

# 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 – Jefe Oficina de  
Control Interno

**Elaborado por:**

Enio Aguirre Torres, Profesional 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 2019

**INFORME NO. AI 1115 – 26 –2019****Fecha del informe:**

Diciembre 11 de 2019

## Contenido del informe

1. Resumen ejecutivo
2. Objetivo y Alcance
3. Riesgos y controles evaluados
4. Criterios Analizados
5. Resultados de auditoria
6. Recomendaciones
7. 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

- Existe un Comité Institucional de Control Interno, responsable de las políticas para la gestión del riesgo de la Universidad.
- Se cuenta con una política de gestión y unas Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V1 del 2017-06-08)
- Procedimientos como 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, con profesionales de varias dependencias, encargados de brindar apoyo en el diseño, implementación y mejora de la gestión de riesgos de la Universidad.
- Se han incrementado, con respecto de otras vigencias, la identificación de riesgos de corrupción en los procesos de la Universidad.

### DEBILIDADES

- No se cuenta con un sistema de información, en el que se pueda desarrollar todas las etapas de la metodología de gestión de riesgos en la Universidad.
- Falta de consolidación de una cultura de seguimiento al mapa de riesgos.
- No se han identificado riesgos de corrupción en algunos de los procesos u objetivos del PDI.
- La Oficina de Control Interno realiza la coordinación del Grupo de Riesgos.

*Original Firmado*

Sandra Yamile Calvo Cataño  
Jefe Oficina de Control Interno

## 2. Objetivo y Alcance

### 2.1 Objetivo General

Evaluar el proceso de administración de riesgos que se lleva a cabo en la Universidad, determinando el cumplimiento de los indicadores, la eficacia de los controles, el seguimiento y tratamiento de los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos Institucional de la vigencia 2019.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Verificar la operación del Grupo de Gestión de Riesgos para mejorar la gestión de riesgos de la Universidad.
- Verificar los seguimientos realizados a los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y del PDI.
- Evaluar el proceso de actualización de los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y del PDI, para la vigencia 2020.
- Realizar la evaluación de riesgos del Mapa de Riesgos Institucional 2019, 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 2019.

### 3. Riesgos y controles

Los riesgos y controles que se evaluarán a través de la auditoría son los siguientes:

Tabla 1. Riesgos y controles

Riesgos Control	R1: Incumplimiento de las Normas (Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017	R2: No identificación de los riesgos significativos que afecten el cumplimiento de la misión del a Universidad.	R3: No dar tratamiento adecuado a los riesgos	R4: Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos.	R5: Incumplimiento de la política de gestión de riesgos
Comité Institucional de Control Interno	X				X
Directrices para la Gestión de Riesgos (SGC-INT-011-02, V1 del 2017-06-08)	X	X	X	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.	X		X	X	X
Grupo de Gestión de Riesgos	X	X	X	X	X

Fuente: Control Interno

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

## 4. Criterios analizados y Metodología

4.1 Los criterios empleados en la auditoria se detallan a continuación:

- Normas:
  - 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, V4 del 2013-05-23.

4.2 Metodología:

### Procedimientos de Trabajo

- Análisis y revisión de la información suministrada
- Verificación de la información

### Técnicas de Obtención de Evidencias

- Comprobación
- Pruebas analíticas

## 5. Resultados de auditoría

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 2019.

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

### 5.1 Operación del Grupo de Gestión de Riesgos

El grupo de Gestión de Riesgos realizó 15 reuniones en las cuales se analizaron:

1. Se aprueba el plan de acción para la vigencia 2019.
2. Se realiza la priorización de los riesgos del Mapa de Riesgos Institucional y presentación para su aprobación, al Comité Institucional de Control Interno (Acta No. 03 del 04 de marzo de 2019).
3. Se realizan pruebas del aplicativo de gestión de riesgos, tomándose la decisión unánime del Grupo de Gestión de Riesgos, de no aprobar este aplicativo, hasta que se realicen los ajustes necesarios; se volverán a realizar pruebas en la vigencia 2020.
4. Solicitud de los seguimientos a las diferentes responsables de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y de los objetivos del PDI; el primer seguimiento a los mapas de riesgos se comunicó mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 30 de abril de 2019 y se solicitó formalmente, por parte de Control Interno, mediante correos electrónicos, los días 06 y 07 de mayo de 2019; para ser entregados por los responsables hasta el 31 de mayo de 2019. Aprobación del cambio al formato de riesgos
5. Realización de (2) dos talleres de capacitación (16/10/2018 y 23/10/2018); donde se socializa los cambios en la metodología de riesgos y los nuevos formatos de riesgos, versión 7, a los responsables de los riesgos de los Procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad) y del PDI. A estas capacitaciones asistieron un total de 52 personas, en representación de 15 Dependencias, 5 Facultades, 5 Laboratorios y 4 Objetivos del PDI.
6. Para el segundo seguimiento se comunicó mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 10 de septiembre de 2019 y se solicitó formalmente, por parte de Control Interno, mediante

memorando No. 02-1115-304, del 10 de septiembre de 2019; para ser entregados por los responsables el día 26 de septiembre de 2019.

7. Además, se solicitó la actualización de los mapas de riesgo para la vigencia 2020, 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 29 de octubre de 2019, para ser entregado por los responsables el día 15 de noviembre de 2019.

