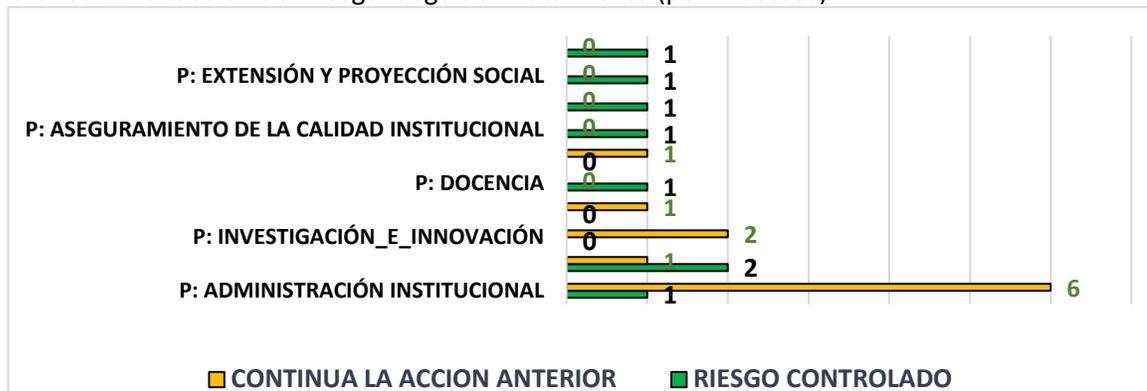
Gráfico 11. Situación del Riesgo luego del Tratamiento



Fuente: Seguimiento 2 Mapa de Riesgos Institucional 2024

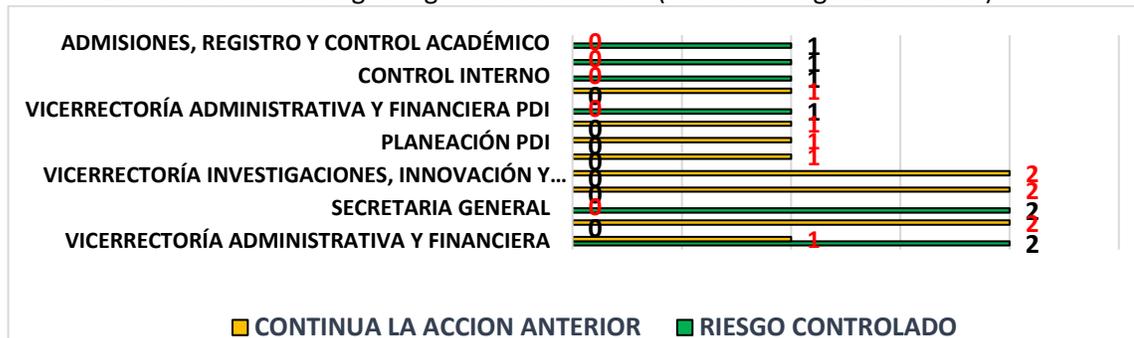
Fuente: Seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2024

Gráfico 12. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (por Procesos)



Fuente: Seguimiento 2 Mapa de Riesgos Institucional 2024 *P: Proceso – PDI: objetivo Plan Desarrollo Institucional

Gráfico 13. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Unidades Organizacionales)



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2024

Se observa en las gráficas Nos. 10, 11, 12 y 13 que, de los Riesgos Institucionales, el 42% (8) de los Riesgos están Controlados y el 58% (11) Continúan con la Misma Acción.

Lo anterior, nos indica que las acciones implementadas han sido efectivas, por ello los riesgos están controlados, las que continúan con la misma acción es porque no las han terminado de implementar y por consiguiente, aún no han medido su efectividad, por lo cual, se debe de continuar con el monitoreo de los controles y el seguimiento de las acciones propuestas. No hay riesgos que requieran de la implementación de una nueva acción de mejora.

5.5 Implementación del cumplimiento de la Ley 2195 de 2022 y su decreto reglamentario 1122 de 2024, en lo correspondiente a los Riesgos LA/FT/FPADM (Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva).

