

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

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 2021

INFORME NO. AI 1115 – 27 –2021**Fecha del informe:**

Diciembre 15 de 2021

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	2 de 66

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 2013-06-27 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.

Debilidades

- No se ha implementado el aplicativo de gestión de riesgos en la Universidad, porque algunas de sus funcionalidades no están operando.
- No se presenta información completa acerca del seguimiento de algunos de los riesgos que conforman en el mapa de riesgo institucional (2 seguimiento: 41 riesgos con seguimiento de 43)
- Materialización de riesgos según la medición e información que soporta la evaluación de los indicadores de los riesgos Nos. 3, 21, 22, 28 y 30 (págs. 47 a 58)
- Falta de seguimiento permanente a las actividades de control.
- Debilidad en la identificación de riesgos de corrupción y otros temas.
- La redacción de los riesgos por parte de los responsables de los mapas de riesgos.

Original Firmado
Sandra Yamile Calvo Cataño
Jefe Oficina de Control Interno

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	4 de 66

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 2021.

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 2021, 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 2021.

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 66

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 2021.

5.1 Operación del Equipo de Gestión de Riesgos

A la fecha de elaboración de este informe, el Equipo de Gestión de Riesgos, bajo la coordinación de la Oficina del Sistema Integral de Calidad, había realizado 20 reuniones en las cuales se analizaron y discutieron los siguientes temas:

1. Se elabora y aprueba el plan de trabajo para la vigencia 2021.
2. Se hace un análisis de la metodología de riesgos según la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 y se encontraron 5 diferencias con respecto a la metodología que tiene definida la Universidad, las cuales procedió a explicar:
 - Identificación de los puntos de riesgos
 - Identificación de áreas de impacto
 - Mapa de calor
 - Definición de riesgos de corrupción
 - Identificación de riesgos de seguridad de la información.
3. Se llevó a cabo la revisión y respuesta del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión-FURAG.
4. Al momento de realizar este informe se habían realizado 4 reportes sobre el avance del plan de acción del Equipo de Gestión de Riesgos, para el seguimiento a las actividades propuestas en los planes operativos del Plan de Desarrollo Institucional; y se tenía un avance al 30 de noviembre de 2021 del 85%, porque quedaron pendientes dos actividades, la presentación al Comité Institucional de Control interno del segundo seguimiento del mapa de riesgos institucional y la publicación de este en la página

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	8 de 66

web de la Universidad.

5. Se realizó la priorización de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional (Procesos-PDI) y la presentación para su aprobación, al Comité Institucional de Control Interno (Acta No. 05 del 03 de mayo de 2021); el Señor Rector solicita la aprobación del mapa de riesgos presentado a los miembros del Comité, el cual es aprobado, pero, como tarea solicita que se haga el análisis por parte del Equipo de Gestión de Riesgos, de los riesgos priorizados que tengan un Control: Fuerte y un Nivel de Exposición: Leve y que hayan sido incluidos en el mapa de riesgos 2020, este análisis debe presentarse al Comité Institucional de Control Interno.
6. Se publica el Mapa de Riesgos Institucional (procesos), en la página web de la Universidad, el 06/05/2021 (ver en link <https://www2.utp.edu.co/meci/>), donde se aprobaron 46 riesgos.
7. Se proyectó, al Equipo de Gestión de Riesgos, el video de la metodología de gestión de Riesgos, propuesta por el departamento administrativo de la función pública (DAFP) en su versión 5 y finalmente se definió que se deben de revisar temas como:
 - Factores de riesgos.
 - Descripción de riesgos.
 - Impactos (Clasificación de riesgos).
 - Enfoque del análisis hacia el control.
8. Se presenta el análisis de los riesgos priorizados que tuvieran un Control: Fuerte y un Nivel de Exposición: Leve y que fueron incluidos en el mapa de riesgos 2020, solicitado por el Señor Rector, y se aprueba por el Comité el retiro de 3 riesgos; por lo cual, el nuevo Mapa de Riesgos Institucional queda conformado por 43 riesgos. (Acta No. 09 del 08 de junio de 2021).
9. Se realizó por parte del Equipo de Gestión de Riesgos, la autoevaluación del Sistema de Control Interno en su componente Evaluación de Riesgos.
10. Se hace la solicitud del primer seguimiento a los mapas de riesgos, a los diferentes responsables de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y de los pilares del PDI; mediante comunicado de Tips, enviado por el Sistema Integral de Gestión, el día 03 de mayo de 2021, para ser entregados por los responsables hasta el 31 de mayo de 2021.
11. Presentación del primer seguimiento del Mapa de Riesgos Institucionales al Comité Institucional de Control Interno el 30 de agosto de 2021 (ver acta No. 13).
12. Se publica el Mapa de Riesgos Institucional (procesos y PDI) y primer seguimiento, en la página web de la Universidad, el 06/09/2021(ver en link <https://www2.utp.edu.co/meci/>).
13. Se analizó por parte del Equipo de Gestión de Riesgos las actividades que estaban contempladas en el plan de trabajo sobre el aplicativo de riesgos y se definió quitar de manera unánime las tres actividades anteriores y que la nueva actividad fuera incluida dentro del indicador 1 “ACTOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS”.
14. Con el propósito de conocer el estado de avance del aplicativo, se invitó a la reunión No. 18, del 20 de octubre de 2021, a los Ingenieros Iván Alexander y Mónica Jimenez, quienes manifestaron el compromiso de sacar adelante el desarrollo del aplicativo dado que la parte funcional debe quedar lista este año. Para este reporte la Ing. Mónica, comenta que ya se ha reunido en varias oportunidades con funcionarios del sistema Integral de Calidad para revisar el funcionamiento de algunos de los paneles del aplicativo, así como la parametrización inicial de estos, también se comentó que se realizaron ejercicios de ingresar un riesgo y que no se encontraron problemas de estructura sino más bien oportunidades de mejora, se

comenta que Mónica tiene reportado todas estas novedades y que se encuentra en proceso de implementación.

15. Se han identificado algunos riesgos en las facultades y se dividieron en 9 grupos, cada uno relacionados a un riesgo específico, y hay una serie de riesgos que se encuentran sin grupo ya que son riesgos que no se repiten en las diferentes facultades, el Equipo definió que era conveniente definir primero cuál sería la decisión referente a la implementación o no de los cambios sugeridos por la metodología DAFP, ya que antes de meternos con más riesgos era muy importante definir cuáles serían esos cambios que se realizarían a la metodología institucional, para posteriormente comenzar con estos riesgos y poder aplicarles todo lo definido.
16. Se realiza la solicitud del segundo seguimiento, el cual se comunicó mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 02 de agosto de 2021 (fecha de corte 31/07/2021), para ser entregados por los responsables el día 31 de agosto de 2021. Se realiza una primera consolidación del seguimiento hasta el día 15 de septiembre, debido a que se presentaron algunos inconvenientes que retrasaron esta actividad por parte de algunas facultades por los Decanos nuevos. Se logra consolidar totalmente el seguimiento al mapa de riesgo institucional, el día 11 de octubre con el mapa de riesgos de Jurídica.
17. Se solicitó la actualización de los mapas de riesgo para la vigencia 2022, 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 08 de noviembre de 2021, para ser entregado por los responsables el día 30 de noviembre de 2021.
18. Se realizaron asesorías y acompañamientos en la elaboración y seguimiento de los mapas de riesgos a diferentes facultades y dependencias, a saber:
 - Facultad de Ingeniería Mecánica (3 acompañamientos)
 - Facultad de Ciencias de la Educación (2 acompañamientos)
 - Facultad de Ingenierías
 - Biblioteca
 - Egresados ((2 acompañamientos)
 - Control Interno Disciplinario (3 acompañamientos)

OBSERVACIÓN 1: Falta de implementación de aplicativo de riesgos

Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información ha venido desarrollando el aplicativo de gestión de riesgos, sin embargo, el mismo no ha podido ser puesto en funcionamiento, dado que no todas sus funcionalidades están operando y requiere ajustes que permita su operación de cara al usuario final.

Lo anterior conlleva a demoras en los procesos de consolidación de la información sobre riesgos en la Universidad.

Riesgo relacionado: No dar tratamiento adecuado a los riesgos

Controles relacionados:

Procedimientos: 1. Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2013-06-27 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, V2 del 2018-10-19)

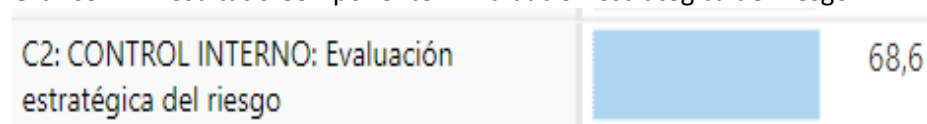
Prioridad del hallazgo: Bajo

Comentarios del auditado: Ninguna

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

De acuerdo a la evaluación de anual del sistema de control interno sobre la vigencia 2020 llevado a cabo a través de la plataforma FURAG del Departamento Administrativo de la Función Pública en el mes de marzo de 2021, arrojo una calificación de 68.6.

Grafico XX. Resultado Componente 2 Evaluación estratégica del riesgo



Fuente: (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2021)

Algunas de las recomendaciones expresadas en el aplicativo FURAG son:

- Presentar una evidencia de la ejecución del control, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad y en coordinación con sus equipos de trabajo, al momento de diseñar los controles.
- Monitorear y evaluar la exposición al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
- Verificar que los responsables estén ejecutando los controles de la misma manera en que han sido diseñados, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
- Verificar el adecuado diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos estratégicos o institucionales, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
- Verificar el adecuado diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos de fraude y corrupción, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
- Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita controlar los puntos críticos de éxito.
- Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita ejecutar los controles de acuerdo con su diseño.
- Identificar deficiencias en los controles y proponer los ajustes necesarios a los mismos, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad en coordinación con sus equipos de trabajo.
- Identificar factores políticos que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
- Analizar situaciones internas que puedan ser indicios de actos de corrupción para la identificación de

riesgos de fraude y corrupción.

- Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
- Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
- Incluir la descripción detallada de la operación del control en los controles definidos por la entidad para mitigar los riesgos de corrupción.
- Incluir el manejo de las desviaciones del control en los controles definidos por la entidad para mitigar los riesgos de corrupción.
- Incluir la evidencia del control en los controles definidos por la entidad para mitigar los riesgos de corrupción.

5.3 Proceso de Gestión de Riesgos realizado en la Universidad en la vigencia 2021

Se realizaron dos seguimientos para la vigencia 2021 y una actualización para la vigencia 2022, a los mapas de riesgos de la Universidad, tanto para los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad), como para los pilares del Plan de Desarrollo Institucional.

- a. Primer seguimiento a los Mapas de Riesgos Institucional (con corte a 30 de abril de 2021), el cual se obtuvo de priorizar 43 riesgos, de un total 188 riesgos, identificados por las siguientes áreas:

Unidades Organizacional: 67 riesgos

Facultades: 53 riesgos

Laboratorios: 57 riesgos

Pilares del PDI: 11 riesgos

Estos fueron aprobados por El Comité Institucional de Control Interno el 30 de agosto de 2021 (Acta No. 13 2021). 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 2021; se extendió hasta el 30 de junio de 2021. Se recibieron los mapas de riesgo de 19 dependencias, 6 Laboratorios y 5 Pilares del PDI y 5 Facultades.

Tabla 3. Mapas de riesgos con primer seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos:		
1. Direccionamiento Institucional	1. Direccionamiento Institucional Vicerrectoría Académica	19/21
2. Docencia	Vicerrectoría Administrativa y Financiera (Sistema Integral de Gestión)	
3. Investigación e innovación	Planeación Rectoría (Comunicaciones)	
4. Extensión y proyección social	2. Docencia Vicerrectoría Académica	
5. Administracion	Admisiones Registro y Control Académico	

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	12 de 66

Mapa de riesgos	Responsable	Total
institucional 6. Bienestar institucional 7. Egresados 8. Internacionalización 9. Control y seguimiento institucional 10. Aseguramiento de la calidad institucional	Biblioteca Univirtual 3. Investigación e innovación Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión 4. Extensión y proyección social Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión 5. Administración institucional Vicerrectoría Administrativa y Financiera Planeación Jurídica Secretaría General (Gestión de Documentos) Gestión de Documentos Recursos Informáticos y Educativos Gestión de Servicios Institucionales Gestión Financiera Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Gestión de Talento Humano Comunicaciones 6. Bienestar institucional Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Gestión de Talento Humano Vicerrectoría Académica 7. Egresados Vicerrectoría Académica 8. Internacionalización Relaciones Internacionales 9. Control y seguimiento institucional Control Interno Control Interno Disciplinario Vicerrectoría Administrativa y Financiera 10. Aseguramiento de la calidad institucional Planeación Sistema integral de calidad	
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Laboratorio de Ensayos No Destructivos Laboratorio de Biología Molecular Laboratorio de Química Ambiental (LQA) Laboratorio de Análisis de Aguas y Alimentos (LAA) Laboratorio de Genética Médica (LGM) Laboratorio de Ensayos para equipos acondicionadores de aire	6/8
PDI	Pilar 1. PDI_Excelencia Académica para la Formación Integral Pilar 2. PDI_Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento	5/5

Mapa de riesgos	Responsable	Total
	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	
Facultades	Facultad de Ciencias Básicas Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Tecnología Bellas artes y humanidades Ciencias empresariales	5/10

Fuente: Control Interno

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 abril de 2021; 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 30 de agosto de 2021 (acta No. 13-2021). Además, se consolida el primer seguimiento al mapa de riesgos de los 10 Procesos que conforman la estructura organizacional.

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 43 riesgos de los 188 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 agosto de 2021. Se recibieron los mapas de riesgo de 18 Unidades Organizacionales, 10 Facultades, 8 Laboratorios y 5 Pilares del PDI.

Tabla 4. Mapa de riesgos con segundo seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos:		
11. Direccionamiento Institucional	11. Direccionamiento Institucional Vicerrectoría Académica	18/21
12. Docencia	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	
13. Investigación e innovación	Planeación 12. Docencia	
14. Extensión y proyección social	Vicerrectoría Académica Admisiones Registro y Control Académico	
15. Administración institucional	Biblioteca 13. Investigación e innovación	
16. Bienestar institucional	Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión 14. Extensión y proyección social	

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	14 de 66

Mapa de riesgos	Responsable	Total
17. Egresados 18. Internacionalización 19. Control y seguimiento institucional 20. Aseguramiento de la calidad institucional	Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión 15. Administración institucional Vicerrectoría Administrativa y Financiera Planeación Jurídica Secretaría General Gestión de Documentos Recursos Informáticos y Educativos Gestión de Servicios Institucionales Gestión Financiera Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Gestión de Talento Humano Comunicaciones 16. Bienestar institucional Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Gestión de Talento Humano Vicerrectoría Académica 17. Egresados Vicerrectoría Académica 18. Internacionalización Relaciones Internacionales 19. Control y seguimiento institucional Control Interno Control Interno Disciplinario Vicerrectoría Administrativa y Financiera 20. 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 Ciencias Agrarias Facultad de Educación Facultad de Ciencias Ambientales Facultad de Ingenierías Facultad Bellas Artes y Humanidades Facultad Ciencias Empresariales	10/10
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Lab. Ensayos No Destructivos Lab. Química Ambiental Lab. Aguas y alimentos Lab. Metrología de variables eléctricas.	8/8


Mapa de riesgos	Responsable	Total
	Grupo de investigación de aguas y saneamiento. Lab. ensayos para equipos acondicionadores de aire. Lab. Biología Molecular Lab. Genética Médica	
PDI	Pilar 1. PDI_Excelencia Académica para la Formación Integral Pilar 2. PDI_Creación, Gestión y Transferencia del Conocimiento Pilar 3. PDI_Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional Pilar 4. PDI_Gestión y Sostenibilidad Institucional Pilar 5. PDI_Bienestar Institucional, Calidad de Vida e inclusión en contextos universitarios	5/5

Fuente: Control Interno

El Sistema Integral de Gestión, como coordinador del Equipo de Gestión de Riesgos de la Universidad, consolida el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 31 de agosto de 2021; 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.

Respecto al segundo seguimiento Control Interno encontró que se obtuvo información completa de 41 riesgos, de los 43 que conforman el Mapa de Riesgos Institucional.

A pesar de las anteriores observaciones, se evidencia que se ha venido mejorado en la gestión de los riesgos de cada una de las Unidades Organizacionales, Facultades, Laboratorios y Pilares del PDI de la Universidad, en especial en el diseño de los controles y en la evaluación de los mismos.

OBSERVACIÓN 2: Falta de información para seguimiento de riesgos institucionales
Se observa que, de 43 riesgos priorizados en el mapa de riesgos institucional, 2 de los mismos no presentaron la información completa sobre el segundo seguimiento realizado. Lo anterior, se presenta porque las dependencias no hacen el seguimiento en el periodo solicitado, lo que puede conllevar a demoras en los procesos de consolidación de la información sobre riesgos en la Universidad.
Riesgo relacionado: No dar tratamiento adecuado a los riesgos
Controles relacionados: Procedimientos: 1. Administración de Riesgos SGC-PRO-011, del 2013-06-27 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, V2 del 2018-10-19)
Prioridad del hallazgo: Bajo 
Comentarios del auditado: Ninguna

- c. Actualización de los mapas de riesgos de las Unidades Organizacionales, Facultades, Laboratorios y Pilares del PDI, para la vigencia 2022, se solicitó mediante tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 08 de noviembre de 2021, para ser entregado por los responsables el día 30 de noviembre de 2021.

A la fecha de elaboración de este informe, se habían recibido los siguientes mapas de riesgos actualizados para la vigencia 2022:

Tabla 5. Mapas de riesgos actualizados para la vigencia 2022

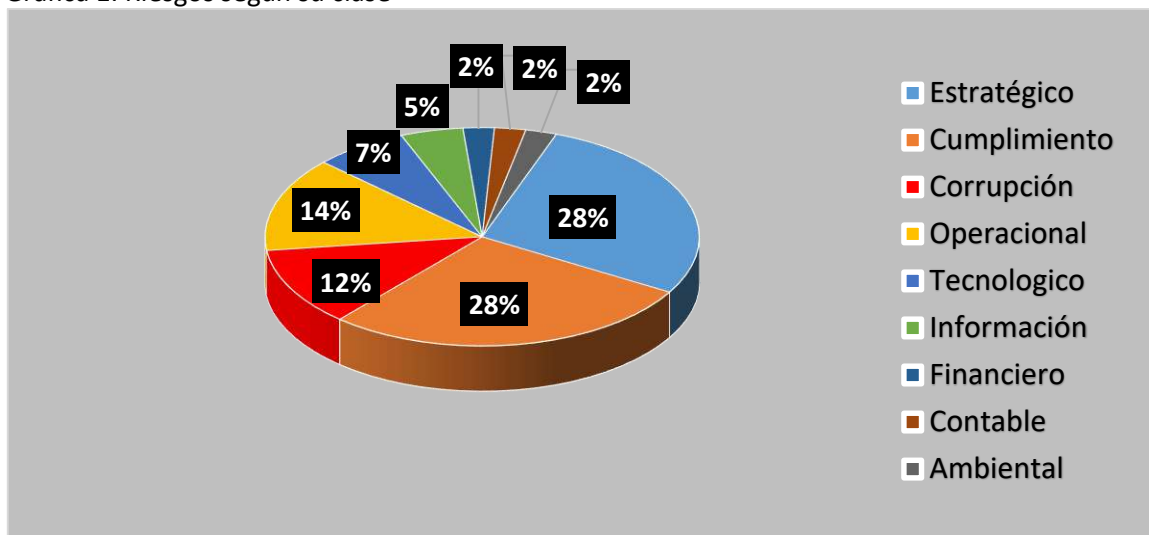
Mapa de riesgos	Responsable	Total
Procesos (Dependencias)	Admisión Registro y Control Académico Biblioteca Comunicaciones Control Interno Gestión Financiera Gestión de Talento Humano Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Planeación Relaciones Internacionales Secretaría General Recursos Informáticos y Educativos Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	14/18
Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)	Laboratorio de Variables Eléctricas Laboratorio de Biología Molecular Laboratorio de Química Ambiental (LQA) Laboratorio de Aguas y alimentos	4/8
PDI	Pilar 3. 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	4/5
Facultades	Facultad Ciencias Ambientales Facultad de Ciencias Empresariales Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Tecnología	4/10

