

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	1 de 87

Control Interno

Distribuido a:

Francisco Uribe Gómez, Rector (E)

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 –

Jefe de Control Interno

Elaborado por:

Enio Aguirre Torres, Profesional Transitorio

Especializado 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 2023

INFORME NO. AI 1115 –34–2023

Fecha del informe: Febrero 26 de 2024

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	2 de 87

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

- Debilidad en la identificación de riesgos de corrupción (solo 4 identificados) y otros temas (página 91).
- Debilidad en la identificación y redacción de los riesgos por parte de los responsables de los mapas de riesgos de las Unidades Organizacionales, Laboratorios y Facultades.
- Incumplimiento en la entrega de los seguimientos y actualizaciones de los Mapas de Riesgos y de los soportes documentales de los indicadores y de los controles implementados (Ver tabla 11).

Sandra Yamile Calvo Cataño
Jefe Oficina de Control Interno

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	4 de 87

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 2023.

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 2023, 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 2023.

3. Riesgos y controles

Los riesgos y controles que se evaluaron son los siguientes:

Tabla 1. Riesgos y controles

RIESGOS		R1	R2	R3	R4	R5
CALIFICACION RIESGO RESIDUAL		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
CONTROLES	EFFECTIVIDAD	Incumplimiento de las Normas (Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017)	No identificación de los riesgos significativos que afecten el cumplimiento de la misión de la Universidad.	No dar tratamiento adecuado a los riesgos	Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos.	Incumplimiento de la política de gestión de riesgos
Comité Institucional de Control Interno	EFFECTIVO	X				
Procedimientos: 1. Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2013-06-27 2. Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V4 del 2013-05-23.	EFFECTIVO	X	X	X	X	X
Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V2 del 2018-10-19)	EFFECTIVO	X	X	X	X	X
Grupo de Gestión de Riesgos	EFFECTIVO	X	X	X	X	X

Fuente: Control Interno

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

4. Criterios analizados y Metodología empleada

CRITERIOS ANALIZADOS

Los criterios empleados en la auditoría se detallan a continuación:

Normas reguladoras:

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

Procedimientos

- Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2022-08-11, el cual establece la Metodología para la Gestión de Riesgos.
- Instructivo Directrices para la Gestión de Riesgos SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20.
- Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V6 del 2020-09-15.

METODOLOGÍA EMPLEADA

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

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

5. Resultados de la evaluación

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

Tabla 2. Prioridad de las observaciones según el riesgo.

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

Fuente: Análisis Control Interno

En desarrollo de las funciones de valoración de riesgos, Control Interno, realiza el seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional (Facultades, Laboratorios, PDI y Unidades Organizacionales), para determinar el grado de avance y valoración de los Riesgos de la Universidad Tecnológica de Pereira de la vigencia 2023.

5.1 Operación del Equipo de Gestión de Riesgos

El Equipo de Gestión de Riesgos, bajo la coordinación de la Oficina del Sistema Integral de Calidad, realizó 13 reuniones en las cuales se analizaron y discutieron los siguientes temas:

1. Se elabora y aprueba el plan de trabajo para la vigencia 2023: El cual está conformado por 4 Indicadores, a saber:

Tabla 3. Plan de Trabajo

Plan de Trabajo	Indicador	No. Actividades
	1. Actos de la gestión de riesgos	10
	2. Mapa de Riesgos Institucional 2023	6
	3. Primer seguimiento a Mapa de Riesgos Institucional 2023	7
	4. Segundo seguimiento a Mapa de Riesgos Institucional 2023	7

Fuente: Sistema Integral de Gestión

En la reunión No. 02 se socializa el plan de trabajo, se definen los indicadores que se trabajaran en la vigencia 2023 y se aprueban, con las siguientes actividades:

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	8 de 87

Actividades indicador 1. ACTOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS.

- i. Revisión y ajustes al Informe Preliminar Evaluación Gestión de Riesgos 2022
- ii. Aprobación del Plan de Trabajo 2023
- iii. Aprobación formatos mapas de riesgos
- iv. Registro y reporte en el Formulario Único de Reporte de Avance de gestión-FURAG
- v. Realizar asesorías y acompañamiento a las dependencias/áreas/facultades en gestión de riesgos.
- vi. Revisar observaciones del Informe Definitivo "Evaluación Gestión de Riesgos 2022" y revisar si es pertinente realizar plan de mejoramiento por parte del equipo.
- vii. Realizar acompañamiento a las dependencias en la construcción de planes de mejoramiento de los hallazgos identificados en el informe "Evaluación Gestión de Riesgos 2022" construido por control interno. En caso de presentarse dificultades en el cierre se remite la información a Control Interno.
- viii. Realizar capacitación en gestión de riesgos por parte del equipo de riesgos o personal externo para toda la Universidad
- ix. Solicitud de asesorías y capacitación para el equipo de riesgos en el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT en atención a la Ley 2195 de 2022
- x. Hacer consulta ciudadana para los riesgos de corrupción.

Actividades indicador 2. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023.

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

Actividades indicador 3. PRIMER SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023.

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

Actividades indicador 4. SEGUNDO SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023.

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

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	9 de 87

- vi. Consolidación del segundo seguimiento al mapa de riesgos institucional.
 - vii. Publicación de segundo seguimiento del mapa de riesgo institucional.
2. Además, en la reunión del Equipo de Gestión de Riesgos No. 02 del 01 de febrero de 2023, se socializan los cambios a realizar a los formatos de mapas de riesgos, a saber:
- Cambio de Versión y Fecha en el encabezado.
 - Se ajusta en la Hoja "Seguimiento", el título de la columna K "Análisis de la medición" y columna R "Análisis de la aplicación del control existente", con el propósito de dar claridad en el tipo de análisis que allí se debe realizar.
 - Se incluye hoja de la Descripción de Factores Internos y Externos.
 - Se incluye en la hoja "Instructivo", el factor interno denominado "tecnológico".
 - Se actualizan los nombres de los nuevos Decanos y jefe de la oficina de Relaciones Internacionales.
3. En la reunión realizada el 22 de febrero 2023 (ver acta No. 3 del Equipo de Gestión de Riesgos), se informa que, de acuerdo a las preguntas realizadas en la Encuesta de Medición de la Satisfacción de los Usuarios, los temas expuestos a riesgos de corrupción y las dependencias involucradas serían:
- Contratación de obras civiles. Dependencia: Planeación.
 - Otras contrataciones. Dependencias: jurídica y compras.
 - Contratación de personal. Dependencia: Gestión del Talento Humano.
 - Contratación personal docente. Dependencia: Gestión del Talento Humano.
 - Contratación de Bienes. Dependencia: Compras.
 - Ejecución de proyectos especiales. Vicerrectorías Administrativa y Financiera y de Investigaciones.
 - Concurso docente. Dependencia: Gestión del Talento Humano y Vicerrectoría Académica.
 - Concurso personal administrativo. Dependencia: Gestión del Talento Humano
 - Asignación puntos docentes. Dependencia: Vicerrectoría Académica - CIARP.
 - Uso de los recursos bienes e infraestructura. Dependencias: Gestión de Servicios por inventarios y por infraestructura Planeación.
 - Pago a terceros. Dependencia: Gestión Financiera.
 - Ejecución de presupuesto. Dependencia: Gestión Financiera - G. Presupuesto y Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
 - Convocatorias de investigación externas y externas. Dependencia: Vicerrectoría de Investigaciones.
4. El Equipo de Gestión de Riesgos realizó un análisis a los riesgos que se materializaron, de acuerdo al informe "Gestión de Riesgos 2022", realizado por la Oficina de Control Interno:
- Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario: **"No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP"**.
 - Gestión de documentos: **"Incumplimiento en Normatividad Archivística conforme a la actualización de los Instrumentos Archivísticos que deben soportar la Gestión Documental de las Entidades Públicas (TRD, CCD, SIC, MOREQ, TDA Tablas de Control de Acceso)"**

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	10 de 87

5. Se realizó, por parte del Equipo de Gestión de Riesgos, una revisión a los riesgos estratégicos identificados por el asesor externo, donde se definieron las unidades organizaciones responsables, pero no se incluyeron en el Mapa de Riesgos Institucional 2023”.
6. Se envió el Plan de Mejoramiento de la Evaluación de la Gestión Riesgos 2022 a Control Interno, con las respuestas a las observaciones y recomendaciones.
7. Dado que en la vigencia 2022 se realizó la consulta ciudadana sobre riesgos de corrupción y el objetivo este año 2023, era socializar los resultados, se sugiere ajustar la actividad descrita en el plan de trabajo 2023; el Equipo de Gestión de Riesgos define que este año se enfocaría en identificar cual es la forma de realizar la consulta ciudadana para la vigencia 2024.
8. Se realiza la Actualización del Mapa de Riesgos para la vigencia 2023, donde se recibieron 39 mapas de riesgos de 40 esperados, es decir, el 97.5%; quedando pendientes las Unidad Organizacional de Comunicaciones (ver documento” Estado de Actualización Mapa de Riesgos 2023 – Drive google SIG-https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1E1EMX7kXB87GV_m3P2iH1zZCM-XnYSDQ).
9. Se realizó la priorización de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional (Procesos-PDI, 21 riesgos), por parte del Equipo de Gestión de Riesgos, y se hace la presentación para su aprobación, al Comité Institucional de Control Interno (Acta No. 06 del 17 de julio de 2023); el Señor Rector El Rector (e), somete a aprobación el Mapa de Riesgos Institucional 2023, con los ajustes planteados (Se excluyen: R1-Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira y el R7- Probabilidad de incumplimiento del plan maestro de Gestión estratégica del campus debido a la falta de planeación y priorización de los proyectos), siendo ésta propuesta aprobada por el Rector (e) y los demás integrantes asistentes del Comité de Control Interno. De 66 riesgos identificados, en 10 procesos y 5 pilares PDI, el Comité prioriza 19 riesgos para el Mapa de Riesgos Institucional, donde cuatro (4) son de corrupción.
10. Se publica el Mapa de Riesgos Institucional (procesos), en la página web de la Universidad, el 17/07/2023 (ver en link <https://www2.utp.edu.co/meci/>), donde se aprobaron 19 riesgos.
11. Se hace la solicitud del primer seguimiento a los mapas de riesgos (con corte a 30 de junio de 2023), a los diferentes responsables de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y de los pilares del PDI; mediante comunicado de Tips, enviado por el Sistema Integral de Gestión, el día 04 de junio de 2023, para ser entregados por los responsables hasta el 21 de julio de 2023.
12. Se llevó a cabo la revisión y respuesta del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión-FURAG, del Indicador de Control Interno “ICI”, sobre riesgos.
13. Se presentó el primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional (corte a 30 de junio de 2023), los resultados de la Consulta Ciudadana realizada por el Sistema Integral de Gestión, en la vigencia 2022 y la propuesta de encuesta “Consulta Ciudadana en prevención de riesgos de corrupción 2023” ante Comité Institucional de Control Interno (ver Acta Comité No. 08 del 28 de julio de 2023).

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	11 de 87

14. Se publica el Primer Seguimiento del Mapa de Riesgos por Procesos y el Primer Seguimiento del Mapa de Riesgos Institucional, el 22 agosto de 2023 09:02 am (ver en link <https://www2.utp.edu.co/meci/>).
15. Se realiza la solicitud del segundo seguimiento, el cual se comunicó mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 30 de octubre de 2023 (fecha de corte 31/10/2023), para ser entregados por los responsables el día 17 de noviembre de 2023.
16. Se presentó el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional (corte a 31 de octubre de 2023), y los resultados de la Consulta Ciudadana realizada por el Sistema Integral de Gestión, en la vigencia 2023 y la propuesta de encuesta “Consulta Ciudadana en prevención de riesgos de corrupción 2024” ante Comité Institucional de Control Interno (ver Acta Comité No. 12 del 11 de diciembre de 2023).
17. Se publica el segundo Seguimiento del Mapa de Riesgos por Procesos el 11 de diciembre de 2023 01:52 pm (ver en link <https://www2.utp.edu.co/meci/>).
18. Se realiza capacitación en Riesgos de Corrupción y Riesgos Fiscales para Líderes de Proceso y Profesionales de enlace del mapa de riesgos, el día 30 de noviembre de 2023, a las 8:00 am, en el salón A 201 del Edificio Administrativo; por parte del Equipo de Gestión de Riesgos a cargo de la Jefe de Control Interno, a la cual asistieron 39 personas.
19. Se realizaron asesorías y acompañamientos en la elaboración y seguimiento de los mapas de riesgos a diferentes Facultades, Unidades Organizacionales, Laboratorios y Responsables PDI, a saber:
 - Durante el mes de junio de 2023: Se realizó asesoría y acompañamiento a: Control Interno Disciplinario, Egresados UTP y Secretaría General en el uso del instrumento y la metodología de análisis de riesgos
 - Durante el mes de julio de 2023: Se recolectan todas las matrices de riesgos de las diferentes dependencias de la UTP. Se presta asesoría y acompañamiento de acuerdo a peticiones recibidas, y cuando el producto enviado presenta novedades se devuelve con la observación y orientación para su debido diligenciamiento.
 - Durante el mes de agosto de 2023: Se realiza asesoría y acompañamiento en el diligenciamiento de matrices de riesgos, a demanda de las dependencias. Reunión con Jurídica y Egresados. Se migra información de matrices de riesgos de todos las facultades, unidades organizacionales y laboratorios al nuevo formato, estos se remiten a la correspondiente dependencia.
 - Durante el mes de septiembre de 2023: se realiza asesoría y acompañamiento a la facultad de Ciencias Ambientales, en el análisis y gestión de riesgos, se hace seguimiento y validación de la efectividad de los controles.

- Durante el mes de octubre de 2023: Durante el ejercicio de auditorías internas, se revisa el mapa de riesgos, en algunas Facultades y Unidades Organizacionales, se les brinda asesoría y acompañamiento en el análisis y seguimiento de los riesgos. Se actualiza el procedimiento, instructivo y formato de gestión de riesgos en la página del SIG/UTP. Se envía por correo electrónico a las diferentes dependencias el mapa de riesgos actualizado al nuevo formato (con toda la información migrada), informando sobre la actualización de documentos, y la actualización de la matriz de riesgos al nuevo formato, para trabajar sobre este para el segundo seguimiento al mapa de riesgos.
- El 12-oct-2023: se realiza capacitación en gestión de Riesgos para Equipo de Laboratorios UTP.
- Noviembre de 2023: Se realizan actividades de acompañamiento, de acuerdo a las solicitudes recibidas. Se revisa mapa de riesgos de Admisiones, Registro y Control Académico, donde se validaron los controles ejecutados. Se presta apoyo a la facultad de ciencias ambientales. Se recolectan todas las matrices de riesgos de las diferentes dependencias de la UTP, nuevo formato con segundo seguimiento 2023, cuando se identifica que un mapa de riesgos presenta novedades, este se devuelve con la observación y orientación para su debido diligenciamiento.
- Diciembre de 2023: Se realizan actividades de acompañamiento, de acuerdo a las solicitudes recibidas. Se presta asesoría a la Facultad de Ciencias Ambientales. Se realiza la consolidación del mapa de riesgos institucional y es re misionado a Control Interno. Se realiza la consolidación de todos los mapas de riesgos de las diferentes Facultades, Laboratorios y Unidades Organizacionales (202 riesgos en total); se depuran y publican por proceso actualizado con segundo seguimiento en el correspondiente, dentro del mapa institucional de Procesos ==> <https://www2.utp.edu.co/gestioncalidad/sin-categoria/167/mapa-institucional-de-procesos#:~:text=Institucional%20de%20Procesos-,Mapa%20Institucional%20de%20Procesos,-%C3%9Altima%20actualizaci%C3%B3n%3A%20Martes>

20. El avance del Plan de Trabajo del Equipo de Gestión de riesgos al 11 de diciembre de 2023 era del 100%.

21. Actividades pendientes en plan de trabajo: si bien el plan de trabajo tuvo un cumplimiento del 100%, solo se presenta una tarea pendiente, con un cumplimiento parcial en tres actividades dentro del plan de trabajo, relacionadas todas con la Unidad Organizacional Comunicación Institucional.