El Decreto "CAPITULO 4 PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA, SECCIÓN 1, PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA, Artículo 2.1.4.4.1.1. En su Ámbito de aplicación, establece que todas las entidades obligadas del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberán implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con fas

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	56 de 69

características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que para tales efectos establezca la Secretar/a de Transparencia de la Presidencia de la República.

Parágrafo 1. Las entidades en las que se tenga implementado un Sistema Integral de Administración de Riesgos, éste deberá articularse con el Programa de Transparencia y Ética Pública.

El Decreto 1122 de 2024, tiene un Anexo Técnico, el cual en **su CAPITULO 3. COMPONENTE PROGRAMÁTICO**, establece que las acciones de este componente programático de los Programas de Transparencia y Ética Pública están definidas en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022. Estas acciones deben operar de forma articulada, sistémica y sistemática. El componente programático se denominará Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción y contempla (10) acciones, que se denominaran acciones estratégicas y que se agrupan en cuatro temáticas:

1. Administración de riesgos

- 1.1. Gestión de riesgos para la integridad pública
- 1.2. Gestión de riesgos de LA/FT/ FP
- 1.3. Canales de denuncia
- 1.4. Debida diligencia

2. Redes y articulación

- 2.1. Redes internas
- 2.2. Redes externas

3. Modelo de Estado Abierto

- 3.1. Acceso a la información pública y transparencia
- 3.2. Integridad pública y cultura de la legalidad
- 3.3. Dialogo y corresponsabilidad

4. Iniciativas adicionales

De acuerdo a lo anterior, la Universidad dentro de la Administración de la Gestión de Riesgos debe de implementar las siguientes acciones:

Acción estratégica 1.1: Gestión de riesgos para la integridad pública

Gestionar la posibilidad de afectación económica o reputacional para la entidad u organización por no ejercer con integridad el servicio público debido a comportamientos y prácticas que atenten contra la moralidad administrativa o aquellas relacionadas con la corrupción, entre las que se encuentran el fraude, el soborno y la no declaración de conflictos de interés.

Actividades

1. Adoptar, o incorporar a una existente, una política de administración de riesgos para la integridad pública y los riesgos de LA/FT /FP.
2. Realizar monitoreo al cumplimiento de la política institucional de administración de riesgos.

Acción estratégica 1.2: Gestión de riesgos de LA/FT /FP

Gestionar la posibilidad de afectación económica o reputacional para la entidad u organización por ser utilizada, en forma directa o indirecta, como instrumento para lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT) y la proliferación de armas de destrucción masiva (FP).

Acción estratégica 1.3: Canales de denuncia

Controlar los riesgos para la integridad pública y de LA/FT/FP mediante un canal institucional de denuncias que garantice el tratamiento de los reportes recibidos y la protección del denunciante.

Actividades

1. Contar con un canal institucional de denuncias

Acción estratégica 1.4: Debida diligencia

Controlar los riesgos para la integridad pública y de LA/FT/FP mediante procesos de debida diligencia que permitan el conocimiento de la contraparte con la que se está relacionando la entidad u organización.

Actividades

1. Contar con un procedimiento para realizar procesos de debida diligencia para el conocimiento de la contraparte.

Teniendo en cuenta lo anterior, para verificar la implementación de este Decreto, inicialmente, mediante memorando No. 02-1115-402 del 02 de diciembre de 2024, solicitó al Sistema Integral de Calidad, la siguiente información:

B MAPA DE RIESGOS

2. El 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 (en caso de tener riesgos identificados para 2025 informar que Unidad organizacional y el Proceso al cual está adscrito).

3. El estado del Proceso de Implementación de los riesgos Fiscales (en caso de tener riesgos identificados para 2025 informar que Unidad organizacional y el Proceso al cual está adscrito).

La Oficina del Sistema Integral de Calidad, mediante memorando No. 02-1313-8 del 02 de abril de 2025, donde se informa lo siguiente: “Dando respuesta a la solicitud de los riesgos (LAFT/FAPM y fiscales) identificados para 2025; informó que los cambios en la metodología fueron aprobados por el equipo de riesgos, está pendiente la aprobación por parte del Comité Institucional de Control Interno y así dar continuidad al ejercicio de identificación”.