5.4 Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2021

- 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 2021, cuarenta y tres (43) 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: 12 (28%) son Estratégicos, 12 (28%) de Cumplimiento, 5 (12%)

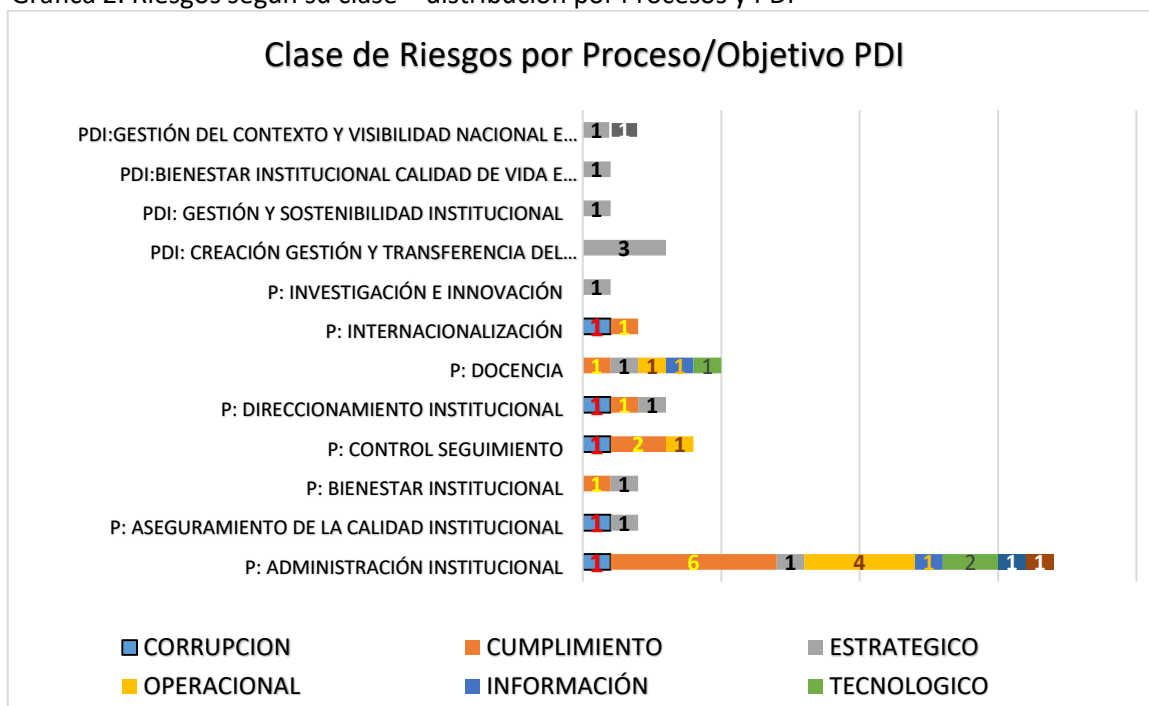
de Corrupción, con 6 (14%) son Operacionales, con 3 (7%) son Tecnológicos, con 2 (5%) son de Información y con un riesgo (2%) están los Financieros, Contables y Ambientales.

Grafica 1. Riesgos según su clase



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021

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



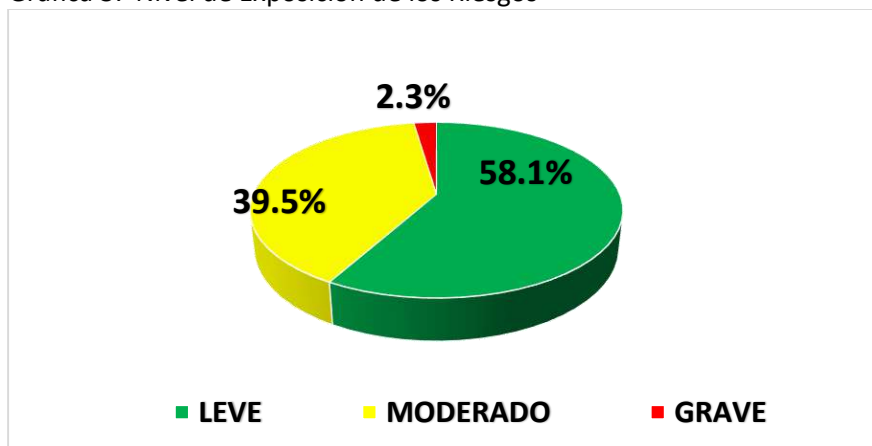
Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2021

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

El mapa de riesgos institucional contempla riesgos identificados en 8 procesos de los 10 que se tienen caracterizados en el sistema de gestión de calidad, frente a la proporción de los riesgos se tiene que 17 están asociados al proceso de Administración Institucional, Docencia con cinco (5) riesgos, Control y Seguimiento con cuatro (4) riesgos, con tres (3) riesgos están Dirección Institucional y Creación Gestión y Transferencia del Conocimiento, siguen con dos (2) riesgos los procesos de Aseguramiento de la Calidad Institucional, Internacionalización, Bienestar Institucional y un (1) en proceso Investigación e Innovación. Así mismo, el mapa de riesgos institucional contiene riesgos de cuatro (4) Pilares de cinco (5) que se establecen en el PDI, su proporción es tres (3) relacionados con el pilar de Creación, Gestión y transferencia del conocimiento, dos (2) relacionados con Gestión del Contexto y Visibilidad Nacional e Internacional; y con un (1) riesgo se encuentran los Pilares del PDI Gestión y Sostenibilidad Institucional y Bienestar Institucional Calidad de Vida e Inclusión en Contextos Universitarios.

b. Nivel de Exposición al Riesgo (Gráficos 3 y 4): De acuerdo al Mapa de Riesgos Institucional el 58.1% (25) de los riesgos, tienen un nivel de exposición al riesgo Leve, el 39,5% (17) 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 son de carácter preventivo. El 2,3% (1) de los riesgos tienen un nivel de exposición al riesgo Grave que indica que la Universidad es vulnerable a que se materialice el riesgo, ya sea porque tiene una probabilidad o impacto alto, o porque sus controles no son adecuados.

Gráfica 3. Nivel de Exposición de los Riesgos

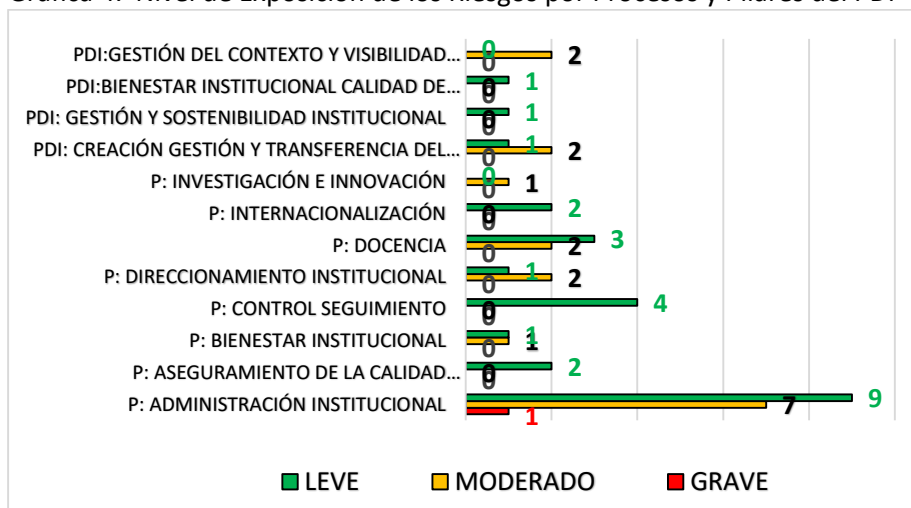


Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021

En cuanto al nivel de exposición por procesos y/o Pilares del PDI, se tiene que el proceso de Administración Institucional, el cual tiene el mayor número de riesgos, presenta nueve riesgos con un nivel Leve, siete con un nivel Moderado y uno con un nivel Grave. Continúa el proceso de Docencia con 5 riesgos, tres en nivel Leve y dos con nivel Moderado, el Proceso Dirección Institucional y el Pilar Creación Gestión y Transferencia del Conocimiento, tienen identificados cada uno tres riesgos, los

cuales dos están en nivel Moderado y uno está en nivel Leve, como puede apreciarse en la siguiente gráfica 4:

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



Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2021

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

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

		CALIFICACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL				
PRIORIZACIÓN INICIAL	25	R29	R22			
	20					
	16	R20-R21				
	15		R2-R4-R5-R11-R28-R34			
	12		R17			
	10					
	9	R19	R41			
	8		R16			
	6		R1-R18-R26-R42-R43			
	5	R30-R36	R3-R6-R8-R15-R32-R37-R38			
	4	R33-R40	R7-R9-R14-R23-R27-R35-R39			
	3	R24-R31	R25			
	2					
1			R10-R12	R13		
		1	2	3	4	5
		FUERTE	ACEPTABLE	DEBIL	INEXISTENTE	
		VALORACIÓN DEL CONTROL				

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2021

Tabla 5. Unidad organizacional / Dependencia responsable del Riesgos en Nivel Grave

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO
ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	Intrusión a equipos y servicios de red

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2021

Se aprecia en los gráficos 4, 5 y Tabla 5 que, el proceso que ha identificado un riesgo de nivel GRAVE es ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL, unidad organizacional Recursos Informáticos y Educativos (R22).

c. Evaluación a los controles existentes

- i. **Controles con debilidades:** Se evidencia en los comentarios realizados por los responsables de los 43 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 6:

Tabla 6. Controles que presentan dificultades

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	Riesgo	CONTROLES	
				Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
4	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_D EL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias.	Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Se ofertan planes de formación y en algunas oportunidades los investigadores no asisten.
5	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_D EL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	Se ofertan planes de formación y en algunas oportunidades los investigadores no asisten.
6	BIENESTAR_INSTITUCIONAL_CALIDAD_DE_VIDA_E_INCLUSIÓN_EN_CONTEXTOS_UNIVERSITARIOS	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	Indicadores del PDI asociados a los procesos de Bienestar Institucional.	Los indicadores asociados a la participación en actividades de bienestar se ha visto afectado por la pandemia dado que en algunos casos su desarrollo es más efectivo en la presencialidad (ejemplo: formación deportiva y cultural)

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	Riesgo	CONTROLES	
				Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
12	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Ilegitimidad en resultados electorales	Elaboración de listados descentralizados por parte de las dependencias responsables	En la elaboración de los listados se hace necesario definir una única base de datos, con el fin de tener una Información articulada entre Gestion de Talento Humano y Gestion de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información
17	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_SERVICIOS_INSTITUCIONALES	Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo la póliza todo riesgo daños materiales y todo riesgo construcción del programa de seguros de la Universidad	Revisión anual de las edificaciones reportadas a Gestión de Servicios Institucionales con el Intermediario de Seguros	falta de reporte a tiempo por parte de la Oficina de Planeación
17	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_SERVICIOS_INSTITUCIONALES	Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo la póliza todo riesgo daños materiales y todo riesgo construcción del programa de seguros de la Universidad	Solicitud a la Oficina de Planeación de reporte de obras nuevas, en construcción y obras terminadas	falta de reporte a tiempo por parte de la oficina de planeación

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	Riesgo	CONTROLES	
				Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
17	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_SERVICIOS_INSTITUCIONALES	Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo la póliza todo riesgo daños materiales y todo riesgo construcción del programa de seguros de la Universidad	Contratación de una empresa experta en avalúo de edificaciones para establecer el valor asegurable de cada edificación	La información de los avalúos, no solo depende de la información que suministra la empresa contratada, sino también de la Información como planos, actas entre otras que entrega la universidad para un correcto valor de cada edificación
22	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	Intrusión a equipos y servicios de red	Actualización de las aplicaciones, servicios y sistemas operativos de los servidores	Control aplicado parcialmente
	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	Intrusión a equipos y servicios de red	Conexiones seguras para todos los servicios que se accedan a través de la red	Control no existente
28	DOCENCIA DOCENCIA	VICERRECTORÍA_A CADÉMICA VICERRECTORÍA_A CADÉMICA	Abandono estudiantil en asignaturas virtuales y/o semipresenciales	Estrategias de acompañamiento a estudiantes y docentes	Los datos de contacto de los estudiantes (correo, teléfono, etc.), en la mayoría de los casos no son actualizados; por esto, se limita el contacto que establecen los docentes y Univirtual

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	Riesgo	CONTROLES	
				Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
28			Abandono estudiantil en asignaturas virtuales y/o semipresenciales	Medición periódica de la deserción de los estudiantes en las asignaturas semipresenciales	Periódicamente se aplican instrumentos de medición para identificar las principales causas de cancelación de asignaturas semipresenciales; dentro de las principales causas identificadas se encuentra Falta de Tiempo. Las actuales políticas de la institución, en la cual los estudiantes pueden cancelar asignaturas hasta el último día de clases, incide en que los niveles de cancelación no puedan ser controlados satisfactoriamente
29	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_A CADÉMICA	No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad	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
30	DOCENCIA	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Historias Académicas físicas y digitalizadas incompletas	Microfilmación de los documentos de los estudiantes graduados de la Universidad	Con el memorando 02-1122-36 del 13 de octubre de 2020, la oficina de Gestión de Documentos nos informa que para el 2020 y por la pandemia no se realizaran actividades de microfilmación y que quedan pendiente de la fecha para reprogramar esta actividad.
41	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No identificación de los peligros y riesgos ocupacionales en las áreas de la universidad	Revisión por parte de integrantes del equipo SST y comisión del COPASST	Se deben establecer proyectos de intervención y asignación de recursos para la implementación de las diferentes estrategias de intervención en el campus universitario

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	Riesgo	CONTROLES	
				Descripción del Control Existente	Análisis para la mejora del control existente
42	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Requerimientos internos y externos sin respuesta oportuna (Derechos de petición y solicitudes de organismos de control)	Seguimiento al trámite de respuesta	Dadas las condiciones de la virtualidad se dificulta un poco hacer seguimiento a la información recibida, dado que le llega a cada uno de los colaboradores
43	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social integral	Comparar listado de afiliados con personal aprobado por Administración de Personal	Todo el proceso de afiliación masiva a Seguridad Social se realizó bajo modalidad de trabajo en casa y con firmas digitales. Dificultades para radicar las solicitudes de modificación y anulación de afiliaciones en las EPS.
43	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social integral	Procedimiento establecido en resolución de procedimiento de nómina	Como contingencia ante la inestabilidad de las plataformas de Sura y Nueva EPS, sumando que solamente se puede registrar el ingreso a partir de la fecha de inicio del colaborador, se optó por iniciar el proceso de afiliación 2 horas antes del inicio de jornada laboral. Se presentó dificultad con la Eps Sura en el ingreso de información a la portal web el cual no permite radicar varias novedades solo de a uno.

Fuente: Segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2021

Se puede observar en la tabla No. 6 que los controles de los riesgos Nos. 4, 5 “Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias “ y “Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias”, de la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión, se tienen dificultades por la no asistencia de los investigadores a las ofertas de formación; por lo que se debe de realizar un analisis, con los mismos investigadores sobre los factores que les impiden la asistencia a los procesos formativos.

El riesgo No. 6” Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria”, en su control de los indicadores asociados a la participación en actividades de bienestar se a visto afectado por la pandemia, dado que en algunos casos su desarrollo es mas efectivo

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	25 de 66

en la presencialidad, pero de deben de tomar acciones para que la participación virtual de los estudiantes aumente, en especial en las actividades culturales.

Con respecto al riesgo No. 12 “Ilegitimidad en resultados electorales”, en el control de elaboración de los listados descentralizados de la dependencias responsables (Gestión de Talento Humano y GTIySI), se hace necesario articular los sistemas de información de estas dos áreas y crear protocolos para el uso de las bases de datos, con el fin de evitar listados de posibles votantes que no cumplan con los requisitos estipulados para la diferentes votaciones en la Universidad.

El riesgo No. 17, que tiene que ver con “Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo”, se han presentado problemas porque los reportes que debe de entregar Planeación no están llegando a Gestión de Servicios Institucionales en los tiempos requeridos; por lo cual, se debe de generar una alerta inmediatamente a esta Dependencia, explicandoles la importancia de cumplir con los tiempos de respuesta, para evitar la materialización de este riesgo.

En el riesgo No. 22 “Intrusión a equipos y servicios de red”, se tiene que hay un control que se aplica parcialmente y otro que no se aplica, porque no existe 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 17'152.599 intentos de intrusión en lo que va del primer semestre del 2021); 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. Asi mismo, se debe de realizar un análisis del costo – beneficio de la implementación del control respecto al impacto del potencial riesgo, para sustentar ante la alta dirección o quien coesponda la importancia del control.


Con respecto del riesgo No. 28 “Abandono estudiantil en asignaturas virtuales y/o semipresenciales”, se informa que hay unos controles para la medición periódica de la deserción de los estudiantes en las asignaturas semipresenciales, pero que no se tiene tiempo para la realización de esta actividad; para lo cual se debe de hacer un análisis de los tiempos de la actividades de trabajo de las personas a cargo, por parte del responsable de este proceso, para la asignación de esta actividad.

El riesgo No. 29, “No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad”, de la Vicerrectoría Académica (Univirtual), tiene como control la revisión semanal del 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. Con el fin de evitar que el riesgo se materialice, se debe de realizar un análisis del crecimiento de la información con respecto de la capacidad que se tiene, para sustentar ante la alta dirección o quien coesponda las necesidades de más espacio de almacenamiento en el servidor y tener otras alternativas, para evitar la materialización del riesgo y con ello la posible suspensión de servicios de formación virtual y procesos administrativos.

El riesgo No. 30 “Historias Académicas físicas y digitalizadas incompletas”, se materializó por que el control microfilmación de los documentos de los estudiantes graduados de la Universidad, no se tuvo la persona que hace esta labor el tiempo suficiente para realizar la actividad y no se cumplió con la meta del indicador. Se debe de realizar un análisis de las acciones de control de este riesgo y determinar si se debe de cambiar la acción o fortalecer la que se tiene, para con ello evitar que el riesgo se vuelva a materializar.

El riesgo No. 42 “Requerimientos internos y externos sin respuesta oportuna (Derechos de petición y solicitudes de organismos de control)” de Gestión de Talento Humano, en su control de seguimiento al trámite de respuesta, se tuvo inconvenientes porque por las condiciones de la virtualidad se dificultó un poco hacer seguimiento a la información recibida. Teniendo en cuenta lo anterior, se deben de crear acciones de control para evitar que el riesgo se materialice.

Con respecto al riesgo No. 43 “Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social intergral”, se tuvo un problema con el control, porque la inestabilidad de las plataformas de Sura y Nueva EPS, como estas actividades dependen más de las entidades externas, es importante dar a conocer a los Representates legales o a las personas indicadas sobre la importancia del cumplimiento de todos los requisitos para que este riesgo no se materialice y las consecuencias que tendríamos si llegase a tipificar el riesgo.

