

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

Control Interno

Distribuido a:

Luis Fernando Gaviria Trujillo, Rector

Copias

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

Emitido por:

Sandra Yamile Calvo Cataño –
Profesional Grado 17, Control Interno

Elaborado por:

Enio Aguirre Torres, Profesional Transitorio de
Control Interno

Proceso Auditado:

Gestión de Riesgos de la Universidad

Área Responsable:

Grupo de Gestión de Riesgos

INFORME FINAL

Informe de evaluación de la Gestión de
Riesgos vigencia 2020

INFORME NO. AI 1115 – 26 –2020**Fecha del informe:**

Diciembre 15 de 2020

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	2 de 35

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

1. El Comité Institucional de Control Interno, es responsable de las políticas para la gestión del riesgo de la Universidad.
2. Se cuenta con unas directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V1 del 2017-06-08)
3. Se tiene y aplica a los procedimientos Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2013-06-27 y Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V4 del 2013-05-23.
4. 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.
5. Se han incrementado, con respecto de otras vigencias, la identificación de riesgos de corrupción en los procesos de la Universidad.

Debilidades

- No se cuenta con un aplicativo que permita la operación de gestión de riesgos se desarrolle automáticamente de acuerdo con las etapas de la metodología de gestión de riesgos en la Universidad.
- Algunas unidades organizacionales no realizan de manera periódica seguimiento al mapa de riesgos.
- Algunos de los procesos u objetivos del PDI, no tienen identificado riesgos de corrupción.
- La Oficina de Control Interno realizó la coordinación del Grupo de Riesgos durante la vigencia.

Original Firmado
Sandra Yamile Calvo Cataño
Jefe Oficina de Control Interno

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	4 de 35

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 2020.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar la operación del Grupo 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 2020, 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 2020.

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 del a Universidad.	No dar tratamiento adecuado a los riesgos	Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos.	Incumplimiento de la política de gestión de riesgos
Comité Institucional de Control Interno	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.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	6 de 35

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
- 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 7305 de 2018 por medio de la cual se actualiza el modelo estándar de control interno MECI 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.
- 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

Procedimientos

- Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2013-06-27, el cual establece la Metodología para la Administración de Riesgos (SGC-INT-011-01).
- 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 (Por Procesos, del PDI y Organismos de Evaluación de la Conformidad), para determinar el grado de avance y valoración de los Riesgos de la Universidad Tecnológica de Pereira de la vigencia 2020.

5.1 Operación del Grupo de Gestión de Riesgos

El grupo de Gestión de Riesgos realizó 11 reuniones en las cuales se analizaron y discutieron los siguientes temas:

1. Se elabora y aprueba el plan de acción para la vigencia 2020.
2. Revisión y respuesta del Formulario Único de Reporte de Avance de gestión-FURAG.
3. Al momento de realizar este informe se habían realizado 5 reportes sobre el avance del plan de acción del Grupo de Gestión de Riesgos al PDI.
4. De acuerdo algunos ajustes de los actos administrativos y procedimientos, los formatos de riesgos, el instructivo, los de procesos e institucional, relacionados con la gestión de riesgos, se actualizaron desde el 22 de mayo del 2020.
5. Se realizó la priorización de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional (Procesos) y presentación para su aprobación, al Comité Institucional de Control Interno (Acta No. 07 del 04 de marzo de 2020).
6. Se publica el Mapa de Riesgos Institucional (procesos), en la página web de la Universidad, el 05/05/2020.
7. Se realizó la priorización de los riesgos del PDI, para el Mapa de Riesgos Institucional y presentación para su aprobación, al Comité Institucional de Control Interno (ver acta No. 13 del 18 de agosto de 2020).
8. Se realizan pruebas del aplicativo de gestión de riesgos, tomándose la decisión unánime del Equipo de Gestión de Riesgos, de no aprobar este aplicativo, hasta que se realicen los ajustes necesarios; se volverán a realizar pruebas en la vigencia 2021.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	8 de 35

9. Solicitud del primer seguimiento a los mapas de riesgos, a los diferentes responsables de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y de los objetivos del PDI; mediante comunicado de Tips, enviado por el Sistema Integral de Gestión, el día 20 de abril de 2020, para ser entregados por los responsables hasta el 29 de mayo de 2020.
10. Presentación del primer seguimiento del Mapa de Riesgos Institucionales al Comité Institucional de Control Interno el 18 de agosto de 2020 (ver acta No. 13).
11. Se publica el Mapa de Riesgos Institucional (procesos y PDI) y primer seguimiento, en la página web de la Universidad, el 30/08/2020.
12. Para el segundo seguimiento se comunicó mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 06 de octubre de 2020, para ser entregados por los responsables el día 16 de octubre de 2020. Al momento de la elaboración de este informe faltaban cinco facultades y un laboratorio por entregar el segundo seguimiento.
13. Además, se solicitó la actualización de los mapas de riesgo para la vigencia 2021, a los responsables de los riesgos de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y del PDI; mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 09 de noviembre de 2020, para ser entregado por los responsables el día 30 de noviembre de 2020.
14. Se revisa la Resolución No. 2392 del 15/05/2017, “Por medio de la cual actualizan las Directrices para la Gestión de Riesgos y se modifica la conformación del Equipo para la Gestión de Riesgo en la de Universidad Tecnológica de Pereira” y se toma la decisión por parte del Equipo de Gestión de Riesgos que se deben elaborar dos resoluciones, una para aprobar las Directrices de gestión de riesgos y otra para definir la conformación y coordinación del Equipo de Gestión de Riesgos de la Universidad Tecnológica de Pereira. Las cuales se presentarán al Comité Institucional de Control Interno para su aprobación.
15. Se realizaron asesorías y acompañamientos en la elaboración y seguimiento de los mapas de riesgos a diferentes facultades y dependencias, a saber:
 - Facultad de Ciencias Agrarias
 - Facultad de Ciencias Básicas
 - Facultad de Ciencias de la Educación
 - Facultad de Ciencias de la Salud
 - Facultad de Ingeniería Mecánica
 - Gestión de Documentos
 - Gestión Financiera
 - Secretaría General
 - Gestión Talento Humano

OBSERVACIÓN 1: Falta de implementación de aplicativo de riesgos	
Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información ha venido desarrollando el aplicativo de gestión de riesgos, sin embargo, el mismo no ha podido ser puesto en funcionamiento, dado que no todas sus funcionalidades están operando y requiere ajustes que permita su operación de cara al usuario final. Lo anterior conlleva a demoras en los procesos de consolidación de la información sobre riesgos en la Universidad.	
Riesgo relacionado: Incumplimiento de las Normas (Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017).	
Controles relacionados: Procedimientos: 1.Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2013-06-27 y 2. Monitoreo a la Administración de Riesgo 1115-CIG-05, V4 del 2013-05-23.	
Prioridad del hallazgo: bajo	
Comentarios del auditado: Ninguna	

5.2 Proceso de Gestión de Riesgos realizado en la Universidad en la vigencia 2020

Se realizaron dos seguimientos para la vigencia 2020 y una actualización para la vigencia 2021, 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, el cual se obtuvo de priorizar 31 riesgos de XX riesgos de los Procesos (Dependencias y 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 30 de abril de 2020. Dado que, para la actualización del mapa de riesgos de los Procesos, se requiere tener los mapas de riesgos de todas Dependencias que conforman cada proceso y algunas no habían enviado la actualización de mapa de riesgos 2020; se extendió hasta el 30 de junio de 2020.