• Actualización Mapa de Riesgos

N°	Tema/Requisito	Actividades	Fecha Inicio	Fecha Fin	Meta	Avance	% Avance sobre la meta	Avance cualitativo	Relación meta del soporte
1		Enviar TIP solicitando la actualización del mapa de riesgos 2023 (Hasta el 10 de marzo)	6/2/2023	6/2/2023	100%	100%	100%	La solicitud de actualización se hizo el pasado 20 de enero de 2023. Asunto como: Noticias con Calidad: Plan de Puntos Sistema Integral de Gestión 202. Además, en la brigada de calidad realizada del 6 al 17 de febrero se reforzó el tema. Se envió tip recordatorio el 27 de febrero de 2023.	https://www2.utp.edu.co/institucional/de/sig/sig/167/mapa-institucional-de-procesos#:~:text=Institucional%20de%20Procesos-,Mapa%20Institucional%20de%20Procesos,-%C3%9Altima%20actualizaci%C3%B3n%3A%20Martes
2		Actualización por parte de los responsables	7/2/2023	10/9/2023	100%	98%	98%	30-mar-2023 Se cuenta con la actualización de los mapas por parte de los responsables. Ver archivo en word con el estado de la actualización. 11-dic-2023 Queda pendiente la actualización del mapa de riesgos del proceso de comunicación institucional	Ver página web sistema integral de gestión

• 1er. Seguimiento mapa de Riesgos

N°	Tema/Requisito	Actividades	Fecha Inicio	Fecha Fin	Meta	Avance	% Avance sobre la meta	Avance cualitativo	Relación con el soporte
1		Enviar TIP de primer seguimiento (Seguimiento de avance a junio, con corte a 30 junio)	4/7/2023	4/7/2023	100%	100%	100%	<p>30-jun-2023</p> <p>Se envió el TIP de primer seguimiento, se ajustó de acuerdo a recomendaciones de la UTP y se entregó a las unidades organizacionales y vinculadas para iniciar el primer seguimiento al Mapa de Riesgos 2023.</p> <p>Se envió el TIP al 02-jul-2023 solicitando actualización de mapas de riesgos, con fecha máxima de entrega el 21 de julio de 2023.</p>	
2		Seguimiento por parte de los responsables	8/7/2023	21/7/2023	100%	98%	98%	<p>08-jun-2023</p> <p>Se han reactualizado 9 de 48 mapas de riesgos, de la dependencias de la Universidad.</p> <p>08-jun-2023</p> <p>Se presenta relación de dependencias</p> <p>08-jun-2023</p> <p>Se continúa información actualizada (mapas de riesgo por proceso) de cada dependencia, el porcentaje de entregas por dependencias de entrega, según del</p> <p>Factibilidad: 100%, Laboratorio: 100%, PDI: 100%, Proceso (Unidades Organizacionales) 80%</p> <p>21-Ago-2023</p> <p>Se envió el primer seguimiento de entrega de primer seguimiento del proceso de procesos según del</p> <p>Factibilidad: 100%, Laboratorio: 100%, PDI: 100%, Proceso (Unidades Organizacionales) 80%</p> <p>31-jun-2023</p> <p>Se envió el primer seguimiento de entrega de primer seguimiento, se envió en formato electrónico, se entregó a la UTP y se entregó a las unidades organizacionales y vinculadas para iniciar el primer seguimiento al Mapa de Riesgos 2023.</p> <p>08-jun-2023</p> <p>Se realizaron observaciones hacia entrega del mapa de riesgos, pendiente solo comunicación institucional de entrega (dependencia a Función Civil (Comisión de comunicaciones))</p> <p>11-jun-2023</p> <p>Se envió el primer seguimiento de entrega de primer seguimiento, tanto primero como segundo seguimiento</p>	

• 2do. Seguimiento mapa de Riesgos

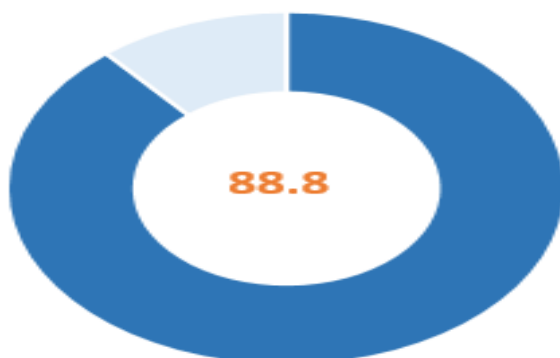
N°	Tema/Requisito	Actividades	Fecha Inicio	Fecha Fin	Meta	Avance	% Avance sobre la meta	Avance cualitativo	Relación con el soporte
1		Enviar TIP de segundo seguimiento (Seguimiento de julio a octubre, con corte a 31 octubre)	1/11/2023	1/11/2023	100%	100%	100%	<p>31-oct-2023</p> <p>Pendiente de enviar, al 1 de noviembre de 2023</p> <p>Se envió el TIP con Calidad, con envío programado para el 30 de octubre, en esta se solicita el envío de los mapas de riesgos en el nuevo formato, con plazo máximo de entrega el 17 de noviembre de 2023.</p>	
2		Seguimiento por parte de los responsables	2/11/2023	16/11/2023	100%	98%	98%	<p>Pendiente de consolidación del total de matrices de riesgos, con fecha del 16 de noviembre de 2023</p> <p>Se realiza seguimiento y retroalimentación a los procesos que así lo requieren</p> <p>11-dic-2023</p> <p>Se publican todos los mapas de riesgos POR PROCESO, en la página web de la UTP / SIG</p> <p>El mapa de riesgos correspondiente a PDI, se envía por correo institucional a Luz Adriana para su publicación.</p> <p>11-dic-2023</p> <p>Solo queda pendiente mapa de riesgos del proces de comunicación institucional, tanto primero como segundo seguimiento</p>	

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

De acuerdo a la evaluación de anual del Modelo Estándar de Control Interno “MECI”, sobre la vigencia 2022, llevado a cabo a través de la plataforma FURAG del Departamento Administrativo de la Función Pública en el mes de octubre de 2023, nos arrojó una calificación de **88.8** para el **Índice de Control Interno**.

En la Evaluación del Índice de Desempeño Institucional “IDI”, sobre la vigencia 2022, en la **Política 19 de Control Interno (88.8)**, en el índice No. 163 “Evaluación Estratégica del Riesgo” tuvimos una calificación del 94.5 y en la **Política No. 15 “Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción” (76.9)**, en el Índice No. 147 “Gestión de Riesgos de Corrupción”, una calificación de 69.3.

Gráfico 2. Resultado Índice de Control Interno
ÍNDICE DE CONTROL INTERNO



Fuente: (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2023)

Grafico 3. Evaluación de Riesgos en el Índice de Desempeño Institucional.

NO. INDICE	POLITICA TRANSPARECIA, ACCESO A LA INFORMACION Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION = 76.9	PUNTAJE
147	GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	69.3
NO. INDICE	POLITICA CONTROL INTERNO = 88.8	PUNTAJE
163	EVALUACIÓN ESTRATÉGICA DEL RIESGO	94.5

Fuente: (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2023)

Es importante tener en cuenta que en esta oportunidad el Departamento Administrativo de la Función Pública, no generó recomendaciones para cada entidad, dado que se evidenció que las que se formularon anteriormente no facilitaban el análisis con respecto a la identificación de los aspectos más críticos en los que debían enfocarse. De acuerdo con lo anterior, invita a las entidades a que, a partir del análisis de sus resultados y la revisión de las respuestas dadas a las preguntas de sus respectivos formularios, se identifiquen aquellos aspectos por mejorar y los lineamientos del modelo que aún no se encuentran implementados a cabalidad, con el fin de formular los planes de acción a seguir.

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

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

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

f. Todas aquellas iniciativas adicionales que la Entidad considere necesario incluir para prevenir y combatir la corrupción.

5.3 Proceso de Gestión de Riesgos realizado en la Universidad en la vigencia 2023

El Equipo de Gestión de Riesgos realizó dos seguimientos para la vigencia 2023 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 30 de junio de 2023), el cual se obtuvo de priorizar 19 riesgos. Estos fueron presentados y aprobados por El Comité Institucional de Control Interno el 17 de julio de 2023 (Acta No. 06 de 2023) y se realiza la actualización del mapa de riesgos de cada uno de los Procesos definidos para la Universidad.

Se recibieron los mapas de riesgo de 15 dependencias, 7 Laboratorios, 4 Pilares del PDI y 9 Facultades.

Tabla 3. Mapas de riesgos con primer seguimiento

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

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

Fuente: Gestión del sistema Integral de Calidad.

Nota: Las siguientes dependencias no presentaron el primer seguimiento en la fecha establecida: Laboratorio de Química Ambiental (LQA), Relaciones Internacionales, Jurídica y Servicios Institucionales (Ver Acta No. 09 de 2023 Equipo de Gestión de Riesgos).

Se evidencia el recibido de 35 de los 40 Mapas de Riesgos que se debían de recibir, es decir el 87,5% de los mapas de riesgos fue recibido.

El Sistema Integral de Gestión, como coordinador del Equipo de Gestión de Riesgos de la Universidad, consolida el primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 30 de junio de 2023; 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 17 de julio de 2023 (acta No. 06-2023). 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 19 riesgos de las Dependencias, Facultades, Laboratorios y de los Pilares del PDI; por parte del Equipo de Gestión de Riesgos y aprobados por El Comité Institucional de Control Interno; se realizó con corte a 31 de octubre de 2023 y se dio plazo de entrega hasta el 17 de noviembre de 2023. En la fecha de elaboración de este informe, se habían recibido 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:	1. Direccionamiento Institucional	16/18
1. Direccionamiento Institucional	Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera	
2. Docencia	Planeación	
3. Investigación e innovación	2. Docencia Vicerrectoría Académica	
4. Extensión y proyección social	Admisiones Registro y Control Académico	
5. Administracion institucional	3. Investigación e innovación Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión	
6. Bienestar institucional	4. Extensión y proyección social Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión	
7. Egresados	5. Administracion institucional Vicerrectoría Administrativa y Financiera	
8. Internacionalización	Planeación	
9. Control y seguimiento institucional	Secretaría General (Gestion de Documentos) Jurídica Recursos Informáticos y Educativos	
10. Aseguramiento de la calidad	Gestión de Servicios Institucionales Gestión Financiera	

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

Fuente: Gestión del sistema Integral de Calidad.

Nota: Las siguientes dependencias no presentaron el segundo seguimiento en la fecha establecida: Oficina de Comunicaciones y Control Interno Disciplinario (Ver Acta No. 12 de 2023 Equipo de Gestión de Riesgos).

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	19 de 87

A la fecha de la generación de este informe, se estaba consolidando el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 31 de octubre de 2023; como también el consolidado del seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional. Pero hubo varias Unidades Organizacionales que no entregaron el segundo seguimiento. Control Interno encontró que se obtuvo información completa de 36 mapas de riesgos, de los 38 que conforman el listado de Dependencias de la Universidad, es decir, el 94.7%. Pero a pesar de lo anterior, se pudo consolidar el mapa de riesgos institucional.

<p>OBSERVACIÓN 1: Falta de información para seguimiento de los riesgos de las Dependencias de la Universidad Se observa que, hubo Dependencias que no presentaron los seguimientos a los riesgos identificados en sus áreas ((Primer seguimiento: Laboratorio de Química Ambiental (LQA), Relaciones Internacionales, Jurídica y Servicios Institucionales), Segundo Seguimiento: Oficina de Comunicaciones, Control Interno Disciplinario), debido a debilidades en los controles de sus procesos, lo que puede conllevar a demoras en los procesos de consolidación de la información sobre riesgos en la Universidad.</p>
<p>Riesgo relacionado: No dar tratamiento adecuado a los riesgos</p>
<p>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)</p>
<p>Prioridad del hallazgo: Bajo </p>
<p>Comentarios del auditado (Grupo de Gestión de Riesgos):</p>

5.4 Análisis de los riesgos identificados en la vigencia 2023

Control Interno realizó una revisión a los 66 riesgos identificados por las Unidades Organizacionales, los Organismos certificadores de la conformidad y las Facultades, para lo cual se hizo un análisis en la etapa de identificación de los riesgos (Establecimiento del Contexto Estratégico (Interno y Externo), Causas, Clase del Riesgo, Definición y Descripción del Riesgo y las Consecuencias) y se recomendaron los siguientes riesgos para el Mapa de Riesgos Institucional, es decir, aquellos riesgos ubicados en el nivel de vulnerabilidad GRAVE y que tengan relación con el cumplimiento de la misión institucional; además, se evaluaron los riesgos en nivel de vulnerabilidad MODERADA y LEVE que afecten de manera directa la misión institucional y el Plan de desarrollo institucional:

Tabla 5. Riesgos identificados por la OCI para el Mapa de Riesgos Institucional

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
1	PDI	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	INTERNO	Procesos de Comunicación	Poco asertividad en la promoción, difusión y visibilidad de los servicios de extensión de la Universidad	Estratégico	Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.	Baja demanda de servicios de extensión en el sector externo a la Universidad Tecnológica de Pereira.	Desfinanciación de la Institución por falta de recursos internos. Bajo posicionamiento de la institución a nivel local, regional, nacional e internacional. Incumplimiento en los indicadores.	Leve	A pesar de ser nivel leve, por su impacto en la universidad, se recomienda incluir en el mapa de riesgos institucionales revisar si es un riesgo a nivel de proceso y no a nivel del PDI

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
2	PDI	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	EXTERNO	Económicos	Falta de financiación externa para la validación, prototipado y escalamiento de los activos tecnológicos	Estratégico	Reducción en la cantidad de activos de conocimiento transferidos a la sociedad	Grupos de investigación e investigadores con menor cantidad de productos de desarrollo tecnológico e innovación lo que impacta directamente la cantidad de activos de conocimiento que son susceptibles de transferirse a la sociedad a través de contratos de licencias, acuerdos de transferencia de materiales, uso de marca.	Impacto negativo en la categorización ante MinCiencias, reducción de los indicadores de innovación que se miden en los diferentes ranking y en los procesos de acreditación y reacreditación institucional y de los programas académicos	LEVE	Se recomienda revisar la redacción del riesgo, pues la descripción no es consecuente, dado que define el riesgo como el impacto: Riesgo: Grupos de investigación e investigadores con menor cantidad de productos de desarrollo tecnológico e innovación Consecuencia = impacto: lo que impacta directamente la cantidad de activos de conocimiento que son susceptibles de transferirse a la sociedad a través de contratos de licencias, acuerdos de transferencia de materiales, uso de marca. Además en las consecuencias no es claro a que se refiere lo siguiente: Impacto negativo en la categorización ante MinCiencias
	EXTERNO	Legales y Normativos	Cambios en la normatividad que dificulten el proceso de transferencia de los activos de conocimiento								
	INTERNO	Recursos Financieros	Incipiente presupuesto para financiar convocatorias de desarrollo tecnológico e innovación								

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
3	PDI	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	EXTERNO	Legales y Normativos	Cambio de normatividad por parte de MinCiencias, relacionada al modelo de medición.	Estratégico	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias	Grupos de investigación que no cumplen con los estándares mínimos para lograr el reconocimiento de MinCiencias o en su defecto disminuyan su categoría	Pérdida de Acreditación Institucional y registros calificados. Incumplimiento de los indicadores institucionales. Disminución en la imagen y reconocimiento como universidad investigativa.	MODERADO	Se recomienda incluir en el mapa de riesgos Institucionales Se debe revisar las causas del riesgo, con el fin de validar los controles que ayuden a mitigar o prevenir el riesgo desde la Probabilidad, pues estas causas persisten desde mapa de riesgos pasados CAUSA: La causa relacionada con FINANCIACIÓN, debe abordarse con el fin de determinar qué es lo que más afecta si la financiación externa o la financiación interna. CAUSA: La causa relacionada con la desactualización de normas y procedimientos, debe ser abordado y es susceptible de que este se elimine desde la Universidad. Respeto a las CONSECUENCIAS, se debe indagar como sería la afectación a nivel de la acreditación institucional, si por disminución de los Grupos nos pueden quitar la acreditación institucional Revisar si es un riesgo a nivel de proceso y no a nivel del PDI
		EXTERNO	Económicos	Falta de financiación externa o interna para el fortalecimiento de los Grupos de Investigación.							
		INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Desactualización de procedimientos y reglamentación interna relacionada a los Grupos de Investigación.							