<p><b>OBSERVACIÓN 1: Coordinación del Grupo de Gestión de Riesgos por parte de Control Interno</b>  Según resolución de rectoría No. 2392 del 15 de mayo de 2017, se conformó el Grupo interdisciplinario para la gestión de riesgos, en la Universidad Tecnológica de Pereira, el cual estará coordinado por la oficina de Control Interno; sin embargo, en la Ley 87 de 1993, en su Artículo 12, nos señala las <b>Funciones de los Auditores Internos</b>. Serán funciones del Asesor, Coordinador, Auditor Interno, o similar las siguientes:  <b>PARÁGRAFO.</b> En ningún caso, podrá el Asesor, Coordinador, Auditor Interno o quien haga sus veces, participar en los procedimientos administrativos de la entidad a través de autorizaciones o refrendaciones.  Lo anterior podría conllevar a sesgar la objetividad e independencia de la Oficina de Control Interno en relación con el rol de evaluación de la gestión de riesgos determinado en el Decreto 648 de 2017.</p>
<p><b>Riesgo relacionado:</b> Incumplimiento de las Normas (Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015 y Decreto 648 de 2017.</p>
<p><b>Controles relacionados:</b> 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.</p>
<p><b>Prioridad del hallazgo:</b> Medio </p>
<p><b>Comentarios del auditado:</b></p>

<p><b>OBSERVACIÓN 2: Falta de implementación de aplicativo de riesgos</b>  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.</p>
<p><b>Riesgo relacionado:</b> Incumplimiento de las Normas (Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017.</p>
<p><b>Controles relacionados:</b> 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.</p>
<p><b>Prioridad del hallazgo:</b> bajo </p>
<p><b>Comentarios del auditado:</b></p>

## 5.2 Proceso de Gestión de Riesgos realizado en la Universidad en la vigencia 2019

Se realizaron dos seguimientos y una actualización para la vigencia 2020 a los mapas de riesgos de la Universidad, tanto para los procesos (Dependencias, Facultades y Organismos de Evaluación de la Conformidad), como para los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional.

- a. Primer seguimiento a los Mapas de Riesgo de los Procesos y del PDI, el cual se realiza con corte a 30 de abril de 2019, se recibieron los mapas de riesgo de 21 dependencias, 4 Facultades, 6 Laboratorios y 7 Objetivos del PDI.

Tabla 3. Mapa de riesgos con primer seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
<b>Procesos (Dependencias)</b>	Admisiones Registro y Control Académico Biblioteca Comunicaciones Control Interno Disciplinario Secretaría General Control Interno Jurídica Gestión de Documentos Gestión Financiera Gestión de Servicios Institucionales Gestión de Talento Humano Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Planeación Relaciones Internacionales Sistema Integral de Gestión Recursos Informáticos y Educativos Univirtual Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	21
<b>Procesos (Facultades)</b>	Facultad de Bellas Artes y Humanidades Facultad de Ciencias Empresariales Facultad de Ingeniería Mecánica Facultad de Tecnología	4
<b>Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)</b>	Grupo de Investigación de Aguas y Saneamiento Laboratorio de Aguas y Alimentos Laboratorio de Metrología y Variables Eléctricas Laboratorio de Ensayos para equipos acondicionadores de aire Laboratorio de Ensayos No Destructivos y Destructivos Laboratorio de Metrología Dimensional	6
<b>PDI</b>	Desarrollo Institucional Cobertura con Calidad Investigación, Innovación y Extensión Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Internacionalización	7

Mapa de riesgos	Responsable	Total
	Alianzas Estratégicas Impacto Regional	

Fuente: Control Interno

Control Interno consolida el primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 31 de abril de 2019; 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 primer seguimiento Control Interno encontró las siguientes observaciones:

- ✓ No se registran los seguimientos a todos los riesgos en algunas Dependencias (4), Facultades (2), Laboratorios (1) y Objetivos del PDI (1).
- ✓ No se diligencian la medición de los indicadores por cada riesgo en (2) Dependencias, (1) Laboratorio y (1) Facultad.
- ✓ No se diligencian completamente las casillas del “MANEJO” del riesgo en (13) Dependencias, (2) Laboratorio, (2) Facultades y (3) Objetivos del PDI.
- ✓ No se registra “LA SITUACIÓN DEL RIESGO LUEGO DEL SEGUIMIENTO” en (3) Dependencias, (1) Laboratorio y (1) Objetivo del PDI
- ✓ No se evidencian los soportes documentales de las acciones implementadas.

Hubo una mejora en los registros de las fases de IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO.

- b.** Segundo seguimiento a los Mapas de Riesgo de los Procesos y del PDI, se realizó con corte a 31 de agosto, se recibieron los mapas de riesgo de 21 dependencias, 3 Facultades, 6 Laboratorios y 7 Objetivos del PDI.

Tabla 4. Mapa de riesgos con segundo seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
<b>Procesos (Dependencias)</b>	Admisiones Registro y Control Académico Biblioteca Comunicaciones Control Interno Disciplinario Secretaría General Control Interno Jurídica Gestión de Documentos Gestión Financiera Gestión de Servicios Institucionales Gestión de Talento Humano Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información	21

Mapa de riesgos	Responsable	Total
	Planeación Relaciones Internacionales Sistema Integral de Gestión Recursos Informáticos y Educativos Univirtual Vicerrectoría Académica Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario	
<b>Procesos (Facultades)</b>	Facultad de Bellas Artes y Humanidades Facultad de Ciencias Empresariales Facultad de Ingeniería Mecánica	3
<b>Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)</b>	Grupo de Investigación de Aguas y Saneamiento Laboratorio de Aguas y Alimentos Laboratorio de Genética Médica Laboratorio de Metrología y Variables Eléctricas Laboratorio de Ensayos No Destructivos y Destructivos Laboratorio de Metrología Dimensional	6
<b>PDI</b>	Alianzas Estratégicas Cobertura con Calidad Investigación, Innovación y Extensión Internalización Bienestar Institucional Impacto Regional Desarrollo Institucional	7

Fuente: Control Interno

Control Interno consolida el segundo seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con corte a 31 de agosto de 2019; 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 las siguientes observaciones:

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

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

- c. Actualización de los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Laboratorios) y del PDI, para la vigencia 2020.
- El proceso de actualización se surtió desde el 29 de octubre al 15 de noviembre del año en curso, hasta la fecha límite se recibieron: 14 de Dependencias, 2 de Objetivos del PDI y 1 Laboratorios; hubo dos dependencias, Vicerrectoría Administrativa y Financiera y Vicerrectoría Académica, que solicitaron plazo para la entrega de la actualización 2020. Ver tabla 5.