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

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	27 de 66

- ii. **Diseño y evaluación de controles:** Teniendo en cuenta la nueva metodología (Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 Dic 2020), dada por el Departamento Administrativo de la función Pública “DAFP”; en la evaluación del diseño de los controles, se tienen los atributos de eficiencia y de información, los cuales tienen las siguientes características:

➤ **Atributos de eficiencia:**

- Tipo
 - ✓ Preventivo
 - ✓ Detectivo
 - ✓ Correctivo
- Implementación
 - ✓ Automáticos
 - ✓ Manual

➤ **Atributos de Información**

- 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 automáticos que a los manuales. Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda implementar controles automáticos 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 primer análisis del diseño y evaluación de los controles planteados en cada uno de los 43 riesgos del mapa de riesgos institucional, el cual se puede apreciar en la siguiente tabla 7:

Tabla 7. Diseño y evaluación de los controles

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
1	PLANEACIÓN_	Baja contribución de la universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad.	Seguimiento a los Planes operativos de los proyectos de gestión del contexto y visibilidad nacional e internacional	X					X	ACEPTABLE	SI	Cuatrimestral	SI
2	PLANEACIÓN_	Restricciones para la movilidad nacional e internacional entrante y saliente	Seguimiento al Planes operativo de movilidad internacionalización.	X					X	ACEPTABLE	SI	Cuatrimestral	SI
			Reunión mensual del Pilar de Gestión	X					X		SI	Mensual	SI
			Comité de Sistema de Gerencia del PDI.	X					X		SI	Cuatrimestral	SI
3	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.	Seguimiento a las certificaciones de cumplimiento y evaluaciones de los servicios ofrecidos, y retroalimentación a los responsables	X					X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI
			Seguimiento al registro de actividades de extensión universitaria	X					X		SI	Semanal	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
			Generación de herramientas de promoción y visibilidad de las actividades de extensión y las capacidades institucionales	X					X	Regularm ente confiables	Semanal	SI	
4	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias.	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	X					X	SI	Anual	SI	
			Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	X					X	ACCEPTABLE	SI	Semestral	SI
			Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.	X					X	ACCEPTABLE	SI	Diaria	SI
5	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	Convocatorias periódicas para la financiación de proyectos de Grupos de Investigación y productos (Libros, artículos)	X					X	SI	Anual	SI	
			Programa de Formación para los investigadores (Formulación de Proyectos, Redacción de Artículos, Cvlac, Gruplac)	X					X	ACCEPTABLE	SI	Semestral	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos		
				Tipo			Implementación			Documen- tación	Frecuencia	Evidencia
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual				
			Acuerdo de Investigaciones y Resolución Reglamentaria.		X			X		SI	Diaria	SI
6	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	Indicadores del PDI asociados a los procesos de Bienestar Institucional.		X		SIGER		ACEPTABLE	SI	Bimestral	SI
			Formalización de alianzas y convenios alrededor de bienestar, calidad de vida e inclusión.		X		SIGER			SI	Bimestral	SI
			Plan estratégico de inclusión: número de estrategias, procedimientos o gestiones enfocadas a la igualdad de oportunidades, garantía de derechos		X		SIGER			SI	Cuatrimestral	SI
7	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA FINANCIERA_	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad	Monitoreo al recaudo de ingresos que soporte el presupuesto aprobado por el Consejo Superior		X			X	ACEPTABLE	SI	Trimestral	SI
			Monitoreo a la ejecución presupuestal de gastos aprobado por el Consejo Superior		X			X		SI	Trimestral	SI
8	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	Demora en la atención de las PQRS interpuestas por los ciudadanos.	Auditorías Internas al sistema PQRS.		X			X	ACEPTABLE	SI	Semestral	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
9	VICERRECTORIA_A DMINISTRATIVA_FI NANCIERA	Entrega de información institucional a personas no autorizadas para uso indebido.	Cláusula de confidencialidad establecida en el contrato	X					X	ACCEPTABLE	SI	Anual	SI
10	VICERRECTORIA_A DMINISTRATIVA_FI NANCIERA	Pérdida de la Certificación o Acreditación de las normas que hacen parte del Sistema Integral de Gestión.	Establecimiento y seguimiento a los planes de trabajo del SIG.	X					X	FUERTE	SI	Bimestral	SI
11	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	Deficiencia interna en la financiación para proyectos de investigación	Socialización y difusión de las convocatorias externas Colciencias	X					X	ACCEPTABLE	NO	Mensual	SI
12	SECRETARIA_GENE RAL	Ilegitimidad en resultados electorales	Elaboración de listados descentralizados por parte de las dependencias responsables		X			Software Gestión del Talento Humano y Software Registro y Control		FUERTE	SI	No definida	SI
			Revisión de la configuración de las elecciones y Auditoría por parte de Control Interno	X				X	SI		No definida	SI	
			Pruebas de simulación de las votaciones	X			Aplicativo de elecciones		SI		No definida	SI	

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
13	SECRETARIA_GENE RAL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición	Radicación de los Derechos de Petición por parte de Gestión Documental donde se establece fecha de recepción	X					X	FUERTE	SI	No definida	SI
			Seguimiento por parte del funcionario encargado estableciendo dentro del calendar una alarma de aviso de la proximidad del vencimiento	X					X		SI	No definida	SI
			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	X			Aplicativo Gestión de documentos				SI	No definida	SI
14	SECRETARIA_GENE RAL	Incumplimiento de la normatividad vigente y aplicable a la Universidad	Publicación de Acuerdo de Consejo Superior y Académico así como Resoluciones Generales con anotación correspondiente sobre la vigencia o derogatoria de los actos administrativos en los cuales aplique los temas de vigencia	X			Software UTP Portal			ACCEPTABLE	SI	Mensual	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
			Análisis y Revisión de los diferentes Estatutos de la Universidad para llevar a cabo un control de la vigencia o modificaciones surtidas	X					X	ACCEPTABLE	SI	Semestral	SI
			Envío de los Proyectos Acuerdo a las dependencias involucradas para su revisión	X					X		SI	Mensual	SI
15	SECRETARIA_GENE RAL	Pérdida de la información de las series documentales conservadas físicamente	Recarga de Extintores , Control de temperatura, humedad y Verificación de sensores de humo	X					X	ACCEPTABLE	SI	Anual	NO
			Microfilmación y Digitalización	X					X		SI	Trimestral	NO
			Inventario documental	X					X		SI	No definida	NO
16	GESTIÓN_DE_SERV ICIOS_INSTITUCIO NALES	Agotamiento de las reservas de agua en el campus universitario, necesarias para la atención de las necesidades básicas	Revisión periódica de los niveles de los tanques de almacenamiento de agua		X				X	ACCEPTABLE	NO	Semanal	SI
			Mantenimiento preventivo sistemas de bombeo en los tanques de reserva de agua	X					X		SI	Trimestral	SI
			Verificación pagos del servicio de agua realizados por la Universidad.		X				X		SI	Anual	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos		
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual				
17	GESTIÓN_DE_SERVICIOS_INSTITUCIONALES	Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo	Revisión anual de las edificaciones reportadas a Gestión de Servicios Institucionales con el Intermediario de Seguros		X			X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI
		Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo	Solicitud a la Oficina de Planeación de reporte de obras nuevas, en construcción y obras terminadas	X				X		Regularmente confiables	Semestral	SI
		Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo	Contratación de una empresa experta en avalúo de edificaciones para establecer el valor asegurable de cada edificación	X				X		Regularmente confiables	No definida	SI
18	PLANEACIÓN	No cumplimiento en los reportes a los entes de control debido a cambios en la normatividad, proceso y/o tecnología definida por el ente para dicho fin.	Seguimiento al Plan de Acción de la Administración Estratégica	X				X	ACEPTABLE	SI	Bimestral	SI
19	PLANEACIÓN	Incumplimiento de las metas en los tres niveles de	Sistema de gerencia del Plan de Desarrollo Institucional	X			SIGER		FUERTE	SI	Bimestral	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos		
				Tipo			Implementación			Documen- tación	Frecuencia	Evidencia
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual				
		gestión del PDI 2020-2028	Sistema de información para el PDI (Calidad de información del reporte)	X			SIGER		FUERTE	SI	Bimestral	SI
			Comité del Sistema de Gerencia del PDI	X				X		SI	Trimestral	SI
20	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, resoluciones, proyectos de operación comercial)	Generar periódicamente alertas a los supervisores e interventores frente al estado de los contratos y documentación contractual	X				X	FUERTE	SI	Bimestral	SI
			Designación de un profesional de seguimiento y control como apoyo a la interventoría y supervisión de proyectos (verificación de productos)	X				X		SI	Anual	SI
			Realizar procesos de inducción y/o reinducción donde se articulen los proceso de contratación e interventoría	X				X		SI	Anual	SI
21	RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	Imposibilidad para acceder a los sistemas de información que estén alojados en los servidores del campus universitario	Sistema de respaldo eléctrico Canal de respaldo con diferente proveedor	X			Sistemas de transferencia de potencia, UPS, transformador y planta.		FUERTE	SI	Diaria	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos		
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual				
			Monitoreo del estado del servicio	X			Sistema de monitoreo con una empresa llamada Ingebyte. Monitoreo interno IMC.			SI	Diaria	SI
			Equipos de conectividad redundantes Equipos de control ambiental redundantes	X				X		SI	Diaria	SI
22	RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	Intrusión a equipos y servicios de red	Actualización de las aplicaciones, servicios y sistemas operativos de los servidores	X				X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI
			Conexiones seguras para todos los servicios que se accedan a través de la red	X				X		SI	Diaria	SI
			Equipos de seguridad (Firewall e IPS)	X			Firewall Palo Aldto y IPS Tipping Point			SI	Diaria	SI
23	RELACIONES_INTERNACIONALES	Visitantes internacionales en la UTP sin el debido estatus migratorio	Capacitación por parte de Migración Colombia	X				X	ACEPTABLE	NO	Anual	SI
			Correos y comunicaciones informando el proceso para el reporte de invitados internacionales	X				X		NO	No Definida	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
24	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	Convocatorias que establecen requisitos, condiciones y la evaluación por parte de un comité de selección.	X					X	FUERTE	SI	Semestral	SI
25	VICERRECTORÍA_A CADÉMICA	Asignación de puntos y/o unidades salariales sin cumplimiento de requisitos	Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Reglamentación externa e interna, realizando los procesos adecuadamente, con la colaboración de especialistas académicos.	X					X	ACEPTABLE	SI	Mensual	SI
			Revisión de los Actos Administrativos (Resolución de Rectoría) elaborados, de acuerdo con el estudio preliminar aprobado en Acta	X					X		SI	Mensual	SI
			Verificación de los puntos aplicados a nómina o contratación vigente		X				X		SI	Mensual	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen- tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
26	VICERRECTORÍA_A CADÉMICA	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	X					X	ACCEPTABLE	SI	Anual	SI
27	VICERRECTORÍA_A CADÉMICA	Pérdida del Registro Calificado de un Programa Académico	Seguimiento permanente a la fecha de vencimiento de todos los registros calificados de los programas académicos a través del SACES y del cuadro de Vicerrectoría Académica	X					X	ACCEPTABLE	SI	Mensual	SI
			Recordar a través de memorando un año antes, la fecha de vencimiento de registro calificado al programa y a su respectiva facultad	X					X		SI	No Definida	SI
			Brindar asesoría a los directores de programa sobre el procedimiento para la solicitud de renovación de registro calificado.	X					X		SI	No Definida	SI
28	VICERRECTORÍA_A CADÉMICA	Abandono estudiantil en asignaturas	Estrategias de acompañamiento a estudiantes y docentes	X					X	ACCEPTABLE	SI	Semanal	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos		
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual				
		virtuales y/o semipresenciales	Medición periódica de la deserción de los estudiantes en las asignaturas semipresenciales		X			X		SI	Semanal	SI
			Actualización de Perfil en Campus Univirtual	X				X		Regularm ente confiables	Semanal	SI
29	VICERRECTORÍA_A CADÉMICA	No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad	Se realiza medición de la capacidad disponible del disco duro	X			Comandos		FUERTE	SI	Semanal	SI
			Se realizan copias de seguridad en la nube de manera periódicas	X			Git Lab			Regularm ente confiables	Mensual	SI
30	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Historias Académicas físicas y digitalizadas incompletas	Microfilmación de los documentos de los estudiantes graduados de la Universidad	X				X	FUERTE	SI	Anual	SI
			Digitalización de las historias académicas	X			Aplicativo JAVA: Hoja de vida General, Hoja de Vida Inscripciones y Graduaciones			SI	Semestral	SI
31	CONTROL_INTERNO	Presentación inoportuna de los informes establecidos por	Verificación aleatoria de la Información contenida en los informes a presentar	X				X	FUERTE	SI	Mensual	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
		la Contraloría General de la República	Seguimiento a cumplimiento de los Instructivos para la rendición de la cuenta en el SIRECI	X					X	SI	Mensual	SI	
			Validación del informe SIRECI a presentar	X			Aplicativo STORM de la CGR						SI
32	CONTROL_INTERNO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	Verificación de la aplicación del Manual de auditoria que incluye el marco ético para la auditoria interna en la Universidad	X					X	ACCEPTABLE	SI	Anual	SI
			Verificación de la aplicación de Procedimientos documentados de auditoria de control interno en el sistema integral de gestión	X					X				
33	JURÍDICA	Vencimiento de los términos establecidos en la Ley	1.Otorgamiento de poder para representación Judicial y/o Administrativa.	X					X	FUERTE	SI	No Definida	NO
			2. Registro de actuaciones procesales en el aplicativo e-KOGUI y seguimiento a las mismas		X		E-KOGUI						