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
4	PDI	VICERECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	EXTERNO	Legales y Normativos	Cambio de normatividad por parte de MinCiencias, relacionada al modelo de medición.	Estratégico	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	Investigadores que no cumplen con los estándares mínimos para lograr el reconocimiento de MinCiencias o en su defecto disminuyan su categoría.	Pérdida de Acreditación Institucional y registros calificados. Incumplimiento de los indicadores institucionales. Disminución en la imagen y reconocimiento como universidad investigativa.	MODERADO	Se recomienda incluir en el mapa de riesgos institucionales ver comentarios de riesgo 3 revisar si es un riesgo a nivel de proceso y no a nivel del PDI
			EXTERNO	Económicos	Falta de financiación externa o interna para el fortalecimiento de los investigadores.						
			INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Desactualización de procedimientos y reglamentación interna relacionada a los Grupos de Investigación.						
5	PDI	PLANEACIÓN	EXTERNO	Socioculturales	Bajo nivel de articulación entre los diferentes actores institucionales.	Estratégico	La posible desarticulación con el contexto por la poca contribución de la Universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad, debido a la gestión de la universidad sin tener en cuenta su contexto	Desarrollo de la universidad descontextualizada de la realidad regional, nacional e internacional, con bajos nivel de articulación entre los diferentes actores institucionales, y sin procesos de retroalimentación efectiva entre la universidad y el	*Baja incidencia en el medio. *Desaprovechamiento de oportunidades de gestión de recursos. *Pérdida de credibilidad institucional. *Comunidad Universitaria y egresados que no puede acceder a	LEVE	Respecto a este riesgo se debe revisar: RIESGO: la posible desarticulación con el contexto por la poca contribución de la Universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad, debido a la gestión de la universidad sin tener en cuenta su contexto. DESCRIPCIÓN: Desarrollo de la universidad descontextualizada de la realidad regional, nacional e internacional, con (C1) bajos nivel de articulación entre los diferentes actores institucionales, (C3) y sin procesos de retroalimentación efectiva entre la universidad y el medio, limitando su

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
			EXTERNO	Socioculturales	Ausencia de liderazgo transformacional y de conocimiento frente a la dinámica institucional, regional, nacional e internacional.			medio, limitando su contribución a la comprensión y búsqueda de soluciones a problemas de la sociedad.	oportunidades académicas, de investigación y/o laborales.		contribución a la comprensión y búsqueda de soluciones a problemas de la sociedad. Lo señalado en rojo es una CAUSA Lo señalado en naranja es una CONSECUENCIA CAUSA: (C1) Bajo nivel de articulación entre los diferentes actores institucionales. Esta causa es el mismo riesgo RIESGO DEFINIDO POR CONTROL INTERNO (De acuerdo a causas, descripción y consecuencia): Poca contribución de la Universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad
			EXTERNO	Socioculturales	Escasa retroalimentación efectiva entre la universidad y el medio.						
6	PDI	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Directrices administrativas no soportadas en análisis financieros.	Estratégico	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad por la expedición de normas de entes internos (Consejo Superior, Consejo Académico) y externos (Gobierno y Congreso) que impactan directamente al presupuesto de gastos de la Universidad o por un menor recaudo que no permita	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad por la expedición de normas de entes internos (Consejo Superior, Consejo Académico) y externos (Gobierno y Congreso) que impactan directamente al presupuesto de gastos de la Universidad o por un	Modificaciones presupuestales (Reducciones, traslados y aplazamientos) que permitan atender prioritariamente los gastos de funcionamiento y las normas de Ley. Déficit presupuestal constituido por los	LEVE	2023: Se da la misma recomendación que el 2022 RIESGO: Desfinanciación del presupuesto de la Universidad por la expedición de normas de entes internos (Consejo Superior, Consejo Académico) y externos (Gobierno y Congreso) que impactan directamente al presupuesto de gastos de la Universidad o por un menor recaudo que no permita garantizar los compromisos adquiridos Lo señalado en rojo es una CAUSA Lo señalado en naranja es una consecuencia la inclusión corresponde al impacto institucional que puede generar y dada las condiciones de posibles cambios en las
			EXTERNO	Legales y Normativos	Aprobación de normas y leyes gubernamentales que le generan mayor obligación a la institución o cambios en el funcionamiento.						

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	25 de 87

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
			EXTERNO	Económicos	Disminución en el recaudo de los recursos apropiados en el presupuesto de la Universidad aprobado por el Consejo Superior.		garantizar los compromisos adquiridos	menor recaudo que no permita garantizar los compromisos adquiridos	compromisos legalmente adquiridos que han surtido todo el trámite presupuestal, pero no hay recursos disponibles para su pago con cargo al presupuesto del año en que se originaron.		políticas gubernamentales y políticas institucionales Se debe revisar la redacción pues el Riesgo Es: Desfinanciación del presupuesto Institucional
7	PROCESOS	PLANEACIÓN	INTERNO	Tecnología	Daños o pérdida de información en servidores o equipos de cómputo. Rotación de personal	Información	Probabilidad de pérdida de información física y magnética debido a la falta de una política de respaldo en la Universidad, lo que podría ocasionar reprocesos al momento de necesitar su disponibilidad	La oficina de planeación maneja un alto volumen de información debido a los múltiples contratos, planos, entre otros activos de información que allí se generan por lo tanto se requiere de un control de una gestión y control de estos archivos.	Multas o sanciones por los entes de control por las demoras en reportes de información. Pérdida de estudios o trabajos ya realizados.	MODERADO	Si el riesgo abarca lo institucional y no solo la información de planeación RIESGO: Probabilidad de pérdida de información física y magnética debido a la falta de una política de respaldo en la Universidad, lo que podría ocasionar reprocesos al momento de necesitar su disponibilidad Lo señalado en rojo es una CAUSA Lo señalado en naranja es una CONSECUENCIA Se debe revisar el riesgo, y orientarlo de manera institucional, dado que el mismo se materializó en la vigencia anterior. La gestión de este riesgo debe ser por parte de la dependencia que administra los servidores de la universidad y da soporte de mantenimiento a los equipos de cómputo y aplicativos, da respaldo de backup

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
8	PROCESOS	PLANEACIÓN	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Inexistencia de un control dentro de los documentos previos al inicio el proceso.	Estratégico	Probabilidad de incumplimiento del plan maestro de Gestión estratégica del campus debido a la falta de planeación y priorización de los proyectos	Obras y diseños a llevar a cabo por parte de la institución deben estar alineadas con el Plan maestro GEC y las apuestas del PDI	Hallazgos por parte de los entes de control	MODERADO	<p>Si el riesgo se refiere a una deficiencia en la planeación de la infraestructura física , se debe considerar para el MRI</p> <p>RIESGO: Probabilidad de incumplimiento del plan maestro de Gestión estratégica del campus debido a la falta de planeación y priorización de los proyectos</p> <p>CONSECUENCIA: Obras y diseños a llevar a cabo por parte de la institución deben estar alineadas con el Plan maestro GEC y las apuestas del PDI</p> <p>Lo señalado en rojo es una CAUSA</p> <p>Lo señalado en naranja es una CONSECUENCIA</p> <p>Para control interno el riesgo es:</p> <p>RIESGO: Obras y diseños no alineadas al Plan Maestro GEC.</p> <p>CONSECUENCIA; - Incumplimiento del Plan maestro de Gestión Estratégica del Campus - Crecimiento desorganizado de la infraestructura física del campus - Uso indebido de recursos (Procesos disciplinarios, fiscales y penales)</p> <p>CAUSAS: Falta de planeación de proyectos - Desconocimiento por parte del equipo GEC del Plan Maestro y del Plan de Desarrollo Institucional, para la adecuada priorización de las obras - Falta de un banco de proyectos de inversión</p>
			INTERNO	Talento Humano	Desconocimiento por parte del equipo GEC del Plan Maestro y del Plan de Desarrollo Institucional, para la adecuada priorización de las obras						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
9	PROCESOS	GESTIÓN FINANCIERA	INTERNO	Talento Humano	Desconocimiento de la comunidad universitaria sobre la importancia de una adecuada afectación presupuestal	Cumplimiento	Registros presupuestales generados después de que se inicie la ejecución de los compromisos u obligaciones	Registros presupuestales generados por gestión de presupuesto después de haber iniciado el compromiso u obligación por falta de claridad en los actos administrativos y contratos sobre la fecha de inicio de ejecución.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No contar con el Registro Presupuestal que ampara el compromiso antes de ejecución. 2. Investigaciones disciplinarias 3. Demandas 	LEVE	<p>Riesgo nivel leve, sin embargo, dado el impacto en el tema de presupuesto y contratación se debería validar para el MRI</p> <p>Riesgo: Registros presupuestales generados después de que se inicie la ejecución de los compromisos u obligaciones</p> <p>Descripción: Registros presupuestales generados por gestión de presupuesto después de haber iniciado el compromiso u obligación por falta de claridad en los actos administrativos y contratos sobre la fecha de inicio de ejecución.</p> <p>Causa: desconocimiento de la comunidad universitaria sobre la importancia de una adecuada afectación presupuestal</p> <p>Consecuencias: 1. no contar con el registro presupuestal que ampara el compromiso antes de ejecución.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. investigaciones disciplinarias 3. demandas <p>lo señalado en rojo es una causa lo señalado en naranja es una consecuencia lo señalado en verde es riesgo se recomienda revisar el riesgo</p> <p>Riesgo: compromiso u obligación que no cuenta con registro presupuestal (hecho cumplido)</p> <p>Causa: c1: desconocimiento de los ordenadores del gasto y dependencias que tramitan compromisos y obligaciones sobre el proceso presupuestal c2: falta de un sistema de información integrado (procedimientos, herramienta tecnológica)</p> <p>Consecuencia: c1: generar un hecho cumplido c2: investigaciones disciplinarias, fiscales y penales c3: el compromiso u obligación no cuenta con los recursos necesarios para su ejecución</p>

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
10	PROCESOS	GESTIÓN FINANCIERA	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Falta de seguimiento a los protocolos definidos.	Financiero	Fraude Electrónico	Acceso no autorizado a la banca virtual	1. Detrimiento Patrimonial. 2. Exposición de la información financiera de la Universidad.	LEVE	Dado que su identificación corresponde a un fraude, se debe revisar la clase de riesgo, y catalogarla como corrupción
			INTERNO	Talento Humano	Incumplimiento de los protocolos						
			EXTERNO	Tecnologías	Ataques cibernéticos.						
11	PROCESOS	GESTIÓN FINANCIERA	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Estados Financieros inconsistentes.	Contable	No feneamiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras	Registros contables no consistentes con las normas expedidas por el ente regulador en la materia	1. Hechos económicos sobre o subestimados, 2. Sanciones Disciplinarias 3. Estados Financieros no aprobados.	GRAVE	Nivel riesgo grave riesgo: no feneamiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras causas: estados financieros inconsistentes consecuencias: 1. hechos económicos sobre o subestimados, 2. sanciones disciplinarias 3. estados financieros no aprobados. lo señalado en rojo es una causa lo señalado en naranja es una consecuencia lo señalado en verde es riesgo riesgo: estados financieros inconsistentes. (inconsistencias entre las cifras presentadas en los estados financieros y los saldos reflejados en los libros de contabilidad)