Tabla 5. Mapa de riesgos actualizados para la vigencia 2020

Mapa de riesgos	Responsable	Total
<b>Procesos (Dependencias)</b>	Admisiones Registro y Control Académico Control Interno Disciplinario Control Interno Jurídica Gestión de Documentos Gestión de Servicios Institucionales Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Planeación Relaciones Internacionales Secretaría General Sistema Integral de Gestión Recursos Informáticos y Educativos Univirtual Vicerrectoría Académica	14
<b>Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)</b>	Grupo de Investigación de Aguas y Saneamiento Laboratorio de Ensayos Destructivos y No Destructivos	2
<b>PDI</b>	Cobertura con Calidad Internacionalización	2

Fuente: Control Interno

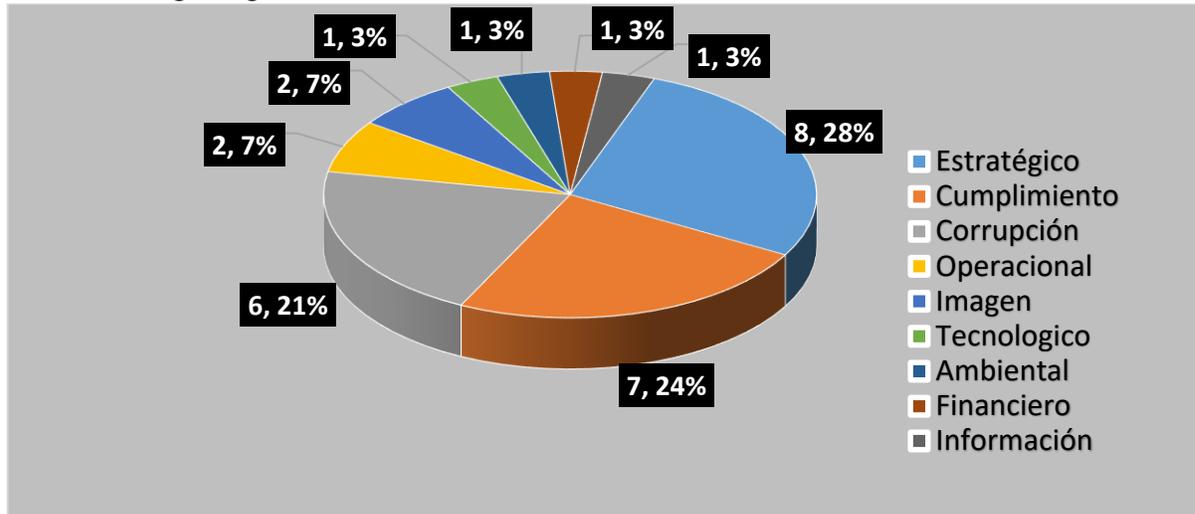
Respecto a la actualización de los mapas de riesgos para la vigencia 2020, no se presentan observaciones, por parte de Control Interno.

### 5.3 Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional

- a. **Riesgos según su Clase (Gráficos 1 y 2):** Respecto a los riesgos identificados en los diferentes procesos de la Universidad, se priorizaron para el Mapa de Riesgos Institucional 2019, veintinueve (29) 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: 8 (28%) son Estratégicos, 7 (24%) de Cumplimiento, 6 (21%)

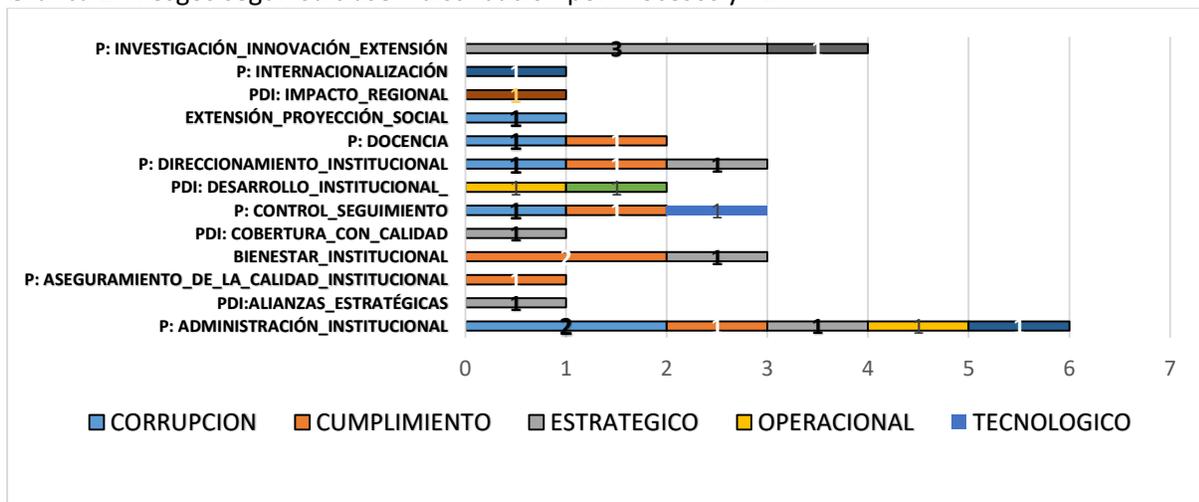
de Corrupción, con 2 (7%) son Operacionales y de Imagen y con un riesgo (3,4%) Tecnológicos, Ambientales, Financieros y de Información.