Así mismo desde la Oficina de Sistema Integral de Calidad, mediante correo electrónico del día miércoles, 9 de abril de 2025 11:32 a. m., complementó la información como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 12. Informe de implementación de LAFT/FAPM y fiscales

PLAN DE TRABAJO EQUIPO DE RIESGOS	
1. Actividades desarrolladas durante la vigencia 2024:	Actividad dentro del Plan de trabajo
a. Capacitaciones	11
b. Asesorías y acompañamientos realizados	5
c. Proceso de divulgación	9
d. Rediseño de formatos	11
e. Cambios en metodología y procedimientos	11

PLAN DE TRABAJO EQUIPO DE RIESGOS	
1. Actividades desarrolladas durante la vigencia 2024:	Actividad dentro del Plan de trabajo
f. Aprobación por entes competentes (Incluir número y fecha del soporte documental en el cual se aprobó).	Aún no ha sido aprobado por el Comité Institucional de Control Interno, estamos pendientes del espacio para la aprobación.
g. Pruebas piloto de la aplicación de metodología propuesta	11
h. Otros aspectos que se consideren significativos	No se ha implementado.
2. Indicar claramente los logros obtenidos de la implementación.	No se ha implementado.
3. Indicar los riesgos (LAFT/FAPM y fiscales) identificados para 2025, incluir el nombre del proceso (dependencia) donde se identificó. Si no se han identificado riesgos, indíquelo claramente.	No se ha implementado, por lo tanto, no se ha identificado.

Fuente: correo electrónico gloyapa@utp.edu.co de 9 de abril de 2025

Anexo plan de trabajo del equipo de riesgos 2024.

De acuerdo a lo informado por la Oficina de Sistema Integral de Gestión puede evidenciarse en la respuesta dada por el Sistema Integral de Calidad, la Implementación del cumplimiento de la Ley 2195 de 2022 y su decreto reglamentario 1122 de 2024, en lo correspondiente a los Riesgos LA/FT/FPADM (Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva); se encuentra en la fase inicial de implementación, para lo cual se ha avanzado en propuesta para la actualización de la documentación (procedimiento SGC-PRO-011, instructivo y el formato de la gestión de riesgos SGC-FOR-011-01) y en la vigencia 2025 se realizará una prueba piloto con la Dependencia Gestión Financiera.

5.5 Riesgos Fiscales: En la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 de noviembre de 2022, en su Capítulo 4 “Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal”; nos indican que la finalidad de prevenir la constitución del elemento medular de la responsabilidad fiscal, que es el daño al patrimonio público, representando en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, o deterioro de los bienes o recursos públicos, o a los intereses patrimoniales del Estado (Decreto 403, 2020, art.6). Las bases de la responsabilidad fiscal están consignadas en la Ley 610 de 2000. Para tener claro el ámbito normativo y jurídico, es necesario precisar que sus bases están sentadas en los artículos 267 y 268 de la Constitución Política de 1991, los cuales fueron modificados por el Acto Legislativo 04 de 2019 que se fundamentó en la necesidad de un ejercicio preventivo del control fiscal, que detuviera el daño fiscal e identificara riesgos fiscales; de esta manera, la administración y el gestor fiscal podrían adoptar las medidas respectivas para prevenir la concreción del daño patrimonial de naturaleza pública. A partir de lo anterior, el control fiscal además de posterior y selectivo a través de las auditorías (control micro), es preventivo y concomitante, buscando con ello el control permanente al recurso público, para lo cual, una de las herramientas previstas es la articulación con el Sistema de Control Interno, con lo cual surgen conceptos clave como:

- **Control fiscal Multinivel:** Es la articulación entre el Sistema de Control Interno (primer nivel de control) y el control externo (segundo nivel de control), con la participación activa del control social.