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
											<p>Causa: 1. incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras.</p> <p>2. sobreestimación o subestimación de cuentas contables</p> <p>Consecuencia: 1. opinión con salvedades, negativa o de abstención sobre los estados financieros</p> <p>2.no fenecimiento de la cuenta</p> <p>3. sanciones disciplinarias.</p>
12	PROCESOS	SECRETARIA GENERAL	INTERNO	Talento Humano	Desactualización de las bases de datos suministradas por las dependencias responsables o errónea certificación de los requisitos de los candidatos	Operacional	Ilegitimidad en resultados electorales	Resultados de elecciones con errores o irregularidades	Impugnación de resultado electorales. Pérdida de credibilidad en el sistema electoral de la Universidad	LEVE	<p>Riesgo nivel leve, aunque su impacto en la institución genera graves consecuencias</p> <p>RIESGO: Ilegitimidad en resultados electorales</p> <p>CAUSAS: 1. Desactualización de las bases de datos suministradas por las dependencias responsables o errónea certificación de los requisitos de los candidatos.</p> <p>2. Errónea configuración de las votaciones, debido a que software requiera demasiadas configuraciones o permisos lo que podría generar fallas en las votaciones</p> <p>3. Fallas técnicas del servidor, o por problemas de energía eléctrica o conexión a Internet</p> <p>Lo señalado en rojo es una CAUSA</p>
			INTERNO	Sistemas de Información	Errónea configuración de las votaciones, debido a que software requiera demasiadas configuraciones o permisos lo que podría generar fallas en las votaciones						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
			INTERNO	Infraestructura	Fallas técnicas del servidor, o por problemas de energía eléctrica o conexión a Internet						<p>lo señalado en naranja es una consecuencia lo señalado en verde es riesgo</p> <p>revisar</p> <p>RIESGO: Resultados de procesos electorales no conformes</p> <p>CAUSA: 1. Desactualización de las bases de datos suministradas por las dependencias responsables o errónea certificación de los requisitos de los candidatos. (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)</p> <p>2. Errónea configuración de las votaciones (TECNOLÓGICO)</p> <p>3. Fallas técnicas del servidor (TECNOLOGICO)</p> <p>CONSECUENCIAS: 1. Impugnación de resultado electorales.</p> <p>2. Pérdida de credibilidad en el sistema electoral de la Universidad</p> <p>3. Afectación de la imagen institucional</p>
13	PROCESOS	SECRETARIA GENERAL	INTERNO	Talento Humano	Omisión o retraso de respuesta por parte del funcionario encargado en la Secretaria General	Cumplimiento	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaria General	No dar respuesta a un Derecho de Petición dentro de los términos establecidos por la ley	Interposición de una Acción de Tutela. Acciones legales en contra de la Universidad	LEVE	<p>No mri, si se deja solo para Secretaria General riesgo nivel leve, por el impacto institucional se recomienda incluirlo en el mapa de riesgo institucional</p> <p>riesgo: Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaria General</p> <p>CAUSA: 1. Omisión o retraso de respuesta por parte del funcionario encargado en la Secretaria General</p> <p>CONSECUENCIA: Interposición de una Acción</p>
			EXTERNO	Legales y Normativos	Entidades externas que no suministran soportes o información requerida para dar respuesta						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
											<p>de Tutela. Acciones legales en contra de la Universidad Lo señalado en rojo es una CAUSA Lo señalado en naranja es una CONSECUENCIA lo señalado en verde es riesgo RIESGO: Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición CAUSA: 1. Omisión o retraso de respuesta por parte de la dependencia encargada 2. Entidades externas que no suministran soportes o información requerida para dar respuesta CONSECUENCIAS: 1. Interposición de una Acción de Tutela. 2. Acciones legales en contra de la Universidad</p>
14	PROCESOS	GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	INTERNO	Infraestructura	Fallos en equipos y redes de media y baja tensión	Operacional	Suspensión en el servicio de energía eléctrica en el campus universitario	Fallas en el fluido de energía eléctrica por más de 4 horas	Suspensión de actividades académicas y administrativas	MODERADO	<p>Si se debe incluir en el MRI, debido a que una falla eléctrica tiene gran impacto en la operación de la universidad no se tiene observaciones frente al riesgos</p>
			INTERNO	Talento Humano	Errores humanos en la operación y mantenimiento de equipos y redes.						
			INTERNO	Tecnología	Fallos en equipos y redes de media tensión del proveedor de servicio.						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
15	PROCESOS	GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	INTERNO	Infraestructura	No revisión oportuna de los niveles de los tanques de almacenamiento de agua.	Operacional	Agotamiento de las reservas de agua en el campus universitario, necesarias para la atención de las necesidades básicas de salubridad	Falta de agua en el Campus Universitario para la atención de necesidades básicas	Suspensión de actividades académicas y administrativas	LEVE	Si se debe incluir en el MRI, debido a que la falta de agua tiene gran impacto en la operación de la universidad RIESGO: Agotamiento de las reservas de agua en el campus universitario, necesarias para la atención de las necesidades básicas de salubridad Revisar redacción de riesgo: RIESGO: Agotamiento de las reservas de agua para la atención de las necesidades básicas de salubridad en el campus universitario
			INTERNO	Infraestructura	Daños ocurridos en la red hidráulica al interior del campus que imposibiliten el suministro de agua.						
			EXTERNO	Tecnologías	Falta de suministro de agua prolongado por parte del prestador del servicio, por daños ocurridos en la red hidráulica externa						
16	PROCESOS	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Falta de Tiempo para hacer las pruebas respectiva.	Tecnológico	Software con errores de funcionamiento	Reprocesos de revisión y ajuste de código o de datos inconsistentes.	Software en funcionamiento sin cumplir todas las especificaciones del usuario, con problemas de funcionamiento, mala toma de decisiones y mala imagen de la dependencia	MODERADO	Si se debe incluir en el MRI, dado que el impacto en la información generada en la universidad podría ser crítica para la toma de decisiones o entrega de informes a entes externos RIESGO: Software con errores de funcionamiento DESCRIPCIÓN: Reprocesos de revisión y ajuste de código o de datos inconsistentes. CAUSA: Falta de Tiempo para hacer las pruebas respectiva. (PROCEDIMIENTOS Y

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
											<p>REGLAMENTACIÓN)</p> <p>CONSECUENCIAS: Software en funcionamiento sin cumplir todas las especificaciones del usuario, con problemas de funcionamiento, mala toma de decisiones y mala imagen de la dependencia</p> <p>Validar si se tienen más causas que generen este riesgo</p> <p>DESCRIPCIÓN: Software en funcionamiento con problemas de código o sin cumplir con las especificaciones del usuario</p> <p>CAUSA: Falta de Tiempo para hacer las pruebas respectiva. <u>(TALENTO HUMANO)</u></p> <p>CONSECUENCIA: 1. Reprocesos de revisión</p> <p>2. Ajuste de código o de datos inconsistentes.</p> <p>3. Generación de información inconsistente, no adecuada (mala toma de decisiones)</p> <p>4. Falta de disponibilidad de información</p> <p>4. Mala imagen de la dependencia</p>
17	PROCESOS	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	INTERNO	Infraestructura	Daño físico en algunos de los servidores que alojan las aplicaciones institucionales	Tecnológico	No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.	Debido a una falla en alguna de los elementos que proveen acceso al servidor o algunas de las partes de los servidores, se puede ver afectado el acceso a las aplicaciones que	Falla en la prestación del servicio, parálisis de los servicios, retrasos en las actividades propias de las dependencias, mala imagen.	MODERADO	<p>Si se debe incluir en el MRI, dado que el impacto en la información generada en la universidad podría ser crítica para la toma de decisiones o entrega de informes a entes externos</p> <p>RIESGO: No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.</p> <p>CAUSA: 1. Daño físico en algunos de los servidores que alojan las aplicaciones institucionales</p> <p>DESCRIPCIÓN: Debido a una falla en alguna</p>

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
								estén instaladas en dicho servidor			<p>de los elementos que proveen acceso al servidor o algunas de las partes de los servidores, se puede ver afectado el acceso a las aplicaciones que estén instaladas en dicho servidor.</p> <p>Validar si se tienen más causas que generen este riesgo</p> <p>DESCRIPCIÓN: Falta de disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales</p> <p>CAUSA: 1. Daño físico en algunos de los servidores o algunas de las partes de los servidores</p> <p>2. Falla en alguno de los elementos que proveen acceso al servidor</p> <p>CONSECUENCIA: 1. Afectación del acceso a las aplicaciones que estén instaladas en dicho servidor</p> <p>2. Falla en la prestación del servicio, parálisis de los servicios,</p> <p>3. Retrasos en las actividades propias de las dependencias.</p>
18	PROCESOS	JURÍDICA	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Los procedimientos relacionados con la Gestión Contractual se llevan a cabo de forma manual	Operacional	Incumplimiento en los plazos establecidos para gestionar las necesidades de tipo contractual de las dependencias	Demora en la atención de los requerimientos de tipo contractual (perfeccionamiento y legalización, modificaciones, actas de ejecución, terminación y liquidación del contratos) de las	Vencimiento de términos legales de la gestión contractual	MODERADO	<p>Si se debe incluir en el MRI, dado que su impacto afecta el clima institucional en atención a las demoras de los procesos de contratación, dado que el proceso se realiza de forma manual, lo que también puede conllevar a errores, reprocesos y hallazgos de entes de control</p> <p>Se debe incluir un riesgo de contratación de CLASE de CUMPLIMIENTO Y CORRUPCION</p>
			INTERNO	Procedimientos y reglamentación				Incumplimiento de la prestación de servicios de la Universidad			

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	35 de 87

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
								dependencias académicas y administrativas	Demoras en la realización actividades de las dependencias de la Universidad		
19	PROCESOS	JURÍDICA	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Falta de seguimiento a los procesos de contratación	Operacional	Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar en el Secop II	Demora de más de tres días hábiles para cargar la documentación contractual en la plataforma SECOP II	<p>Procesos disciplinarios por no publicar en el SECOP II en los términos establecidos por la ley y las circulares de Colombia Compra.</p> <p>Vencimiento de términos legales de la gestión contractual</p> <p>Carga laboral adicional</p>	MODERADO	<p>Si se debe incluir en el MR II, debido a que el proceso puede conllevar hallazgos de la CGR para la universidad y a procesos disciplinarios, además es importante resaltar la labor de seguimiento que deben hacer los supervisores e interventores de acuerdo al manual de supervisión</p> <p>CAUSA: Falta de seguimiento a los procesos de contratación. (PROCEDIMIENTOS Y REGLAMENTACIÓN)</p> <p>Se debe revisar con el fin de determinar a quién le corresponde la falta de seguimiento si a la Oficina Jurídica y a Compras de bienes y Suministros en relación a su función de 2 línea de defensa o si le corresponde a los supervisores o interventores</p>

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
20	PROCESOS	PLANEACIÓN	INTERNO	Talento Humano	Bajo nivel de apropiación de los responsables del Plan de Mejoramiento institucional, que dificulte el cumplimiento de las acciones establecidas en el PMI.	Estratégico	Posibilidad de Incumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional derivado de la autoevaluación institucional con fines de reacreditación, que afecte su reconocimiento como institución acreditada de alta calidad	Riesgo de incumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Mejoramiento Institucional derivado de la Autoevaluación con fines de renovación de la acreditación.	<p>Pérdida del reconocimiento como Institución acreditada en alta calidad</p> <p>Pérdida de oportunidades en el contexto a nivel departamental, regional, nacional e internacional</p> <p>Pérdida de la imagen institucional</p>	LEVE	<p>Si se debe incluir en el MRI nivel leve, por el impacto en la imagen institucional</p> <p>RIESGO: Posibilidad de Incumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional derivado de la autoevaluación institucional con fines de reacreditación, que afecte su reconocimiento como institución acreditada de alta calidad</p> <p>CAUSA: Bajo nivel de apropiación de los responsables del Plan de Mejoramiento institucional, que dificulte el cumplimiento de las acciones establecidas en el PMI.</p> <p>CONSECUENCIA: 1. Pérdida del reconocimiento como Institución acreditada en alta calidad</p> <p>2. Pérdida de oportunidades en el contexto a nivel departamental, regional, nacional e internacional</p> <p>3. Pérdida de la imagen institucional</p> <p>REVISAR</p> <p>RIESGO: Incumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional derivado de la autoevaluación institucional con fines de reacreditación</p> <p>Para control interno el riesgo podría ser:</p> <p>RIESGO: Pérdida del reconocimiento como Institución acreditada en alta calidad</p>

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
											<p>CAUSA: 1. Incumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional derivado de la autoevaluación institucional con fines de reacreditación</p> <p>2. Imposición por parte del Ministerio de Educación Nacional de Medidas preventivas, de vigilancia especial o sanción.</p> <p>CONSECUENCIAS: 1. Pérdida de oportunidades en el contexto a nivel departamental, regional, nacional e internacional</p> <p>2. Pérdida de la imagen institucional</p>
21	PROCESOS	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	INTERNO	Talento Humano	Falta de ética profesional.	Corrupción	<p>Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión por falta de ética profesional al entregar datos institucionales a personas no autorizadas al no realizar socialización de los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente.</p>	<p>Permitir el uso de información sensible para la institución como contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos a personas no autorizadas</p>	<p>Pérdida de la confidencialidad de la información.</p> <p>Pérdida de la vinculación laboral por incumplimiento de la cláusula de confidencialidad del contrato.</p> <p>Afectación a la imagen de la Universidad</p>	LEVE	<p>Si se debe incluir en el MRI si se refiere a toda la institución y no solo a la del sistema integral de gestión</p> <p>por ser riesgo de corrupción (Ver directriz)</p> <p>Sin embargo se recomienda:</p> <p>Si se tratara de pérdida de la integridad de la información si se podría considerar</p> <p>RIESGO: Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión por falta de ética profesional al entregar datos institucionales a personas no autorizadas al no realizar socialización de los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente.</p> <p>CAUSA: Falta de ética profesional.</p> <p>CONSECUENCIA: 1. Pérdida de la confidencialidad de la información.</p>

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
											<p>2. Pérdida de la vinculación laboral por incumplimiento de la cláusula de confidencialidad del contrato.</p> <p>3. Afectación a la imagen de la Universidad</p> <p>REVISAR:</p> <p>EL RIESGO ES LA MISMA CONSECUENCIA 1</p> <p>RIESGO: Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión</p> <p>CAUSA: 1. Falta de ética profesional.</p> <p>2. Entregar datos institucionales a personas no autorizadas</p> <p>3. No aplicar los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente.</p> <p>CONSECUENCIAS:</p> <p>1. Incumplimiento de la Ley 1581 de 2012 (Datos personales) y La Ley 1712 de 2014 (Información reservada y clasificada)</p> <p>2. Incumplimiento de la cláusula de confidencialidad del contrato.</p> <p>3. Demandas a la Universidad</p> <p>4. Afectación a la imagen de la Universidad</p>
22	PROCESOS	CONTROL INTERNO	INTERNO	Talento Humano	Personal no idóneo que no atiende los valores de la institución o del servicio público	Corrupción	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	Manipulación de informes de control interno, a través de la omisión de posibles actos de corrupción o irregularidades administrativas	Información deficiente para la alta dirección que permita tomar decisiones para la mejora	LEVE	Si se debe incluir en el MRI por ser riesgo de corrupción (ver directriz) impedidos para dar concepto sobre este riesgo, dado que es de nuestra dependencia
			EXTERNO	Socioculturales	Presión externa al personal de control interno para favorecer a terceros			Investigaciones disciplinarias			

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
									Afectación del buen nombre y reconocimiento de la Universidad		
23	PROCESOS	PLANEACIÓN	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Desconocimiento de los procedimientos contractuales y proyectos especiales	Corrupción	Probabilidad de Afectación administrativa, disciplinaria o fiscal por sanción o iniciación de una proceso del ente de control por la ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).	Incumplimiento en la ejecución de proyectos (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial) en el desarrollo y ejecución en cada una de sus etapas	Hallazgos por parte de entes de control	MODERADO	Si se debe incluir en el MRI, si se generaliza para la universidad en todos los proyectos especiales riesgo de corrupción (ver directriz) sin embargo, se recomienda revisar la redacción y la definición: Si el riesgo fuera relacionado con el incumplimiento de los proyectos de operación comercial se recomienda incluir en el MRI Las sanciones, disciplinaria, fiscales o Aditivas o penales no son riesgos son consecuencias CAUSAS: 1. Desconocimiento de los procedimientos contractuales y proyectos especiales 2. Bajo nivel de seguimiento periódico en la ejecución de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, proyectos de operación comercial) 3.Desarticulación de los procedimientos institucionales para el desarrollo y ejecución en cada una de sus etapas RIESGO: Probabilidad de Afectación administrativa, disciplinaria o fiscal por sanción o iniciación de una proceso del ente de control por la ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación
			INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Bajo nivel de seguimiento periódico en la ejecución de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, proyectos de operación comercial)				Detrimiento patrimonial		

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
			INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Desarticulación de los procedimientos institucionales para el desarrollo y ejecución en cada una de sus etapas						comercial). CONSECUENCIAS: 1. Hallazgos por parte de entes de control 2. Detrimiento patrimonial 3. Incumplimiento de resultados 4. Afectación de la imagen institucional REVISAR: el tipo no es corrupción sino cumplimiento, pues las causas no son asociadas a este tema RIESGO: Ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial). CONSECUENCIAS: 1. Hallazgos por parte de entes de control 2. Detrimiento patrimonial 3. Incumplimiento de resultados 4. Afectación de la imagen institucional
24	PROCESOS	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Incumplimiento de las normas que reglamentan el PEI como carta de navegación académica y, las orientaciones institucionales para el diseño y renovación curricular de los programas académicos en la Universidad.	Estratégico	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular.	Que el Proyecto Educativo Institucional- PEI y, los documentos institucionales para la renovación curricular se queden como un documento escrito y no se haga realidad.	Currículos desactualizados que no responden a los lineamientos institucionales, a las necesidades del contexto y, los desarrollos científicos de las disciplinas.	MODERADO	Si se debe incluir en el MRI riesgo nivel moderado RIESGO: No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular. REVISAR PARA CONTROL INTERNO SON DOS RIESGOS: RIESGO 1: No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional CAUSAS R1: 1. Incumplimiento de las normas que reglamentan el PEI como carta de