El día 03/06/2020, de acuerdo a los seguimientos completos de los mapas de riesgos recibidos por las dependencias hasta esta fecha, se envía al Sistema Integral de Gestión, el seguimiento a 4 procesos, los cuales se publican en la página. Teniendo en cuenta que se recibieron algunos seguimientos y ajustes a mapas de riesgos, se extendió la publicación hasta el 13/07/2020.

En reunión del Grupo de Gestión de Riesgos, del día 26/08/2020, se identifican las Dependencias y Facultades que faltan por entregar los mapas de riesgos, para completar los seguimientos a los mapas de riesgos de los procesos que están haciendo falta (Control Interno Disciplinario, Comunicaciones, Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano y 9 Facultades). Al final, se recibieron los mapas de riesgo de 18 dependencias, 1 Facultad, 6 Laboratorios y 5 Pilares del PDI.

Tabla 3. Mapas de riesgos con primer seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos (Dependencias)	Admisiones Registro y Control Académico Biblioteca Comunicaciones Secretaría General Control Interno	18

Mapa de riesgos	Responsable	Total
	Jurídica Gestión de Documentos Gestión de Servicios Institucionales Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Planeación Relaciones Internacionales Sistema Integral de Gestión Recursos Informáticos y Educativos Univirtual Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	
Procesos (Facultades)	Facultad de Bellas Artes y Humanidades	1
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Laboratorio de Metrología y Variables Eléctricas (LMVE) Grupo de Investigación de Aguas y Saneamiento (GIAS) Laboratorio de Química Ambiental (LQA) Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos (LAA) Laboratorio de Genética Médica (LGM) Laboratorio de Ensayos para equipos acondicionadores de aire	6
PDI	Pilar 1. PDI_Excelencia Académica para la Formación Integral Pilar 2. PDI_Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento Pilar 3. PDI_Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional Pilar 4. PDI_Gestión y Sostenibilidad Institucional Pilar 5. PDI_Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios	5

Fuente: Control Interno

Control Interno consolida el primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 30 de abril de 2020; el cual se puede ver en el link <https://www.utp.edu.co/meci/>, de la página la Universidad, además de consolidar el seguimiento al mapa de riesgos de 4 Procesos, de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional.

Respecto al primer seguimiento Control Interno encontró las siguientes observaciones:

- ✓ No se registran los seguimientos a los mapas de riesgos de (4) Dependencias, (9) Facultades y (2) Laboratorios.
- ✓ No se registran los seguimientos a todos los riesgos en (1) Dependencia y (1) Laboratorio.
- ✓ No se diligencian la medición de los indicadores por cada riesgo en (3) Dependencias, (2) Laboratorio y (2) Pilares del PDI.
- ✓ No se diligencian completamente las casillas del “MANEJO” del riesgo en (4) Dependencias, (2) Laboratorios y (1) Facultad.
- ✓ No se registra “LA SITUACIÓN DEL RIESGO LUEGO DEL SEGUIMIENTO” en (4) Dependencias, (1)

Laboratorio y (1) Pilar del PDI

- ✓ No se evidencian los soportes documentales de las acciones implementadas.
- ✓ Se reciben mapas de riesgos con formato modificado (borran fórmulas) en (1) Dependencia.

A pesar de las observaciones encontradas, hubo una mejora en los registros de las fases de IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO.

- b. Segundo seguimiento a los Mapas de Riesgos Institucional, el cual se obtuvo de priorizar 31 riesgos de XX riesgos de los Procesos (Dependencias y 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 30 de septiembre de 2020; se recibieron los mapas de riesgo de 16 dependencias, 3 Facultades, 6 Laboratorios y 5 Pilares del PDI. De acuerdo a información suministrada por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera y teniendo en cuenta el Acuerdo No. 14 de 2014, se realizaron ajustes en tres Unidades Organizacionales, las cuales se adjuntan a otras, así:
- Sistema Integral de Gestión se une a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera
 - Gestión de Documentos se une a la Secretaría General
 - Univirtual se une a la Vicerrectoría Académica.

Tabla 4. Mapa de riesgos con segundo seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos (Dependencias)	Admisiones Registro y Control Académico Biblioteca Control Interno Disciplinario Secretaría General Control Interno Jurídica Gestión de Servicios Institucionales Gestión de Talento Humano Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Planeación Relaciones Internacionales Recursos Informáticos y Educativos Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	16
Procesos (Facultades)	Facultad de Bellas Artes y Humanidades Facultad de Ciencias Empresariales Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Ciencias Básicas Facultad de Ciencias Ambientales	5
Procesos (Organismos)	Laboratorio de Aguas y Alimentos Laboratorio de Ensayos No Destructivos y Destructivos	7

Mapa de riesgos	Responsable	Total
certificadores de la conformidad)	Grupo de Investigación de Aguas y Saneamiento Laboratorio de Química Ambiental Laboratorio de Ensayos para equipos acondicionadores de aire Laboratorio de Genética Médica Laboratorio de Metrología y Variables Eléctricas	
PDI	Pilar 1. PDI_Excelencia Académica para la Formación Integral Pilar 2. PDI_Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento Pilar 3. PDI_Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional Pilar 4. PDI_Gestión y Sostenibilidad Institucional Pilar 5. PDI_Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios	5

Fuente: Control Interno

Control Interno consolida el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 30 de septiembre de 2020; el cual se puede ver en el link <https://www.utp.edu.co/meci/>, de la página la Universidad, además de consolidar el seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional. Se priorizaron para el Mapa de Riesgos Institucional 31 riesgos, de un total 188 riesgos, identificados por las siguientes áreas:

- Unidades Organizacional: 62 riesgos
- Facultades: 50 riesgos
- Laboratorios: 67 riesgos
- Pilares del PDI: 9 riesgos

Respecto al segundo seguimiento Control Interno encontró las siguientes observaciones:

- ✓ Se evidencian falencias frente al manejo del Formato Versión 6 respecto al seguimiento.
- ✓ No se diligencian los seguimientos a los indicadores en (2) Facultades y (3) Laboratorios.
- ✓ No se registran completamente las casillas del "MANEJO" del riesgo en (4) Dependencia y (1) Facultad.
- ✓ No se determina la SITUACIÓN DEL RIESGO LUEGO DEL SEGUIMIENTO en (1) Dependencia.
- ✓ No se evidencian los soportes documentales de las acciones implementadas.