- **Control fiscal Interno (CFI):** Primer nivel para la vigilancia fiscal de los recursos públicos y para la prevención de riesgos fiscales y defensa del patrimonio público. El Control Fiscal Interno, hace parte del Sistema de Control Interno y es responsabilidad de todos los servidores públicos y de los particulares que administran recursos, bienes, e intereses patrimoniales de naturaleza pública y de las líneas de defensa, en lo que corresponde a cada una de ellas. El Control Fiscal Interno es evaluado por la Contraloría respectiva, siendo dicha evaluación determinante para el fenecimiento de la cuenta. En el nuevo modelo constitucional el control externo adquiere un enfoque preventivo y a su vez el control interno potencia el enfoque preventivo, partiendo de la premisa de que el Sistema de Control Interno es fundamental para conjugar el logro de resultados, con la prevención de riesgos de gestión, corrupción y fiscales, así como, con la seguridad del gestor público (jefes de entidad, ordenadores y ejecutores del gasto, pagadores, estructuradores y responsables de la planeación contractual, supervisores, responsables de labor es de cobro, entre otros), a través de la prevención de responsabilidades.

A continuación, se presenta el paso a paso de la gestión del riesgo fiscal (Identificación, análisis y valoración), que debe vincularse al análisis general de los riesgos institucionales, a fin de contar con un esquema integral que facilite su seguimiento por parte de los líderes del proceso. La metodología que se propone es de gran utilidad para gestionar de manera efectiva los recursos, bienes e intereses públicos, previniendo efectos dañosos, lo cual a la vez permite, mitigar la posibilidad de configuración de responsabilidades fiscales para los diferentes gestores públicos. Como parte integral de la metodología propuesta se pone a disposición, como insumo de referencia, un Catálogo Indicativo y Enunciativo de Puntos de riesgo fiscal y Circunstancias Inmediatas (ver anexo), el cual ha sido construido como resultado del análisis de precedentes (aproximadamente 130 fallos con responsabilidad fiscal de contralorías territoriales y de la Contraloría General de la República) y debe ser utilizado como marco de referencia para la identificación y valoración de riesgos fiscales, siempre atendiendo las particularidades, naturaleza, complejidad, recursos, usuarios o grupos de valor, portafolio de productos y servicios, sector en el cual se desenvuelva (contexto), así como otras condiciones específicas de cada entidad. En consecuencia, cada entidad deberá analizar si existen, de acuerdo con su contexto y particularidades puntos de riesgos y circunstancias inmediatas diferentes a los identificados en dicho catalogo y tenerlas en cuenta en la identificación de sus riesgos fiscales.

Definición y elementos del riesgo fiscal: Teniendo en cuenta la estructura y elementos de la definición de riesgos que tiene la presente guía, la cual es armónica con la norma ISO 31000, se define riesgo fiscal, así: **Efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.**

A continuación, se describen los elementos que componen la definición de riesgo fiscal:

Efecto: es el daño que se generaría sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, en caso de ocurrir el evento potencial.

Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz.

Lo anterior se puede resumir de la siguiente manera:

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	60 de 69

Riesgo Fiscal = Evento Potencial (Potencial Conducta) + Efecto dañoso

Se debe tener especial cuidado en no confundir el riesgo fiscal, con el daño fiscal; por lo tanto, la definición debe estar orientada hacia el efecto de un evento potencial (potencial acción u omisión) sobre los recursos públicos y/o los bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

Es importante tener en cuenta que, la nueva “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, de noviembre 2022, elaborado por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativa de la Función Pública; incluye un capítulo específico sobre riesgo fiscal, que se complementa con el Anexo denominado catalogo indicativo de puntos de riesgo fiscal, para facilitar el análisis en el marco del modelo de operación por procesos. En esta Guía se tiene un Capítulo exclusivo de riesgos fiscales, así:

4. Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal

4.1 Control fiscal interno y prevención del riesgo fiscal

4.2 Definición y elementos del riesgo fiscal

4.3 Metodología y paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales.

También nos muestra esta Guía (Versión 6 de 2022), unas generalidades que debemos tener en cuenta acerca de los riesgos de corrupción:

Las Entidades encargadas de gestionar los riesgos son las entidades del Orden Nacional, Departamental y Municipal.

