Control Interno

Distribuido a:
Luis Fernando Gaviria Trujillo, Rector

Copias
Fernando Noreña Jaramillo,
Vicerrector Administrativo y
Financiero.
Francisco Uribe Gómez, Jefe Planeación
Grupo de Gestión de Riesgos
Gestión de Tecnologías Informáticas y
Sistemas de Información

Emitido por:
Sandra Yamile Calvo Cataño –
Profesional Grado 17, Control Interno

Elaborado por:
Enio Aguirre Torres, Profesional 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 vigencia 2022

INFORME NO. AI 1115 –29 –2022

Fecha del informe: Febrero 06 de 2023

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, V1 del 2017-06-08)
- 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

- No se ha implementado el aplicativo de gestión de riesgos en la Universidad, porque algunas de sus funcionalidades no están operando.
- No se presenta información completa acerca del seguimiento de algunos de los riesgos que conforman en el mapa de riesgo institucional (Seguimiento 2: 20 riesgos con seguimiento de un total de 23), los cuales corresponden al área de comunicaciones.
- Materialización de riesgos según la medición e información que soporta la evaluación de los indicadores de los riesgos Nos. 10, 11, 16 (págs. 44 a 46).
- Falta de seguimiento permanente a las actividades de control por parte de los responsables de los riesgos.
- Debilidad en la identificación de riesgos de corrupción (solo 6 identificados) y otros temas.
- Debilidad en la redacción de los riesgos por parte de los responsables de los mapas de riesgos. En el 2022 se trabajó en la redacción.
- Incumplimiento en la entrega de los soportes documentales de los indicadores y de los controles implementados. Ver tabla x

Sandra Yamile Calvo Cataño
Jefe Oficina de Control Interno

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 2022.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar la operación del Equipo de Gestión de Riesgos para mejorar la gestión de riesgos de la Universidad.
- Verificar los seguimientos realizados a los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y del PDI.
- Realizar la evaluación de riesgos del Mapa de Riesgos Institucional 2022, 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 2022.

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	EFECTIVIDAD	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 del a 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	EFECTIVO	X				
Procedimientos: 1. Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2013-06-27 2. Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V4 del 2013-05-23.	EFECTIVO	X	X	X	X	X
Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V2 del 2018-10-19)	EFECTIVO	X	X	X	X	X
Grupo de Gestión de Riesgos	EFECTIVO	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 Auditoria.

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, del 2022-08-11, el cual establece la Metodología para la
- Instructivo Directrices para la Gestión de Riesgos SGC-INT-011-02 del 2022-08-11.
- Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V6 del 2020-09-15.

METODOLOGÍA EMPLEADA

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

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 al Mapa de Riesgos Institucional (Por Procesos, del PDI y Organismos de Evaluación de la Conformidad), para determinar el grado de avance y valoración de los Riesgos de la Universidad Tecnológica de Pereira de la vigencia 2022.

5.1 Operación del Equipo de Gestión de Riesgos

A la fecha de elaboración de este informe, el Equipo de Gestión de Riesgos, bajo la coordinación de la Oficina del Sistema Integral de Calidad, había realizado 14 reuniones en las cuales se analizaron y discutieron los siguientes temas:

1. Se elabora y aprueba el plan de trabajo para la vigencia 2022: El cual está conformado por 5 Indicadores, a saber:

Tabla 3. Plan de Trabajo

	Indicador	No. Actividades
Plan de Trabajo	1. Actos de la gestión de riesgos	9
	2. Mapa de riesgos institucionales	5
	3. Primer seguimiento a mapa de riesgos institucional 2022	7
	4. Segundo seguimiento a mapa de riesgos institucional 2022	7
	5. Actualización mapa de riesgos 2022-2023	6

Fuente: Sistema Integral de Gestión

En la reunión No. 01 se socializa el plan de trabajo y se mantienen los mismos indicadores que se trabajaron en la vigencia anterior.
Para el primer indicador: ACTOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS, se proponen 3 actividades nuevas:

- Revisar con el equipo, riesgos materializados identificados por control interno y por contraloría.
- Realizar asesorías y acompañamiento a las dependencias/áreas/facultades en gestión de riesgos. La idea con esta actividad es contabilizar las asesorías que se realizan durante todo el año y llevar registro de las mismas.
- Revisar con el equipo realmente cuáles son los riesgos de impacto significativo para la Universidad. Con relación a esta actividad se considera pertinente revisar si los riesgos que se encuentran en un nivel bajo y están controlados realmente se deben seguir gestionando.

En reunión del Equipo de Gestión de Riesgos No. 09 del 12 de julio de 2022, se aprobó modificar el plan de trabajo, quitando el Indicador No. 5 Actualización mapa de riesgos 2022-2023 y dejar esta actualización para el primer trimestre de 2023.
En el indicador 2. Mapa de riesgos institucional, se mantienen las actividades.
En el indicador 3. Primer seguimiento al Mapa de riesgos institucional 2022, se mantienen las actividades.
En el indicador 4. Segundo seguimiento al Mapa de riesgos institucional 2022, se incluyen las siguientes actividades:

- Realizar diagnóstico con semaforización del estado del mapa de cada área.
- Identificar los responsables de los mapas de riesgos en cada área
- Realizar jornada de acompañamiento en el marco de la cultura de Gestión de Riesgos a aquellas áreas priorizadas.

2. Se realiza el cierre de la vigencia 2021, con la actualización del mapa de riesgos para la vigencia 2022, donde todas las Unidades Organizaciones (18), los Pilares del PDI (5), las Facultades (10) y los Laboratorios (8) entregaron el mapa de riesgos.

3. El Equipo de Gestión d Riesgos asistió a la capacitación que realizó el Departamento Administrativo de la función Pública “DAFP”, sobre la política de participación ciudadana.

4. Se llevó a cabo la revisión y respuesta del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión-FURAG.

5. Se asiste a la capacitación sobre riesgos de corrupción dictada por la Jefe de Control Interno, el día 01 de junio de 2022.

6. Se realizó por parte del Equipo de Gestión de Riesgos, la autoevaluación del Sistema de Control Interno en su componente Evaluación de Riesgos.

7. Se realizó la priorización de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional (Procesos-PDI) y la presentación para su aprobación, al Comité Institucional de Control Interno (Acta No. 08 del 01 de agosto de 2022); el Señor Rector solicita la aprobación del mapa de riesgos presentado a los miembros del Comité, el cual es aprobado, pero, el jefe de Planeación propone que, en la próxima actualización

del mapa de riesgos, se incorporen aquellos riesgos que se han materializado en la Universidad, con el fin de hacer seguimiento a sus controles, la Coordinadora del SIG informa que en el caso del sistema de información el riesgo está incluido. La Coordinadora del SIG, recuerda que el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional se realizará en el mes de octubre de 2022, en el cual se podrá analizar la materialización de los riesgos.

8. Se presentan para la aprobación del Comité Institucional de Control Interno (Acta No. 08 del 01 de agosto de 2022), los cambios de los documentos relacionados con la gestión riesgos, la Resolución, "Por medio de la cual se actualizan las directrices para la gestión de riesgos en la universidad tecnológica de Pereira", el Procedimiento Directrices para la Gestión de Riesgos y el Procedimiento Administración de Riesgos.

   Los ajustes propuestos son los siguientes:
   Los ajustes se hicieron con el propósito de alinear los tres documentos.
   - Se ajustan los nombres de los formatos tal y como se denominan a la fecha (plan de contingencia por plan de mitigación; plan de manejo de riesgos por mapa de riesgos).
   - Se cambia el nombre del Comité de Coordinación de Control Interno por Comité Institucional de Control Interno.
   - Se unifica el término grupo de riesgos por Equipo para la Gestión de Riesgos.
   - Se incluyen las funciones realizadas por la oficina del Sistema Integral de Calidad, se ajustan las funciones del Equipo para la Gestión de Riesgos, Comité Institucional de Control Interno y la Oficina de Control Interno.
   - Otros aspectos de redacción y forma del documento.

9. Se publica el Mapa de Riesgos Institucional (procesos), en la página web de la Universidad, el 01/08/2022 (ver en link https://www2.utp.edu.co/meci/), donde se aprobaron 23 riesgos.

10. Se hace la solicitud del primer seguimiento a los mapas de riesgos, 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 09 de mayo de 2022, para ser entregados por los responsables hasta el 31 de mayo de 2021.

11. Se realizó una consulta ciudadana para los riesgos de corrupción, coordinada por Gestión del sistema Integral de Calidad.

12. Se realiza la solicitud del segundo seguimiento, el cual se comunicó mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 18 de octubre de 2022(fecha de corte 31/10/2022), para ser entregados por los responsables el día 15 de noviembre de 2022, se dio prórroga hasta el 30/11/2022.

13. El día 02 de noviembre de 2022 (ver acta No. 14), se citó al ingeniero Iván Alexander de Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información, para que diera un informe del avance del aplicativo de riesgos. En nombre del equipo de riesgos, Jhenin comenta que en las diferentes pruebas realizadas

por el equipo al aplicativo se han hecho varias observaciones, en la última sesión realizada con Mónica Jiménez el 21 de febrero se hicieron las ultimas y se está a la espera de retroalimentación sobre los ajustes. Se menciona que se ha invertido bastante tiempo realizando el seguimiento al aplicativo. Además, dada la disponibilidad de personal en el área de Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información, desde el equipo de riesgos se propone continuar con la herramienta que se utiliza actualmente que es el formato en Excel. Se decide desde el equipo no incluir para el próximo año la actividad relacionada con el aplicativo de riesgos en el plan de trabajo. Iván Alexander comenta que para Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información es importante realizar la entrega del aplicativo y se compromete a entregarlo en el primer semestre del año 2023.