A pesar de las anteriores observaciones, se evidencia que se ha venido mejorado en la gestión de los riesgos de cada Unidad Organizacional de la Universidad.

- c. Actualización de los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Laboratorios) y del PDI, para la vigencia 2021.
- El proceso de actualización se surtió desde el 09 de noviembre hasta el 30 de noviembre del año en curso. Hasta la fecha límite determinada, se habían recibido mapas de riesgos de: 9 Dependencias, 1 Laboratorio, 6 facultades y 4 de Pilares del PDI. Ver tabla 5.

Tabla 5. Mapa de riesgos actualizados para la vigencia 2021

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos (Dependencias)	Admisiones Registro y Control Académico Control Interno Gestión de Servicios Institucionales Jurídica Planeación Relaciones Internacionales Recursos Informáticos y Educativos Secretaría General Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	12
Procesos (Facultades)	Facultad de Ciencias Básicas Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Ciencias de la Salud Facultad de Tecnologías Facultad de Ciencias Agrarias Facultad de Ciencias de la Educación	6
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Laboratorio de Ensayos Destructivos y No Destructivos	1
PDI	Pilar 1. PDI_Excelencia Académica para la Formación Integral Pilar 2. PDI_Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento Pilar 3. PDI_Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional Pilar 4. PDI_Gestión y Sostenibilidad Institucional Pilar 5. PDI_Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios	5

Fuente: Control Interno

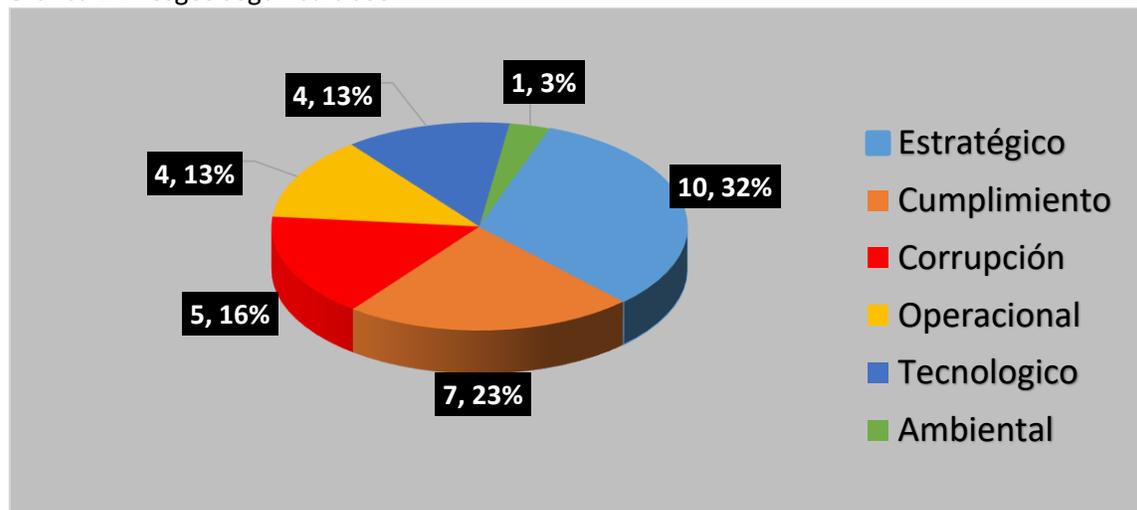
Respecto a la actualización de los mapas de riesgos para la vigencia 2021, se presentaron algunas observaciones de forma, las cuales han sido corregidas por los responsables de los mapas de riesgos.

5.3 Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional

- 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 2020, treinta y un (31) 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

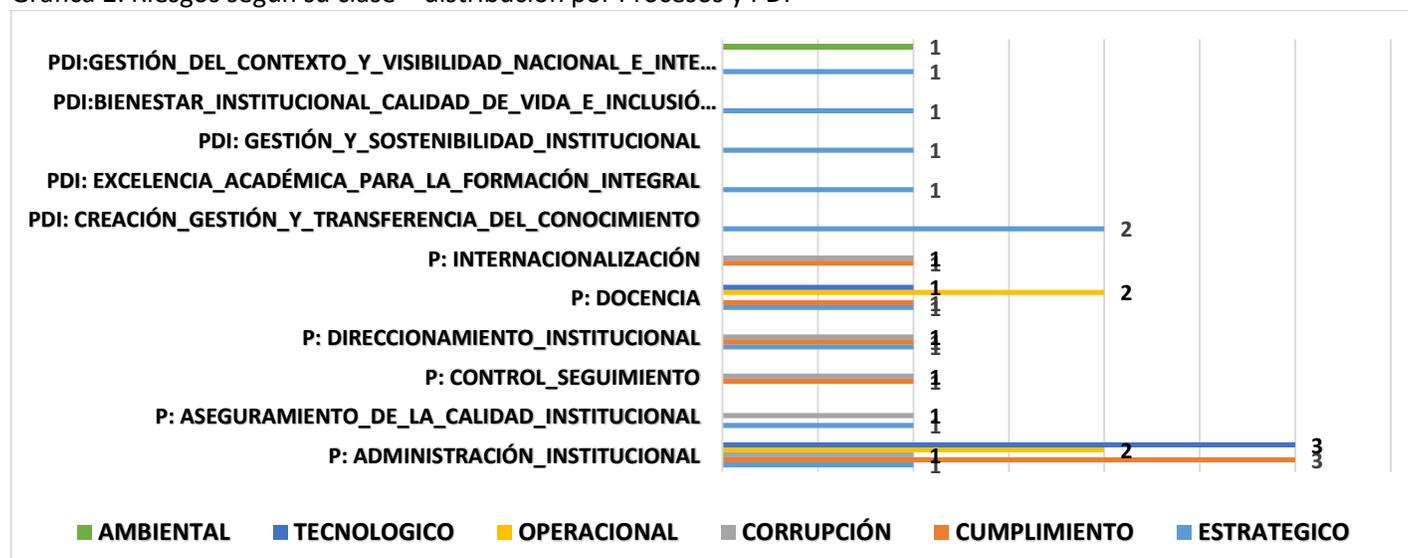
Riesgos Institucional se distribuyen en: 10 (32%) son Estratégicos, 7 (23%) de Cumplimiento, 5 (16%) de Corrupción, con 4 (13%) son Operacionales y Tecnológicos y con un riesgo (3%) Ambientales.