Gráfica 1. Riesgos según su clase



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

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



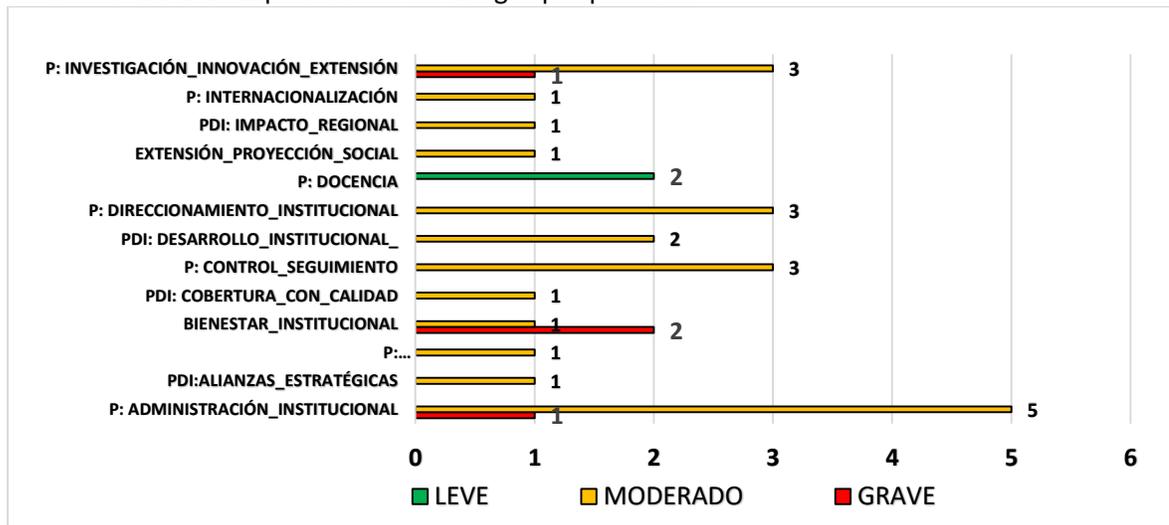
Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2019

\*P: Proceso – PDI: Objetivo Plan Desarrollo Institucional

**b. Nivel de Exposición al Riesgo (Gráfico 3):** De acuerdo al Mapa de Riesgos Institucional el 79% (23) de los riesgos, tienen un nivel de exposición al riesgo Moderado, el 7% (2) tiene un nivel de exposición al riesgo Leve, se encuentran debidamente controlados, es decir tienen controles aplicados, efectivos

y en la mayoría de los casos documentados. El 14% (4) de los riesgos tienen un el nivel de exposición al riesgo Grave que indica que la Universidad es vulnerable a que se materialice el riesgo, ya sea porque tiene una probabilidad o impacto alto, o porque sus controles no son adecuados.

Gráfica 3. Nivel de Exposición de los Riesgos por procesos



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

\*P: Proceso – PDI: objetivo Plan Desarrollo Institucional

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

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

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

Las Unidades Organizacionales o Dependencias que han identificado riesgos de nivel GRAVE son la Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión (R4), la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario (R14 y R16) y Jurídica (R15) (Ver Gráfico 4 y Tabla 6).

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

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	4. Deficiencia interna en la financiación para proyectos de investigación.
VICERRECTORIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO	14. No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP
JURIDICA	15. Incumplimiento en los plazos establecidos para gestionar las necesidades de tipo contractual de las dependencias
VICERRECTORIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO	16. Apoyos socioeconómicos sin cumplimiento de requisitos o con información inconsistente

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

- c. **Evaluación a los controles existentes:** Se evidencia en los comentarios realizados por los responsables de los 29 riesgos institucionales, que la mayoría registraron la información sobre los controles implementados y no tuvieron dificultades en la aplicación de los controles; por lo cual se asume que la aplicación de estos fue efectiva para prevenir o mitigar el riesgo; solo se tuvo inconvenientes en los siguientes riesgos que se muestran en la tabla 7:

Tabla 7. Controles que presentan dificultades

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Control	Dificultades en la aplicación del control
6	CONTROL_ SEGUIMIENTO	RECURSOS_INFORMÁTICOS_ EDUCATIVOS	Intrusión a equipos y servicios de red	actualización de las aplicaciones, servicios y sistemas operativos de los servidores	Algunas versiones de software no son compatibles en las nuevas actualizaciones de los módulos del sistema operativo
				Conexiones seguras para todos los servicios que se accedan a través de la red	Se han tenido problemas con servidores que están fuera del centro de datos y fuera de la administración de la red del CRIE. Se deben generar políticas para que los servidores que no estén en el centro de datos cumplan con las condiciones de seguridad necesarias.
				Equipos de seguridad (Firewall e IPS)	Es necesario contar con presupuesto para renovar el firewall e implementar el correlacionador de eventos para detectar exitosamente las intrusiones a los sistemas de información de la UTP
7	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_ ACADÉMICA	Ascenso de Docentes sin Cumplimiento de Requisitos	Verificación de hoja de vida en el aplicativo de recursos humano y contratación en el reporte del sistema de información de vicerrectoría académica	Se presente dificultad al revisar las Hojas de vida, ya que con la creación de hoja de vida digital, toma más tiempo la revisión en varias
13	CONTROL_ SEGUIMIENTO	VICERRECTORIA_ ADMINISTRATIVA_ FINANCIERA	Demora en la atención de las PQRS interpuestas por los ciudadanos.	Auditorías Internas al sistema PQRS.	Control interno, realizó el seguimiento al informe de PQRS del primer semestre del 2019, donde se evidenció que el aplicativo no reportó alertas de vencimiento, lo anterior debido a fallas en la parametrización del aplicativo, por lo tanto, esta observación la debe atender Recursos Informáticos y Educativos.