14. Se realizaron asesorías y acompañamientos en la elaboración y seguimiento de los mapas de riesgos a diferentes facultades y dependencias, a saber:

Desde el Sistema Integral de Gestión se realizaron 4 asesorías y 2 capacitaciones:
2022/01/27: Se realizó asesoría a la Facultad de Bellas Artes y Humanidades sobre el mapa de riesgos.
2022/01/31: Se realizó asesoría a la Facultad de Ciencias Agrarias, dudas nuevos riesgos.
2022/02/07: Se realizó asesoría a la Facultad de Bellas Artes y Humanidades, avances actualización mapa de riesgos.
2022/02/08 y 09: Capacitación gestión de riesgos a todos los profesionales Facultades.
2022/03/24. : Se realizó asesoría a la Facultad de Tecnología sobre el mapa de riesgos.
2022/08/01. Se realizó capacitación a la nueva profesional de la Facultad de Educación.

Adicionalmente, en el mes de mayo se hizo la creación de videos tutoriales de cada una de las fases gestión de riesgos y envío de tips personalizados.

Desde el equipo de gestión de riesgos se realizó acompañamiento a las siguientes Dependencias:

DEPENDENCIA
BIBLIOTECA
COMUNICACIONES
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
CENTRO DE RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS
GESTIÓN FINANCIERA
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN
GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES
JURIDICA
RELACIONES INTERNACIONALES
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN
VICERRECTORÍA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

15. Al momento de realizar este informe se habían realizado 5 reportes sobre el avance del plan de trabajo del Equipo de Gestión de Riesgos, para el seguimiento a las actividades propuestas en los planes operativos del Plan de Desarrollo Institucional; y se tenía un avance al 30 de noviembre de 2022 del 81,8%, porque quedaron pendientes las siguientes actividades: Realizar asesorías y acompañamiento a las dependencias/áreas/facultades en gestión de riesgos (Pendientes 2 asesorías de 11 programadas), pendientes actividades del segundo seguimiento, por demoras en las entregas por parte algunos responsables de las Unidades Organizacionales, de Laboratorios y Facultades (pendientes 10 seguimientos a mapas de riesgos).

OBSERVACIÓN 1: Falta de implementación de aplicativo de riesgos Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información ha venido desarrollando el aplicativo de gestión de riesgos, sin embargo, el mismo no ha podido ser puesto en funcionamiento, dado que no todas sus funcionalidades están operando y requiere ajustes que permita su operación de cara al usuario final. Lo anterior conlleva 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, V4 del 2013-05-23. Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V4 del 2022-08-11)
Prioridad del hallazgo: Bajo
Comentarios del auditado (Grupo de Gestión de Riesgos): Según la anotación expresada en el acta #14 del Equipo de Riesgos donde se expresa que *"desde el equipo de riesgos se propone continuar con la herramienta que se utiliza actualmente que es el formato en Excel. Se decide desde el equipo no incluir para el próximo año la actividad relacionada con el aplicativo de riesgos en el plan de trabajo";* se considera que esta observación debe ser enviada a GTI&SI, dado que no se tendría un plan de acción diferente a la decisión ya tomada por el Equipo de Gestión de Riesgos.

5.2 Resultados del componente de Evaluación de riesgos en la medición ICI

De acuerdo a la evaluación de anual del sistema de control interno sobre la vigencia 2021 llevado a cabo a través de la plataforma FURAG del Departamento Administrativo de la Función Pública en el mes de marzo de 2022, arrojo una calificación de 78.6 para el componente de evaluación estratégica del riesgo.

Grafico 2. Resultado Componente 2 Evaluación estratégica del riesgo

Componente	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	78,1	97,6
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	78,6	93,3
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	75,9	93,9
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	84,5	92,7
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	79,8	88,2

Fuente: (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2022)

Se observa en la gráfica 2 que, el puntaje obtenido por la Universidad en el Componente 2 Evaluación estratégica del riesgo (C2), fue de 78.6, el cual tiene la siguiente interpretación: *Se tiene una medición de la capacidad de la Universidad de adelantar un ejercicio bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, para identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos; pero se debe de mejorar en los siguientes aspectos:*

- *Identificar la atención al ciudadano como un factor que puede afectar negativamente el cumplimiento de nuestros objetivos.*
- *Los supervisores e interventores deben de realizar los seguimientos a los riesgos de los contratos e informar las alertas a que haya lugar.*
- *Evaluar los riesgos contables y financieros*.

Algunas de las recomendaciones expresadas en el aplicativo FURAG, relacionada con la gestión del riesgo son:

- Proporcionar una descripción del manejo frente a observaciones o desviaciones resultantes de la ejecución del control con el fin de dar lineamientos sobre los posibles cursos de acción, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad y en coordinación con sus equipos de trabajo, al momento de diseñar los controles.
- Monitorear y evaluar la exposición al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
- Incluir en la política de administración del riesgo, los resultados de las evaluaciones llevadas a cabo por los organismos de control. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

5.3 Proceso de Gestión de Riesgos realizado en la Universidad en la vigencia 2022

Se realizaron dos seguimientos para la vigencia 2022 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 Mapas de Riesgos Institucional (con corte a 31 de mayo de 2022), el cual se obtuvo de priorizar 23 riesgos.
Estos fueron presentados y aprobados por El Comité Institucional de Control Interno el 01 de agosto de 2021 (Acta No. 08 2022). Dado que, para la actualización del mapa de riesgos de los Procesos, se requiere tener los mapas de riesgos de todas Dependencias que conforman cada proceso y algunas no habían enviado la actualización de mapa de riesgos 2022; se extendió hasta el 30 de junio de 2022. Se recibieron los mapas de riesgo de 18 dependencias, 8 Laboratorios y 5 Pilares del PDI y 9 Facultades.

Tabla 3. Mapas de riesgos con primer seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos:		16/18

Mapa de riesgos	Responsable	Total
1. Direccionamiento Institucional 2. Docencia 3. Investigación e innovación 4. Extensión y proyección social 5. Administracion 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 (Sistema Integral de Gestión) Planeación **2. Docencia** Vicerrectoría Académica Admisiones Registro y Control Académico Biblioteca Univirtual **3. Investigación e innovación** Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión **4. Extensión y proyección social** Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión **5. Administracion institucional** Vicerrectoría Administrativa y Financiera Planeación Secretaría General (Gestión de Documentos) Gestion de Documentos Recursos Informáticos y Educativos 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	

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Laboratorio de Ensayos No Destructivos Laboratorio de Biología Molecular Laboratorio de Química Ambiental (LQA) Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos (LAA) Laboratorio de Genética Médica (LGM) Laboratorio de Ensayos para equipos acondicionadores de aire Laboratorio de Metrología de variables eléctricas (LMVE). Grupo de investigación de aguas y saneamiento.	8/8
PDI	Pilar 1. PDI_Excelencia Académica para la Formación Integral 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	5/5
Facultades	Facultad de Ciencias Básicas Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Ciencias de la Salud Facultad de Tecnología Facultad de Ciencias Agrarias Facultad de Educación Ciencias empresariales Facultad Bellas artes y Humanidades Facultad de Ingeniería	9/10

Fuente: Gestión del sistema Integral de Calidad.
Nota: Las siguientes dependencias no presentaron el primer seguimiento en la fecha establecida: Oficina de Comunicaciones, Oficina Jurídica, Facultad de Ciencias Ambientales.

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 31 de mayo de 2022; el cual se puede ver en el link https://www.utp.edu.co/meci/, de la página la Universidad, el cual es presentado al Comité Institucional de Control Interno, el 01 de agosto de 2022 (acta No. 08-2022). Además, se consolida el primer seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional.

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.

b. Segundo seguimiento a los Mapas de Riesgos Institucional, el cual se obtuvo de priorizar 23 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; se realizó con corte a 31 de octubre de 2022. Se recibieron los mapas de riesgo de 14 Unidades Organizacionales, 8 Facultades, 7 Laboratorios y 4 Pilares del PDI.

Tabla 4. Mapa de riesgos con segundo seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos: 11. Direccionamiento Institucional 12. Docencia 13. Investigación e innovación 14. Extensión y proyección social 15. Administracion institucional 16. Bienestar institucional 17. Egresados 18. Internacionalización 19. Control y seguimiento institucional 20. Aseguramiento de la calidad institucional	**11. Direccionamiento Institucional** Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Planeación **12. Docencia** Vicerrectoría Académica Admisiones Registro y Control Académico **13. Investigación e innovación** Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión **14. Extensión y proyección social** Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión **15. Administracion institucional** Vicerrectoría Administrativa y Financiera Planeación Secretaría General Gestion de Documentos Recursos Informáticos y Educativos Gestión de Servicios Institucionales Gestión Financiera Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Gestión de Talento Humano Comunicaciones **16. Bienestar institucional** Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Gestión de Talento Humano Vicerrectoría Académica **17. Egresados** Vicerrectoría Académica **18. Internacionalización** Relaciones Internacionales **19. Control y seguimiento institucional** Control Interno Vicerrectoría Administrativa y Financiera **20. Aseguramiento de la calidad institucional**	15/18

Mapa de riesgos	Responsable	Total
	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	9/10
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Lab. Ensayos No Destructivos Lab. Química Ambiental Lab. Metrología de variables eléctricas. Grupo de investigación de aguas y saneamiento. Lab. ensayos para equipos acondicionadores de aire. Lab. Biología Molecular Lab. Genética Médica	7/8
PDI	Pilar 1. PDI_Excelencia Académica para la Formación Integral NA 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

Fuente: Gestión del sistema Integral de Calidad.
Nota: Las siguientes dependencias no presentaron el segundo seguimiento en la fecha establecida: Oficina de Comunicaciones, Oficina Jurídica, Control Interno Disciplinario, Facultad de Ciencias Ambientales y Laboratorio Aguas y alimentos.