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
			INTERNO	Talento Humano	Que la comunidad educativa no entienda como pueden aplicar en los programas académicos y en las prácticas educativas los lineamientos expuestos en el PEI y las orientaciones institucionales para la renovación curricular, esto debido a la baja formación de los docentes en temas curriculares, en pedagogía y en didáctica.				Estudiantes con bajas competencias en formación humana, pensamiento crítico, ciudadanía y democracia y, compromiso con la sostenibilidad ambiental. Egresados sin la identidad institucional de la UTP		navegación académica 2. Comunidad educativa no entienda como pueden aplicar en los programas académicos y en las prácticas educativas los lineamientos expuestos en el PEI RIESGO 2: Incumplimiento de las orientaciones institucionales para la renovación curricular. CAUSAS R2: 1. Baja formación de los docentes en temas curriculares, en pedagogía y en didáctica. 2. No disponer de los recursos requeridos para la implementación de propuestas curriculares y prácticas educativas innovadoras, flexibles, pertinentes e integradoras.
			INTERNO	Recursos Financieros	No disponer de los recursos requeridos para la implementación de propuestas curriculares y prácticas educativas innovadoras, flexibles, pertinentes e integradoras, lo cual impediría el cumplimiento de los lineamientos.						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
25	PROCESOS	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	INTERNO	Sistemas de Información	Manualidad en la obtención y consolidación de la información necesaria para los análisis financieros respectivos.	Financiero	Probabilidad de requerirse ajustes en el presupuesto Institucional o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia, para atender gastos adicionales no proyectados en razón a la aprobación por parte de los órganos colegiados, de propuestas no viables administrativa o financieramente, o que no contaron con el análisis financiero respectivo de manera previa.	Emisión de conceptos administrativos y financieros favorables, avales o recomendaciones sin soportes o análisis adecuados que permitan la toma de decisiones acertadas por parte de las instancias correspondientes.	Aprobación de propuestas no viables administrativa y financieramente. Necesidad de realizar ajustes en el presupuesto institucional para atender gastos adicionales no proyectados por dificultades en los análisis, aplazando gastos priorizados	MODERADO	Si se debe incluir en el MRI NIVEL DE RIESGO MODERADO, POR EL NIVEL DE IMPACTO EN EL TEMA FINANCIERO DE LA UNIVERSIDAD RIESGO: Probabilidad de requerirse ajustes en el presupuesto Institucional o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia, para atender gastos adicionales no proyectados en razón a la aprobación por parte de los órganos colegiados, de propuestas no viables administrativa o financieramente, o que no contaron con el análisis financiero respectivo de manera previa. CAUSAS: 1. Manualidad en la obtención y consolidación de la información necesaria para los <u>análisis</u> financieros respectivos. 2.Omisión de información necesaria para el <u>análisis</u> , por desconocimiento u olvido de la persona responsable de hacerlo. 3. Tiempos de entrega reducidos que no permiten realizar un <u>análisis</u> pertinente. CONSECUENCIAS; 1. Aprobación de propuestas no viables administrativa y financieramente. 2. Necesidad de realizar ajustes en el
			INTERNO	Talento Humano	Omisión de información necesaria para el análisis, por desconocimiento u olvido de la persona responsable de hacerlo.						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
			INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Tiempos de entrega reducidos que no permiten realizar un análisis pertinente.						<p>presupuesto institucional para atender gastos adicionales no proyectados por dificultades en los análisis, aplazando gastos prioritizados</p> <p>REVISAR</p> <p>Revisar la redacción</p> <p>RIESGO: Aprobación por parte de los órganos colegiados, de propuestas no viables administrativa o financieramente</p> <p>CAUSAS: 1. No contar con el análisis financiero respectivo de manera previa de las propuestas administrativas o financieras</p> <p>CONSECUENCIA: 1. Ajustes en el presupuesto Institucional 2. Aplazamientos de gastos prioritizados para la vigencia, 3. Atención de gastos adicionales no proyectados</p>
26	PROCESOS	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Decisiones del Consejo Académico	Cumplimiento	Alteración del Calendario Académico	Modificación de la programación de las actividades definidas en el calendario académico	<p>Cruce de procedimientos académicos y administrativos</p> <p>Extensión de contratos de trabajo</p> <p>Insatisfacción de estudiantes y padres de familia, reflejado en el aumento de PQRS</p>	MODERADO	<p>Si se debe incluir en el MRI, dado las implicaciones de operación para la universidad, y la afectación de los procesos administrativos y académicos, además de la afectación a los estudiantes en el desarrollo de sus carreras</p> <p>nivel de riesgo moderado</p> <p>CAUSA: Solicitudes de entidades gubernamentales (externo - orden público) revisar</p> <p>causa: solicitudes de entidades gubernamentales (externo - legales o normativos)</p>
			EXTERNO	Orden Público	Solicitudes de entidades gubernamentales						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
27	PROCESOS	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	INTERNO	Sistemas de Informaci	1. Fallas en el sistema de información	Corrupción	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	Omisión, inexactitud o adulteración de información en los certificados de estudios con información especial expedidos por la Universidad	1. Expedición de certificados de estudios fuera de los lineamientos establecidos en normas internas vigente 2. . Estudiante certificado con información que no corresponde a su historial académico 3. Expedición de certificados que no son competencia de Admisiones, Registro y Control Académico 4. Afectación del buen nombre de la Universidad y la credibilidad de la Dependencia	LEVE	Si se debe incluir en el MRI por ser riesgo de corrupción (Ver directriz) RIESGO: Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial DESCRIPCIÓN: Omisión, inexactitud o adulteración de información en los certificados de estudios con información especial expedidos por la Universidad CAUSAS: 1. Fallas en el sistema de información 2. Generación de certificados manuales CONSECUENCIAS: 1. Expedición de certificados de estudios fuera de los lineamientos establecidos en normas internas vigente 2. . Estudiante certificado con información que no corresponde a su historial académico 3. Expedición de certificados que no son competencia de Admisiones, Registro y Control Académico 4. Afectación del buen nombre de la Universidad y la credibilidad de la Dependencia RIESGO: Certificados con información que no corresponde al historial académico CAUSAS: 1. Fallas en el sistema de información 2. Generación de certificados manuales 3. Omisión, inexactitud o adulteración de información del historial académico CONSECUENCIAS: 1. Expedición de certificados de estudios fuera de los lineamientos establecidos en normas internas vigente 2. Afectación del buen nombre de la Universidad y la credibilidad de la Dependencia
			INTERNO	Procedimientos y	2. Generación de certificados manuales						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
28	PROCESOS	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	INTERNO	Procedimientos y reglamentación	Desconocimiento por parte del personal para la presentación y formulación de un proyecto.	Operacional	Probabilidad de que se presenten convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.	Propuestas y proyectos con errores técnicos y compromisos no presupuestados.	<p>Compromisos adquiridos en los proyectos que superan los ingresos pactados para la prestación del servicio.</p> <p>Reintegros presupuestales a las entidades por incumplimiento de compromisos.</p> <p>Consecuencias legales por incumplimiento en lo que se había pactado</p>	LEVE	<p>Si se debe incluir en el MRI nivel de riesgo leve, por su impacto en la parte financiera de la universidad y por el volumen de contratos y convenios que la firma la UTP se recomienda incluirlo</p> <p>CAUSAS: 1. Desconocimiento por parte del personal para la presentación y formulación de un proyecto.</p> <p>2. Entrega inoportuna de la información por parte del proponente. (EXTERNO - SOCIOCULTURAL)</p> <p>3. Presiones de agentes externos para el cumplimiento de tiempos para la presentación de propuestas. (EXTERNO - SOCIOCULTURAL) (ESTA CAUSA GENERA QUE EL RIESGO SEA DE TIPO DE CORRUPCIÓN)</p> <p>RIESGO: Probabilidad de que se presenten convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.</p> <p>DESCRIPCIÓN: Propuestas y proyectos con</p>
			INTERNO	Talento Humano	Entrega inoportuna de la información por parte del proponente.						

No	ORIGEN	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE	TIPO FACTOR	FACTOR	CAUSA	CLASE	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL	Análisis de Control Interno
			EXTERNO	Legales y Normativos	Presiones de agentes externos para el cumplimiento de tiempos para la presentación de propuestas.						<p>errores técnicos y compromisos no presupuestados.</p> <p>CONSECUENCIA: 1. Compromisos adquiridos en los proyectos que superan los ingresos pactados para la prestación del servicio. 2. Reintegros presupuestales a las entidades por incumplimiento de compromisos. 3. Consecuencias legales por incumplimiento en lo que se había pactado</p> <p>RIESGO: convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.</p> <p>CAUSA: 1. Desconocimiento por parte del personal para la presentación y formulación de un proyecto. 2. Entrega inoportuna de la información por parte del proponente. (EXTERNO - SOCIOCULTURAL) 4. Propuestas y proyectos con errores técnicos y compromisos no presupuestados.</p> <p>CONSECUENCIA: 1. incumplimiento del clausulado del contrato o convenio 2. Desequilibrio económico en la ejecución presupuestal del contrato o convenio</p>

Fuente: Mapas de Riesgos

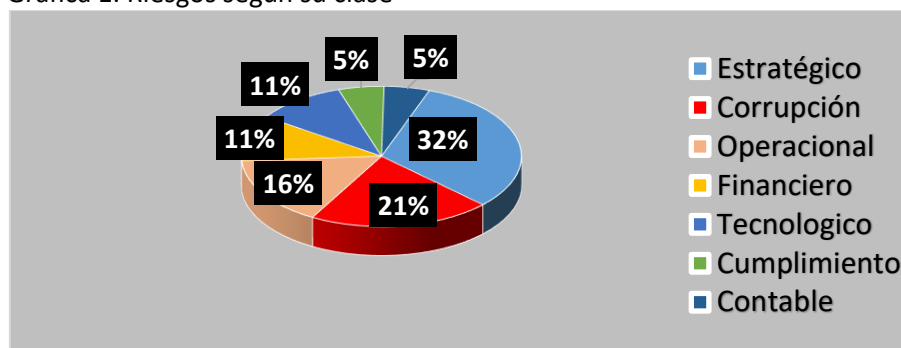
Puede evidenciarse en la tabla 5 las recomendaciones de la oficina de Control Interno sobre los riesgos que debían de incorporarse en el Mapa de Riesgos Institucional, además, de las recomendaciones realizadas frente a la identificación de los riesgos (descripción, causas y consecuencias).

Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2023

Para la vigencia 2023 se clasificaron por parte del Equipo de Gestión de Riesgos 19 riesgos, a los cuales les hacemos el siguiente análisis:

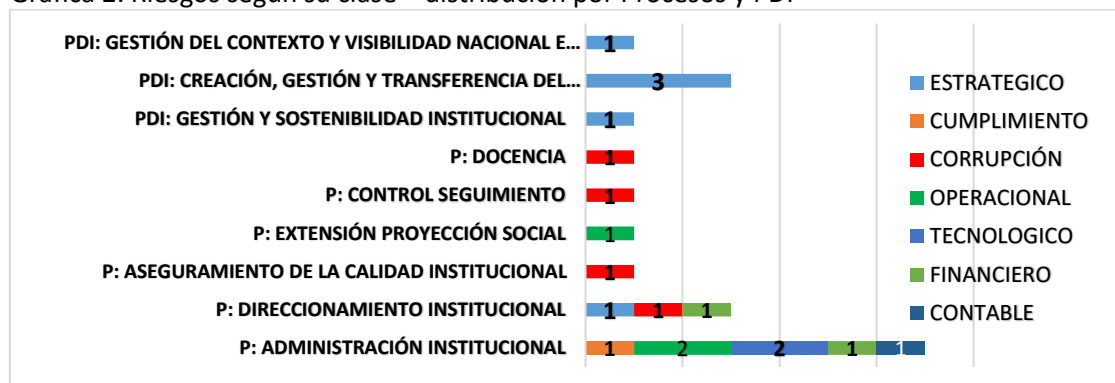
- A. Riesgos según su Clase (Gráficos 1 y 2):** Respecto a los riesgos identificados en los diferentes procesos de la Universidad, se priorizaron para el Mapa de Riesgos Institucional 2023, diecinueve (19) riesgos de los Procesos y del PDI, dado que, en cumplimiento de la directriz de riesgos estos son 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: 6 (32%) son Estratégicos, 4 (21%) son de Corrupción, 3 (16%) Operacionales, 2 (11%) Financieros, 2 (11%) Tecnológicos y con 1 (5%) de Cumplimiento y Contables.

Gráfica 1. Riesgos según su clase



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2023

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



Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2023

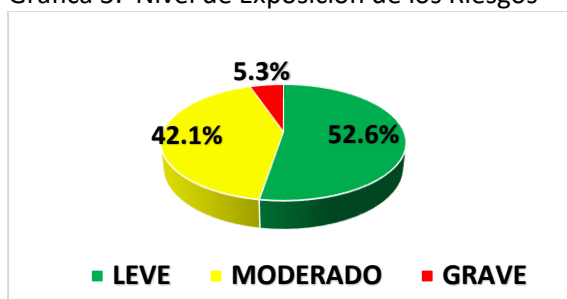
*P: Proceso ** PDI: Pilares Plan Desarrollo Institucional

El mapa de riesgos institucional contempla (19) riesgos, identificados (14) 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 7 están asociados al proceso de Administración Institucional, tres (3) a Direccionamiento Institucional y con un (1) riesgo están Aseguramiento de la Calidad, Extensión y Proyección Social, Control y Seguimiento y Docencia; mientras que el PDI aporta al mapa de riesgos institucional (5) riesgos, distribuidos así: Pilar de Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento (3),

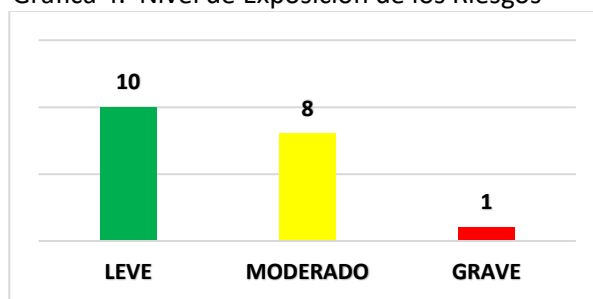
siguen con un (1) riesgo los pilares de Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional y Gestión y Sostenibilidad Institucional.