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	Control	Dificultades en la aplicación del control
14	BIENESTAR_INSTI TUCIONAL	VICERRECTORÍA_DE_R ESPONSABILIDAD_ SOCIAL_BIENESTAR_ UNIVERSITARIO	No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP	Revisión del cumplimiento de los estándares de habilitación	Cambios en la temperatura de un espacio físico, fuera de los estándares lo que ocasiono la compra de un deshumificador no previsto de manera inicial. Para dar cumplimiento a los estándares de habilitación se han presentado dificultades relacionadas con: afianzamiento del proceso de capacitación preparatoria para la visita de la secretaria de salud, documentación, entrega de equipos, infraestructura y entregas relacionadas con la habilitación de los espacios
17	BIENESTAR_INSTI TUCIONAL_	VICERRECTORÍA_DE_R ESPONSABILIDAD_ SOCIAL_BIENESTAR_ UNIVERSITARIO	Comunidad Universitaria sin cobertura en los programas de Bienestar Institucional	Medición de las líneas del Programa de Acompañamiento Integral - PAI, dirigido a estudiantes	El sistema citas PAI , presentó fallas durante el proceso de Adaptación a la Vida Universitaria, lo cual entorpeció el proceso de atención inicial
28	ADMINISTRACIÓN _INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_ TALENTO_HUMANO	Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social integral	Procedimiento establecido en resolución de procedimiento de nómina	No cumplimiento del calendario de nómina según la Resolución N° 2319 de Políticas de nómina.  Debido a que los docentes de medicina terminaban su contrato el 18 de agosto solo hasta el 09 de septiembre que la Universidad realizaba el pago de la autoliquidación, quedaba registrado el retiro, por lo tanto solo hasta el miércoles 11 se inició con las afiliaciones a Eps.

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

<b>OBSERVACIÓN 3: Seguimientos periódicos a las actividades de control</b>
No se realizan seguimientos periódicos por parte de los responsables de los procesos a las actividades de control, lo cual se evidencia cuando se va a hacer el seguimiento por parte de Control Interno.
<b>Riesgo relacionado:</b> Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos
<b>Controles relacionados:</b> 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.
<b>Prioridad del hallazgo:</b> Bajo 
<b>Comentarios del auditado:</b>

- d. **Evaluación de los Indicadores.** En la tabla 8, se muestran los indicadores de los riesgos del Mapa Institucional, con su respectiva medición a 31 de agosto de 2019, 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 /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	INDICADOR	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
1	ADMINISTRACIÓN _ INSTITUCIONAL	SECRETARIA_ GENERAL	Tráfico de Influencias	No. de Derechos que son otorgados sin el cumplimiento de requisitos	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
2	ADMINISTRACIÓN _ INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE DOCUMENTOS	Pérdida de la información de las series documentales conservadas físicamente	Metros lineales de archivos histórico y central conservados únicamente en soporte papel	630	El indicador no permite establecer si los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
3	CONTROL_ SEGUIMIENTO	CONTROL_INTER NO	Favorecimiento en informes de auditoría o evaluación por intereses personales	No. de Investigaciones al personal de Control Interno derivadas de hechos de corrupción	0	Se tiene un indicador con cero casos presentados de incumplimiento. Los controles han sido aplicados y efectivos. Por lo anterior, el riesgo se mantiene controlado.
4	INVESTIGACIÓN_E _ INNOVACIÓN	VICERRECTORÍA_ INVESTIGACIÓN_ INNOVACIÓN_ EXTENSIÓN	Deficiencia interna en la financiación para proyectos de investigación	No de proyectos de investigación aprobados en la vigencia	21	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	INVESTIGACIÓN_E _ INNOVACIÓN	VICERRECTORÍA_ INVESTIGACIÓN_ INNOVACIÓN_ EXTENSIÓN	Incumplimiento en las normas ambientales que rigen a la Universidad frente a la gestión de aspectos ambientales.	No de sanciones por incumplimiento en normas ambientales	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
6	CONTROL_ SEGUIMIENTO	RECURSOS_ INFORMÁTICOS_ EDUCATIVOS	Intrusión a equipos y servicios de red	Total de intrusiones detectadas/Total de intentos de intrusión cada semestre	0	Aunque el indicador muestra que el riesgo no se ha materializado, se debe seguir con el monitoreo permanente