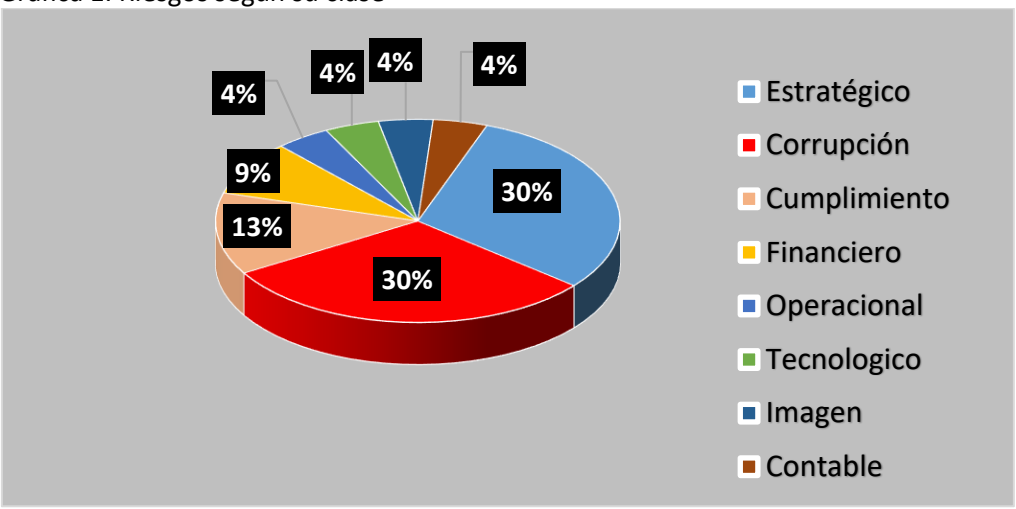
A la fecha de la generación de este informe, no se había consolidado el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 31 de octubre de 2022; tampoco se ha consolidado el seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional. Lo anterior, debido a la no entrega del segundo seguimiento por parte de varias unidades organizacionales. Control Interno encontró que se obtuvo información completa de 33 mapas de riesgos, de los 40 que conforman las diferentes áreas (Unidades Organizacionales, Facultades PDI y Organismos certificadores de la conformidad) de la Universidad, es decir, el 82.5%. Por lo anterior, tampoco se pudo consolidar el mapa de riesgos institucional, de los 23 riesgos que conforman este mapa, falta la información del avance de 3 riesgos del mapa de riesgos institucional.

OBSERVACIÓN 2: Falta de información para seguimiento de riesgos institucionales Se observa que, de 23 riesgos priorizados en el mapa de riesgos institucional, 3 riesgos no cuentan con el segundo seguimiento, dado que no fueron presentados por la Oficina de Comunicaciones. Lo anterior, se presenta porque las dependencias no hacen el seguimiento en el periodo solicitado, 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, V4 del 2013-05-23. Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V4 del 2022-08-11)
Prioridad del hallazgo: Bajo
Comentarios del auditado (Grupo de Gestión de Riesgos): Se requiere más compromiso por parte de las áreas de comunicaciones, jurídica y control interno disciplinario para el envío oportuno de los mapas de riesgos.

5.4 Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2022

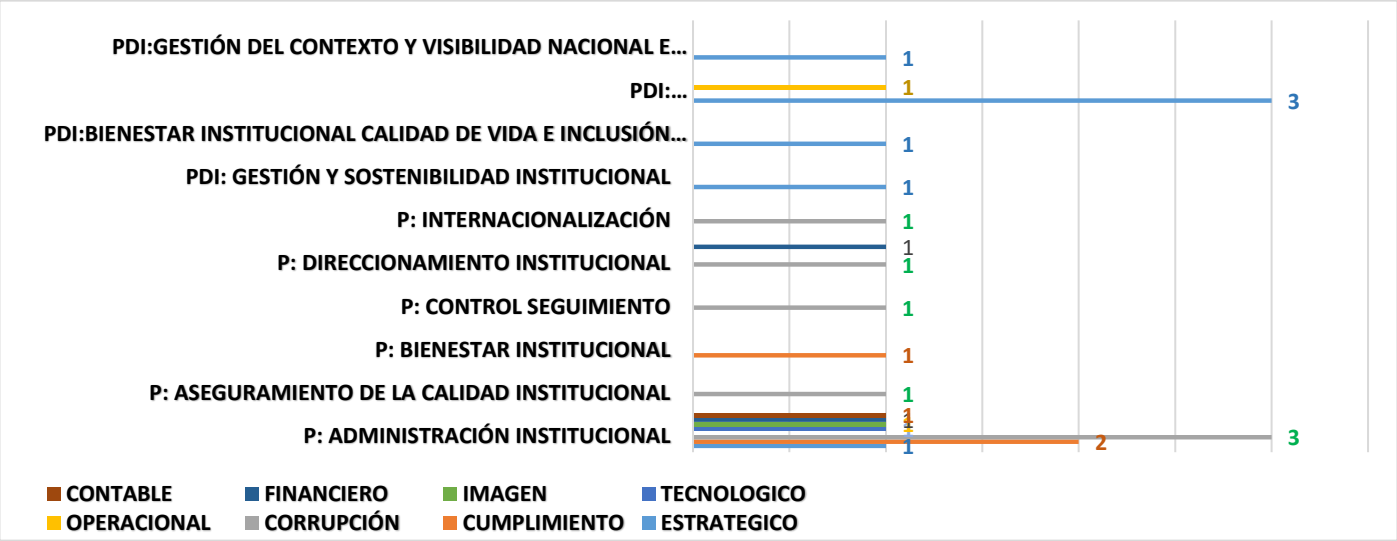
A. Riesgos según su Clase (Gráficos 1 y 2): Respecto a los riesgos identificados en los diferentes procesos de la Universidad, se priorizaron para el Mapa de Riesgos Institucional 2022, veintitrés (23) riesgos de los Procesos y del PDI, dado que, en cumplimiento de la directriz de riesgos estos son los 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: 7 (30%) son Estratégicos, 7 (30%) son de Corrupción, 3 (13%) de Cumplimiento, 2 (9%) son Financieros y con un (1) (4%) están Operacionales, Tecnológicos, de Imagen y Contables.

Grafica 1. Riesgos según su clase



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2022

Grafica 2. Riesgos según su clase – distribución por Procesos y PDI

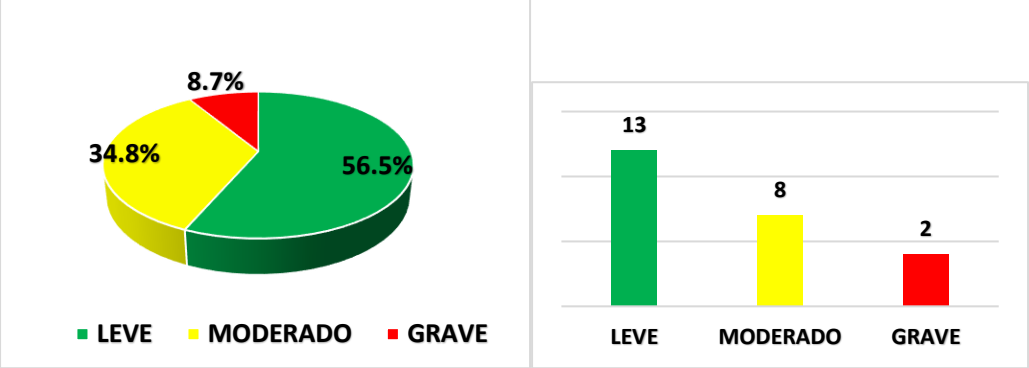


Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2022 *P: Proceso ** PDI: Pilares Plan Desarrollo Institucional

El mapa de riesgos institucional contempla (23) riesgos, identificados (16) en 6 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 10 están asociados al proceso de Administración Institucional, dos (2) a Direccionamiento Institucional y con un (1) riesgo están Aseguramiento de la Calidad, Bienestar Institucional, Control y Seguimiento e Internacionalización; mientras que el PDI aporta al mapa de riesgos institucional (7) riesgos, distribuidos así: Pilar de Creación_ Gestión y Transferencia del Conocimiento (4), siguen con un (1) riesgo los pilares de Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional, Gestión y Sostenibilidad Institucional y Bienestar Institucional Calidad de Vida e Inclusión en Contextos Universitarios.

B. Nivel de Exposición al Riesgo (Gráficos 3 y 4): De acuerdo al Mapa de Riesgos Institucional el 56.5% (13) de los riesgos, tienen un nivel de exposición al riesgo Leve, el 34.8% (8) tiene un nivel de exposición al riesgo Moderado, estos dos niveles 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. El 8.7% (2) de los riesgos tienen un nivel de exposición al riesgo Grave que indica que la Universidad es vulnerable a que se materialice el riesgo, ya sea porque tiene una probabilidad o impacto alto, o porque sus controles no son adecuados.

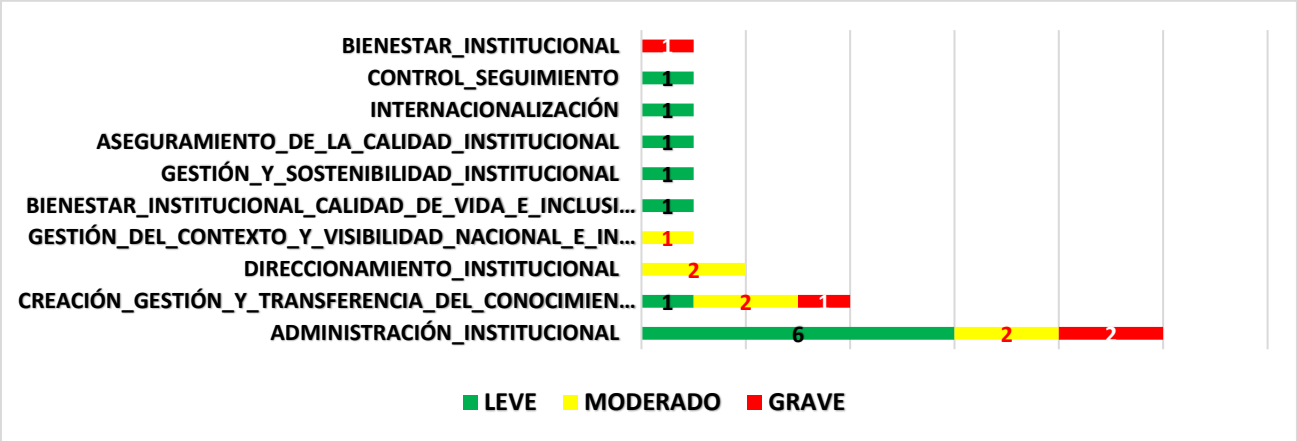
Gráfica 3. Nivel de Exposición de los Riesgos



