

# Control Interno

**Distribuido a:**

Luis Fernando Gaviria Trujillo, Rector  
Fernando Noreña Jaramillo, Vicerrector  
Administrativo y Financiero.  
Francisco Uribe Gómez, Jefe Planeación

**Copias**

Grupo de Gestión de Riesgos

**Emitido por:**

Sandra Yamile Calvo Cataño – Jefe Oficina de  
Control Interno

**Elaborado por:**

Enio Aguirre Torres, Profesionales 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 2018

**INFORME NO. AI 1115 – 21 –2018****Fecha del informe:**

13 de diciembre de 2018

## 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.
- Existe un 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 podamos desarrollar todas las etapas de la metodología de gestión de riesgos en la Universidad.
- No se ha consolidado una cultura de seguimiento al mapa de riesgos.
- No todos los responsables de procesos y de objetivos institucionales han definido riesgos de corrupción.
- Falta de conocimiento del manejo de los formatos de la metodología de gestión 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.

### 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 Laboratorios) y del PDI.
- Evaluar el proceso de actualización de los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Laboratorios) y del PDI, para la vigencia 2019.
- Realizar la evaluación de riesgos del mapa de riesgos institucional 2018, 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 2018.

### 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

## 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 y del PDI), para determinar el grado de avance y valoración de los Riesgos de la Universidad Tecnológica de Pereira de la vigencia 2018.

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 16 reuniones en las cuales se analizaron:

1. Se aprueba el plan de acción para la vigencia 2018.
2. Se realiza capacitación a los responsables de los riesgos de los procesos y del PDI, donde se socializa la metodología de riesgos (15/02/2018 a la cual asistieron 15 personas).
3. Se realiza la priorización de los riesgos institucionales de los mapas de riesgos de los objetivos del PDI (acta No. 09, junio 27 de 2018).
4. 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 2019.
5. Solicitud de seguimiento a las diferentes responsables de los procesos (dependencias, facultades y laboratorios) y de los objetivos del PDI, el primer seguimiento a los mapas de riesgos; para entregar inicialmente el 11 de mayo de 2018. Esto se comunicó mediante Tips enviados por el Sistema Integral de Gestión el día 27 de abril de 2018; pero luego se prorrogó la fecha a varias dependencias, mediante memorandos (232 al 236) de Control Interno hasta el 08/06/2018.
6. Aprobación del cambio al formato de riesgos
7. Realización de (2) dos talleres de capacitación (17/10/2018 y 24/10/2018); donde se socializa el nuevo formato de riesgos, versión 4, a los responsables de los riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Laboratorios) y del PDI. Además, de asesorarlos en el segundo seguimiento y actualización de sus mapas

de riesgos. A estas capacitaciones asistieron un total de 67 personas, en representación de 21 Dependencias, 5 Facultades, 2 Laboratorios y 5 Objetivos del PDI.

8. Solicitud de segundo seguimiento para el día 14/11/2018; luego mediante tips del Sistema Integral de Gestión se prorrogó hasta el 19/11/2018.

<b>OBSERVACIÓN 1: Coordinación del Grupo de Gestión de Riesgos por parte de Control Interno</b>	
La Coordinación del Grupo de Gestión de Riesgos se ejerce por parte de Control Interno, lo que afecta la independencia del proceso de evaluación en esta materia.	
<b>Riesgo relacionado:</b> Incumplimiento de las Normas (Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017).	
<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.	
<b>Prioridad del hallazgo:</b> Alto	
<b>Comentarios del auditado:</b>	

<b>OBSERVACIÓN 2: Falta de implementación de aplicativo de riesgos</b>	
Se evidencia que que en la vigencia 2018 se realizaron pruebas al aplicativo de gestión de riesgos por parte de los miembros del Grupo de Gestión de Riesgos, sin embargo el aplicativo no pudo ser implementado, dado que el Equipo no consideró oportuno su puesta en funcionamiento debido a los errores que se presentaron en las funcionalidades del mismo.	
<b>Riesgo relacionado:</b> Incumplimiento de las Normas (Ley 1474 de 2014, Ley 1712 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017).	
<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.	
<b>Prioridad del hallazgo:</b> Medio	
<b>Comentarios del auditado:</b>	

## 5.2 Proceso de Gestión de Riesgos realizado en la Universidad en la vigencia 2018

Se realizaron dos seguimientos a los mapas de riesgos de los procesos

- a. Primer seguimiento a los Mapas de Riesgo de los procesos y del PDI, el cual se realiza con corte a 31 de mayo de 2018, se recibieron los mapas de riesgo de 19 dependencias, 2 Facultades, 2 Laboratorios y un Objetivo 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 Gestión Financiera Centro de Recursos Informáticos y Educativos	19



Mapa de riesgos	Responsable	Total
	Gestión de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información Oficina de Control Interno Disciplinario Relaciones Internacionales Secretaría General Control Interno Univirtual Jurídica Oficina de Planeación Vicerrectoría Académica Gestión de Talento Humano Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión Sistema Integral de Gestión Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Gestión de Documentos	
<b>Procesos (Facultades)</b>	Facultad de Ciencias Ambientales Facultad de Ingeniería Mecánica	2
<b>Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)</b>	Organismo Certificador del Sistema de Gestión QLCT Laboratorio de Genética Médica	
<b>PDI</b>	Internacionalización	1

Fuente: Control Interno

Control Interno consolida el primer seguimiento al mapa de riesgos institucional, con corte a 31 de mayo de 2018; el cual se puede ver en el link <https://www.utp.edu.co/meci/plan-de-manejo-de-riesgos.html>, de la página la Universidad.