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	INDICADOR	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
						ya que los controles que se tienen no ayudan a detectar las intrusiones que se puedan presentar, estas solo podrán ser detectadas por un equipo que correlaciona los eventos. Por lo tanto se puede evidenciar que el control no es efectivo.
7	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_ ACADÉMICA	Ascenso de Docentes sin Cumplimiento de Requisitos	# de ascensos en el escalafón docente sin cumplimiento de requisitos / Total Ascensos realizados	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.
8	DOCENCIA	VICERRECTORÍA_ ACADÉMICA	Asignación de puntos salario y bonificación sin cumplimiento de requisitos	# de Puntos Asignados incorrectos / Total de Puntos Asignados	0	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
9	DIRECCIONAMIENTO_ INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_ ACADÉMICA	No cumplimiento de los lineamientos del Proyecto Educativo Institucional	# de programas académicos sin realizar procesos de renovación curricular/programas académicos acompañados	50%	Para el período a evaluar (corte a 30/08/2019), para Control Interno, este indicador presenta un bajo avance para la vigencia, de acuerdo a la explicación dada por la Vicerrectoría Académica, pues nos dice que se han cumplido 8 de 16 programas que se tiene como meta para el 2019; que han actualizado sus currículos de acuerdo con el PEI y la política académica curricular. Lo anterior, nos indica que los controles implementados no han sido efectivos, por lo cual deben de generar nuevos controles o acciones que ayuden a mejorar el cumplimiento del indicador y con ello evitar la tipificación del riesgo

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	INDICADOR	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
10	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Incumplimiento de las metas planteados en el PDI	Nivel cumplimiento del PDI en sus tres nivel	66.40%	Se tiene un indicador con un buen cumplimiento, ya que los controles aplicados han sido efectivos y han minimizado que el riesgo se tipifique.
11	ASEGURAMIENTO_DE_LA_CALIDAD_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	No renovación de la Acreditación Institucional	Universidad Tecnológica de Pereira Acreditada Institucionalmente	88%	Actualmente la Universidad se encuentra acreditada, y el plan de mejoramiento tiene un avance del 88% con corte a 30 de junio de 2019. Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
12	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_FINANCIERA	Destinación indebida de recursos públicos.	Número de hechos sancionados por corrupción.	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado
13	CONTROL_SEGUIMIENTO	VICERRECTORIA_ADMINISTRATIVA_FINANCIERA	Demora en la atención de las PQRS interpuestas por los ciudadanos.	No. PQRS no respondidas en los tiempos establecidos / total de PQRS recibidas	1.30%	Se materializó el riesgo porque tres de 224 QR registradas en el aplicativo (con corte al 31/08/2019), no se le dio respuesta en los términos de Ley. Lo anterior implica que aunque es un porcentaje muy pequeño de ocurrencia, se deben de mejorar los controles para evitar que el riesgo se tipifique nuevamente.
14	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_DE_RESPONSABILIDAD_SOCIAL_BIENESTAR_UNIVERSITARIO	No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP	(No. de servicios de salud habilitados / Total de servicios de salud prestados por Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario) * 100	98%	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado
15	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	JURIDICA	Incumplimiento en los plazos establecidos para gestionar las necesidades de tipo contractual de las dependencias	Número de requerimientos relacionados con contratación presentados extemporáneamente a Gestión de la Contratación	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	INDICADOR	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
16	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_DE_RESPONSABILIDAD_SOCIAL_BIENESTAR_UNIVERSITARIO	Apoyos socioeconómicos sin cumplimiento de requisitos o con información inconsistente	No. De apoyos socioeconómicos que no cumplen requisitos / Total de casos posibles identificados que no cumplen requisitos	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
17	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA_DE_RESPONSABILIDAD_SOCIAL_BIENESTAR_UNIVERSITARIO	Comunidad Universitaria sin cobertura en los programas de Bienestar Institucional	Porcentaje de Calidad de Vida en contextos universitarios con Responsabilidad Social	49.28	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parametro de cumplimiento para el periodo primer semestre, lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
18	COBERTURA_CON_CALIDAD	VICERRECTORÍA_ACADÉMICA	Oferta de programas con baja calidad académica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiantes matriculados</li> <li>• Oferta de programas = programas académicos con estudiantes matriculados / programas académicos con registro calificado</li> <li>• Formación permanente= No total de docentes en formación permanente de la UTP / No total de docentes</li> <li>• Estudiantes graduados por cohorte.</li> </ul>	37.18 96% 24.47%	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parametro de cumplimiento para el periodo primer semestre, lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos
19	ALIANZAS ESTRATÉGICAS	PLANEACIÓN	Baja articulación de las alianzas estratégicas al cumplimiento de los fines institucionales	Porcentaje de alianzas articuladas a través de proyectos específicos o proyectos del PDI= (Número de alianzas articuladas a través de proyectos específicos o proyectos del PDI / Número total de alianzas activas)*100%	95.83%	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parametro de cumplimiento para el periodo primer semestre, lo que nos muestra que el riesgo ha sido controlado y los controles han sido efectivos