Grafica 1. Riesgos según su clase



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2020

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



Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2020

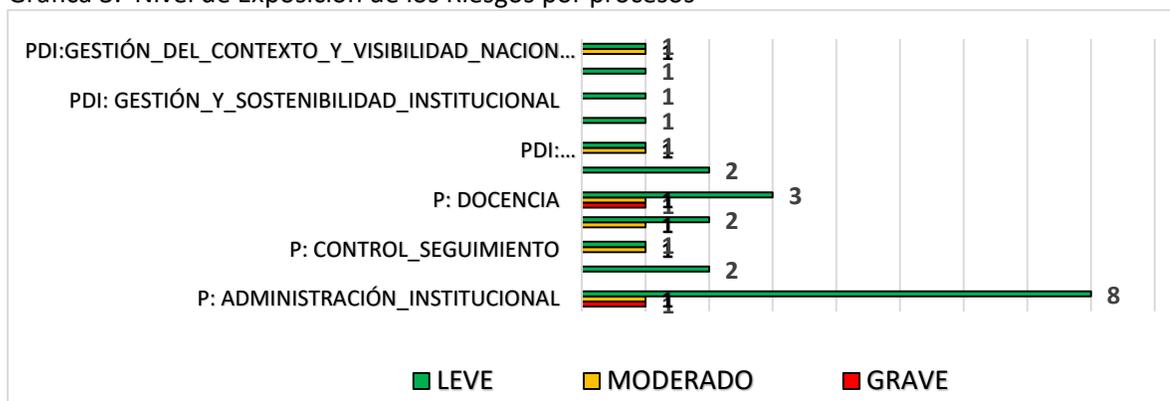
*P: Proceso – PDI: Pilares Plan Desarrollo Institucional

El proceso que más riesgos identificó fue el de Administración Institucional con 10 riesgos, luego le sigue docencia con 5 riesgos, posteriormente esta Dirección Institucional con tres riesgos, siguen con dos riesgos los procesos de Aseguramiento de la Calidad Institucional, Control y Seguimiento,

Internacionalización y los pilares del PDI Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento y Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional; con un riesgo se encuentran los Pilares del PDI Excelencia Académica para la Formación Integral, Gestión y Sostenibilidad Institucional y Bienestar Institucional Calidad de Vida e Inclusión en Contextos Universitarios .

- b. Nivel de Exposición al Riesgo (Gráfico 3):** De acuerdo al Mapa de Riesgos Institucional el 77,4% (24) de los riesgos, tienen un nivel de exposición al riesgo Leve, el 19,4% (6) 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 y mayormente preventivos. El 3,2% (1) de los riesgos tienen un el 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 por procesos



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2020

*P: Proceso – PDI: Pilares Plan Desarrollo Institucional

Gráfico 4. Matriz de Calor de los Riesgos Residuales de los Procesos

		CALIFICACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL				
PRIORIZACIÓN INICIAL	25	R6-R23 -R29	R24			
	20					
	16	R21				
	15	R4-R27				
	12					
	10	R1 - R2 - R15- R26-R31				
	9	R17 -R20				
	8	R18-R30				
	6	R12-R25-R28				
	5	R7 - R14 - R19 - R22				
4	R3 - R5 - R8 - R13					
3	R9 - R11 - R16					
2	R10					
1						
		1	2	3	4	5
		FUERTE	ACEPTABLE	DEBIL	INEXISTENTE	
		VALORACIÓN DEL CONTROL				

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2020

Las Unidades Organizacionales o Dependencias que han identificado riesgos de nivel GRAVE es la Vicerrectoría Académica_Univirtual (R24) (Ver Gráfico 4 y Tabla 6).

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

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO
Vicerrectoría Académica_Univirtual	No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2020

- c. **Evaluación a los controles existentes:** Se evidencia en los comentarios realizados por los responsables de los 31 riesgos institucionales, que la mayoría registraron la información sobre los controles implementados y no tuvieron dificultades en la aplicación de dichos controles; por lo cual se asume que la aplicación de estos fue efectiva para prevenir o mitigar el riesgo; se tuvo inconvenientes en los siguientes riesgos que se muestran en la tabla 7:

Tabla 7. Controles que presentan dificultades

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Control	Dificultades en la aplicación del control
2	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	RECURSOS_INFORMÁTICOS_EDUCATIVOS	Intrusión a equipos y servicios de red	Actualización de las aplicaciones, servicios y sistemas operativos de los servidores	Control aplicado parcialmente
				Conexiones seguras para todos los servicios que se accedan a través de la red	Control aplicado parcialmente
10	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_ACADÉMICA	Ascenso de Docentes sin Cumplimiento de Requisitos	Verificación de requisitos en hojas de vida	Toma mucho tiempo la revisión de Hojas de vida, ya que se debe efectuar desde las diferentes plataformas habilitadas y la hoja de vida física
				Verificación de hoja de vida en el aplicativo de recursos humano	Demoras en revisión de la nueva plataforma

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Control	Dificultades en la aplicación del control
12	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	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	Todos los programas deben actualizar los currículos a la luz del nuevo 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.
14	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL_Gestión_de_Documentos	Pérdida de la información de las series documentales conservadas físicamente	Microfilmación y Digitalización	Debido a la emergencia sanitaria no se pudo realizar la actividad contemplada en el Plan de Acción.
23	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL_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	Actualización Inventario documental Actualización Plan Institucional de Archivos PINAR	Debido a la falta de personal capacitado para realizar esta actividad no se había podido cumplir en el tiempo establecido. La contingencia creada por el COVID-19 ha permitido que esta tarea pueda cumplirse para la presente vigencia
24	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_ACADÉMICA_Universitaria	No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido	Se realiza medición de la capacidad disponible del disco duro	Semanalmente se ingresa al servidor, se valida el espacio disponible, y se realice eliminación de logs e información no útil, sin embargo esta información borrada no es suficiente en comparación con el crecimiento