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	41 de 66

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
			3.Solicitud de informes trimestrales respecto de avances y estados de los procesos, en donde la Universidad actúa en calidad de demandante o demandada.	X					X		SI	Trimestral	NO
34	JURÍDICA	Incumplimiento en los plazos establecidos para gestionar las necesidades de tipo contractual de las dependencias	Cuaderno de radicación de documentos Gestión Contractual	X					X	ACEPTABLE	SI	Diaria	NO
			Planilla de salida de los documentos, para cualquier asunto de trámite	X					X		SI	Diaria	NO
			Documento que expresa los plazos para la gestión de la contratación, con el fin de hacer seguimiento.	X					X		SI	Diaria	NO

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
35	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO	Disminución de recursos gestionados para la entrega de apoyos socioeconómicos a estudiantes de programas sociales, becas, plan padrino	Búsqueda permanente de nuevos donantes y fuentes de financiación para los programas de apoyo	X					X	ACEPTABLE	Regularm ente confiables		SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos		
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual				
			Revisión de la normatividad externa para el tema de donaciones y articulación con el área financiera, contable y jurídica	X					X	Regularmente confiable		SI

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	44 de 66

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
			Búsqueda de opciones para la ejecución, normatividad que operativiza los apoyos actualizada, resoluciones y demás actos administrativos que permitan trazabilidad en la ejecución y entrega de dichos apoyos.	X					X		Regularmente confiables		SI
36	GESTIÓN_FINANCIERA	Fraude electrónico	Descripción en los manuales de funciones en las personas que manejan recursos	X					X	FUERTE	SI	Anual	SI
			Cambio de claves	X			Software de las sucursales virtuales		SI		Mensual	SI	
			Manejo de token	X			Software bancario para uso de los cuentadantes		SI		No Definida	SI	
37	GESTIÓN_FINANCIERA	Hechos económicos no incluidos en el proceso contable.	Actualización y divulgación de las políticas contables	X					X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI
			Solicitud de información contable al cierre de cada vigencia	X					X		SI	Anual	SI
			Asesoría y auditoría financiera	X					X		SI	Anual	SI

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen- tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
38	GESTIÓN_FINANCI ERA	Destinación indebida de recursos públicos.	Actualización de los procedimientos.	X					X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI
39	GESTIÓN_FINANCI ERA	Registros presupuestales generados después de que se inicie la ejecución de los compromisos u obligaciones	Procedimiento: 134-PRS-04 - Expedición de registros presupuestales		X				X	ACEPTABLE	SI	Diaria	SI
			Tips presupuestales	X				X	NO		Semestral	SI	
			Procedimiento: 134-PRS-11 - Pago de pasivos exigibles - vigencias expiradas		X			X	SI		No Definida	SI	
40	CONTROL_INTERNO_DISCIPLINARIO	Incumplimiento del procedimiento de los procesos disciplinarios. Sanciones disciplinarias.	Actas, informes, alertas , controles periódicos.	X					X	FUERTE	SI	Diaria	SI
			Conforme a la legislación y las normas	X				X	SI		No Definida	SI	
41	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No identificación de los peligros y riesgos ocupacionales en las áreas de la universidad	Metodología definida (procedimiento escrito)		X				X	ACEPTABLE	SI	Anual	SI
			Inventario de áreas internas y externas de la universidad		X			X	NO		Anual	SI	
			Revisión por parte de integrantes del equipo SST y comisión del COPASST	X				X	SI		Mensual	SI	

No.	UNIDAD ORGANIZACIONAL / AREA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES Descripción del Control Existente	Atributos de eficiencia					Calificación Efectividad (Matriz riesgos)	Atributos informativos			
				Tipo			Implementación			Documen tación	Frecuencia	Evidencia	
				Prevent	Detect	Correct	Automático	Manual					
42	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Requerimientos internos y externos sin respuesta oportuna (Derechos de petición y solicitudes de organismos de control)	Seguimiento al trámite de respuesta	X					X	ACCEPTABLE	NO	Quincenal	NO
43	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social integral	Comparar listado de afiliados con personal aprobado por Administración de Personal	X					X	ACCEPTABLE	NO	Semestral	SI
			Procedimiento establecido en resolución de procedimiento de nómina	X					X		SI	Mensual	SI

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

Podemos evidenciar en la tabla 7, que se tienen 102 controles para los 43 riesgos, de los cuales 84 son preventivos y 18 detectivos (0 correctivos), también se aprecia que hay 19 controles automáticos (19%) y 83 controles manuales (81%); con respecto a si están documentados, 86 si lo están, 8 son regularmente confiables y 8 no están documentados. También se observa que de los 102 controles, se recibieron los soportes documentales de 92 y 10 no entregaron (riesgos 4-15-33-34-42), de las siguientes dependencias: Jurídica, Secretaría General (Gestión de Documentos) y Gestión de Talento Humano (un riesgo).

Teniendo en cuenta los atributos de eficiencia e información, tenemos 30 riesgos con calificación de efectividad de los controles “ACEPTABLE” y 13 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 4 riesgos tienen solo controles manuales y 12 riesgos tienen una combinación entre controles manuales (14) y automáticos (14).

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	47 de 66

- d. **Evaluación de los Indicadores.** En la siguiente 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	GESTIÓN_DEL_CONTEXTO_Y_VISIBILIDAD_NACIONAL_E_INTERNACIONAL	PLANEACIÓN_	Baja contribución de la universidad al análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad.	Cumplimiento de los proyectos de "Gestión de contexto y visibilidad nacional e internacional"	90%	53.48%	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	GESTIÓN_DEL_CONTEXTO_Y_VISIBILIDAD_NACIONAL_E_INTERNACIONAL	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 = (# de Programas con contexto internacional (movilidad, modernización curricular, proyectos	90%		Este riesgo tiene 4 indicadores, el primero tiene un avance esperado a la fecha de reporte y los otros tres riesgos tienen unos avances satisfactorios, por encima del 95%; por lo tanto, consideramos que sus controles han sido efectivos.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	48 de 66

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
				<p>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>			
3	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.	Índice de variación de actividades de extensión: No de Actividades de Extensión por modalidades año 2021 / No de Actividades de Extensión por modalidades año 2020	10%	67.4%	<p>Se recomienda revisar la estructura de este indicador, con el fin de que el mismo permita hacer un seguimiento adecuado al riesgo y no permita interpretaciones erróneas sobre la medición arrojada.</p> <p>Comentario VIII MR: <i>Se han implementado todas las medidas de control con el fin de analizar el comportamiento del riesgo definido, sin embargo, por la emergencia nacional decretada por el COVID 19 se considera que es un año atípico y que dicha problemática mundial tendrá un efecto</i></p>