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2022

En cuanto al Nivel de Exposición por Procesos y/o Pilares del PDI, se tiene que el proceso de Administración Institucional, el cual tiene el mayor número de riesgos, presenta diez (10) riesgos, seis (6) riesgos con un nivel Leve, dos (2) con un nivel Moderado y dos (2) con un nivel Grave. Continúa el Pilar de Creación_ Gestión y Transferencia del Conocimiento con 4 riesgos, dos en nivel Leve y dos con nivel Moderado, el Proceso Direccionamiento Institucional con dos de nivel Moderado, el Pilar de Gestión_del_Contexto_y_Visibilidad_Nacional_e_Internacional con un riesgo en Moderado y Bienestar Institucional Calidad de Vida e Inclusión en Contextos Universitarios, Gestión y Sostenibilidad Institucional, Aseguramiento de la Calidad Institucional, Internacionalización, Control y Seguimiento tienen identificados cada uno un riesgo en el nivel Leve y Bienestar Institucional tienen identificado un riesgo en el nivel Moderado, como puede apreciarse en la siguiente gráfica 4:

Gráfica 4. Nivel de Exposición de los Riesgos por Procesos y Pilares del PDI



Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2022

Con respecto a las Unidades Organizacionales, se puede apreciar en la siguiente tabla 5 que, la Vicerrectoría de Investigaciones, innovación y Extensión presenta el mayor número de riesgos (4), dos en nivel Leve y dos en Moderado, le siguen con tres riesgos Gestión Financiera (2 Leves y 1 Grave),

Planeación (1 Leve y 2 Moderados), Comunicaciones (2 Moderados y 1 Grave) y la Vicerrectoría Administrativa y Financiera (2 Leves y 1 Moderado), posteriormente están con dos riesgos la Secretaria General (2 Leves) y la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario (1 Leve y 1 Moderado) y con un riesgos están Control Interno, Recursos Informáticos y Educativos y Relaciones Internacionales (1 Leve).

Tabla 5. Nivel de Exposición de la Unidades Organizacionales

UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTALES
VICERRECTORÍA_INVESTIGACIONES_INNOVACIÓN_EXTENSIÓN	2	2	0	**4**
GESTIÓN_FINANCIERA	2	0	1	**3**
PLANEACIÓN	1	2	0	**3**
COMUNICACIONES	0	2	1	**3**
VICERRECTORIA_ADMINISTRATIVA_FINANCIERA	2	1	0	**3**
SECRETARIA_GENERAL	2	0	0	**2**
VICERRECTORÍA_DE_RESPONSABILIDAD_SOCIAL_BIENESTAR_UNIVERSITARIO_	1	1	0	**2**
CONTROL_INTERNO	1	0	0	**1**
RECURSOS_INFORMÁTICOS_EDUCATIVOS	1	0	0	**1**
RELACIONES_INTERNACIONALES	1	0	0	**1**
TOTAL	**13**	**8**	**2**	**23**
	56.5%	**34.8%**	**8.7%**	**100.0%**

Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2022

Grafico 5. Matriz de Calor de los Riesgos Residuales de los Procesos

CALIFICACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL						
PRIORIZACIÓN INICIAL	25					
	20		R20-R21			
	16	R11				
	15		R4-R5-R22			
	12		R8			
	10					
	9	R12-	R23			
	8	R13-				
	6		R1			
	5	R17-R19	R6-R18			
	4		R7-R9-R15	R16		
	3	R14	R10-			
	2					
	1		R2-R3			
		1	2	3	4	5
		FUERTE	ACEPTABLE	DEBIL		INEXISTENTE
		VALORACIÓN DEL CONTROL				

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2022

Tabla 6. Unidad organizacional / Dependencia responsable del Riesgos en Nivel Grave

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA	RIESGO
GESTIÓN_FINANCIERA	R20: No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras.
COMUNICACIONES	R21: Incumplimiento de las normas para el manejo de radio difusión de interés público que rige a Universitaria Estéreo

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2022

Se aprecia en los gráficos 4, 5 y Tablas 5 y 6 que, las Unidades Organizacionales que han identificado los dos riegos de nivel GRAVE son Gestión Financiera y Comunicaciones.

C. Evaluación a los controles existentes

i. **Controles con debilidades:** Se evidencia en los comentarios realizados por los responsables de los 23 riesgos institucionales, que la mayoria registraron la información sobre los controles implementados y 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; se tuvo inconvenientes en los siguientes riesgos que se muestan en la tabla 6:

Tabla 7. Controles que presentan dificultades

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	
				Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
6	BIENESTAR_INSTITUCIONAL_CALIDAD_DE_VIDA_E_INCLUSIÓN_EN_CONTEXTOS_UNIVERSITARIOS	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	Indicadores del PDI asociados a los procesos de Bienestar Institucional.	De acuerdo a las fallas que se presentaron con sistemas y aplicativos de la Universidad; la migración de los reportes y registros se vieron afectados; esto ocasiono demoras o reprocesos
10	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivisticos que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)	Actualización TRD y CCD	La actualización de las TRD y el CCD ha presentado un retraso debido a los inconvenientes con la codificación de las unidades organizacionales académicas y administrativas, sin embargo, para el mes de junio se tiene programada la actualización de las series documentales.

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	
				Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
11	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (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	Puede darse que así se cuente con un proceso de alertas, se puede dar que los supervisores o interventores omitan las mismas o no las tengan en cuenta, por lo cual se busca con los líderes de área generar proceso de recordar a sus equipos de trabajo la importancia de las alertas generadas por la oficina
				Designación de un profesional de seguimiento y control como apoyo a la interventoría y supervisión de proyectos (verificación de productos)	Puede darse que los supervisores e interventores pierdan de vista los protocolos internos establecidos para la correcta ejecución de proyectos

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2022

Se puede observar en la tabla No. 6 que solo los controles de los riesgos Nos. 6, 10 y 11 “Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria “Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivisticos que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)” y “Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial)”, de la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario, de Secretaría General (Getión de Documentos) y de Planeación respectivamente; presentaron dificultades, las cuales se rgistran en latabla 6; por lo que los responsables de estos reisgos deben de implementar nuevas acciones de mejora para superar estas dificultades.

El riesgo No. 6” Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria”, en su control de los Indicadores del PDI asociados a los procesos de Bienestar Institucional, se vieron afectados por las fallas que se presentaron con sistemas y aplicativos de la Universidad; para la migración de los reportes y registros se vieron afectados. Es por lo anterior, que se deben de fortalecer las bases de datos que tiene la Universidad y generar back up o copia de respaldo de la información almacenada en los dispositivos electrónicos.

Con respecto al riesgo No. 10 “Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivisticos que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)”, en el control de Actualización de las Tablas de Retención Documental TRD y el Cuadro de Clasificación Documental CCD, se regsitra que la actualización de documentos ha presentado un retraso debido a los inconvenientes con la codificación de las unidades organizacionales académicas y administrativas y en los ajustes en las series documentales en la TRD, por lo cual es necesario implementar un plan de acción, con los recursos necesarios, para dar cumplimiento a la normativiad exigida por el Archivo General de la Nación.

El riesgo No. 11, que tiene que ver con “Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial)”, se han presentado problemas porque los supervisores e interventores pierden de vista los protocolos internos establecidos para la correcta ejecución de proyectos; por lo cual, se deben de generar capacitaciones y/o socializaciones permanentes a los supervisores e interventores, sobre los estos protocolos, hasta crear la cultura para una correcta ejecución de los proyectos.

Es importante resaltar que aunque se ha mejorado en el seguimiento de los controles, aún persisten fallas en el proceso sistemático y continuo para recopilar, analizar y utilizar información para supervisar el progreso de los controles, que tienen como objetivo mitigar los riesgos y evitar su materialización.

OBSERVACIÓN 3: Seguimientos permanente a las actividades de control Se evidencia que los responsables de los controles establecidos para prevenir o mitigar los riesgos, no hacen un seguimiento oportuno a la efectividad de los controles, lo cual debería de realizarse permanentemente para evaluar si los mismos está siendo aplicados correctamente y si sirven para el fin para el cual fueron credos. Lo anterior, se presenta por debilidades en el seguimiento de la primera línea de defensa que promueva la cultura del autocontrol, lo que podría a conllevar a la materialización de los riesgos.
Riesgo relacionado: Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos
Controles relacionados: Procedimiento SGC-PRO-011 Administración de riesgos, Formato SGC-FOR-011-02, Formato SGC-FOR-011-02, Procedimientos establecidos en el SGC, Normas internas (resoluciones y Acuerdos Consejo Superior) y Sistema de información.
Prioridad del hallazgo: Bajo
Comentarios del auditado: Sin comentarios

ii. Diseño y evaluación de controles:

Teniendo en cuenta la nueva metodología (Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 Dic 2020), dada por el Departamento Adminsitrativo de la función Pública “DAFP”; en la evaluación del diseño de los controles se tiene:

Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta:

- La identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio

experto.

- Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

Para una adecuada redacción del control se propone una estructura que facilitará más adelante entender su tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:

- Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
- Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

En la evaluación del diseño de los controles, se tienen los atributos de eficiencia y de información, los cuales tienen las siguientes caracteristicas:

- A través del ciclo de los procesos es posible establecer cuándo se activa un control y , por lo tanto, establecer su **tipología** con mayor precisión:

  - ✓ Preventivo: Va a las causas del riesgo Atacan la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
  - ✓ Detectivo: Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos Atacan la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
  - ✓ Correctivo: Atacan el impacto frente a la materialización del riesgo.