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Control	Dificultades en la aplicación del control
			para el funcionamiento de la unidad	Se realizan copias de seguridad en la nube de manera periódicas	Dado que el tamaño de la información tiene un crecimiento exponencial ya no se disponen de ubicaciones para nueva información
27	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA_INVESTIGACIONES_INNOVACIÓN_EXTENSIÓN_	Grupos de Investigación sin reconocimiento o por MinCiencias.	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	Disminución de presupuesto para financiar un número representativo de proyectos de investigación, libros o artículos.
				Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Financiación para el programa de formación.
				Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	Implementación de lo establecido en el Acuerdo y la Resolución de Investigaciones.
31	BIENESTAR_INSTITUCIONAL_CALIDAD_DE_VIDA_E_INCLUSIÓN_EN_CONTEXTOS_UNIVERSITARIOS	VICERRECTORÍA_DE_RESPONSABILIDAD_SOCIAL_BIENESTAR_UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	Indicadores del PDI asociados a los procesos de Bienestar Institucional.	Se ha visto afectado el avance de los indicadores a causa del COVID-19.
				Formalización de alianzas y convenios alrededor de bienestar, calidad de vida e inclusión.	Se puede ver afectado las gestiones de alianzas y convenios a causa del COVID-19.
				Plan estratégico de inclusión: número de estrategias, procedimientos o gestiones enfocadas a la igualdad de oportunidades, garantía de derechos	Se puede ver afectado el plan estratégico de inclusión a causa del COVID-19.

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

Se puede observar en la tabla No. 7 que los controles de los riesgos Nos. 14, 23, 31 que tuvieron dificultades en la aplicación del control, por causa de la emergencia sanitaria del COVID 19, deben de implementar nuevas acciones de control teniendo en cuenta que los riesgos se pueden materializar si no se toman algunas medidas para mitigar los riesgos.

Con respecto al riesgo No. 2 “Intrusión a equipos y servicios de red”, se tiene que hay unos controles, pero se aplican parcialmente y teniendo en cuenta que este es un riesgo que tiene un alto impacto si llegase a materializarse y con la gran cantidad de intentos de intrusión (se han detectado 1'679.000 intentos de intrusión en lo que va del primer semestre del 2020); se debe de tomar medidas por parte del responsable de este proceso, aplicando totalmente los controles que se tienen, para con ello mitigar la materialización del riesgo.

El riesgo No. 10, de la Vicerrectoría Académica “Ascenso de Docentes sin Cumplimiento de Requisitos”, ha tenido problemas con los controles debido a que los sistemas de información que se requieren para revisar las hojas de vida no están alineados, lo que requiere de un mayor tiempo por parte de las personas que realizan este control, por tener que revisar y verificar la información en varios aplicativos; lo que podría solucionarse con la integración de estos aplicativos; así evitar los problemas de la aplicación de los controles y con ello asegurar la efectividad de estos.

Para el riesgo No. 12 “No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular”, también de la de la Vicerrectoría Académica, se tienen unos controles de verificación de reuniones de los registros de las sesiones de acompañamiento a los programas académicos y de los informe de acompañamiento a los programas académicos; como estas actividades dependen más de las Facultades, es importante dar a conocer a los Decanos y miembros de los Comités de Facultad la importancia del cumplimiento de todos los requisitos para que este riesgo no se materialice y las consecuencias que se tienen si llegase a tipificar el riesgo.

Con respecto al riesgo No. 24 “No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad” de Univirtual (Vicerrectoría Académica), a pesar de que se tienen unos controles efectivos, es importante llamar la atención en la adquisición de nuevos equipos de almacenamiento de información, para con ello evitar la materialización del riesgo y con ello la posible suspensión de servicios de formación virtual y procesos administrativos.

El riesgo No. 27 “Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias” de la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión, presenta problemas en los controles debido a posibles reducciones o poco presupuesto para la realización de las convocatorias y la formación de los investigadores; lo cual debe de minimizarse con una mayor gestión en la consecución de más recursos dentro de la Universidad y fuera ella con el sector privado.

OBSERVACIÓN 2: Seguimientos periódicos a las actividades de control
No se realizan seguimientos periódicos por parte de los responsables de los procesos a las actividades de control, lo cual se evidencia cuando se va a hacer el seguimiento por parte de Control Interno.
Riesgo relacionado: Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos
Controles relacionados: Procedimiento SGC-PRO-011 Administración de riesgos, Formato SGC-FOR-011-02, Formato SGC-FOR-011-02, Procedimientos establecidos en el SGC, Normas internas (resoluciones y Acuerdos Consejo Superior) y Sistema de información.
Prioridad del hallazgo: Bajo
Comentarios del auditado: Ninguno

- d. **Evaluación de los Indicadores.** En la tabla 8, se muestran los indicadores de los riesgos del Mapa Institucional, con su respectiva medición a 30 de septiembre de 2020, con el análisis dado por los responsables de los riesgos y el concepto de Control Interno.

Tabla 8. Indicadores de los riesgos del Mapa Institucional

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
1	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	RECURSOS_INFORMÁTICOS_EDUCATIVOS	Imposibilidad para acceder a los sistemas de información que estén alojados en los servidores del campus universitario	Número de horas al mes sin fallas de conectividad a Internet del canal principal/Número de horas del mes	0	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos y han funcionado correctamente.
		GESTIÓN_DE_TECNOLOGÍAS_INFORMÁTICAS_SISTEMAS_DE_INFORMACIÓN		No. de veces que los servidores no están disponibles/365	<10	4	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y a pesar que se ha materializado, pero está dentro del rango permitido.
2	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	RECURSOS_INFORMÁTICOS_EDUCATIVOS	Intrusión a equipos y servicios de red	Total de intrusiones detectadas/Total de intentos de intrusión cada semestre	0%	0%	Aunque el indicador muestra que el riesgo no se ha materializado, se debe seguir con el monitoreo permanente ya que los controles "Actualización de las aplicaciones, servicios y sistemas operativos de los servidores" y "Conexiones seguras para todos los servicios que se accedan a través de la red" fueron aplicados parcialmente y hubo muchos intentos de intrusión.
3	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	JURÍDICA	Vencimiento de los términos establecidos en la Ley para dar respuesta oportuna a requerimientos judiciales, administrativos o de los entes de control.	No. De procesos con términos vencidos / total de procesos	0%	0%	Se tiene un indicador con cero procesos con términos vencidos, por lo cual podemos concluir que los controles han sido aplicados y efectivos. Por lo anterior, el riesgo se mantiene controlado.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	21 de 35