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



Gráfica 4. Nivel de Exposición de los Riesgos



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2023

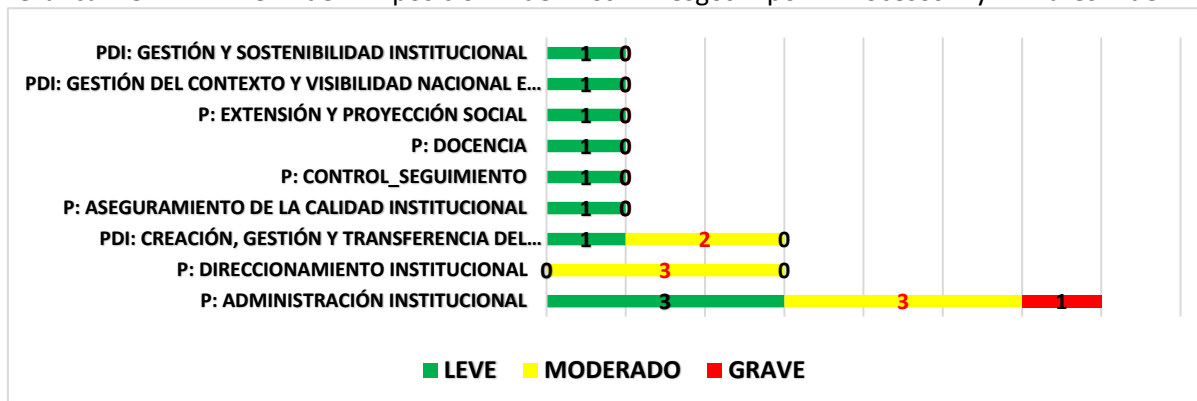
En cuanto al Nivel de Exposición por Procesos y/o Pilares del PDI, se tiene lo siguiente:

Tabla 6. Nivel de Exposición de los Riesgos por Procesos y Pilares del PDI

PROCESO / PILAR PDI	LEVE	MODERADO	GRAVE	Total
P: ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	3	3	1	7
P: DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	0	3	0	3
PDI: CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	1	2	0	3
P: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL	1	0	0	1
P: CONTROL_SEGUIMIENTO	1	0	0	1
P: DOCENCIA	1	0	0	1
P: EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	1	0	0	1
PDI: GESTIÓN DEL CONTEXTO Y VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL	1	0	0	1
PDI: GESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL	1	0	0	1
Total	10	8	1	19
	52.6%	42.1%	5.3%	100%

Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2023

Gráfica 5. Nivel de Exposición de los Riesgos por Procesos y Pilares del PDI



Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2023

Se aprecia en la tabla 6 y la gráfica 5 que el Proceso de Administración Institucional es el que presenta el único riesgo con nivel de exposición Grave (Gestión Financiera – Clase Riesgo: Contable).

Con respecto a las Unidades Organizacionales, se puede apreciar en la siguiente tabla 6 que, la Vicerrectoría de Investigaciones, innovación y Extensión presenta el mayor número de riesgos con tres (3) riesgos (1 en nivel Leve y 2 en Moderado), le siguen con tres (3) riesgos la Vicerrectoría Administrativa Financiera (2 Leves y 1 Moderado), con dos (2) riesgos Gestión Financiera (1 Leve y 1 Grave), Secretaría General (2 Leves), Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información (2 Moderados), con un riesgo están Planeación (1 Leve), Planeación PDI (1 Moderado), Vicerrectoría Administrativa Financiera PDI (1 Leve), Jurídica (1 Moderado), control Interno (1 Leve), Vicerrectoría Académica (1 Moderado) y admisiones, registro y control académico (1 Leve).

Tabla 7. Nivel de Exposición de los riesgos en las Unidades Organizacionales

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTALES
VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	1	2	0	3
VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	2	1	0	3
GESTIÓN FINANCIERA	1	0	1	2
SECRETARIA GENERAL	2	0	0	2
GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	2	0	2
PLANEACIÓN PDI	1	0	0	1
PLANEACIÓN	0	1	0	1
VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PDI	1	0	0	1
JURIDICA	0	1	0	1
CONTROL INTERNO	1	0	0	1
VICERRECTORÍA ACADÉMICA	0	1	0	1
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	1	0	0	1
TOTAL	10	8	1	19
	52.6%	42.1%	5.3%	100.0%

Fuente: Informe Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2023

Grafico 6. Matriz de Calor de los Riesgos Residuales de los Procesos y PDI

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

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2023

Tabla 8. Unidad organizacional / Dependencia responsable del Riesgos en Nivel Grave

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA	RIESGO
GESTIÓN_FINANCIERA	R11: No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras.

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Instituti 2023

Se aprecia en los gráficos 5 y Tablas 7 y 8 que, la Unidad Organizacional que ha identificado el riesgo de nivel GRAVE es Gestión Financiera (Clase de Riesgo: Contable), ya que, en el análisis de este riesgo, se tiene que la probabilidad de que ocurra es alta (ha ocurrido en los últimos tres años), su impacto es medio alto (dictamen de fenecimiento de la cuenta con salvedades por parte de la Contraloría General de la República) y la valoración de los controles fue calificada como Aceptable (ver gráfico 6) .

C. Evaluación a los controles existentes

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

Tabla 9. Controles que presentan dificultades

No.	PROCESO/ PILAR PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL /AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	CONTROLES	
					Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
1	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Reducción en la cantidad de activos de conocimiento transferidos a la sociedad	LEVE	Actualización de inventario de activos de conocimiento y diagnóstico del índice de madurez tecnológica - TRL	Se ha actualizado el inventario de activos de conocimiento y se han caracterizado con TRL 28 nuevos activos
					Jornadas de sensibilización del Estatuto de Propiedad Intelectual entre la comunidad universitaria	Se han realizado 6 Jornadas de Sensibilización del Estatuto de Propiedad Intelectual entre la comunidad universitaria
					Identificación y priorización de proyectos de desarrollo tecnológico e innovación susceptibles de financiación	Se están ejecutando los proyectos de desarrollo tecnológico e innovación que tienen como objetivo la validación en entorno relevante de 5 activos de conocimiento con un TRL mayor o igual a 5
2	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias	MODERADO	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Se están realizando convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de investigación de los Grupos y productos (Libros, artículos)
					Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Se está realizando periódicamente programas de formación para los investigadores en diferentes temáticas.
					Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	Se está revisando para actualización el Acuerdo y Resolución que reglamenta lo relacionado a la investigación.
3	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	MODERADO	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Se están realizando convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de investigación de los Grupos y productos (Libros, artículos)
					Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Se está realizando periódicamente programas de formación para los investigadores en diferentes temáticas.
					Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	Se está revisando para actualización el Acuerdo y Resolución que reglamenta lo relacionado a la investigación.

No.	PROCESO/ PILAR PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL /AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	CONTROLES	
					Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
4	GESTIÓN DEL CONTEXTO Y VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL	PLANEACIÓN PDI	La posible desarticulación con el contexto por la poca contribución de la Universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad, debido a la gestión de la universidad sin tener en cuenta su contexto	LEVE	Seguimiento a los Planes operativos de los proyectos de gestión del contexto y visibilidad nacional e internacional	Sin problemas ni limitantes
					Estudios de contexto que permitan que aporten a la toma de decisiones	
5	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Probabilidad de Afectación administrativa, disciplinaria o fiscal por sanción o iniciación de una proceso del ente de control por la ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).	MODERADO	Generar periódicamente alertas a los supervisores e interventores frente al estado de los contratos y documentación contractual	El sistema de alertas ha permitido llevar un control a los supervisores de los contratos a cargo puesto que permite evidenciar con tiempo necesidades de adición , prorrogas, reinicios entre otras actividades
					Realizar proceso de apoyo al seguimiento de la contratación de la oficina de planeación	Este apoyo al seguimiento permite apoyar a los supervisores en revisar detalles generales a los informes de contratistas como avances, productos cargados, fechas, certificaciones
					Proceso de Control de seguimiento a pólizas de los contratos de la oficina de planeación	Esta formato ha permitido que los interventores y supervisores previo a radicar pólizas a Gestión de la contratación, puedan revisarlas e identificar inconsistencias
6	GESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PDI	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad por la expedición de normas de entes internos (Consejo Superior, Consejo Académico) y externos	LEVE	Monitoreo al recaudo de ingresos que soporte el presupuesto aprobado por el Consejo Superior	Los controles implementados han permitido mantener un control y generar las alertas correspondientes para el manejo presupuestal.

No.	PROCESO/ PILAR PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL /AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	CONTROLES	
					Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
			(Gobierno y Congreso) que impactan directamente al presupuesto de gastos de la Universidad o por un menor recaudo que no permita garantizar los compromisos adquiridos		Monitoreo a la ejecución presupuestal de gastos aprobado por el Consejo Superior	
7	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión por falta de ética profesional al entregar datos institucionales a personas no autorizadas al no realizar socialización de los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente.	LEVE	Cláusula de confidencialidad establecida en el contrato	Se mantiene el control, y desde la Vicerrectoría Administrativa y Financiera se firmó por cada colaborador un "Acuerdo de Confidencialidad" en el mes de junio de 2023
8	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de requerirse ajustes en el presupuesto Institucional o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia, para atender gastos adicionales no	MODERADO	Doble verificación por parte de profesionales que no participaron directamente de la construcción del análisis	Se ha realizado la doble verificación a los conceptos emitidos
					Monitoreo y solicitud información de proyectos a proponentes previa reunión para la toma de decisiones, estén incluidas o no en los órdenes del día	Se ha solicitado la información a los proponentes cuando no está completa

No.	PROCESO/ PILAR PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL /AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	CONTROLES	
					Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
			proyectados en razón a la aprobación por parte de los órganos colegiados, de propuestas no viables administrativa o financieramente, o que no contaron con el análisis financiero respectivo de manera previa.		Generación de recomendaciones previas a la aprobación de un proyecto	Se ha realizado las recomendaciones previas
9	EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de que se presenten convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.	LEVE	Revisión por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, de las propuestas, convenios y contratos; que nos envían desde la Oficina Jurídica.	El control se aplica de manera efectiva. Desde la VAF se revisaron las solicitudes Recepcionados, lo cual queda registrado mediante el Aplicativo de Memorandos o comunicación interna.
					Revisión por parte de la alta Dirección (comité directivo) de los proyectos en trámite.	Se realizó el seguimiento por parte de la Alta Dirección en 14 reuniones del Comité directivo con corte al 31 de octubre de 2023.
10	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN FINANCIERA	Fraude Electrónico	LEVE	Descripción en los manuales de funciones en las personas que manejan recursos	Se ha realizado una revisión aleatoria del manual de funciones del personal, y se ha verificado que todas las funciones se están ejecutando de manera adecuada
					Cambio de claves	El cambio de claves se tiene como un parametro obligatorio con las entidades financieras
					Manejo de token	El uso del dispositivo es obligatorio para el ingreso de todas las sucursales bancarias y sus claves son dinámicas

No.	PROCESO/ PILAR PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL /AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	CONTROLES	
					Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
11	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN FINANCIERA	No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras	GRAVE	Consultas página Web de la CGN para determinar los cambio que hayan del Marco Normativo aplicable a la Universidad	Se está aplicando el nuevo marco normativo de la CGN con base a la res 331 de 2022
					Verificar información que se incorpora en los Estados Financieros acorde al Marco Normativo para Entidades del Estado y el Manual de Políticas de la UTP	Se está realizando la revisión periódica de los hechos económicos registrados en la contabilidad a fin de poder garantizar la fiabilidad de la información contable
12	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	SECRETARIA GENERAL	Ilegitimidad en resultados electorales	LEVE	Elaboración de listados descentralizados por parte de las dependencias responsables	El control ha sido efectivo
					Revisión de la configuración de las elecciones y Auditoria por parte de Control Interno	El control ha sido efectivo
					Pruebas de simulación de las votaciones	El control ha sido efectivo
13	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	SECRETARIA GENERAL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaria General	LEVE	Radicación de los Derechos de Petición por parte de Gestión Documental donde se establece fecha de recepción	El control ha sido efectivo
					Seguimiento por parte del funcionario encargado estableciendo dentro del calendario una alarma de aviso de la proximidad del vencimiento	El control ha sido efectivo
					Solicitud por escrito a las dependencias internas o externas de la información requerida para la adecuada atención del Derecho de Petición con fecha máxima para aportarla	El control ha sido efectivo
14	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Software con errores de funcionamiento	MODERADO	Revisión de casos reportados en el ServiceDesk	No se han tenido problemas con el control establecido, el riesgo se mantienen en rango establecido

No.	PROCESO/ PILAR PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL /AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	CONTROLES	
					Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
15	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.	MODERADO	Software de Monitoreo de los servidores y restablecimiento de los mismos	No se han tenido problemas con el control, pero se debe seguir monitoreando.
16	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	JURIDICA	Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar en el Secop II	MODERADO	Plataforma SECOP II	Ha sido efectivo
17	CONTROL SEGUIMIENTO	CONTROL INTERNO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	LEVE	Verificación de la aplicación del Manual de auditoría que incluye el marco ético para la auditoría interna en la Universidad	Se sigue el manual de auditoría de la Oficina de Control Interno
					Verificación de la aplicación de Procedimientos documentados de auditoría de control interno en el sistema integral de gestión	Se sigue el procedimiento de auditoría (Ver papeles de trabajo asociados a la auditoría)
18	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular.	MODERADO	Registro de las sesiones de acompañamiento a los programas académicos. Informe de acompañamiento a los programas académicos	Todos los programas deben actualizar los currículos en relación con el PEI y las Orientaciones Institucionales para la Renovación Curricular. Sin embargo, el proceso de actualización de las propuestas curriculares depende de la dinámica de cada programa, los comités curriculares y, el acompañamiento que sea requerido por cada uno al equipo de la Vicerrectoría Académica, el cual se les brinda de manera oportuna.

No.	PROCESO/ PILAR PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL /AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	CONTROLES	
					Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
						Para el año se han priorizado algunos programas para el acompañamiento en la renovación curricular, en aras de avanzar en la articulación de las propuestas de los programas con los lineamientos institucionales y que dichos programas puedan recibir el aval del comité central de currículo o posgrados según corresponda
19	DOCENCIA	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	LEVE	Matriz de Seguimiento y control a los certificados académicos	Actualización diaria de la realización de certificados de estudio https://docs.google.com/spreadsheets/d/1zWhZ-NzIPzKWmeN43zUyrV6coK4B4yrf/edit?usp=sharing&ouid=115878616014962490313&rtpof=true&sd=true
					Reuniones y actas de revisión de certificados académicos	Se realizó el seguimiento correspondiente a enero-abril en el mes de mayo, la segunda semana de agosto se realizó el seguimiento a mayo-Julio y en el mes de octubre al trimestre de julio-septiembre.
					Automatizar los certificados, para que estos sean expedidos por el sistema de Información	dentro del cuadro de control a las demandas de gestión de la dependencia se tiene incluidas las actualizaciones a los Certificados por documentos digitales y la Actualización nuevos tipos de certificados https://docs.google.com/spreadsheets/d/163ZZQPhDxxtKMOGAJex-PaOKPjFyvy_T/edit?usp=sharing&ouid=115878616014962490313&rtpof=true&sd=true

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2023

Se puede observar en la tabla No. 9 que solo el riesgo No. 11 “No fencimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras “es el único que presenta un nivel de exposición al riesgo Grave; los demás presentan nivel Leve (10) y Moderado (8). No se presentó ninguna dificultad en la implementación y aplicación de los controles.

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

ii. Diseño y evaluación de controles:

Teniendo en cuenta la nueva metodología (Guías para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versiones 6 de noviembre 2022 y 5 Dic 2020), dadas por el Departamento Administrativo 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 características:

- 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 posteriormente el correctivo. En estos mismo, pero según la implementación, se les debe dar un mayor porcentaje a los controles automaticos que a los manuales. Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda implementar controles automaticos y preventivos, para una mayor eficiencia 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 19 riesgos del Mapa de Riesgos Institucional, el cual se puede apreciar en la tabla 10, donde la ejecución del control, medido a través de la efectividad, define los siguientes rangos de calificación de la ejecución del control:

Tabla 10. 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

Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 5 Dic 2020.