- Se elabora anualmente por cada responsable de los procesos al interior de las entidades junto con su equipo.

- Consolidación: Oficina de Planeación, quien haga sus veces, o a la de dependencia encargada de gestionar el riesgo le corresponde liderar el proceso de administración de estos. Adicionalmente, esta misma oficina será la encargada de consolidar el mapa de riesgos de corrupción.

- Publicación del mapa de riesgos de corrupción: Se debe publicar en la página web de la entidad, en la sección de transparencia y acceso a la información pública que establece el artículo 2.1.1.2.1.4 del Decreto 1081 de 2015 o en un medio de fácil acceso al ciudadano, a más tardar el 31 de enero de cada año.

La publicación será parcial y fundamentada en la elaboración del índice de información clasificada y reservada. En dicho instrumento la entidad debe establecer las condiciones de reserva y clasificación de algunos de los elementos constitutivos del mapa de riesgos en los términos dados en los artículos 18 y 19 de la Ley 1712 de 2014.

En este caso se deberá anonimizar esa información. Es decir, la parte clasificada o reservada, aunque se elabora, no se hace visible en la publicación.

Recuerde que las excepciones solo pueden estar establecidas en la ley, un decreto con fuerza de ley o un tratado internacional ratificado por el Congreso o en la Constitución.

- Socialización: Los servidores públicos y contratistas de la entidad deben conocer el mapa de riesgos de corrupción antes de su publicación. Para lograr este propósito la oficina de planeación o quien haga sus veces, o la de gestión del riesgo deberá diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	61 de 69

necesarios para que los funcionarios y contratistas conozcan, debatan y formulen sus apreciaciones y propuestas sobre el proyecto del mapa de riesgos de corrupción. 86

Así mismo, dicha oficina adelantará las acciones para que la ciudadanía y los interesados externos conozcan y manifiesten sus consideraciones y sugerencias sobre el proyecto del mapa de riesgos de corrupción. Deberá dejarse la evidencia del proceso de socialización y publicarse sus resultados.

■ **Ajustes y modificaciones:** se podrán llevar a cabo los ajustes y modificaciones necesarias orientadas a mejorar el mapa de riesgos de corrupción después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia. En este caso deberán dejarse por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas.

■ **Monitoreo:** en concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, los líderes de los procesos junto con su equipo realizarán monitoreo y evaluación permanente a la gestión de riesgos de corrupción.

■ **Seguimiento:** el jefe de control interno o quien haga sus veces debe adelantar seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción. En este sentido es necesario que en sus procesos de auditoría interna analice las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción.

La Guía también nos muestra la Metodología y paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales: A continuación, se presenta el paso a paso para realizar de forma adecuada la identificación, clasificación, valoración y control del riesgo fiscal, que es fundamental para el resultado de la gestión de cada entidad y para la seguridad y prevención de responsabilidades de los gestores públicos (jefes de entidad, ordenadores y ejecutores del gasto, pagadores, estructuradores y responsables de la planeación contractual, supervisores, responsables de labores de cobro, entre otros).

Paso 1: identificación de riesgos fiscales

Paso 2: Valoración del riesgo fiscal

Paso 3. Valoración de controles

Al revisar la respuesta dada por el Sistema Integral de Gestión, mediante memorando No. 02-1313-8 del 02 de abril de 2025 y correo electrónico del día miércoles, 9 de abril de 2025 11:32 a. m, se tiene que se encuentra en la fase inicial de implementación, en la cual se ha avanzado en propuesta para la actualización del procedimiento SGC-PRO-011, instructivo, y el formato de la gestión de riesgos SGC-FOR-011-01, considerando los fiscales riesgos fiscales.

5.6 Riesgos de Corrupción: *Es la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado. “Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y/o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos” (Conpes N° 167 de 2013).*

Es necesario que en la descripción del riesgo concurren los componentes de su definición, así:

ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO.