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN		Cumplimiento del Indicador de AIE: Nivel de actualización de la información a nivel estratégico y táctico	85	60.63	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, por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.
	CONTROL_SEGUIM IENTO	CONTROL_INTERNO		No. de informes que no son entregados oportunamente a CGR / Total de informes	0%	0%	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
4	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	JURÍDICA	Incumplimiento en los plazos establecidos para gestionar las necesidades de tipo contractual de las dependencias	Número de requerimientos relacionados con contratación presentados extemporáneamente a Gestión de la Contracción	15	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
5	ASEGURAMIENTO_ DE_LA_CALIDAD_I NSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_AD MINISTRATIVA_FINANCIERA_Sistema_Int egral_de_Gestión	Entrega de información institucional a personas no autorizadas para uso indebido.	# de veces que se detecte y se denuncie	0%	0	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
6	DOCENCIA	ADMISIONES_REGIS TRO_CONTROL_ACA DÉMICO	Alteración del Calendario Académico	No. De veces que se modifica el calendario académico en el semestre	20%	83.3%	Este riesgo se tipificó, los controles establecidos no fueron efectivos, se deben de diseñar nuevas acciones que ayuden a mitigar el riesgo.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	22 de 35

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
7	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%	0.00%	Se tiene un indicador con cero casos presentados de incumplimiento. Los controles han sido aplicados y efectivos. Por lo anterior, el riesgo se mantiene controlado.
8	INTERNACIONALIZACIÓN	RELACIONES_INTERNACIONALES	Visitantes internacionales en la UTP sin el debido estatus migratorio	Número de sanciones generadas por Migración Colombia a la UTP	0%	0	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
9	INTERNACIONALIZACIÓN	RELACIONES_INTERNACIONALES	Favorecer la postulación a una beca de movilidad académica internacional a un estudiante que no cumpla con los requisitos establecidos en la convocatoria UTP	No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad Académica sin cumplimiento de Requisitos / No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad	0%	0.00%	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado
10	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_ACADÉMICA	Ascenso de Docentes sin Cumplimiento de Requisitos	# de cambios de categoría docente sin cumplimiento de requisitos / Total de cambios de categorías realizados	0	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	23 de 35

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
11	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_AC ADÉMICA	Asignación de puntos y/o unidades salariales sin cumplimiento de requisitos	# de Puntos Asignados incorrectos / Total de Puntos Asignados	0	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
12	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_AC ADÉMICA	No cumplimiento del Proyecto Educativo Institucional y las orientaciones institucionales para la renovación curricular.	# de programas académicos con currículos actualizados/ Meta propuesta de programas académicos con currículos actualizados	100%	100%	Para el período a evaluar (corte a 30/09/2020), para Control Interno, este indicador presenta un buen avance para la vigencia, de acuerdo a la explicación dada por la Vicerrectoría Académica, pues nos dice que se han cumplido 9 de 9 programas que se tiene como meta para el 2020; que han actualizado sus currículos de acuerdo con el PEI, la política académica curricular y las Orientaciones institucionales para la renovación curricular. Lo anterior, nos indica que los controles implementados han sido efectivos, por lo cual han evitado a la tipificación del riesgo
13	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_AC ADÉMICA	Pérdida del Registro Calificado de un Programa Académico	# de programas con registro calificado vencido / programas activos en un año	0%	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado
14	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL_Gestión_de_Documentos	Pérdida de la información de las series documentales conservadas físicamente	Metros lineales de archivos histórico y central conservados únicamente en soporte papel	635 Creciente	635	El indicador no permite establecer si los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
15	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_TECN OLOGÍAS_INFORMÁ TICAS_SISTEMAS_DE _INFORMACIÓN	Software con errores de funcionamiento	Nro. de Errores graves en aplicativos / Total de Errores en aplicativos reportados por semestre	<8%	6.12%	Este riesgo se materializó y está dentro del rango permitido, pero los responsables reportan que se tuvo dificultades en algunas aplicaciones, pero que fueron corregidas. Han implementado una acción, la cual se ha cumplido parcialmente, porque se tiene establecida la metodología de pruebas, pero falta comenzar con su ejecución. Por lo anterior, se debe de terminar la implementación de esta acción, con el fin de que no se materialice el riesgo y los controles se vuelvan efectivos.
16	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENER AL	Ilegitimidad en resultados electorales	Número de impugnaciones electorales	0	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado
17	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENER AL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición y de las PQRS interpuesta por los ciudadanos	Número de Acciones de Tutela o Demandas por la no atención de Derechos de Petición	0	0	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
	CONTROL_SEGUIM IENTO	VICERRECTORIA_AD MINISTRATIVA_FINA NCIERA		(No. PQRS sin responder en los tiempos establecidos en el año / total de PQRS recibidas en el año)*100	0	0	
18	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENER AL	Incumplimiento de la normatividad vigente y aplicable a la Universidad	No. de procesos judiciales por incumplimiento de normas	0	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	25 de 35

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
19	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Tráfico de Influencias	No. De derechos que son otorgados sin el cumplimiento de requisitos	0	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
20	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Incumplimiento de las metas en los tres niveles de gestión del PDI 2020-2028	Nivel cumplimiento del PDI en sus tres nivel	98.50%	70.68%	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, por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.
21	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, resoluciones, proyectos de operación comercial)	Proyectos ejecutados inadecuadamente /Total proyectos ejecutados	0%	1.0	El indicador muestra que el riesgo se ha materializado, se deben de establecer nuevas acciones de control que fortalezcan el proceso de supervisión.
22	ASEGURAMIENTO_DE_LA_CALIDAD_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Perdida del reconocimiento como institución de alta calidad	Nivel cumplimiento del plan de acción del modelo metodológica de la autoevaluación institucional	100%	95.4%	Actualmente la Universidad se encuentra acreditada, y el plan de mejoramiento tiene un avance del 95.4% con corte a 30 de septiembre de 2020. Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	26 de 35