Tabla 11. Diseño y evaluación de los controles

No.	Unidad Organizacional/ Área	Identificación del Riesgo	Controles Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
				Tipo (Propósito)			Implementación			Documento	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
1	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Reducción en la cantidad de activos de conocimiento transferidos a la sociedad	Actualización de inventario de activos de conocimiento y diagnóstico del índice de madurez tecnológica - TRL	Preventivo				Manual	ACEPTABLE	SI	Mensual	SI	Profesional
			Jornadas de sensibilización del Estatuto de Propiedad Intelectual entre la comunidad universitaria	Preventivo				Manual		SI	Mensual	SI	Profesional
			Identificación y priorización de proyectos de desarrollo tecnológico e innovación susceptibles de financiación		Detectivo			Manual		SI	Trimestral	SI	Profesional
2	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Preventivo				Manual	ACEPTABLE	SI	Anual	SI	Profesional

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	61 de 87

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
				Tipo (Propósito)			Implementación			Docu-mento	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
			Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Preventivo				Manual	ACCEPTABLE	SI	Anual	SI	Profesional
			Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	Preventivo				Manual		SI	Diaria	SI	Profesional
3	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Preventivo				Manual	ACCEPTABLE	SI	Anual	SI	Profesional
			Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Preventivo				Manual		SI	Anual	SI	Profesional
			Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	Preventivo				Manual		SI	Diaria	SI	Profesional

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	62 de 87

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización				
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documento	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)	
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual						
4	PLANEACIÓN PDI	La posible desarticulación con el contexto por la poca contribución de la Universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad, debido a la gestión de la universidad sin tener en cuenta su contexto	Seguimiento a los Planes operativos de los proyectos de gestión del contexto y visibilidad nacional e internacional	Preventivo					Semiautomático	FUERTE	SI	Cuatrimestral	SI	Prestación de servicio No. 5637
			Estudios de contexto que permitan que aporten a la toma de decisiones	Preventivo					Manual		SI	Anual	SI	Prestación de servicio No. 5637
5	PLANEACIÓN	Probabilidad de Afectación administrativa, disciplinaria o fiscal por sanción o iniciación de una proceso del ente de control por la ejecución inadecuada de proyectos de la Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de	Generar periódicamente alertas a los supervisores e interventores frente al estado de los contratos y documentación contractual	Preventivo					Semiautomático	FUERTE	SI	Mensual	SI	Prestación de servicios No. 5636 -23
			Realizar proceso de apoyo al seguimiento de la contratación de la oficina de planeación	Preventivo					Semiautomático		SI	Semanal	SI	Prestación de servicios No. 5636 -23 Profesional Gerencia del Plan de Desarrollo Institucional

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	63 de 87

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documento	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
		operación comercial).	Proceso de Control de seguimiento a pólizas de los contratos de la oficina de planeación	Preventivo				Semiautomático		SI	Mensual	SI	Interventores y supervisores
6	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PDI	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad por la expedición de normas de entes internos (Consejo Superior, Consejo Académico) y externos (Gobierno y Congreso) que impactan directamente al presupuesto de gastos de la Universidad o por un menor recaudo que no permita garantizar los compromisos adquiridos	Monitoreo al recaudo de ingresos que soporte el presupuesto aprobado por el Consejo Superior		Detectivo			Semiautomático	ACEPTABLE	SI	Trimestral	SI	Líder de Gestión Contable
			Monitoreo a la ejecución presupuestal de gastos aprobado por el Consejo Superior		Detectivo			Semiautomático		SI	Trimestral	SI	Líder de Gestión de Presupuesto

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documento	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
7	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión por falta de ética profesional al entregar datos institucionales a personas no autorizadas al no realizar socialización de los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente.	Cláusula de confidencialidad establecida en el contrato	Preventivo	Preventivo			Manual	ACEPTABLE	SI	Anual	SI	Profesional SIG
8	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de requerirse ajustes en el presupuesto Institucional o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia, para atender gastos adicionales no proyectados en	Doble verificación por parte de profesionales que no participaron directamente de la construcción del análisis	Preventivo				Manual	ACEPTABLE	SI	Mensual	SI	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización				
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documento	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)	
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual						
		razón a la aprobación por parte de los órganos colegiados, de propuestas no viables administrativa o financieramente, o que no contaron con el análisis financiero respectivo de manera previa.	Monitoreo y solicitud información de proyectos a proponentes previa reunión para la toma de decisiones, estén incluidas o no en los órdenes del día	Preventivo							SI	Mensual	SI	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera
			Generación de recomendaciones previas a la aprobación de un proyecto	Preventivo							SI	Mensual	SI	Profesional Vicerrectoría Administrativa y Financiera
9	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de que se presenten convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.	Revisión por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, de las propuestas, convenios y contratos; que nos envían desde la Oficina Jurídica.	Preventivo					ACEPTABLE		SI	Diaria	SI	Jefe Jurídica/ Profesional Líder Gestión Estratégica de Proyectos Vicerrectoría Administrativa y Financiera
			Revisión por parte de la alta Dirección (comité directivo) de los proyectos en trámite.	Preventivo								SI	Semanal	SI

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	66 de 87

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Docu mentado	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
10	GESTIÓN FINANCIERA	Fraude Electrónico	Descripción en los manuales de funciones en las personas que manejan recursos	Preventivo				Semiautomático	FUERTE	SI	Anual	SI	Profesional XIII Jefe Sección Tesorería
			Cambio de claves	Preventivo			Automático			SI	Mensual	SI	Profesional XIII Jefe Sección Tesorería Directivo grado 17
			Manejo de token	Preventivo			Automático			SI	No definida	SI	Profesional XIII Jefe Sección Tesorería Directivo grado 17
11	GESTIÓN FINANCIERA	No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras	Consultas página Web de la CGN para determinar los cambio que hayan del Marco Normativo aplicable a la Universidad	Preventivo				Manual	ACEPTABLE	SI	No definida	NO	Jefe de sección
			Verificar información que se incorpora en los Estados Financieros acorde al Marco Normativo para Entidades del Estado y el Manual de Políticas de la UTP	Preventivo				Manual		SI	No definida	NO	Jefe de sección

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Docu mentado	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
12	SECRETARIA GENERAL	Ilegitimidad en resultados electorales	Elaboración de listados descentralizados por parte de las dependencias responsables		Detectivo		Automático		FUERTE	SI	No definida	SI	Jefe de Gestion del Talento Humano y la directora de Admisiones registro y Control
			Revisión de la configuración de las elecciones y Auditoria por parte de Control Interno	Preventivo				Semiautomático		SI	No definida	SI	Jefe y profesional de Control Interno
			Pruebas de simulación de las votaciones	Preventivo			Automático			SI	No definida	SI	Ingeniero de Sistemas asignado a las elecciones
13	SECRETARIA GENERAL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaria General	Radicación de los Derechos de Petición por parte de Gestión Documental donde se establece fecha de recepción	Preventivo				Semiautomático	FUERTE	SI	No definida	SI	Planta y transitorio
			Seguimiento por parte del funcionario encargado estableciendo dentro del calendario una alarma de aviso de la proximidad del vencimiento	Preventivo				Manual		SI	No definida	SI	Contrato prestación de servicios

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	68 de 87

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Docu mentado	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
			Solicitud por escrito a las dependencias internas o externas de la información requerida para la adecuada atención del Derecho de Petición con fecha máxima para aportarla	Preventivo			Automático			SI	No definida	SI	Secretaria General/Contrato prestación de servicios
14	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Software con errores de funcionamiento	Revisión de casos reportados en el ServiceDesk		Detectivo			Semiautomático	ACEPTABLE	SI	Semestral	SI	Profesional grado 15/ Coordinador de desarrollo Profesional I
15	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.	Software de Monitoreo de los servidores y restablecimiento de los mismos	Detectivo	Detectivo			Semiautomático	ACEPTABLE	SI	Diaria	SI	Profesional I
16	JURIDICA	Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar en el Secop II	Plataforma SECOP II	Preventivo				Semiautomático	FUERTE	SI	Diaria	SI	Abogados Auxiliares

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	69 de 87

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Documento	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
17	CONTROL INTERNO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	Verificación de la aplicación del Manual de auditoría que incluye el marco ético para la auditoría interna en la Universidad	Preventivo				Manual	ACEPTABLE	SI	No definida	SI	Jefe de Control Interno
			Verificación de la aplicación de Procedimientos documentados de auditoría de control interno en el sistema integral de gestión	Preventivo				Manual		SI	Mensual	SI	Jefe de Control Interno
18	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular.	Registro de las sesiones de acompañamiento a los programas académicos. Informe de acompañamiento a los programas académicos	Preventivo				Manual	ACEPTABLE	SI	Anual	SI	Contratista:
19	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con	Matriz de Seguimiento y control a los certificados académicos	Preventivo				Semiautomático	FUERTE	SI	Mensual	SI	Ejecutivo 26 Asistencial 23 Asistencial III - Pregrado y Posgrado

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	70 de 87

No.	Unidad Organizacional/Área	Identificación del Riesgo	Controles	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad	Atributos Informativos o de Formalización			
			Descripción del Control Existente	Tipo (Propósito)			Implementación			Docu mentado	Frecuencia (Periodicidad)	Evidencia	Responsable (Cargo)
				Preventivos	Detectivos	Correctivos	Automático	Manual					
		información especial	Reuniones y actas de revisión de certificados académicos	Preventivo				Manual		SI	Mensual	SI	Técnico 18 Asistencial III - Certificados dos
			Automatizar los certificados, para que estos sean expedidos por el sistema de Información	Preventivo				Semiautomático		SI	Mensual	SI	

Fuente: Segundo seguimiento Mapa de riesgos Institucional 2023.

Podemos evidenciar en la tabla 11, que se tienen 42 controles para los 19 riesgos, de los cuales 36 son preventivos y 6 detectivos (0 correctivos), también se aprecia que hay 5 controles automáticos (11.09%) y 37 controles manuales (88.10%); con respecto a si están documentados, los 42 están documentados. También se observa que de los 42 controles, se recibieron los soportes documentales de 39 y 3 no entregaron (riesgo 11), de la siguiente dependencia: Gestión Financiera (Gestión Contable: informa mediante correo electrónico del día miércoles 6/12/2023 4:50 p. m. que, “la verificación de los riesgos que se encuentran bajo el control de Contabilidad deberíamos esperar a la auditoría de la CGR, o cómo puedo evidenciar que estamos aplicando la normatividad de la CG, el no fenecimiento de cuentas si debemos esperar la auditoría”).

Teniendo en cuenta los atributos de eficiencia e información, tenemos 12 riesgos con Calificación de Efectividad de los controles “ACEPTABLE” y 7 riesgos con una Calificación de Efectividad de los controles “FUERTE”, sin embargo de los riesgos cuya calificación de efectividad de los controles catalogados como FUERTES se observa que 6 riesgos tienen controles manuales y 1 riesgo tiene un control automático. Además, se evidencia que, no se tienen riesgos con Calificación de Efectividad “DEBIL”. El único riesgo que presentó un Nivel de Exposición al Riesgo GRAVE fue el riesgo No. 11 “No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras”, el cual con la aplicación de los controles obtuvo una Calificación de Efectividad de los Controles “ACEPTABLE”, lo que nos indica de que los controles han sido efectivos y han evitado la materialización del riesgo o han mitigado el impacto del riesgo.

Vemos que los resultado de la evaluación del diseño de los controles en su mayoría son Aceptables (12) y Fuertes (7), los 19 riesgos del Mapa de Riesgos Institucional, es decir se tienen unos buenos controles, pero se deben de mejorar tratando de que los controles manuales sean automaticos, con ello obtener unos controles mejor diseñados, que mitiguen mejor el riesgo.

De acuerdo a la tabla 10, las calificaciones de la ejecución del control Aceptable, son cuando el responsable ejecuta el control algunas veces, 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 y tener un soporte de esto.

D. Evaluación de los Indicadores. En la siguiente tabla 12, se muestran los indicadores de los riesgos del Mapa Institucional, con su respectiva medición a 31 de octubre de 2023, con el análisis dado por los responsables de los riesgos y el concepto de Control Interno.

Tabla 12. Indicadores de los riesgos del Mapa Institucional

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
1	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Reducción en la cantidad de activos de conocimiento transferidos a la sociedad	Índice de variación de contratos de transferencia de activos de conocimiento: No de contratos de transferencia de activos de conocimiento 2023/ No de contratos de transferencia de activos de conocimiento 2022	1%	43%	A la fecha se cuenta 7 activos de conocimiento que cuentan con soporte de uso por parte de usuarios finales	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 PDI	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias	No de Grupos de Investigación Reconocidos por MinCiencias y categoría de cada grupo.	119	118	Actualmente se cuenta con 118 grupos de investigación reconocidos por MinCiencias, en las siguientes categorías:	Aunque el indicador esta una unidad por debajo de la meta establecida, a la fecha de corte de este indicador. Se evidencia que los controles aplicados han

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	72 de 87

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
							A1: 14, A: 24, B: 30, C: 42, SC: 8	sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
3	CREACIÓN, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN PDI	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	No de Investigadores reconocidos por MinCiencias y categoría de cada uno.	175	201	Actualmente se cuenta con 201 investigadores reconocidos por MinCiencias, en las siguientes categorías: Emérito: 1, Sénior: 40, Asociado: 49, Junior: 111	Este riesgo tiene un avance por encima de la meta establecida; por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.
4	GESTIÓN DEL CONTEXTO Y VISIBILIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL	PLANEACIÓN PDI	La posible desarticulación con el contexto por la poca contribución de la Universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad, debido a la gestión de la universidad sin tener en cuenta su contexto	Cumplimiento de los proyectos de "Gestión de contexto y visibilidad nacional e internacional"	100	77.1	El promedio de cumplimiento de los proyectos del pilar de gestión es de 77,10%, lo que corresponde a un avance esperado a la fecha del reporte	Aunque el avance del indicador, a la fecha de corte se encuentra por debajo de la meta establecida, el porcentaje obtenido está dentro de lo esperado, a la fecha de corte.
5	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Probabilidad de Afectación administrativa, disciplinaria o fiscal por sanción o iniciación de un proceso del ente de control por la ejecución inadecuada de proyectos de la	Contratos y/o proyectos ejecutados inadecuadamente /Total proyectos y/o contratos ejecutados	0%	0%	En cuanto a la ejecución de los contratos 2022 y 2023, y proyectos especiales, se cuenta con una ejecución adecuada de los mismos. Actualmente en ejecución	El indicador tiene un avance satisfactorio, por cual podemos inferir que los controles aplicados han sido efectivos.