Los riesgos de corrupción se establecen sobre procesos. El riesgo debe estar descrito de manera clara y precisa. Su redacción no debe dar lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	62 de 69

mismos. Con el fin de facilitar la identificación de riesgos de corrupción y evitar que se presenten confusiones entre un riesgo de gestión y uno de corrupción, se sugiere la utilización de la matriz de definición de riesgo de corrupción, que incorpora cada uno de los componentes de su definición.

Generalidades acerca de los riesgos de corrupción

■ *Entidades encargadas de gestionar el riesgo: lo deben adelantar las entidades del orden nacional, departamental y municipal.*

■ *Se elabora anualmente por cada responsable de los procesos al interior de las entidades junto con su equipo.*

■ *Consolidación: la oficina de planeación, quien haga sus veces, o a la de dependencia encargada de gestionar el riesgo le corresponde liderar el proceso de administración de estos. Adicionalmente, esta misma oficina será la encargada de consolidar el mapa de riesgos de corrupción.*

■ *Publicación del mapa de riesgos de corrupción: se debe publicar en la página web de la entidad, en la sección de transparencia y acceso a la información pública que establece el artículo 2.1.1.2.1.4 del Decreto 1081 de 2015 o en un medio de fácil acceso al ciudadano, a más tardar el 31 de enero de cada año. La publicación será parcial y fundamentada en la elaboración del índice de información clasificada y reservada. En dicho instrumento la entidad debe establecer las condiciones de reserva y clasificación de algunos de los elementos constitutivos del mapa de riesgos en los términos dados en los artículos 18 y 19 de la Ley 1712 de 2014. En este caso se deberá anonimizar esa información. Es decir, la parte clasificada o reservada, aunque se elabora, no se hace visible en la publicación.*

Recuerde que las excepciones solo pueden estar establecidas en la ley, un decreto con fuerza de ley o un tratado internacional ratificado por el Congreso o en la Constitución.

■ *Socialización: Los servidores públicos y contratistas de la entidad deben conocer el mapa de riesgos de corrupción antes de su publicación. Para lograr este propósito la oficina de planeación o quien haga sus veces, o la de gestión del riesgo deberá diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos necesarios para que los funcionarios y contratistas conozcan, debatan y formulen sus apreciaciones y propuestas sobre el proyecto del mapa de riesgos de corrupción. Así mismo, dicha oficina adelantará las acciones para que la ciudadanía y los interesados externos conozcan y manifiesten sus consideraciones y sugerencias sobre el proyecto del mapa de riesgos de corrupción. Deberá dejarse la evidencia del proceso de socialización y publicarse sus resultados.*

■ *Ajustes y modificaciones: se podrán llevar a cabo los ajustes y modificaciones necesarias orientadas a mejorar el mapa de riesgos de corrupción después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia.*

En este caso deberán dejarse por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas.

■ *Monitoreo: en concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, los líderes de los procesos junto con su equipo realizarán monitoreo y evaluación permanente a la gestión de riesgos de corrupción.*

■ *Seguimiento: el jefe de control interno o quien haga sus veces debe adelantar seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción. En este sentido es necesario que en sus procesos de auditoría interna analice las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción.*

En la Universidad Tecnológica de Pereira se han identificado los siguientes riesgos de corrupción, los cuales se presentan en la siguiente tabla 13:

Tabla 13. Riesgos de Corrupción

No	UNIDAD ORGANIZACIONAL / ÁREA	OBJETIVO	IDENTIFICACIÓN				
			CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA
1	PLANEACIÓN	Orientar el desarrollo de la Universidad mediante el direccionamiento estratégico y visión compartida de la comunidad universitaria, a fin de lograr los objetivos misionales.	<p>Bajo nivel de seguimiento periódico en la ejecución de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, proyectos de operación comercial)</p> <p>Beneficiar a terceros sin el cumplimiento de requisitos contractuales</p> <p>Desarticulación de los procedimientos institucionales para el desarrollo y ejecución en cada una de sus etapas</p>	Corrupción	Ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).	Incumplimiento en la ejecución de proyectos (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial) en el desarrollo y ejecución en cada una de sus etapas	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de entes de control * Detrimiento patrimonial * Incumplimiento de resultados * Afectación de la imagen institucional
2	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	Garantizar el aseguramiento de la calidad institucional, mediante acciones permanentes de autoevaluación y autorregulación, la implementación de diferentes sistemas de gestión y el mejoramiento de procesos, que promuevan la mejora continua, la satisfacción de los usuarios internos y externos y la consolidación de una cultura de calidad institucional.	Falta de ética profesional.	Corrupción	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.	Permitir el uso de información sensible para la institución como contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos a personas no autorizadas	<ul style="list-style-type: none"> * Pérdida de la confidencialidad de la información. * Pérdida de la vinculación laboral por incumplimiento de la cláusula de confidencialidad del contrato. * Afectación a la imagen de la Universidad

No	UNIDAD ORGANIZACIONAL / ÁREA	OBJETIVO	IDENTIFICACIÓN				
			CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA
3	CONTROL_INTERNO	Ejercer la evaluación y control sobre el desarrollo del quehacer institucional, de forma preventiva y correctiva, vigilando el cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Ley y la Universidad.	Perdida de la objetividad e independencia en el ejercicio de auditoria (conflictos de interés)	Corrupción	Favorecimiento en informes de auditoria o evaluación por intereses personales	Manipulación de informes de control interno, a través de la omisión de posibles actos de corrupción o irregularidades administrativas	* Afectación del buen nombre y reconocimiento de la Universidad * Faltas disciplinarias para el personal de la Oficina de Control Interno * Pérdida de credibilidad de la Oficina de Control Interno
			Presión externa al personal de control interno para favorecer a terceros				
			Personal no competente en el ejercicio de auditoria				
4	ADMISIONES_REGISTRO_Y_CONTROL_ACADÉMICO	Promover la calidad educativa de la Institución, mediante la administración de los programas de formación que ofrece la universidad en sus diferentes niveles, con el fin de permitir al egresado desempeñarse con idoneidad, ética y compromiso social.	Fallas en el sistema de información	Corrupción	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	Omisión, inexactitud o adulteración de información en los certificados de estudios con información especial expedidos por la Universidad	* Expedición de certificados de estudios fuera de los lineamientos establecidos en normas internas vigente Estudiante certificado con información que no corresponde a su historial académico. * Expedición de certificados que no son competencia de Admisiones, Registro y Control Académico * Afectación del buen nombre de la Universidad y la credibilidad de la Dependencia
			Generación de certificados manuales				

Fuente: Mapa de Riesgos de los Procesos 2024

Se evidencia en la tabla 13 que se han identificado solo cuatro (4) riesgos de corrupción en los todas las Unidades Organizacionales y/o Áreas de la Universidad, los cuales de acuerdo a las directrices de riesgos van a conformar o van a ser parte del Mapa de Riesgos Institucional.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	65 de 69

Acciones a seguir en caso de materialización de riesgos de corrupción

En el evento de materializarse un riesgo de corrupción, es necesario realizar los ajustes necesarios con acciones, tales como:

- 1) Informar a las autoridades de la ocurrencia del hecho de corrupción.
- 2) Revisar el mapa de riesgos de corrupción, en particular, las causas, riesgos y controles.
- 3) Verificar si se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos de corrupción.
- 4) Llevar a cabo un monitoreo permanente.

6. Recomendaciones

OBSERVACIÓN 1: Inoportunidad en la entrega del reporte del seguimiento de los riesgos de las Dependencias de la Universidad

- Se recomienda sensibilizar a los responsables de los riesgos de cada Facultad, Laboratorio, Unidad Organizacional y responsables del PDI, la necesidad de mantener la información requerida y los documentos soportes que permitan evidenciar el seguimiento periódico a los riesgos y la aplicación de los controles, así como dar respuesta a los requerimientos de los entes de control interno y externos.

OBSERVACIÓN 2: Ausencia de evidencias en la aplicación de controles de los riesgos institucionales.