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
23	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL_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	Instrumentos Archivísticos actualizados	2	0	Se tiene un bajo cumplimiento del indicador, por lo que el control establecido "Actualización Plan Institucional de Archivos PINAR", no ha sido efectivo; por lo cual se requiere de implementar nuevas acciones de control que sean cumplidas y efectivas para ayudar en la no materialización del riesgo
24	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_ACADÉMICA_Univirtual	No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad	% disponible = información almacenad / capacidad disco duro	50%	95%	El riesgo se ha materializado, porque los controles implementados no fueron efectivos; se deben de poner en funcionamiento nuevas acciones de control, a través de la gestión de nuevos equipos de almacenamiento de la información, para evitar la materialización de este riesgo
25	EXCELENCIA_ACADÉMICA_PARA_LA_FORMACIÓN_INTEGRAL	VICERRECTORÍA_ACADÉMICA_	Oferta de programas con baja calidad académica	* Estudiantes matriculados	157280	16333	El indicador no permite establecer si los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
26	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA_INVESTIGACIONES_INNOVACIÓN_EXTENSIÓN	Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.	Índice de variación de actividades de extensión: No de Actividades de Extensión por modalidades año 2020 / No de Actividades de Extensión por modalidades año 2019	16%	45.4%	El riesgo se materializó, los controles establecidos y las acciones implementadas no han sido efectivas y el riesgo no se pudo controlar, se deben de generar nuevas acciones que ayuden a tener mejores controles que prevengan la materialización del riesgo y a mitigar el impacto.
27	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA_INVESTIGACIONES_INNOVACIÓN_EXTENSIÓN	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias.	No de Grupos de Investigación Reconocidos por MinCiencias y categoría de cada grupo.	114	114	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
28	GESTIÓN_DEL_CONTEXTO_Y_VISIBILIDAD_NACIONAL_EINTERNACIONAL	PLANEACIÓN	Baja contribución de la universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad.	Cumplimiento de los proyectos de "Gestión de contexto y visibilidad nacional e internacional"	90%	76.9%	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
29	GESTIÓN_DEL_CONTEXTO_Y_VISIBILIDAD_NACIONAL_EINTERNACIONAL	PLANEACIÓN	Restricciones para la movilidad nacional e internacional entrante y saliente	*Cumplimiento del proyecto "P27. Cooperación y movilidad nacional e internacional". *Programas académicos con visibilidad internacional = (#	90%	84.34% 81,82% 72,73% 100%	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

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
				<p>de Programas con contexto internacional (movilidad, modernización curricular, proyectos en red) / # total de programas de la universidad) x 100</p> <p>*Programas académicos con visibilidad nacional = (# de Programas con contexto nacional (movilidad, proyectos en red) / # total de programas de la universidad) x 100</p> <p>*Estudiantes egresados con doble titulación (pregrado y posgrado) = Σ (Estudiantes que hayan obtenido doble titulación pregrado y posgrado)</p>			

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
30	GESTIÓN_Y_SOSTENIBILIDAD_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA_FINANCIERA_	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad	Equilibrio Financiero = Ingresos totales / Gastos Totales	>=1	0.78	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
31	BIENESTAR_INSTITUCIONAL_CALIDAD_DE_VIDA_E_INCLUSIÓN_EN CONTEXTOS_UNIVERSITARIOS	VICERRECTORÍA_DE_RESPONSABILIDAD_SOCIAL_BIENESTAR_UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	Calidad de vida en contextos universitarios: $p - z * (\sqrt{p * (1 - p) / n}) * (\sqrt{(N - n) / (N - 1)})$. p:proporción de personas que superan el nivel mínimo de calidad de vida para la muestra calculada. N:Tamaño de la población. n:Tamaño de la muestra n. z: nivel de confianza del 95%.	80%	64.93%	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

Fuente: Mapa de riesgos Institucional –Por Procesos.

De acuerdo a la tabla 8, los riesgos No. 6 “**Alteración del Calendario Académico**” de la Vicerrectoría Académica, el No. 21 “**Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, resoluciones, proyectos de operación comercial)**” de Planeación, el No. 24 “**No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad**” de la Vicerrectoría Académica_Univirtual y el No. 26 “**Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira**” de la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión; se han materializado, las mediciones de los indicadores de estos riesgos están por encima de los valores permitidos (línea base). Lo anterior, nos indica que los controles establecidos y las acciones implementadas no han sido efectivas y el riesgo no se

pudo controlar, por lo cual se deben de generar nuevas acciones que ayuden a tener mejores controles que prevengan la materialización del riesgo y a mitigar el impacto.

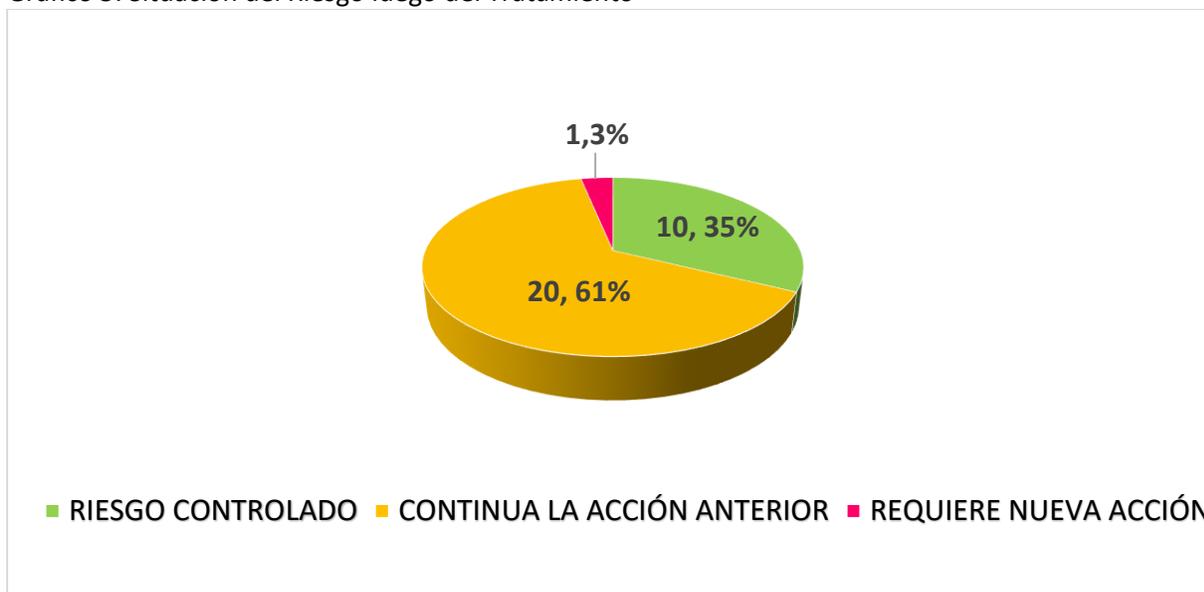
<p>OBS 3: Materialización de riesgos Se evidencia la materialización de riesgos según la medición e información que soporta la evaluación de los indicadores de los riesgos Nos. 6, 21, 24 y 26 (Ver observación particular en la Tabla 8) por lo cual se pueden tener dificultades en el monitoreo de estos riesgos y sus controles, así como el establecimiento de nuevos controles o implementar nuevas acciones.</p>
<p>Riesgo relacionado: Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos</p>
<p>Controles relacionados: Procedimiento SGC-PRO-011 Administración de riesgos, Formato SGC-FOR-011-02, Formato SGC-FOR-011-02, Procedimientos establecidos en el SGC, Normas internas (resoluciones y Acuerdos Consejo Superior) y Sistema de información.</p>
<p>Prioridad del hallazgo: Alto [REDACTED]</p>
<p>Comentarios del auditado: Ninguna</p>

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 no identifica riesgos relacionados con:

- Nómina
- Manejo de los bienes muebles
- Riesgos de tipo contable
- Riesgos financieros
- Riesgos de seguridad digital
- Riesgos frente a la atención al usuario
- Riesgos frente a los proveedores
- Riesgos frente alteraciones del orden público
- Entre otros.