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	49 de 66

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
							<i>negativo en la ejecución de actividades de extensión universitaria Por otra parte desde la VIIIE se ha promovido la ejecución de actividades de manera virtual</i>
4	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Grupos de Investigación sin reconocimiento por MinCiencias.	No de Grupos de Investigación Reconocidos por MinCiencias y categoría de cada grupo.	114 Grupos	114	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
5	CREACIÓN_GESTIÓN_Y_TRANSFERENCIA_DEL_CONOCIMIENTO	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN_	Investigadores sin reconocimiento ante MinCiencias	No de Investigadores reconocidos por MinCiencias y categoría de cada uno.	175	169	De acuerdo a la información obtenida, a la fecha del reporte y teniendo en cuenta las actividades pendientes por realizar en la vigencia, evidenciamos que el indicador tiene un avance satisfactorio, por cual podemos inferir que los controles aplicados han sido efectivos.
6	BIENESTAR_INSTITUCIONAL_CALIDAD_DE_VIDA_E_INCLUSIÓN_EN_CONTEXTOS_UNIVERSITARIOS	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO_	Programas de bienestar institucional que no generan impacto en la calidad de vida e inclusión de la comunidad universitaria	Calidad de vida en contextos universitarios: $p - z * (\sqrt{p * (1 - p) / n}) * (\sqrt{(N - n) / (N - 1)})$. p:proporción de personas que superan el nivel mínimo de calidad de vida para la muestra calculada. N:Tamaño de la población. n:Tamaño de la muestra n.	80%	75.55	Se observa que la medición del indicador está por debajo de la meta establecida para esta vigencia, por lo que podemos concluir que, para el análisis de la implementación de los controles que podían mitigar la ocurrencia del riesgo, no se tuvieron en cuenta algunos factores, que provocaron que los controles no fueran efectivos, el riesgo se materializó. Se deben de analizar e implementar nuevas acciones de control, para con ello evitar que el riesgo se materialice nuevamente.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	50 de 66

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
				z: nivel de confianza del 95%.			
7	GESTIÓN_Y_SOSTENIBILIDAD_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_AD MINISTRATIVA_FINANCIERA_	Desfinanciación del presupuesto de la Universidad	Equilibrio Financiero = Ingresos totales / Gastos Totales	>=1	86%	Teniendo en cuenta la fecha de reporte, el indicador tiene un avance satisfactorio, acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo, lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
8	CONTROL_SEGUIMIENTO	VICERRECTORIA_AD MINISTRATIVA_FINANCIERA	Demora en la atención de las PQRS interpuestas por los ciudadanos.	(No. PQRS sin responder en los tiempos establecidos en el año / total de PQRS recibidas en el año)*100	2%	0%	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
9	ASEGURAMIENTO_DE_LA_CALIDAD_INSTITUCIONAL	VICERRECTORIA_AD MINISTRATIVA_FINANCIERA	Entrega de información institucional a personas no autorizadas para uso indebido.	# de veces que se detecte y se denuncie	0%	0%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
10	ASEGURAMIENTO_DE_LA_CALIDAD_INSTITUCIONAL	VICERRECTORIA_AD MINISTRATIVA_FINANCIERA	Pérdida de la Certificación o Acreditación de las normas que hacen parte del Sistema Integral de Gestión.	(Actividades ejecutadas/Actividades planeadas) * 100%	100%	54%	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
11	INVESTIGACIÓN_E_INNOVACIÓN	VICERRECTORÍA INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	Deficiencia interna en la financiación para proyectos de investigación	No. de proyectos de investigación aprobados en la vigencia	40	48	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
12					0%	0	

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	51 de 66

No.	PROCESO / PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Ilegitimidad en resultados electorales	Número de impugnaciones electorales			El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
13	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Vencimiento de términos para la atención de Derechos de Petición	Número de Acciones de Tutela o Demandas por la no atención de Derechos de Petición	0%	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
14	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	Incumplimiento de la normatividad vigente y aplicable a la Universidad	No. de procesos judiciales por incumplimiento de normas	0%	0%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
15	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	SECRETARIA_GENERAL	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	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
16	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_SERVICIOS_INSTITUCIONALES	Agotamiento de las reservas de agua en el campus universitario, necesarias para la atención de las necesidades básicas	Número de veces que se suspenden las actividades académicas o administrativas por agotamiento imprevisto de las reservas de agua durante la vigencia	Máximo un día de suspensión de actividades por agotamiento imprevisto de las reservas de agua	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.
17	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_SERVICIOS_INSTITUCIONALES	Fallas en los reportes a la Compañía de Seguros relacionadas con la	Valor asegurado de la planta física de la Universidad / Valor	Valor real de la planta física	100%	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	52 de 66

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
			inclusión de edificios terminados y en proceso de construcción bajo la póliza todo riesgo daños materiales y todo riesgo construcción del programa de seguros de la Universidad	real de la planta física de la Universidad	asegurado correctamente		y han evitado que el riesgo se materialice.
18	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	No cumplimiento en los reportes a los entes de control debido a cambios en la normatividad, proceso y/o tecnología definida por el ente para dicho fin.	Cumplimiento del Indicador de AIE: Nivel de actualización de la información a nivel estratégico y táctico	85%	59.09%	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.
19	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%	51.55%	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.
20	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, resoluciones, proyectos de operación comercial)	Proyectos ejecutados inadecuadamente /Total proyectos ejecutados	0%	0%	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo , lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
21	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL		Imposibilidad para acceder a los sistemas	Número de horas al mes sin fallas de	0%	717	De acuerdo a la medición del indicador, se puede inferir que los

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	53 de 66

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
		RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	de información que estén alojados en los servidores del campus universitario	conectividad a Internet del canal principal/Número de horas del mes			controles establecidos han sido parcialmente efectivos, se deben de diseñar nuevas acciones que ayuden a mitigar el riesgo, ya que el mismo se presenta por factores externos. Comentario CRIE MR: Se presentaron 2 cortes de fibra a nivel nacional el miércoles 15 septiembre y el viernes 17 de septiembre que en total duraron 3.
22	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	RECURSOS INFORMÁTICOS Y EDUCATIVOS - CRIE	Intrusión a equipos y servicios de red	Total de intrusiones detectadas/Total de intentos de intrusión cada semestre	0%	0%	Se recomienda revisar la meta asociada al indicador. Se recomienda seguir con el monitoreo permanente ya que los controles "Actualización de las aplicaciones, servicios y sistemas operativos de los servidores" y "Adquirir dispositivo y servicio Web Application Firewall" fueron aplicados parcialmente. Comentario CRIE MR: Se han detectado 2.800.033 intentos de intrusión en lo que va del segundo semestre del 2021.
23	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.
24	INTERNACIONALIZACIÓN	RELACIONES_INTERNACIONALES	Favorecer la postulación a una beca de movilidad académica internacional a un estudiante que no cumpla con los	No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad Académica sin cumplimiento de Requisitos / No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad	0	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	54 de 66

No.	PROCESO / PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
			requisitos establecidos en la convocatoria UTP				
25	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
26	DIRECCIONAMIENTO_INSTI TUCIONAL	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%	93.33%	Para el período a evaluar (corte a 30/07/2021), 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 16 de 17 programas que se tiene como meta para el 2021; 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
27	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
28	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_AC ADÉMICA	Abandono estudiantil en asignaturas virtuales y/o semipresenciales	% de cancelación = # de cancelaciones semestrales/ # de estudiantes	0%	29.80%	El riesgo se materializó, por lo que los controles implementados no fueron efectivos, se deben de definir nuevas acciones de control que sean

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	55 de 66

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
				matriculados semestrales			cumplidas y efectivas para ayudar en la no materialización del riesgo. Comentario VA MR: Para el semestre 2021-1 terminamos con una deserción de 29.8%. Aunque se implementan diferentes estrategias encaminadas hacia la permanencia de los estudiantes en los diferentes procesos de formación virtual (llamadas, mensajes, inducción virtual, asesorías personalizadas) este es un riesgo que permanece siempre en los procesos de formación virtual y presencial. A raíz de la emergencia sanitaria presentada por el Covid-19 que imposibilita la atención presencial a los estudiantes se han implementado estrategias de acompañamiento a través de zoom , chat en línea Tawk.to y WhatsApp.
29	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_AC ADÉMICA	No disponer de espacio de almacenamiento en el servidor requerido para el funcionamiento de la unidad	% disponible = información almacenad / capacidad disco duro	50%	23%	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado
30	DOCENCIA	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO	Historias Académicas físicas y digitalizadas incompletas	No. De Historias Académicas pérdidas por semestre	0%	67%	Se recomienda revisar la estructura de este indicador, con el fin de que el mismo permita hacer un seguimiento adecuado al riesgo y no permita interpretaciones erróneas sobre la medición arrojada. En correo (e-mail 03/12/2021) emitido por Admisiones, Registro y Control Académico se aclara: El 67% de avance corresponde a las actividades de revisión de historias académicas de primer curso de los periodos 20211 y 20212, además del envío

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	56 de 66

No.	PROCESO / PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
							<i>de 2138 historias académicas a microfilm. Justo el 1 de diciembre nos notificaron por correo electrónico que de las 2138 historias académicas fueron digitalizadas 2130 para no dejar un rollo iniciado con solo 8 historias académicas las cuales podemos enviar el próximo año. El porcentaje de avance para esta actividad cambia al 90% porque el 10% restante corresponde a la revisión de las historias académicas microfilmadas y devueltas junto con la ubicación en el archivo.</i>
31	CONTROL_SEGUIMIENTO	CONTROL_INTERNO	Presentación inoportuna de los informes establecidos por la Contraloría General de la República	No. de informes que no son entregados oportunamente a CGR / Total de informes	0	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos y han funcionado correctamente.
32	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%	Se tiene un indicador con cero investigaciones al personal de Control Interno derivadas de hechos de corrupción, por lo cual podemos concluir que los controles han sido aplicados y efectivos. Por lo anterior, el riesgo se mantiene controlado
33	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	JURÍDICA	Vencimiento de los términos establecidos en la Ley	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
34	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	JURÍDICA	Incumplimiento en los plazos establecidos para gestionar las necesidades de tipo	Número de requerimientos relacionados con contratación	15	0	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	57 de 66


No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
			contractual de las dependencias	presentados extemporáneamente a Gestión de la Contracción			y han evitado que el riesgo se materialice.
35	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO	Disminución de recursos gestionados para la entrega de apoyos socioeconómicos a estudiantes de programas sociales, becas, plan padrino	Número total de programas sociales con recursos gestionados/ Número de programas sociales que se ofertan	30%	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
36	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_FINANCIERA	Fraude electrónico	No. de accesos no autorizados	0%	0%	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
37	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_FINANCIERA	Hechos económicos no incluidos en el proceso contable.	Número de hechos económicos no reportados en el período	<2,5% sobre el valor de los activos	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.
38	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_FINANCIERA	Destinación indebida de recursos públicos.	Número de hechos sancionados por corrupción.	0%	0%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
39	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_FINANCIERA	Registros presupuestales generados después de que se inicie la ejecución de los compromisos u obligaciones	No. de registros presupuestales generados después de ejecución o por pago de pasivos exigibles vigencias expiradas	1%	0.15%	Se tiene un indicador con 0,15% de los registros presupuestales generados después de ejecución o por pago de pasivos exigibles vigencias expiradas y la meta presupuestada es del 1%, por lo cual podemos concluir que los controles han sido aplicados y