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	INDICADOR	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
20	INVESTIGACIÓN_ INNOVACIÓN_ EXTENSIÓN	VICERRECTORÍA_ INVESTIGACIÓN_ INNOVACIÓN_ EXTENSIÓN	Grupos de Investigación sin reconocimiento por Colciencias.	% de Grupos No Reconocidos por Colciencias: No de Grupos de Investigación No Reconocidos Por Colciencias/No Total de Grupos Avalados	93%	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	INVESTIGACIÓN_ INNOVACIÓN_ EXTENSIÓN	VICERRECTORÍA_ INVESTIGACIÓN_ INNOVACIÓN_ EXTENSIÓN	Disminución de proyectos de extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira.	Índice de variación de actividades de extensión: No de Actividades de Extensión por modalidades año 2019 / No de Actividades de Extensión por modalidades año 2018	2.84814815	Se puede concluir que se ha aumentado el registro de todo lo relacionado a extensión en la Universidad Tecnológica de Pereira y que las acciones implementadas (Seguimiento y control) han sido efectivas.
22	INTERNACIONALIZACIÓN	RELACIONES_ INTERNACIONALES	Pérdida de posicionamiento de la UTP por no articularse con instituciones / socios académicos / redes internacionales.	% Internacionalización de la UTP (indicador de propósito del PDI): Unidad de medida: Porcentaje Fórmula: (Indicador de Componente Nivel de Internacionalización x 70%)+ (Indicador de Componente de Gestión de Información x 30%).	79%	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.
23	IMPACTO_REGIONAL	IMPACTO_REGIONAL_	Los proyectos existentes no generen transferencia de conocimiento a la región	Indicador del PDI: Desempeño institucional en alcanzar el Impacto Regional	42.04	Con corte a la fecha de reporte se cuenta con un avance satisfactorio acorde al parámetro de cumplimiento para el periodo
24	DESARROLLO_ INSTITUCIONAL_	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Desfinanciación del presupuesto de gastos de cada vigencia de la Universidad por su estructura de Financiación Ley 30 y por la expedición de	% de cubrimiento del presupuesto con recursos de la nación para gasto de funcionamiento	54.01%	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.

No.	PROCESO /OBJETIVO PDI	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA	RIESGO	INDICADOR	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
			normas de entes internos y externos.			
25	DESARROLLO_INSTITUCIONAL_	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Incumplimiento en el alcance de los objetivos propuestos en el marco del proyecto de Modernización Administrativa.	Cumplimiento al indicador del Plan de Desarrollo Institucional	66.38%	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
26	EXTENSIÓN_PROYECCIÓN_SOCIAL	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	Desarrollo de actividades de proyectos especiales que generen bonificaciones o estímulos, y que sean realizadas dentro del horario laboral.	N° de casos reportados y/o identificados	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
27	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, resoluciones, proyectos de operación comercial)	Proyectos ejecutados inadecuadamente /Total proyectos ejecutados	0%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
28	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN_DE_TALENTO_HUMANO	Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social integral	Número de personas afiliadas/Número de personal vinculado	100.00%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
29	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	COMUNICACIONES	Divulgación de información errada o perjudicial para la institución	# de publicaciones de rectificaciones solicitadas por la Universidad a medios externos # de rectificaciones que debe asumir la Universidad	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

Fuente: Mapa de riesgos Institucional –Por Procesos.

De acuerdo a la tabla 8, el riesgo No. 2 “Pérdida de la información de las series documentales conservadas físicamente”, presenta un indicador que no nos permite inferir si el control establecido y las acciones implementadas han sido efectivas y el riesgo se tiene controlado. Además, el riesgo No. 9 “No cumplimiento de los lineamientos del Proyecto Educativo Institucional”, presenta una medición baja (50%) para el cumplimiento que debería tener a la fecha de corte (30/08/2019); lo anterior, nos indica que los controles implementados no han sido efectivos, 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.

<b>OBS 4: Determinación de metas de indicadores y su medición</b>
Se evidencia aún deficiencias en la formulación, medición e información que soporta la evaluación de los siguientes indicadores de riesgos 2 y 9 (Ver observación particular en la Tabla 8) por lo cual se pueden tener dificultades en el monitoreo de estos riesgos y sus controles, así como el establecimiento de nuevos controles o implementar nuevas acciones.
<b>Riesgo relacionado:</b> Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos
<b>Controles relacionados:</b> 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.
<b>Prioridad del hallazgo:</b> Medio 
<b>Comentarios del auditado:</b>

<b>OBS 5: Materialización de riesgos</b>
Se evidencia la materialización de riesgos según la medición e información que soporta la evaluación de los indicadores de los riesgos Nos. 2 y 9 (Ver observación particular en la Tabla 8) por lo cual se pueden tener dificultades en el monitoreo de estos riesgos y sus controles, así como el establecimiento de nuevos controles o implementar nuevas acciones.
<b>Riesgo relacionado:</b> Fallas en los controles que mitigan o previenen la materialización de los riesgos
<b>Controles relacionados:</b> 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.
<b>Prioridad del hallazgo:</b> Alto 
<b>Comentarios del auditado:</b>

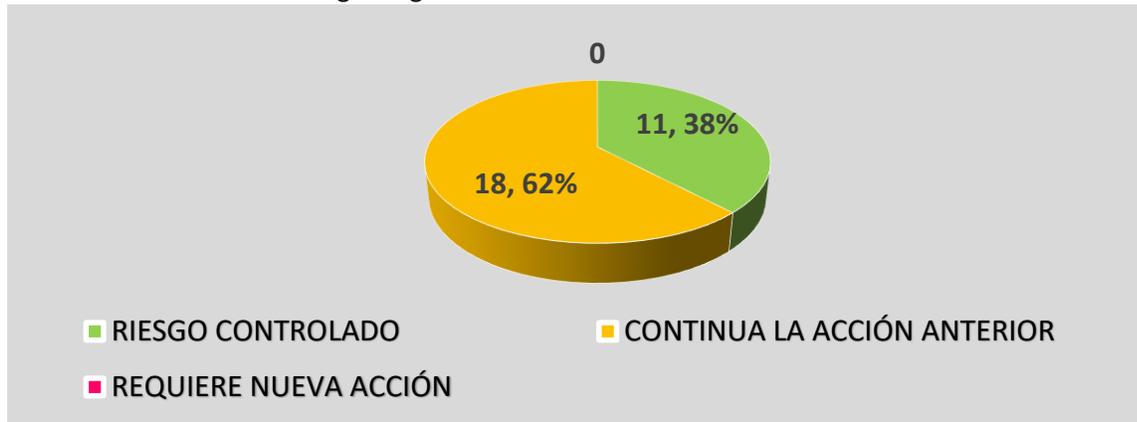
De otra parte de acuerdo a las auditorías de Control Interno y a otras fuentes de información como las auditorías de Contraloría General de la República, Auditorías a los sistemas de información y demás evaluaciones, se puede concluir que la Universidad no identifica riesgos relacionados con:

- Nómina
- Manejo de los bienes muebles
- Riesgos de tipo contable
- Riesgos financieros

- Riesgos de seguridad digital
- Riesgos frente a la atención al usuario
- Riesgos frente a los proveedores
- Riesgos frente alteraciones del orden público
- Entre otros.