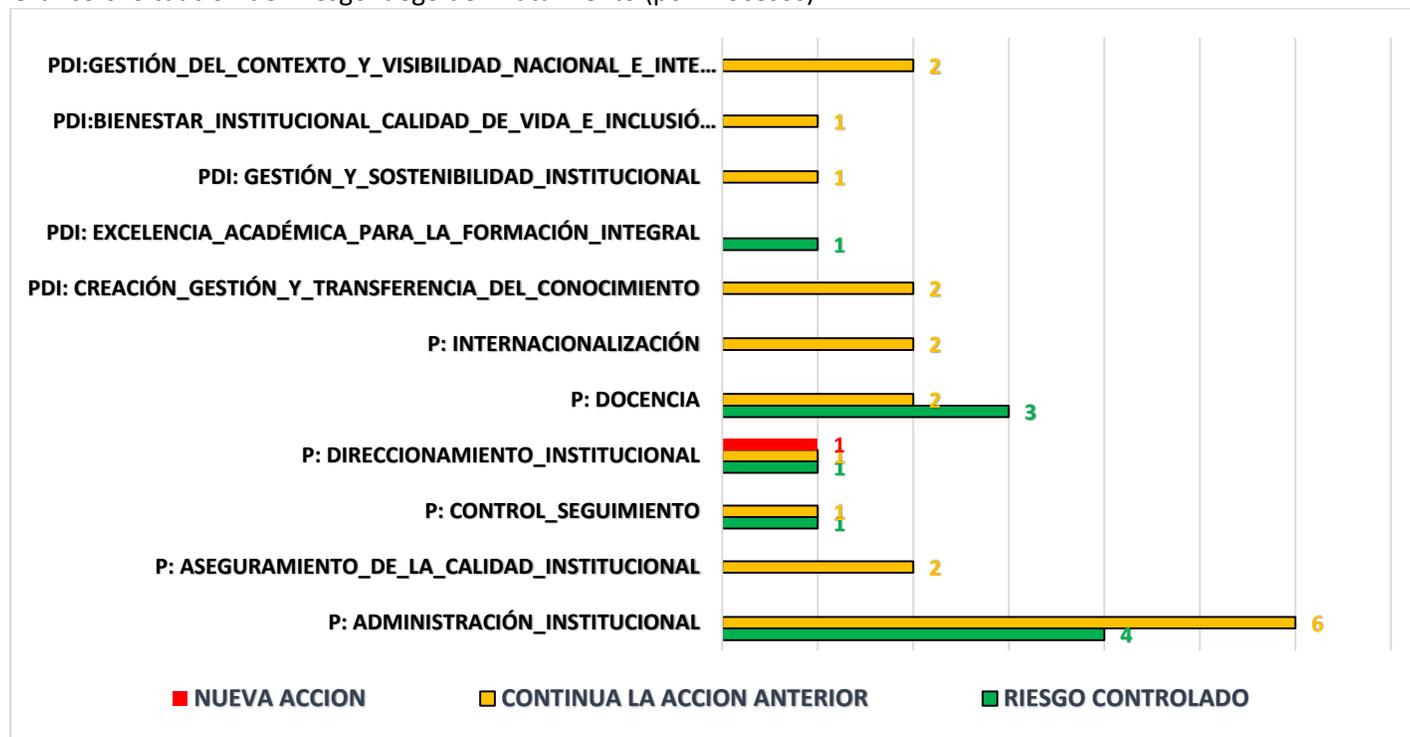
- e. **Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Gráficos 5 y 6):** Es el resultado final que nos presenta la metodología de administración del riesgo, después de haber aplicado los controles existentes, es decir, luego de realizar el tratamiento al riesgo y evaluar su indicador y después de haber 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 5. Situación del Riesgo luego del Tratamiento



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

Grafico 6. Situación del Riesgo luego del Tratamiento (por Procesos)



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	32 de 35

*P: Proceso – PDI: objetivo Plan Desarrollo Institucional

Se observa en las gráficas No. 5 y 6, que de los Riesgos Institucionales, el 35% (10) de los Riesgos están Controlados, el 61% (20) Continúan con la Misma Acción y el 3%(1) tienen que implementar Nuevas Acciones. 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, 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. Solo hay un riesgo que requiere de la implementación de una nueva acción de mejora.

6. Recomendaciones

OBSERVACIÓN 1: Falta de implementación de aplicativo de riesgos

- Continuar con las pruebas al aplicativo, que permita su implementación en la vigencia 2021.

OBSERVACIÓN 2: Seguimientos periódicos a las actividades de control

- Fomentar procesos de autoevaluación, que permitan evaluar la eficacia del control respecto a los riesgos identificados.
- Identificar y documentar los controles en los procedimientos establecidos o en los sistemas de información, que permitan una evaluación objetiva sobre su aplicación y efectividad.

OBSERVACIÓN 3: Materialización de riesgos

- Dar tratamiento al riesgo, teniendo en cuenta las directrices para el manejo de los riesgos, para lo cual se podrá optar por los siguientes tipos de acciones a tomar:

Evitar: Consiste en eliminar de forma definitiva la actividad que genera riesgo.

Reducir: implica implementar controles que conlleven a disminuir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o su nivel de impacto.

Transferir: se refiere a implementación de controles para que un tercero externo a la Universidad asuma el riesgo, para lo cual se deberá contar con la autorización del Vicerrector Administrativo y Financiero.

Compartir: Consiste en establecer controles de manera conjunta con otro proceso al interior de la Universidad.

Asumir: Se refiere a implementar acciones de seguimiento que conlleven al análisis del riesgo.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. 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.
2. Implementar riesgos en los temas relacionados de la página 30 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.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	34 de 35

7. Limitaciones

Durante el desarrollo de este proceso se presentaron las siguientes limitaciones, que afectaron el ejercicio de la Oficina de Control Interno:

- Falta de seguimiento por parte de las unidades organizacionales que tienen riesgos bajo su control.

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

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

Original Firmado

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

Elaboró: Enio Aguirre Torres
Profesional de Control Interno
Diciembre de 2020