Respecto al primer seguimiento Control Interno encontró las siguientes observaciones:

- ✓ No se determinan los factores del riesgo (Internos – Externos).
- ✓ Falta establecer claramente el causa - riesgo – consecuencia.
- ✓ No se diligencian las causas por cada factor de riesgo.
- ✓ No se determinar las consecuencias asociadas a la materialización del riesgo.
- ✓ Se formulan Indicadores de cumplimiento de la acción, pero no de monitoreo de los riesgos.
- ✓ No se diligencia un indicador por cada riesgo.
- ✓ Faltan las acciones de mejoras al proceso, que crean nuevos o mejoran controles existentes.

- ✓ No se tiene en cuenta que cuando el tratamiento es “Asumir” no se requiere diligenciar acciones, pues se monitorea el riesgo.
- ✓ No se diligencia el plan de contingencia cuando el Nivel de riesgo es “GRAVE”.

b. Segundo seguimiento a los Mapas de Riesgo de los procesos y del PDI, se realizó con corte a 31 de octubre, se recibieron los mapas de riesgo de 21 dependencias, 5 Facultades, 6 Laboratorios y 7 Objetivos del PDI.

**Tabla 5.** Mapa de riesgos con segundo seguimiento

Mapa de riesgos	Responsable	Total
<b>Procesos (Dependencias)</b>	Admisiones, Registro y Control Académico Biblioteca Gestión Financiera Gestión de Tecnologías de la Información y Sistemas de Información Oficina de Control Interno Disciplinario Relaciones Internacionales Secretaría General Control Interno Jurídica Oficina de Planeación Vicerrectoría Académica Gestión de Talento Humano Vicerrectoría de Investigaciones, Innovación y Extensión Sistema Integral de Gestión Vicerrectoría Administrativa y Financiera Comunicaciones Gestión de Documentos Recursos Informáticos y Educativos Univirtual Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario Gestión de Servicios Institucionales	21
<b>Procesos (Facultades)</b>	i. Facultad de Ciencias Ambientales ii. Facultad de Ingeniería Mecánica iii. Facultad de Tecnologías iv. Facultad de Ciencias Empresariales v. Facultad de Ciencias Básicas	5
<b>Procesos (Organismos certificadores)</b>	Organismo Certificador del Sistema de Gestión QLCT Laboratorio de Genética Médica Laboratorio de Ensayos No destructivos y Destructivos Laboratorio de Ensayos para Equipos Acondicionadores de Aire	6

Mapa de riesgos	Responsable	Total
<b>de la conformidad)</b>	Laboratorio de Metrología de Variables Eléctricas Laboratorio de Aguas y Alimentos Laboratorio de Metrología Dimensional	
<b>PDI</b>	Alianzas Estratégicas Cobertura con Calidad Investigación, Innovación y Extensión Internalización Bienestar Institucional Impacto Regional Desarrollo Institucional	7

Fuente: Control Interno

Respecto al segundo seguimiento Control Interno encontró las siguientes observaciones:

- ✓ Se evidencian falencias frente al manejo del Formato Versión 4 respecto al seguimiento.
- ✓ Hay dependencias que enviaron el seguimiento en la Versión 3, a pesar que la información para el reporte fue enviada en el formato Versión 4 por el Grupo de Gestión de Riesgos.
- ✓ No se diligencian las dificultades del control.
- ✓ Falta diligenciar el análisis del indicador del riesgo, luego de su medición.
- ✓ Hay un mal manejo de las acciones, no se define cumplimiento y eficacia.
- ✓ No se determina la situación del riesgo luego del seguimiento

- c. Actualización de los mapas de riesgos de los procesos (Dependencias, Facultades y Laboratorios) y del PDI, para la vigencia 2019.

El proceso de actualización se surtió desde el 18 de noviembre al 7 de diciembre del año en curso, hasta la fecha límite se recibieron: 17 de Dependencias, 7 de Objetivos del PDI, 4 de Facultades y 6 Laboratorios.