- Así mismo, de acuerdo con la forma como se ejecutan tenemos:
  - ✓ Control manual: controles que son ejecutados por personas.
  - ✓ Control automático: son ejecutados por un sistema

A continuación se analizan los atributos para el diseño del control, teniendo en cuenta características relacionadas con la eficiencia y la formalización

- **Atributos de eficiencia**
  - Tipo
    - ✓ Preventivo
    - ✓ Detectivo
    - ✓ Correctivo
  - Implementación
    - ✓ Automaticos
    - ✓ Manual

- **Atributos de formalización (informativos)**
  - Documentación
  - Frecuencia
  - Evidencia

En los atributos de eficiencia de los controles, según el tipo, se les debe dar un mayor porcentaje a el control preventivo, seguido del detectivo y postriormente el correctivo. En estos mismo, pero según la implementación, se les debe dar un mayor porcentaje a los controles automaticos que a los manuales.Teniedo encuenta lo anterior, se recomienda implementar controles automaticos y preventivos, para una mayor efeciencia del control y con ello reducir o mitigar el riesgo.

También, es importante resaltar que los atributos informativos (Documentación, frecuencia y evidencia), permite darle formalidad al control y su fin es el de conocer el entorno del control y complementar el análisis con elementos cualitativos; sin embargo, estos no tienen una incidencia directa en su efectividad.

Se realiza un análisis del diseño y evaluación de los controles planteados en cada uno de los 23 riesgos del mapa de riesgos institucional , el cual se puede apreciar en la tabla 7, donde la ejecución del control, medido a través de la efectividad, me define los siguientes rangos de calificación de la ejecución del control:

Tabla 8. Rangos de calificación de la ejecución del control

RANGO DE CALIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN	RESULTADO PESO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL
Fuerte	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.
Aceptable	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.
Débil	El control no se ejecuta por parte del responsable

Tabla 9. Diseño y evaluación de los controles

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
1	PLANEACIÓN_	Baja 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	X				X	**ACEPTABLE**	SI	Cuatrimestral	SI	Funcionaria enlace del Pilar de Gestión
2	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.	Seguimiento a las certificaciónes de cumplimiento y evaluaciones de los servicios ofrecidos, y retroaliemtación a los responsables	X				X	**ACEPTABLE**	SI	Anual	SI	Contratista Auxiliar y Contratista Técnico Extensión universitaria
			Seguimiento al registro de actividades de extensión universitaria	X				X		SI	Semanal	SI	Contratista Auxiliar Extensión universitaria
			Generación de herramientas de promoción y visibilidad de las actividades de extensión y las capacidades institucionales	X				X		SI	Semanal	SI	Contratista Tecnico Extensión Universitaria
3	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONE	Disminución en la ejecución de actividades y	Seguimiento al registro de actividades de extensión universitaria	X				X	**ACEPTABLE**	SI	Semanal	SI	

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
	S, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	servicios de extensión universitaria	Acompañamiento y capacitación para el registro de actividades de extensión	X				X		SI	Semanal	SI	
4	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias.	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	X				X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI	Profesional de Investigaciones
			Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	X				X		SI	Semestral	SI	Profesional de Investigaciones
			Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.		X			X		SI	Diaria	SI	Profesional de Investigaciones
5	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	X				X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI	Profesional de Investigaciones
			Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	X				X		SI	Semestral	SI	Profesional de Investigaciones

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
			Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.		X			X		SI	Diaria	SI	Profesional de Investigaciones
6	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	Indicadores del PDI asociados a los procesos de Bienestar Institucional.		X		SIGER		ACEPTABLE	SI	Bimestral	SI	SIGER Planta/ transitorio/ contratista
			Formalización de alianzas y convenios alrededor de bienestar, calidad de vida e inclusión.		X		SIGER			SI	Bimestral	SI	SIGER Contratista
			Plan estratégico de inclusión: número de estrategias, procedimientos o gestiones enfocadas a la igualdad de oportunidades, garantía de derechos		X		SIGER			SI	Cuatrimestral	SI	SIGER Planta/ transitorio/ contratista
7	VICERRECTORÍA_ ADMINISTRATIVA_FINANCIERA_	Desfinanciación del presupuesto Institucional	Monitoreo al recaudo de ingresos que soporte el presupuesto aprobado por el Consejo Superior		X			X	ACEPTABLE	SI	Trimestral	SI	Líder de Gestión Contable
			Monitoreo a la ejecución presupuestal de gastos aprobado por el Consejo Superior		X			X		SI	Trimestral	SI	Líder de Gestión de Presupuesto

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
8	VICERRECTORIA_ ADMINISTRATIVA_FINANCIERA	Aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia, para atender gastos adicionales no proyectados	Doble verificación por parte de profesionales que no participaron directamente de la construcción del análisis	X				X	**ACEPTABLE**	SI	No definida	SI	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera
			Monitoreo y solicitud información de proyectos a proponentes previa reunión para la toma de decisiones, estén incluidas o no en los órdenes del día	X				X		SI	No definida	SI	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera
			Generación de recomendaciones previas a la aprobación de un proyecto	X				X		NO	No definida	SI	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera
9	VICERRECTORIA_ ADMINISTRATIVA_FINANCIERA	Pérdida de la confidencialidad de la información.	Cláusula de confidencialidad establecida en el contrato	X				X	**ACEPTABLE**	SI	Anual	SI	Coordinador SIG
10	SECRETARIA_GENERAL	Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivisticos	Actualización Inventario documental	X				X	**ACEPTABLE**	SI	Anual		Transitorio Administrativo III.
			Actualización TRD y CCD	X				X		SI	No definida	SI	Profesional I. Transitorio Administrativo III.

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
		que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)	Actualización Programa de Gestión Documental (PGD)	X				X		SI	No definida	SI	Profesional I. Transitorio Administrativo III.
11	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (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	X				X	**FUERTE**	SI	Bimestral		Contratista
			Designación de un profesional de seguimiento y control como apoyo a la interventoría y supervisión de proyectos (verificación de productos)	X				X		SI	Anual		Contratista
			Realizar procesos de inducción y/o reinducción donde se articulen los proceso de contratación e interventoría	X				X		SI	Anual		Contratista

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
12	PLANEACIÓN	Mala planeación del espacio físico.	Registro y consolidación de la necesidad del usuario a través del aplicativo y/o mediante actas de reunión y/o memorando y/o correos electrónicos.	X				X	FUERTE	SI	No definida		Transitorio administrativo profesional III
			Cada proyecto de intervención de infraestructura debe contener (Estudios previos, diseños, presupuesto, especificaciones, en fase III)	X				X		SI	No definida		Transitorio administrativo profesional III
			Se validan las intervenciones con las dependencias de la universidad relacionadas con el manejo de la planta física tales como sección de mantenimiento y CRIE Centro de Recursos informáticos.	X				X		NO	No definida		Transitorio administrativo profesional III
13	RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	Imposibilidad para acceder a los sistemas de información que estén alojados en los servidores del campus universitario	Sistema de respaldo eléctrico Canal de respaldo con diferente proveedor	X			Sistemas de transferencia de potencia, UPS, transformador y planta.		FUERTE	SI	Diaria		Sistemas de transferencia de potencia, UPS, transformador y planta. Jefe

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
													Mantenimiento
			Monitoreo del estado del servicio	X			Sistema de monitoreo con una empresa llamada Ingebyte. Monitoreo interno IMC.			SI	Diaria		Sistema de monitoreo con una empresa llamada Ingebyte. Monitoreo interno IMC. Profesional 2 Red de datos
			Equipos de conectividad redundantes Equipos de control ambiental redundantes	X				X		SI	Diaria		0
14	RELACIONES_INTERNACIONALES	Favorecer la postulación a una beca de movilidad académica internacional a un estudiante que no cumpla con los requisitos	Convocatorias que establecen requisitos, condiciones y la evaluación por parte de un comité de selección.	X				X	**FUERTE**	SI	Semestral		Profesional

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
		establecidos en la convocatoria UTP											
15	CONTROL_INTERNO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	Verificación de la aplicación del Manual de auditoria que incluye el marco ético para la auditoria interna en la Universidad	X				X	ACEPTABLE	NO	Anual		Jefe de Control Interno
			Verificación de la aplicación de Procedimientos documentados de auditoria de control interno en el sistema integral de gestión	X				X		NO	Anual		Jefe de Control Interno
16	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO	No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP	Revisión del cumplimiento de los estándares de habilitación		X			X	DÉBIL	SI	No definida		Profesional contratista (líder de salud)
17	GESTIÓN_FINANCIERA	Fraude electrónico	Descripción en los manuales de funciones en las personas que manejan recursos	X				X	FUERTE	SI	Anual		Profesional XVII
			Cambio de claves	X			Software de las sucursales virtuales			SI	Mensual		Software de las sucursales virtuales Profesional XIII

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
													Ejecutivo 22 Ejecutivo 26
			Manejo de token	X			Software bancario para uso de los cuentadantes			SI	No definida		Software de las sucursales virtuales Profesional XIII Ejecutivo 22 Ejecutivo 26
18	GESTIÓN_FINANCIERA	Destinación indebida de recursos públicos.	Actualización de los procedimientos.	X				X	**ACEPTABLE**	SI	Anual		Ejecutivo 26
19	SECRETARIA_GENERAL	Tráfico de Influencias	Aplicación de los activos de información de acuerdo al Sistema de Seguridad de la Información	X				X	**FUERTE**	SI	No definida		Asignado
			Capacitación al personal calificado con el fin de generar conciencia sobre la importancia de la información.	X				X		SI	No definida		Asignado
20	GESTIÓN_FINANCIERA	No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas	Consultas página Web de la CGN para determinar los cambio que hayan del marco normativo aplicable a la Universidad	X				X	**ACEPTABLE**	SI	No definida		Asignado

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
		contables en el desarrollo de actividades financieras											
21	COMUNICACIONES	Incumplimiento de las normas para el manejo de radio difusión de interés público que rige a Universitaria Estéreo	Directrices establecidas por la Dirección de Comunicaciones		X			X	ACEPTABLE	SI	No definida		Asignado
			Acompañamiento permanente de la Oficina Jurídica de la Universidad	X				X		SI	No definida		No asignado
			Comité de programación para universitaria estéreo	X				X		SI	Mensual		Asignado
22	COMUNICACIONES	Divulgación de información errada o perjudicial para la institución	Lineamientos de medios de comunicación interna	X				X	ACEPTABLE	SI	No definida		Asignado
			Directrices establecidas por la Dirección de Comunicaciones	X				X		SI	No definida		Asignado
			Revisión de publicaciones sobre la Universidad en medios externos		X			X		SI	Mensual		Asignado
23	COMUNICACIONES	Manipulación de los medios de comunicación	Directrices establecidas por la Dirección de Comunicaciones		X			X	ACEPTABLE	SI	No definida		Asignado

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documentación	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
		de la Universidad	Comité de programación de emisora 1112-F07 - Solicitud programa en la emisora	X				X		SI	Mensual		Asignado

Fuente: Segundo seguimiento Mapa de riesgos Institucional 2022.