- Fomentar en los responsables de los riesgos, una cultura de compromiso en la entrega en los tiempos establecidos, de los documentos soportes de la información acerca de los controles implementados.

OBSERVACIÓN 3: Materialización de riesgos

- Los responsables de los riesgos, deben hacer procesos de autoevaluación, que permitan determinar las desviaciones en los controles implementados en los procesos, y así mejorar el diseño y la eficacia del control.
- Se recomienda que el equipo de Gestión de Riesgos en su rol de segunda línea de defensa, haga monitoreo de los indicadores de riesgos, con el fin de evaluar los riesgos materializados para que se de tratamiento de acuerdo a la Directriz de Gestión de Riesgos.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Dar cumplimiento a la Ley 2195 de 2022 (Art. 31 Lit. a y b), el decreto reglamentario 1122 de 2024 y su anexo, en lo correspondiente a los Riesgos LAFT/FPADM e integridad, para lo cual se debe avanzar en la formalización de la actualización de: Directriz de gestión de riesgos SGC-INT-011-02, procedimiento SGC-PRO-011, instructivo, el procedimiento y el formato de la gestión de riesgos SGC-FOR-011-01.
2. Fortalecer el proceso de gestión de riesgos relacionados con: Nómina, Manejo de los Bienes, Seguridad Digital (Guía MINTIC), Atención al Usuario, Contratación (bienes y servicios), Integridad (Corrupción o Fraude), Riesgos Contables y Riesgos Fiscales.
3. Se recomienda a los responsables de los riesgos identificar y documentar los controles en los procedimientos establecidos en el sistema integral de gestión o en los sistemas de información, que permitan una evaluación objetiva sobre su aplicación y efectividad.
4. Promover estrategias que permitan que en los diseños de los controles se opten por controles automáticos, a través de la implementación de aplicativos que puedan operarse a través de un sistema de información integrado.
5. Emplear fuentes de información para la identificación de los riesgos como lo son:
 - Auditorías a los sistemas de gestión.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	67 de 69

- Informes de Contraloría General de la República
 - Informes de Control Interno
 - Otros informes de auditoria o evaluación de entes externos
 - Sistema de PQRS.
6. Mejorar los indicadores que se están empleando para el monitoreo de los riesgos, con el fin de que los mismos permitan hacer un seguimiento efectivo a la gestión de riesgos con el fin de determinar la materialidad de los mismos.
 7. Mejorar la redacción de los riesgos por parte de los responsables de los mapas de riesgos, ya que su interpretación puede conllevar a malinterpretación de los mismos.
 8. De acuerdo a los datos históricos que se han venido obteniendo en las diferentes vigencias, realizar una revisión de las metas establecidas para los indicadores de gestión de riesgos.
 9. Fomentar en los responsables de los riesgos, una cultura de compromiso en la entrega en los tiempos establecidos, de los documentos soportes de la información acerca de los indicadores implementados.
 10. Revisar “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, de noviembre 2022) del Departamento Administrativa de la Función Pública sobre riesgo fiscal.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	68 de 69

7. Limitaciones

Durante el desarrollo de este proceso se presentó como hecho limitante, la demora en las respuestas que debían de dar algunas unidades organizacionales a las observaciones detectadas, en el desarrollo de la auditoría y que por consiguiente afectó el ejercicio llevado a cabo por la Oficina de Control Interno.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	69 de 69

8. Plan de Mejoramiento

De acuerdo a las observaciones establecidas en el presente informe por la Oficina de 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 auditoría y en él se deberá acordar los seguimientos acerca de las acciones implementadas que permitirán evidenciar la mejora en los puntos auditados y que presentaron debilidades.

Es así, que el Plan de Mejoramiento presentado por el auditado 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:

Grupo de Gestión de Riesgos

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

Oficina de Control Interno

Sandra Yamile Calvo Cataño
Directora Administrativa
Control Interno
Universidad Tecnológica de Pereira

Elaboró: Enio Aguirre Torres
Profesional Especializado Transitorio
Control Interno
Mayo de 2025