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
			Oficina de Planeación (contratos, Ordenes contractuales, resoluciones, proyectos de operación comercial).					
6	GESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PDI	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad por la expedición de normas de entes internos (Consejo Superior, Consejo Académico) y externos (Gobierno y Congreso) que impactan directamente al presupuesto de gastos de la Universidad o por un menor recaudo que no permita garantizar los compromisos adquiridos	Equilibrio Financiero = Ingresos totales / Gastos Totales	>=1	100%	El indicador de equilibrio financiero durante el III trimestre del 2023, indica que el total de los ingresos (recaudo + recursos del balance) obtenidos por la Universidad a la fecha soportan el 100% de los compromisos. Vale la pena mencionar que con los ingresos obtenidos a la fecha se cubre el 100% de los pagos realizados a los compromisos adquiridos durante el III trimestre por valor de \$153.943.400.061, cumpliendo con el pago de los compromisos previamente certificados. Nota: Si bien se incluye el monitoreo trimestral del equilibrio financiero, es importante precisar que para este indicador la	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	74 de 87

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
							meta se ha establecido al cierre de la vigencia, razón por la cual su resultado definitivo se medirá al cierre del año. Es por ello que se darán avances cualitativos de manera trimestral, dado que los resultados parciales del indicador no son comparables.	
7	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Pérdida de la confidencialidad de la información del sistema integral de gestión por falta de ética profesional al entregar datos institucionales a personas no autorizadas al no realizar socialización de los protocolos (contraseñas, instructivos, procedimientos o bases de datos) del manejo de información existente.	# de veces que se detecte y se denuncie	0	0	No se ha presentado pérdida de confidencialidad de la información.	El indicador tiene un avance satisfactorio, por cual podemos inferir que los controles aplicados han sido efectivos.
8	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de requerirse ajustes en el presupuesto	No. de conceptos administrativos y financieros emitidos	80%	85.52%	De los 61 acuerdos generados por el Consejo Académico y Superior que	Este riesgo tiene un avance por encima de la meta establecida;

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	75 de 87

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
			Institucional o aplazamientos de gastos priorizados para la vigencia, para atender gastos adicionales no proyectados en razón a la aprobación por parte de los órganos colegiados, de propuestas no viables administrativa o financieramente, o que no contaron con el análisis financiero respectivo de manera previa.	/ Proyectos aprobados con posibles impactos financieros			<p>impactan financieramente a la universidad, analizados a fecha de corte 31 de octubre de 2023, se pudo verificar 54 de estos a través de los conceptos administrativos y financieros enviados por medio de memorandos.</p> <p>En el siguiente link se encuentra el acceso al documento que soporta la medición y verificación del alcance:</p> <p>https://docs.google.com/spreadsheets/d/1IzeCld-f3S1t0tH4CcqvWpcRGSMpN5XfOP6DFm0z8EI/edit#gid=975312494</p>	por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.
9	EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Probabilidad de que se presenten convenios o contratos entre la universidad y entes externos que no cumplan con los lineamientos institucionales y no cuentan con respaldo financiero.	No. de convenios y contratos revisados por la VAF / Total convenios y contratos suscritos en la universidad	80%	100%	Este porcentaje corresponde a la revisión total de los Contratos y Convenios remitidos por Jurídica que fueron revisados por Gestión Estratégica de Proyectos Especiales de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera	El avance del indicador de este riesgo está por encima de la meta esperada, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	76 de 87

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
10	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN FINANCIERA	Fraude Electrónico	N° de accesos no autorizados	0	0%	Con corte al 30 Junio no se presentaron accesos no autorizados a las sucursales	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.
11	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN FINANCIERA	No fenecimiento de la cuenta debido al incumplimiento normativo y del manual de políticas contables en el desarrollo de actividades financieras	Nro. de Estados Financieros no fenecidos en la vigencia auditada	0	0	Los EEFF del año 2022 no fueron auditados por parte de la CGR por lo tanto no se tienen fenecimientos	El indicador de este riesgo no se pudo medir en esta vigencia porque no hubo Auditoria de la Contraloría General de la República, Ente encargado de dar el concepto de fenecimiento de los Estados Financieros de la Universidad.
12	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	SECRETARIA GENERAL	llegitimidad en resultados electorales	Número de impugnaciones electorales	0	0%	No se ha se ha presentado ninguna impugnación de los resultados electorales	Se observa que la medición del indicador cumple con la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos.
13	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	SECRETARIA GENERAL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición que lleguen a la Secretaria General	Número de Acciones de Tutela o Demandas por la no atención de Derechos de Petición	0	0%	El control del indicador ha sido efectivo	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
14	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS		No. de Errores graves en aplicativos	<8%	4%	Se encontraron 52 errores en los aplicativos	

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
		INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Software con errores de funcionamiento	/ Total de Errores en aplicativos reportados por semestre			de 1409 casos reportados en el software de Aranda para el 2do semestre. Con este insumo se van a programar acciones de mejora para corregirlos. El riesgo se mantiene en el rango establecido 0,04%.	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
15	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	No disponibilidad de los servidores que soportan las aplicaciones institucionales.	No. de minutos que los servidores están disponibles/((365x24x60)/2)	>95%	100%	No se tuvo afectación física en los servidores, ni en sus partes	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	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	JURIDICA	Incumplimiento de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar en el Secop II	Número de publicaciones en el Secop II extemporáneas o no efectuadas.	15%	14%	De los 3168 procesos publicados en el Secop, 457 fueron publicados de forma extemporánea, y hubo 0 procesos no publicados.	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que el riesgo casi se materializa porque se tiene un margen máximo del 15% y a la fecha se lleva un 14% de los plazos dispuestos por Colombia Compra Eficiente para publicar en el Secop II
17	CONTROL SEGUIMIENTO	CONTROL INTERNO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	No. De investigaciones al personal de control interno derivadas de hechos de corrupción	0	0%	No se han realizado investigaciones a los colaboradores que hacen parte del equipo de Control Interno	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
18	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las	# de programas académicos con currículos actualizados/ Meta	100%	99%	De los 109 programas de pregrado y posgrado, se tiene como meta al año 2023 el 40% de los	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	78 de 87

No.	Proceso /Pilar PDI	Unidad Organizacional Área	Riesgo	Indicador	Meta	Medición a 31/12/2023	Análisis Responsable	Concepto Control Interno sobre Controles según resultados de Indicadores
			orientaciones institucionales para la renovación curricular.	propuesta de programas académicos con currículos actualizados			programa con currículos renovados. (37 programas). A la fecha 36 programas (33% de la meta) han actualizado sus currículos de acuerdo al PEI, la política académica curricular y las orientaciones institucionales para la renovación curricular, lo que representa el 81% de avance.	riesgo se materialice, a pesar de que no se cumplió en la totalidad de la meta propuesta y la fecha de corte de este informe (31/10/2023)
19	DOCENCIA	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Error en la expedición de certificados de estudios que solicitan los estudiantes con información especial	No. De hallazgos en la revisión	0	0	Por el volumen de información e remiten los Informes soportes del análisis: Informe Enero – marzo. Acta de Reunión 30, 23/08/2023, Periodo Mayo – Julio. Acta de Reunión 53, 9/10/2023, Periodo Julio – Septiembre. Para el ultimo seguimiento que se realizará en diciembre incluirá los periodos Abril, octubre - diciembre. Se actualiza la estadística de certificados en el drive.	Su medición nos dice que se ha cumplido con normalidad, por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.

Fuente: Segundo seguimiento Mapa de riesgos Institucional 2023–Por Procesos.

De acuerdo a la tabla 12, ninguno de los 19 riesgos del Mapa de Riesgos Institucional se ha materializado; teniendo en cuenta que el avance de los indicadores se tomó con la información aportada al 31 de octubre de 2023 los riesgos está por encima o iguales, de los valores permitidos (línea base). Lo anterior, nos indica que los controles establecidos y las acciones implementadas han sido efectivas y el riesgo no se materializó, por lo cual se deben de continuar con las acciones implementadas, ya que estas ayudan a prevenir la materialización del riesgo y a mitigar el impacto.

<p>OBS 2: Incumplimiento en la entrega de los documentos soportes de los indicadores y controles de los riesgos, por parte de los responsables del seguimiento.</p> <p>Se evidencia que no se recibieron los documentos soportes del seguimiento de los indicadores y de los controles de los riesgos, por parte de la dependencia asociada al riesgo 11 (ver tabla 11), 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.</p>
<p>Riesgo relacionado: Incumplimiento de la política de gestión de riesgos</p>
<p>Controles relacionados: Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V5 del 2023-10-20).</p>
<p>Prioridad del hallazgo: Medio </p>
<p>Comentarios del auditado: Sin comentarios</p>

E. Tratamiento de los riesgos

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

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

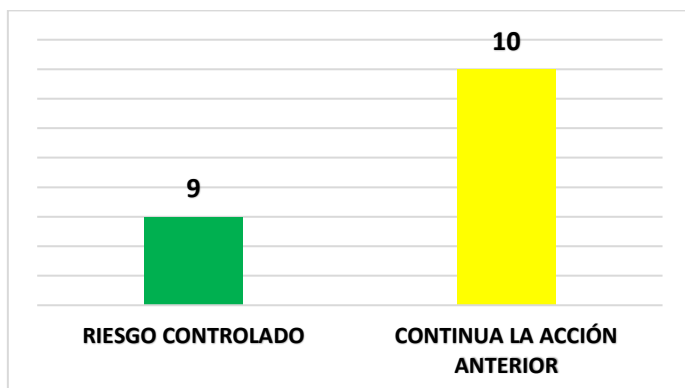
F. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Gráficos 6, 7, 8 y 9): Es el resultado final que nos presenta la metodología de administración del riesgo, después de haber aplicado los controles existentes, es decir, luego de realizar el tratamiento al riesgo y evaluar su indicador y después de haber 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



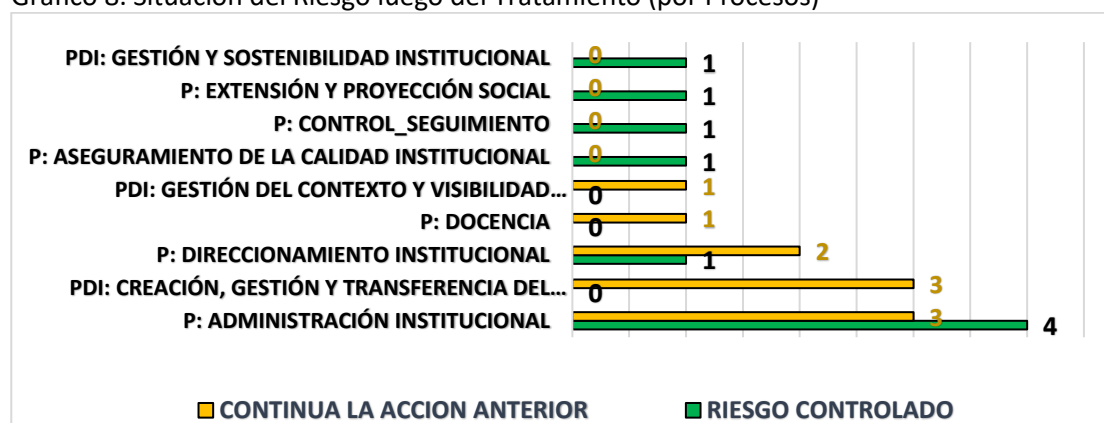
Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2023

Grafico 7. Situación del Riesgo luego del Tratamiento



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2023

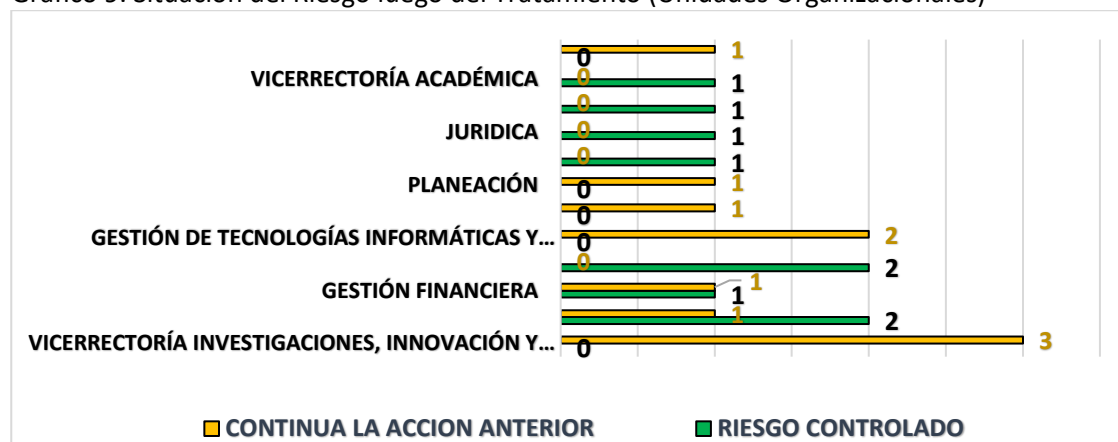
Grafico 8. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (por Procesos)



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2023

*P: Proceso – PDI: objetivo Plan Desarrollo Institucional

Grafico 9. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Unidades Organizacionales)



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2023

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	82 de 87

Se observa en las gráficas No. 6,7, 8 y 9 que, de los Riesgos Institucionales, el 47% (9) de los Riesgos están Controlados y el 53% (10) Continúan con la Misma Acción.

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

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

4. Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal

4.1 Control fiscal interno y prevención del riesgo fiscal

4.2 Definición y elementos del riesgo fiscal

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

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

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

- Se elabora anualmente por cada responsable de los procesos al interior de las entidades junto con su equipo.
- Consolidación: la oficina de planeación, quien haga sus veces, o a la de dependencia encargada de gestionar el riesgo le corresponde liderar el proceso de administración de estos. Adicionalmente, esta misma oficina será la encargada de consolidar el mapa de riesgos de corrupción.
- Publicación del mapa de riesgos de corrupción: se debe publicar en la página web de la entidad, en la sección de transparencia y acceso a la información pública que establece el artículo 2.1.1.2.1.4 del Decreto 1081 de 2015 o en un medio de fácil acceso al ciudadano, a más tardar el 31 de enero de cada año. La publicación será parcial y fundamentada en la elaboración del índice de información clasificada y reservada. En dicho instrumento la entidad debe establecer las condiciones de reserva y clasificación de algunos de los elementos constitutivos del mapa de riesgos en los términos dados en los artículos 18 y 19 de la Ley 1712 de 2014.

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

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

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	83 de 87

■ **Socialización:** Los servidores públicos y contratistas de la entidad deben conocer el mapa de riesgos de corrupción antes de su publicación. Para lograr este propósito la oficina de planeación o quien haga sus veces, o la de gestión del riesgo deberá diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos necesarios para que los funcionarios y contratistas conozcan, debatan y formulen sus apreciaciones y propuestas sobre el proyecto del mapa de riesgos de corrupción. 86

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

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

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

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

6. Recomendaciones

OBSERVACIÓN 1: Falta de información para seguimiento de riesgos de las Dependencias

- Los responsables de los riesgos de cada Facultad, Laboratorio o Unidad Organizacional, deben presentar en los procesos de auditoría los documentos soporte que permitan evidenciar el seguimiento periódico a los riesgos y la aplicación de los controles.

OBSERVACIÓN 2: 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. 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.
2. 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
3. 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.
4. 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.
5. Implementar riesgos en los temas relacionados capítulo “Tratamiento de riesgos” (página 91) 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.
6. 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.
7. 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

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	85 de 87

riesgos, de acuerdo a las particularidades de cada proceso.

8. De acuerdo a los datos históricos que se han venido obteniendo en las diferentes vigencias, realizar una revisión de las metas establecidas para los indicadores de gestión de riesgos.
9. Tener en cuenta los nuevos aportes del Departamento Administrativa de la Función Pública sobre riesgo fiscal (ver “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, de noviembre 2022).

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	86 de 87

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 y demoras en la entrega de los soportes documentales, relacionados con evidencia de aplicación de controles e indicadores, 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 una dependencia.
- 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.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	87 de 87

8. Plan de Mejoramiento

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

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

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

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

____ / ____ / ____
DD / MM / AA

Responsable del Plan de Mejoramiento 1115-F03-01:

Grupo de Gestión de Riesgos

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

Oficina de Control Interno

Sandra Yamile Calvo Cataño
Jefe Control Interno
Universidad Tecnológica de Pereira

Elaboró: Enio Aguirre Torres
Profesional de Control Interno
Febrero de 2024