Podemos evidenciar en la tabla 9, que se tienen 52 controles para los 23 riesgos, de los cuales 41 son preventivos y 11 detectivos (0 correctivos), también se aprecia que hay 7 controles automáticos (13.46%) y 45 controles manuales (86.54%); con respecto a si están documentados, 43 si lo están y 9 no están documentados. También se observa que de los 52 controles, se recibieron los soportes documentales de 43 y 9 no entregaron (riesgos 19-21-22-23), de las siguientes dependencias: Secretaría General y Comunicaciones.

Teniendo en cuenta los atributos de eficiencia e información, tenemos 16 riesgos con calificación de efectividad de los controles “ACEPTABLE” y 6 riesgos con una calificación de efectividad de los controles “FUERTE”, sin embargo de los riesgos cuya calificacion de efectividad de los controles catalogados como FUERTES se observa que 5 riesgos tienen controles manuales y 1 riesgo tiene un control automaticos. Además. Se evidencia que, el riesgo 16 “No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP”, la períodicidad no es oportuna y no esta definida, además de que es un control detectivo, por ello tiene una efectividad “DEBIL”. Como los resultado de la evaluación del dieño de los controles en su mayoria son Aceptables ((16) y Fuertes (2), es decir 22 de los 23 riesgos del mapa de riesgos institucional, se debe establecer un plan de acción que permita tener unos controles mejor diseñados, que mitiguen el riesgo. De acuerdo a la tabla 8, las calificaciones de la ejecución del control Aceptable y Débil, son cuando el responsable algunas veces ejecuta el control o no lo ejecuta, es decir, no basta solo con tener controles bien diseñados, debe asegurarse por parte de la primera línea de defensa que el control se ejecute. Al momento de determinar si el control se ejecuta, inicialmente, el responsable del proceso debe llevar a cabo una confirmación.

D. Evaluación de los Indicadores. En la siguiente tabla 9, se muestran los indicadores de los riesgos del Mapa Institucional, con su respectiva medición a 30 de septeimbre de 2022, con el análisis dado por los responsables de los riesgos y el concepto de Control Interno.

Tabla 10. Indicadores de los riesgos del Mapa Institucional

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
1	GESTIÓN_DEL_CONTEXTO_Y_VISIBILIDAD_NACIONAL_E_INTERNACIONAL	PLANEACIÓN_	Baja contribución de la universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad,	**Cumplimiento de los proyectos de "Gestión de contexto y visibilidad nacional e internacional"**	**90%**	86.20%	Los proyectos del Pilar de gestión tienen un avance esperado para la fecha del corte del reporte	Este es un indicador progresivo, es decir va aumentando con las actividades desarrolladas con el tiempo y durante la vigencia. Su medición nos dice que se ha cumplido con normalidad, de acuerdo a la fecha de reporte, por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.
2	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.	**Índice de variación de actividades de extensión: No de Actividades de Extensión por modalidades año 2022 / No de Actividades de Extensión por modalidades año 2021**	**10%**	**77.05%**	Se han implementado todas las medidas de control con el fin de analizar el comportamiento del riesgo definido, Por otra parte desde la VIIE se ha promovido la ejecución de actividades de manera virtual y de manera permanente se realizan acciones para promover el registro de actividades, promocionar y visibilizar la extensión que se ejecuta institucionalmente	Este riesgo tiene un avance muy por encima de la meta establecida; por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
3	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Disminución en la ejecución de actividades y servicios de extensión universitaria	**Índice de variación de actividades de extensión: No de Actividades de Extensión por modalidades año 2022 / No de Actividades de Extensión por modalidades año 2021**	**50%**	**77.05%**	Se han implementado todas las medidas de control con el fin de analizar el comportamiento del riesgo definido, Por otra parte desde la VIIE se ha promovido la ejecución de actividades de manera virtual y de manera permanente se realizan acciones para promover el registro de actividades, promocionar y visibilizar la extensión que se ejecuta institucionalmente	Este riesgo tiene un avance por encima de la meta establecida; por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.
4	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias.	**No de Grupos de Investigación Reconocidos por MinCiencias y categoría de cada grupo.**	**119**	**118**	Los resultados obtenidos en la Convocatoria nacional 894 de 2021 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 - SNCTI 2021, la Universidad Tecnológica de Pereira tuvo como resultado 118 grupos de investigación reconocidos, en las siguientes categorías: A1: 14 A: 24 B: 30 C: 42 SC: 8 Cabe destacar que solo hay 12 grupos de investigación que no	Aunque el indicador esta una unidad por debajo de la meta establecida, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
							lograron el reconocimiento, teniendo en cuenta su año de creación.	
5	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	**No de Investigadores reconocidos por MinCiencias y categoría de cada uno.**	**175**	**249**	Los resultados obtenidos en la Convocatoria nacional 894 de 2021 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 - SNCTI 2021, la Universidad Tecnológica de Pereira tuvo como resultado 249 investigadores reconocidos, en las siguientes categorías: Emérito: 1 Sénior: 39 Asociado: 61 Junior: 148 El presente seguimiento sigue con los mismos resultados, ya que no se ha dado apertura nuevamente a la convocatoria de MinCiencias y lo que actualmente busca la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión es mantener los actuales investigadores reconocidos por MinCiencias.	El indicador tiene un avance satisfactorio, por cual podemos inferir que los controles aplicados han sido efectivos.

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
6	BIENESTAR_INSTITUCIONAL_CALIDAD_DE_VIDA_E_INCLUSIÓN_EN_CONTEXTOS_UNIVERSITARIOS	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	**Calidad de vida en contextos universitarios: p-z*(sqrt(p*(1-p)/n))*(sqrt((N-n)/(N-1)).** **p:proporción de personas que superan el nivel mínimo de calidad de vida para la muestra calculada. N:Tamaño de la población. n:Tamaño de la muestra n. z: nivel de confianza del 95%.**	**80%**	**89.61**	De acuerdo al cálculo del indicador calidad de vida establecido para el 2022, se identifica que el 89.61% de los estudiantes presentan una calidad de vida por encima de la calidad de vida mínima esperada, logrando el cumplimiento de la meta establecida de acuerdo a los programas y estrategias desarrolladas para el bienestar y calidad de vida. Estos resultados permiten identificar las variables más relevantes que tienen injerencia en dicho aspecto, de tal forma que es posible formular políticas	Se observa que la medición del indicador está por encima de la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
7	GESTIÓN_Y_SOSTENIBILIDAD_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_ADMINISTRATIVA_FINANCIERA_	Desfinanciación del presupuesto Institucional	**Equilibrio Financiero = Ingresos totales / Gastos Totales**	**>=1**	**94%**	El indicador de equilibrio financiero durante el III trimestre del 2022, indica que el recaudo de ingresos obtenidos por la Universidad a la fecha soporta solo el 94% de los compromisos, efecto que es lógico dentro de la ejecución	Teniendo en cuenta la fecha de reporte y que es un indicador progresivo, el indicador tiene un avance satisfactorio, acorde al parametro de cumplimiento para el periodo, lo que nos

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
							presupuesto de gastos en atención que al inicio de vigencia se generan los compromisos de todo el año relacionados con la contratación del personal de planta y personal transitorio, además de los compromisos del I y II semestre relacionados con docentes catedráticos y hora cátedra, compromisos que pesan aproximadamente el 62% de los gastos totales ($134.144.594.280), adicionalmente este efecto también se da en atención a que la Nación transfiere los recursos para funcionamiento en treceavas partes para soportar los compromisos adquiridos con estos recursos pero los cuales si están garantizados a través del Decreto de Liquidación de Presupuesto. No obstante, vale la pena mencionar que si bien el recaudo sólo corresponde al 94% de los compromisos, con estos recursos si se cubre el 100% de los pagos realizados a los compromisos adquiridos durante el III trimestre semestre por valor de $134.285.107.779,92. Es importante tener presente que la meta del indicador se	muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
							valida una vez se tenga el cierre de vigencia, sin embargo, se realiza un monitoreo trimestral a los resultados por temas de reporte. Los valores reportados no son comparables.	
8	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	VICERRECTORIA_ADMINISTRATIVA_FINANCIERA	Aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia, para atender gastos adicionales no proyectados	**No. de conceptos administrativos y financieros emitidos / Proyectos aprobados con posibles impactos financieros**	**80%**	**92.45%**	Con corte a 31 de octubre de 2022, se han emitido los conceptos necesarios para el trámite de las diferentes iniciativas institucionales ante los organismos colegiados; sin embargo se realizó la modificación de registros calificados de 5 programas académicos para usar tecnología premtic, sin el concepto administrativo y financiero, en este caso es de precisar que en una adición presupuestal tratada en la misma sesión del C.S.U. se llevaba la financiación y de manera posterior se emitió el concepto con el objeto de continuar el trámite de ajuste de los programas ante el MEN. Se han tramitado ante el CSU 51 conceptos a la fecha.	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parametro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
9	ASEGURAMIENTO_DE_LA_CALIDAD_INSTITUCIONAL	VICERRECTORIA_ADMINISTRATIVA_FINANCIERA	Pérdida de la confidencialidad de la información.	**# de veces que se detecte y se denuncie**	**0%**	**0**	No se han presentado casos de pérdida de la confidencialidad	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
10	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivisticos que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)	**No. de instrumentos desactualizados / total de instrumentos Archivisticos * 100**	**5**	**0**	Actualmente está pendiente la actualización de la mayoría de instrumentos archivísticos. Lo anterior por los inconvenientes que presenta el Acuerdo 14 de 2014, último acuerdo de estructura orgánica, insumo principal para la actualización de dichos instrumentos.	Este riesgo se materializó ya que no se ha cumplido con la meta establecida, los controles implementados no mitigaron el riesgo.
11	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).	**Proyectos ejecutados inadecuadamente /Total proyectos ejecutados**	**0%**	100%	En cuanto a la ejecución de los contratos 2022, cuentan con un desarrollo adecuado, al igual que los proyectos especiales. Sin embargo, en la ejecución de proyectos 2022 los cuales fueron auditados por CGR se dejó un hallazgo frente a la ejecución de contratos por el tema de modificaciones a los amparos de los contratos.	El riesgo se materializo por el incumplimiento de los requisitos contractuales de las garantías o amparos de un contrato, los controles no fueron efectivos. lo anterior, evidenciado en en la ejecución de proyectos 2022 los cuales fueron auditados por CGR se dejó un hallazgo frente a la ejecución de contratos por el tema de