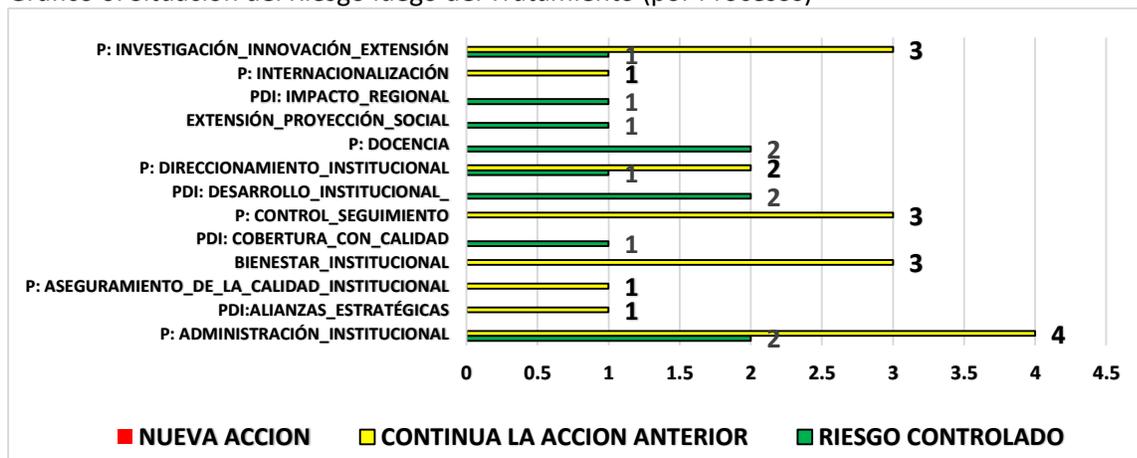
e. **Situación del Riesgo luego del Tratamiento (Gráficos 5 y 6):** Es el resultado final que nos presenta la metodología de administración del riesgo, después de haber aplicado los controles existentes, es decir, luego de realizar el tratamiento al riesgo y evaluar su indicador y después de haber tomado algunas medidas (evitar, reducir, compartir, transferir o asumir); las cuales nos definen si la acción a implementar debe ser: una Nueva Acción, Continuar con la Existente o si el Riesgo ha sido Controlado.

Gráfico 5. Situación del Riesgo luego del Tratamiento



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

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



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2019

\*P: Proceso – PDI: objetivo Plan Desarrollo Institucional

Se observa en las gráficas No. 5 y 6, que de los Riesgos Institucionales, el 38% (11) de los Riesgos están Controlados, el 62% (18) Continúan con la Misma Acción y no se tienen riesgos que tengan que implementar Nuevas Acciones. Lo anterior, nos indica que las acciones implementadas han sido efectivas, por ello los riesgos están controlados y las que continúan con la misma acción es porque no las han terminado de implementar, por consiguiente, aún no han medido su efectividad. Se debe de continuar con el monitoreo de los controles y el seguimiento de las acciones propuestas.

## 6. Recomendaciones

### **OBSERVACIÓN 1: Coordinación del Grupo de Gestión de Riesgos por parte de Control Interno**

- Evaluar la coordinación del Grupo de Gestión de Riesgos por una de las dependencias que hacen parte, pero no tienen el rol de la Oficina de Control Interno de evaluación independiente de riesgos.

### **OBSERVACIÓN 2: Falta de implementación de aplicativo de riesgos**

- Continuar con las pruebas al aplicativo, que permita su implementación en la vigencia 2020.

### **OBSERVACIÓN 3: Seguimientos periódicos a las actividades de control**

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

### **OBSERVACIÓN 4: Determinación de metas de indicadores y su medición**

- Definir indicadores que permitan el monitoreo de riesgos, en lo posible emplear los indicadores que ya se tienen definidos por el proceso o en el Plan de Desarrollo Institucional.
- Definir líneas bases para la medición de las metas de los indicadores, teniendo en cuenta datos históricos que permitan definir rangos de tolerancia frente a la posible materialización del riesgo.
- Realizar medición y análisis coherente con el indicador formulado, con el fin de evitar mal interpretaciones sobre su evaluación.
- Documentar la medición de los indicadores a través de evidencias objetivas que soporte la evaluación y análisis del indicador.
- Se recomienda que después de la evaluación de los controles y el análisis del indicador se defina la situación del riesgo, con el fin de establecer los ajustes que requieran los mapas de riesgos y las mejoras que se deben implementar para prevenir la materialización del riesgo o mitigar su impacto.

### **OBSERVACIÓN 5: Materialización de riesgos**

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

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

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

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

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

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

## RECOMENDACIONES GENERALES

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

## 7. Plan de Mejora

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**

Jefe de Oficina de Control Interno

Elaboró: Enio Aguirre Torres  
Profesional de Control Interno  
Diciembre de 2019