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
							efectivos. Por lo anterior, el riesgo se mantiene controlado
40	CONTROL_SEGUIMIENTO	CONTROL_INTERNO_DISCIPLINARIO	Incumplimiento del procedimiento de los procesos disciplinarios. Sanciones disciplinarias.	No. de procesos cumplidos oportunamente.	Cumplir al máximo que no se produzcan incoherencias e inconsistencias en la aplicación de la Ley disciplinaria. Reuniones y consultas con los profesionales responsables de los Procesos Jurídicos	82.5%	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
41	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No identificación de los peligros y riesgos ocupacionales en las áreas de la universidad	Numero de factores de peligros identificados y valorados/ sobre mecanismos de control propuestos	80%	80%	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
42	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Requerimientos internos y externos sin respuesta oportuna (Derechos de petición y solicitudes de organismos de control)	Número de respuestas entregadas/ Número de requerimientos	100%	100%	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
43					100%	100	

No.	PROCESO /PILARES PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Indicador	Meta	Medición	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social integral	Número de personas afiliadas/Número de personal vinculado			De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.


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

De acuerdo a la tabla 9, los riesgos No. 3 **“Disminución de proyectos y servicios de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.”** de la Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión, el No. 21 **“Imposibilidad para acceder a los sistemas de información que estén alojados en los servidores del campus universitario”** de Recursos Informáticos y Educativos, el No. 22 **“Intrusión a equipos y servicios de red”** de Recursos Informáticos y Educativos, el No. 28 **“Abandono estudiantil en asignaturas virtuales y/o semipresenciales”** de la Vicerrectoría Académica y el No. 30 **“Historias Académicas físicas y digitalizadas incompletas”** de Admisiones, Registro y Control Académico; 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 prevenir, por lo cual se deben de generar nuevas acciones que ayuden a tener mejores controles que prevengan la materialización del riesgo y a mitigar el impacto.

OBS 4: Materialización de riesgos Se evidencia la materialización de riesgos según la medición e información que soporta la evaluación de los indicadores de los riesgos Nos. 21, 28 (Ver observaciones particulares en la Tabla 9). Lo anterior, por dificultades en el monitoreo de estos riesgos y sus controles, lo que podría conllevar al no cumplimiento de los objetivos de las áreas donde se han materializado dichos riesgos y presentándose amenazas para la Institución.
Riesgo relacionado: Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos
Controles relacionados: Procedimiento SGC-PRO-011 Administración de riesgos, Formato SGC-FOR-011-02, Formato SGC-FOR-011-02, Procedimientos establecidos en el SGC, Normas internas (resoluciones y Acuerdos Consejo Superior) y Sistema de información.
Prioridad del hallazgo: Alto 
Comentarios del auditado: Ninguna

OBS 5: Indicadores de riesgos Se evidencia que la medición de los indicadores asociados a los riesgos 3, 22 y 30 según la medición e información que soporta la evaluación de los indicadores de los riesgos (Ver

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	60 de 66

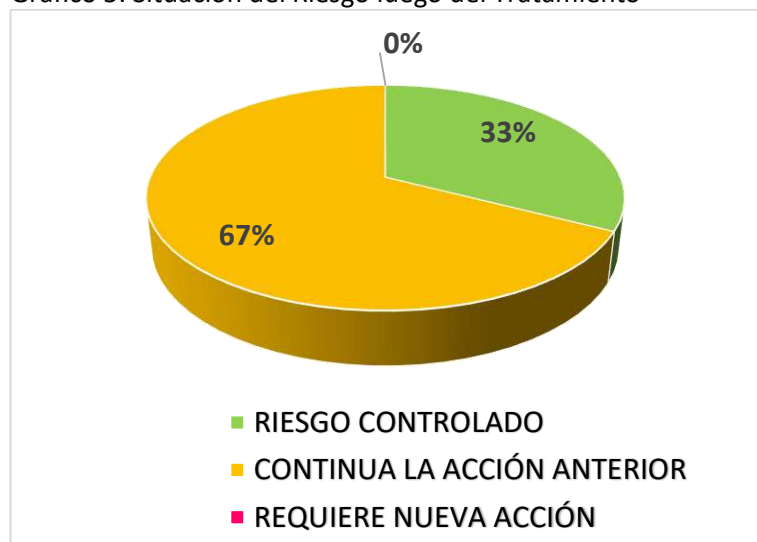
observaciones particulares en la Tabla 9), presenta deficiencias en la formulación de los mismos o en la determinación de la meta. Lo anterior, ocasionado por debilidades en la aplicación de las directrices de riesgos que se tienen en la Universidad. Lo que puede conllevar a malas interpretaciones sobre la gestión de riesgos y su posible materialización
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: Medio 
Comentarios del auditado: Ninguna

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

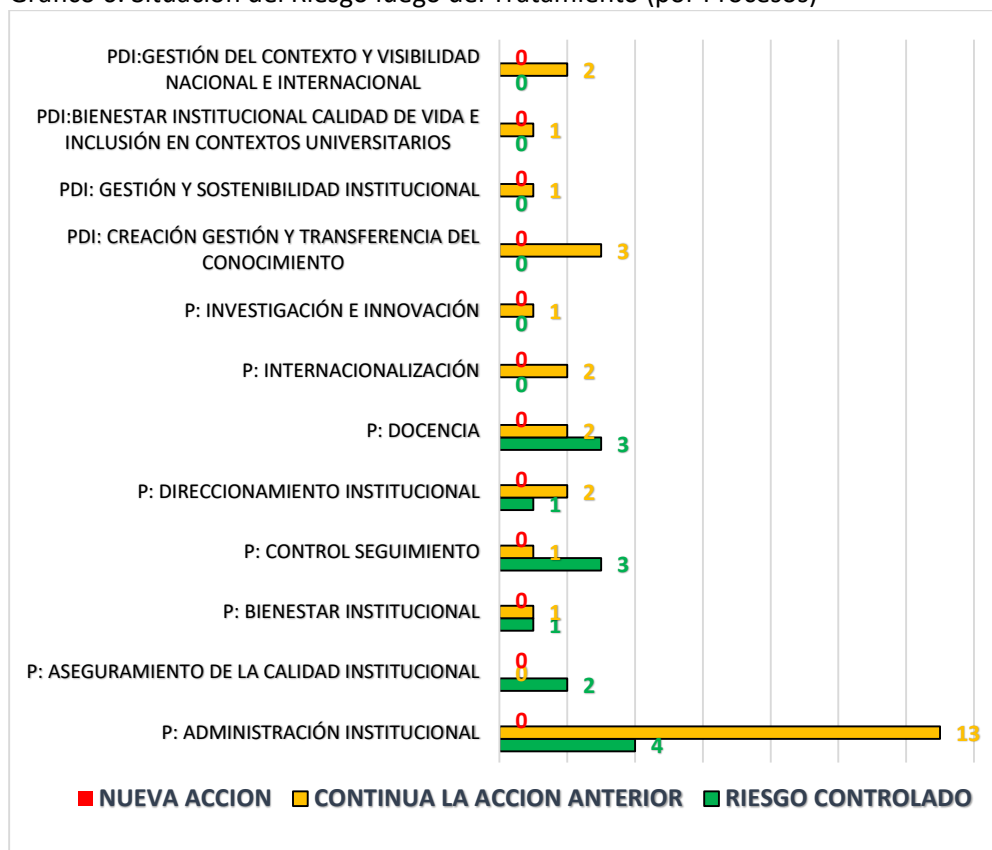
e. **Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Gráficos 5 y 6):** Es el resultado final que nos presenta la metodología de administración del riesgo, después de haber aplicado los controles existentes, es decir, luego de realizar el tratamiento al riesgo y evaluar su indicador y después de haber tomado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

Gráfico 5. Situación del Riesgo luego del Tratamiento



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2021

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



Fuente: Segundo seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2021

*P: Proceso – PDI: objetivo Plan Desarrollo Institucional

Se observa en las gráficas No. 5 y 6, que de los Riesgos Institucionales, el 33% (10) de los Riesgos están Controlados, el 67% (20) Continúan con la Misma Acción y no se 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, 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. 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 2022.

OBSERVACIÓN 2: Falta de información para seguimiento de riesgos institucionales

- Presentar en los procesos de auditoria los documentos soporte que permitan evidenciar el seguimiento periódico a los riesgos y la aplicación de los controles.

OBSERVACIÓN 3: Seguimiento permanente a las actividades de control

- Fomentar procesos de autoevaluación permanente, 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 4: 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.

- Hacer proceso de autoevaluación, que permitan determinar las desviaciones en los controles implementados en los procesos, y así mejorar el diseño y la eficacia del control.

OBSERVACIÓN 5: Indicadores de riesgos

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

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Promover estrategias que permitan que en los diseños de los controles se opten por controles automáticos, a través de la implementación de aplicativos que puedan operarse a través de un sistema de información integrado.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	64 de 66

2. Emplear fuentes de información para la identificación de los riesgos como lo son:
 - Auditorías a los sistemas de gestión.
 - Informes de Contraloría General de la República
 - Informes de Control Interno
 - Evaluaciones
 - Sistema de PQRS.
3. Implementar riesgos en los temas relacionados 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.
4. Mejorar la redacción de los riesgos por parte de los responsables de los mapas de riesgos, ya que su interpretación puede conllevar a malinterpretación de los mismos.

Código	1115-F19
Versión	1
Fecha	2020-07-15
Página	65 de 66

7. Limitaciones

Durante el desarrollo de este proceso se tuvo como limitante la falta de información por parte de algunas unidades organizacionales que no entregaron la información en los tiempos establecidos y que afectaron el ejercicio de la Oficina de Control Interno.

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

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 15 de 2021