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
								modificaciones a los amparos de los contratos.
12	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Mala planeación del espacio físico.	**Espacios no recibidos por el usuario con funcionamiento inadecuado: Proyectos de obra nueva y adecuaciones terminadas en la vigencia/ Proyectos recibidos a satisfacción**	**100%**	60	Se tiene programado en el plan de acción culminar 20 contratos de obra y/o adecuación: Para la fecha se tiene finalizadas 12 de ellas con sus respectivos planos record.	Este es un indicador progresivo, es decir va aumentando con las actividades desarrolladas con el tiempo y durante la vigencia. Su medición nos dice que se ha cumplido con normalidad, de acuerdo a la fecha de reporte, por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.
13	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	Imposibilidad para acceder a los sistemas de información que estén alojados en los servidores del campus universitario	**Número de horas al mes sin fallas de conectividad a los sistemas de información/Número de horas del mes**	**97%**	**99.62%**	Se realiza la suma de las horas del mes sin fallas entre el 31 de octubre de 2021 y el 31 de octubre de 2022 para un total de 8607,38 horas Dividido el número de horas en este mismo periodo 8640 horas	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
14	INTERNACIONALIZACIÓN	RELACIONES_INTERNACIONALES	Favorecer la postulación a una beca de movilidad académica internacional a un estudiante que no cumpla con los requisitos establecidos en la convocatoria UTP	**No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad Académica sin cumplimiento de Requisitos / No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad**	**0**	**0**	La selección de los estudiantes se ha realizado teniendo en cuenta los requisitos establecidos en las convocatorias que son publicadas en nuestra página web, Facebook e Instagram.	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
15	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 ha habido investigaciones (disciplinarias o penales) al personal de Control Interno	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parametro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
16	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO	No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP	**(No. de servicios de salud habilitados / Total de servicios de salud prestados por Vicerrectoría de**	**100%**	**80%**	Dentro del plan de trabajo establecido para el año 2022 se determinó realizar actualización y levantamiento del proceso documental de los servicios ofertados por la VRSBU, y para el año 2023 se realizará la formación, seguimiento y medición de la adherencia de los	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que el riesgo se materializó por el no cumplimiento de los requisitos que se requieren para el funcionamiento o habilitación del servicio

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
				Responsabilidad Social y Bienestar Universitario) * 100			mismos. El servicio de Salud Integral de la VRSBU no cuenta con certificación de concepto sanitario que es otorgado a la universidad tecnología y es requisito para la habilitación.	de salud integral de la UTP
17	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_FINANCIERA	Fraude electrónico	**No. de accesos no autorizados**	**0%**	**0**	Con corte al 31 de octubre del 2022 no han sido reportados accesos no autorizados a las sucursales virtuales de la institución.	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	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_FINANCIERA	Destinación indebida de recursos públicos.	**Número de hechos sancionados por corrupción.**	**0%**	0	Con corte al 31 de octubre del 2022, no se ha tenido ningún requisito por parte del ente de control con respecto a sanciones de algún funcionario por corrupción	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	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Tráfico de Influencias	**No. De derechos que son otorgados sin el**	**0%**	**0**	Se hace cumplimiento de las normas generales respecto a inhabilidades e incompatibilidades	Su medición nos dice que se ha cumplido con normalidad, por lo tanto, consideramos que sus

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
				cumplimiento de requisitos				controles han sido efectivos.
20	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	**No de Estados Financieros no fenecidos en la vigencia auditada**	**0**	**0**	Con corte al 31 de octubre del 2022, se ha cumplido con la meta establecida para el presente indicador	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parametro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
21	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	COMUNICACIONES	Incumplimiento de las normas para el manejo de radio difusión de interes público que rige a Universitaria Estéreo	**# detectados de incumplimientos de la ley 1341 del 2009**				No se recibió información del avance del indicador
22	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	COMUNICACIONES	Divulgación de información errada o perjudicial para la institución	**# de publicaciones de rectificaciones solicitadas por la Universidad a medios externos** **# de rectificaciones que debe asumir la Universidad**	**Cero (0)**			No se recibió información del avance del indicador

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	Análisis Responsable	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
23	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	COMUNICACIONES	Manipulación de los medios de comunicación de la Universidad	**# de Casos detectados de manipulación de medios**	**Cero (0)**			No se recibió información del avance del indicador

Fuente: Segundo seguimiento Mapa de riesgos Institucional –Por Procesos.

De acuerdo a la tabla 10, los riesgos Nos. 10 **"Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivisticos que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)**" de Secretaria General, el No. 11 **"Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial)."** de Planeación, el No. 16 "**No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP**" de Vicerrectoría Responsabilidad Social y Bienestar Universitario; se han materializado; las mediciones de los indicadores de los riesgos 10 y 16 están por debajo y el riesgo 11 está por encima, de los valores permitidos (línea base). Lo anterior, nos indica que los controles establecidos y las acciones implementadas no han sido efectivas y el riesgo no se pudo prevenir, por lo cual se deben de generar nuevas acciones que ayuden a tener mejores controles que prevengan la materialización del riesgo y a mitigar el impacto.
Se evidencia además que, los riesgos Nos. 21,22 y 23 de la Unidad Organizacional Comunicaciones, no se recibieron los documentos soportes de los indicadores, ni de los controles.

OBS 4: Materialización de riesgos Se evidencia la materialización de riesgos según la medición e información que soporta la evaluación de los indicadores de los riesgos Nos. 10, 11 y 16 (Ver observaciones particulares en la Tabla 10). Lo anterior, por dificultades en el monitoreo de estos riesgos y sus controles, lo que podría conllevar al no cumplimiento de los objetivos de las áreas donde se han materializado dichos riesgos y presentándose amenazas para la Institución.
Riesgo relacionado: Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos
Controles relacionados: Procedimiento SGC-PRO-011 Administración de riesgos, Formato SGC-FOR-011-02, Formato SGC-FOR-011-02, Procedimientos establecidos en el SGC, Normas internas (resoluciones y Acuerdos Consejo Superior) y Sistema de información.
Prioridad del hallazgo: Alto

Comentarios del auditado (Correo electrónico de Gestión de Documentos del martes 24/01/2023 3:33 p. m.):
En atención a su observación informo lo siguiente: Por desconocimiento en la aplicación de la medición y la línea base se ingresó como medida la actualización de 5 instrumentos archivísticos, dado que el riesgo se materializó, se informa que no se llevó a cabo ninguna acción que mitigara la materialización del mismo, sin embargo, para la presente vigencia se replanteará el riesgo con el objetivo y las acciones a las que se pueda dar cumplimiento durante la vigencia 2.023. Este cambio se verá reflejado en el mapa de riesgos de la vigencia mencionada. Por lo anterior, se solicitará una capacitación con el grupo de riesgos para la descripción y correcta medición del riesgo.

De igual manera frente al riesgo se puede indicar: Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivisticos que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)

TRD: Última actualización 2016. Vigencia 2022 actualización series documentales de dependencias académicas y administrativas. Pendiente codificación. Está acción se realizará con la Vicerrectoría Administrativa y Sistemas.
CCD: Pendiente actualización conforme a las TRD. (Depende directamente de la actualización de las TRD).
SIC: Se realizaron dos informes de verificación de los programas de conservación preventiva mencionados en el SIC (Plan de conservación documental y Plan de preservación digital).
MOREQ: Este es un instrumento de planeación el cual formula los requisitos funcionales y no funcionales de la gestión de documentos electrónicos de archivo. Dicho instrumento no se ha realizado, ni presupuestado. Se hace necesario la elaboración de este documento conjuntamente con las oficinas de CRIE y GTI&SI para conocer los lineamientos institucionales que se tienen establecidos hasta el momento para la generación de documentos de estas características.
TDA: Tablas de Control de Acceso (TCA) Instrumento para la identificación de las condiciones de acceso y restricciones que aplican a los documentos. Dicho instrumento no se ha realizado, ni presupuestado. Adicionalmente, no es de carácter obligatorio, es opcional según respuesta del Archivo General de la Nación. Su elaboración depende únicamente de establecer o reglamentar las consultas de la información conservada en los Archivos Central e Histórico, definiendo quiénes, cuándo, y cómo pueden acceder a la información.

Comentarios del auditado (Correo electrónico de Gestión de Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario del martes 24/01/2023 3:33 p. m.): Se comparte respuesta y justificación, emitida por el área de promoción de la salud de la Vicerrectoría, con relación al riesgo: No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP.
Es de anotar que el riesgo no se ha materializado, debido a que no se ha tenido la visita de la Secretaría de Salud donde se certifica el estado de la habilitación, sin embargo, si tenemos un alto riesgo, debido a las acciones pendientes por ejecutar de otras dependencias de la Universidad, lo cual se exponen en el documento adjunto (ver documento adjunto).

OBS 5: Incumplimiento en la entrega de los documentos soportes de los indicadores y controles de los riesgos, por parte de los responsables del seguimiento. Se evidencia que no se recibieron los documentos soportes del seguimiento de los indicadores y de los controles de los riesgos, por parte de algunas dependencias asociadas a los riesgos 21, 22 y 23, con el fin de realizar la evaluación de la gestión de riesgos de la Universidad. Lo anterior, ocasionado por falta de la documentación de las actividades de control y de los indicadores de los riesgos 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 y con ello, obtener bajas calificaciones por los entes que evalúan la gestión de riesgos de las entidades públicas.
Riesgo relacionado: Incumplimiento de la política de gestión de riesgos
Controles relacionados: Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V2 del 2018-10-19).
Prioridad del hallazgo: Medio
Comentarios del auditado: Sin comentarios

E. Tratamiento de los riesgos

De acuerdo a la Guía de Riesgos Gestión, Corrupción y Seg.Digital DAFP - 2018 Versión 4 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. 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.

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.

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.

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

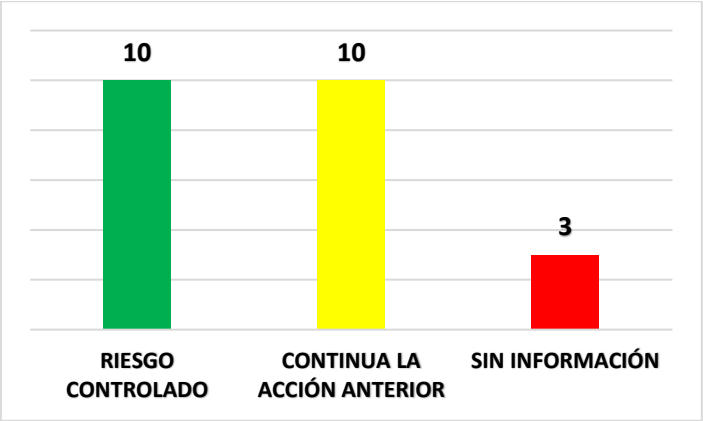
- Nómina
- Manejo de los bienes
- Seguridad digital
- Atención al usuario
- Contratacion (bienes y servicios)
- Corrupción o fraude
- Riesgos contables
- Riesgos fiscales

F. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Gráficos 6, 7 y 8): 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.

Grafico 6. Situación del Riesgo luego del Tratamiento

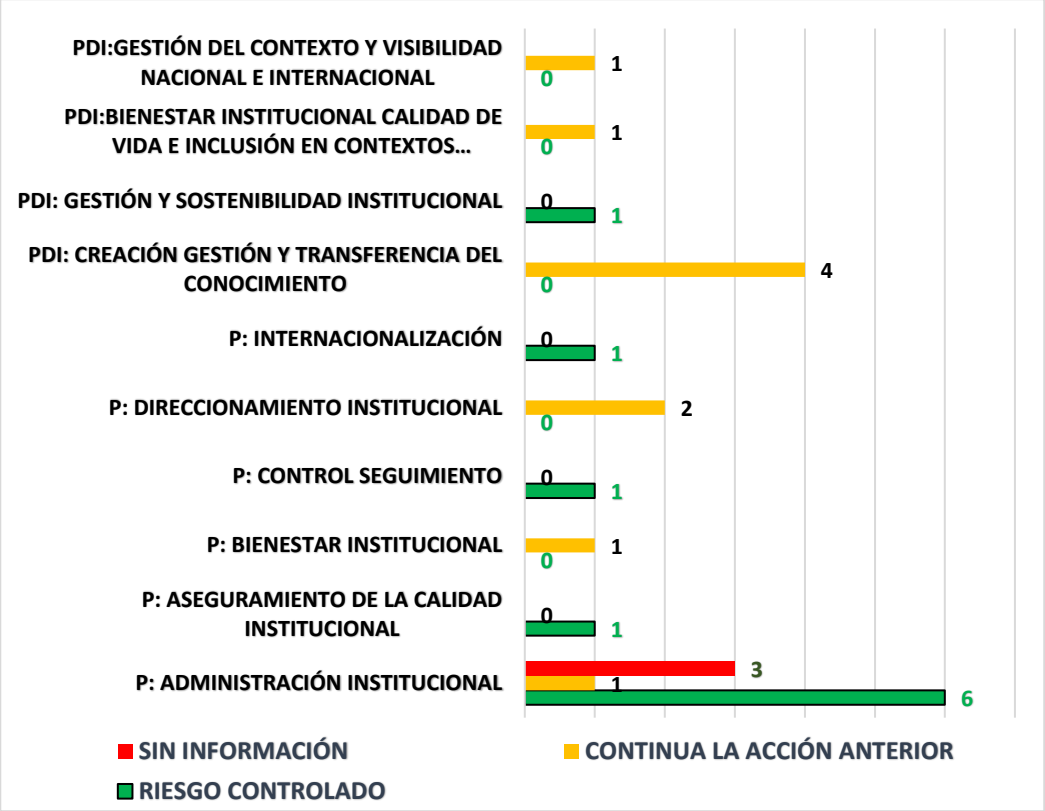
Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2022

Grafico 7. Situación del Riesgo luego del Tratamiento



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2022

Grafico 8. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (por Procesos)



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2022
*P: Proceso – PDI: objetivo Plan Desarrollo Institucional

Se observa en las gráficas No. 6,7 y 8 que de los Riesgos Institucionales, el 43.48% (10) de los Riesgos están Controlados, el 43.48% (10) Continúan con la Misma Acción y no se obtuvo informaciónde tres (3) riesgos (13.04%), debido a que la oficina de Comunicaciones y Promoción Institucional no entregó la información del segundo seguimiento.

Lo anterior, nos indica que las acciones implementadas han sido efectivas, por ello lo 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 un riesgos que requieran de la implementación de una nueva acción de mejora.

6. Recomendaciones

OBSERVACIÓN 1: Falta de implementación de aplicativo de riesgos

- Solicitar a GTISI, información sobre el avance y situación actual del desarrollo e implementación del aplicativo de gestión de riesgos.

OBSERVACIÓN 2: Falta de información para seguimiento de riesgos institucionales

- Los responsables de los riesgos institucionales, deben presentar en los procesos de auditoria los documentos soporte que permitan evidenciar el seguimiento periódico a los riesgos y la aplicación de los controles.

OBSERVACIÓN 3: Seguimiento permanente a las actividades de control

- Se recomienda que el equipo de gestión de riesgos continúe con acciones que fomenten procesos de autoevaluación permanente, que permitan evaluar la eficacia del control respecto a los riesgos identificados.
- Se recomienda a los responsables de los riesgos identificar y documentar los controles en los procedimientos establecidos o en los sistemas de información, que permitan una evaluación objetiva sobre su aplicación y efectividad.

OBSERVACIÓN 4: Materialización de riesgos

- Los responsables de los riesgos materializados deberían dar tratamiento al riesgo, teniendo en cuenta las directrices para el manejo de los riesgos, para lo cual se podrá optar por los siguientes tipos de acciones a tomar:
  Evitar: Consiste en eliminar de forma definitiva la actividad que genera riesgo.
  Reducir: implica implementar controles que conlleven a disminuir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o su nivel de impacto.
  Transferir: se refiere a implementación de controles para que un tercero externo a la Universidad asuma el riesgo, para lo cual se deberá contar con la autorización del Vicerrector Administrativo y Financiero.
  Compartir: Consiste en establecer controles de manera conjunta con otro proceso al interior de la Universidad.
  Asumir: Se refiere a implementar acciones de seguimiento que conlleven al análisis del riesgo.
- Los responsables de los riesgos, deberían 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.
- El equipo de gestión de riesgos debe continuar con las campañas de sensibilización en la metodología de la gestión de riesgos.

OBSERVACIÓN 5: Incumplimiento en la entrega de los documentos soportes de los indicadores y controles de los riesgos, por parte de los responsables del seguimiento

- 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 y controles implementados.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. 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.

2. Emplear fuentes de información para la identificación de los riesgos como lo son:
    - Auditorías a los sistemas de gestión.
    - Informes de Contraloría General de la República
    - Informes de Control Interno
    - Evaluaciones
    - Sistema de PQRS.

3. Implementar riesgos en los temas relacionados capitulo “Tratamiento de riesgos” (página 50) y de las Unidades organizacionales que no lo han hecho, ya que esto ayuda a detectar las debilidades en los procesos y con ello a establecer controles e implementar acciones que ayudan a obtener una mayor eficiencia de las áreas.

4. 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.

5. Revisar los indicadores que se están empleando para el monitoreo de los riesgos, en cuanto a su estructura con el fin de que los mismos permitan hacer un seguimiento efectivo a la gestión de riesgos, de acuerdo a las particularidades de cada proceso.

6. 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.

7. Limitaciones

Durante el desarrollo de este proceso se presentaron limitantes que afectaron de forma moderada el ejercicio llevado a cabo por la Oficina de Control Interno:

- Falta de soportes documentales, relacionados con evidencia de aplicación de controles, por lo cual no se tuvo la suficiente información que permitiera emitir un concepto sobre la efectividad de los mismos.
- Falta de reporte del segundo seguimiento del Mapa de riesgos de tres (3) dependencias, los cuales tienen riesgos incluidos en el mapa de riesgos institucional.
- Demora en la entrega del segundo seguimiento del mapa de riesgo por parte de algunas unidades organizacionales, lo que ocasiono reprocesos en el procesamiento y análisis de la información para la elaboración del informe.

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

Firmado digitalmente por Sandra Yamile Calvo Cataño
Fecha: 2023.02.06 10:09:23 -05'00'

Sandra Yamile Calvo Cataño
Profesional Grado 17 Control Interno
Universidad Tecnológica de Pereira

Firmado digitalmente por Enio Aguirre Torres
Fecha: 2023.02.06 08:27:05 -05'00'

Elaboró: Enio Aguirre Torres
Profesional de Control Interno
Febrero de 2023