**Tabla 5.** Mapa de riesgos actualizados para la vigencia 2019

Mapa de riesgos	Responsable	Total
<b>Procesos (Dependencias)</b>	1. Gestión Financiera 2. Vicerrectoría Académica 3. Vicerrectoría Investigaciones, Innovación y Extensión continuará con el actual mapa de riesgos para la vigencia 2019 4. Univirtual 5. Jurídica	17

Mapa de riesgos	Responsable	Total
	6. Admisiones, Registro y Control Académico 7. Oficina de Control Interno Disciplinario 8. Planeación 9. Relaciones internacionales 10. Sistema Integral de Gestión 11. Control Interno 12. Secretaría General Continuará con el actual mapa de riesgos para la vigencia 2019 13. Centro de Recursos Informáticos y Educativos Continuará con el actual mapa de riesgos para la vigencia 2019. 14. Gestión de Documentos 15. Gestión de Tecnologías de la Información y Sistemas de Información 16. Vicerrectoría Administrativa y Financiera 17. Gestión de Servicios Institucionales	
<b>Procesos (Facultades)</b>	1. Facultad de Ingeniería Mecánica 2. Facultad de Ciencias Empresariales 3. Facultad de Ciencias Básicas 4. Facultad de Bellas Artes y Humanidades	4
<b>Procesos (Organismos certificadores de la conformidad)</b>	1. Laboratorio de Genética Médica 2. Laboratorio de Ensayos No destructivos y Destructivos 3. Laboratorio de Ensayos para Equipos Acondicionadores de Aire 4. Laboratorio de Metrología de Variables Eléctricas 5. Laboratorio de Aguas y Alimentos 6. Laboratorio de Metrología Dimensional	6
<b>PDI</b>	1. Cobertura con Calidad 2. Alianzas Estratégicas 3. Internalización 4. Investigación, Innovación y Extensión 5. Bienestar Institucional 6. Desarrollo Institucional 7. Alianzas Estratégicas	7

Fuente: Control Interno

Respecto a la actualización de los mapas de riesgos para la vigencia 2019, se presentaron las siguientes observaciones, por parte de Control Interno:

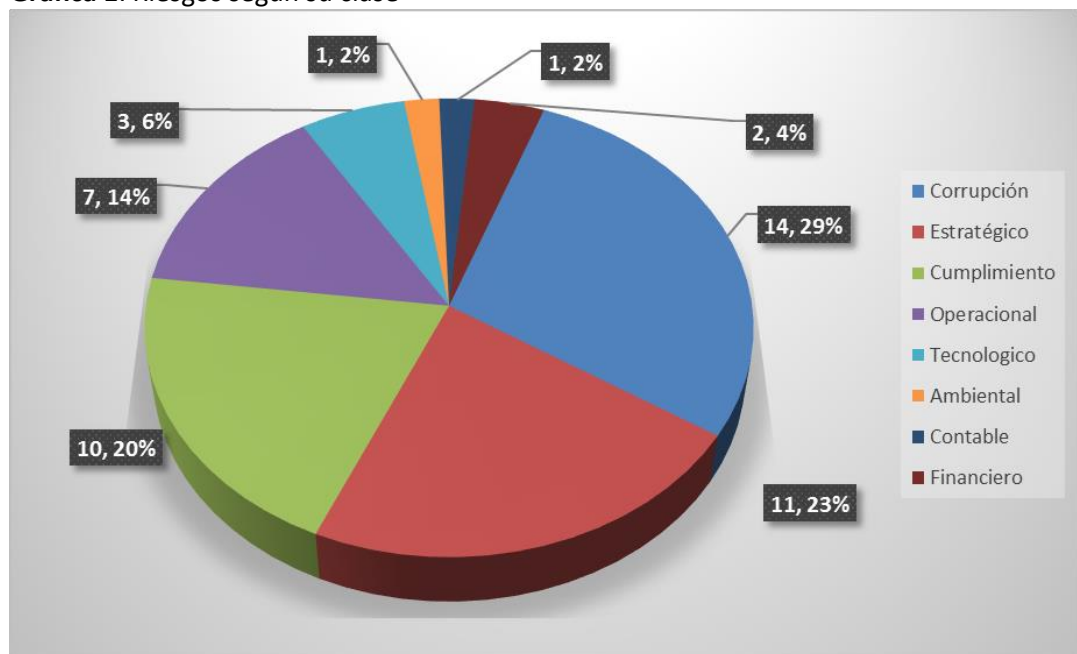
- ✓ Se evidencia falencias en la aplicación de la metodología y en el manejo del Formato Versión 4 de la metodología de Riesgos respecto a la formulación de los riesgos

- ✓ No se diligencia la meta del indicador para algunos de los riesgos.
- ✓ No se define fecha de finalización para las acciones preventivas requeridas en el tratamiento de los riesgos.
- ✓ Algunas dependencias no envían la actualización del mapa de riesgos en el formato V4 de la metodología de riesgos.
- ✓ No se han propuesto riesgos en el proceso egresados

### 5.3 Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional

- a. **Riesgos según su Clase:** Respecto a los riesgos identificados en los diferentes procesos de la Universidad, se priorizaron para el Mapa de Riesgos Institucional 49 riesgos de los procesos, 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.

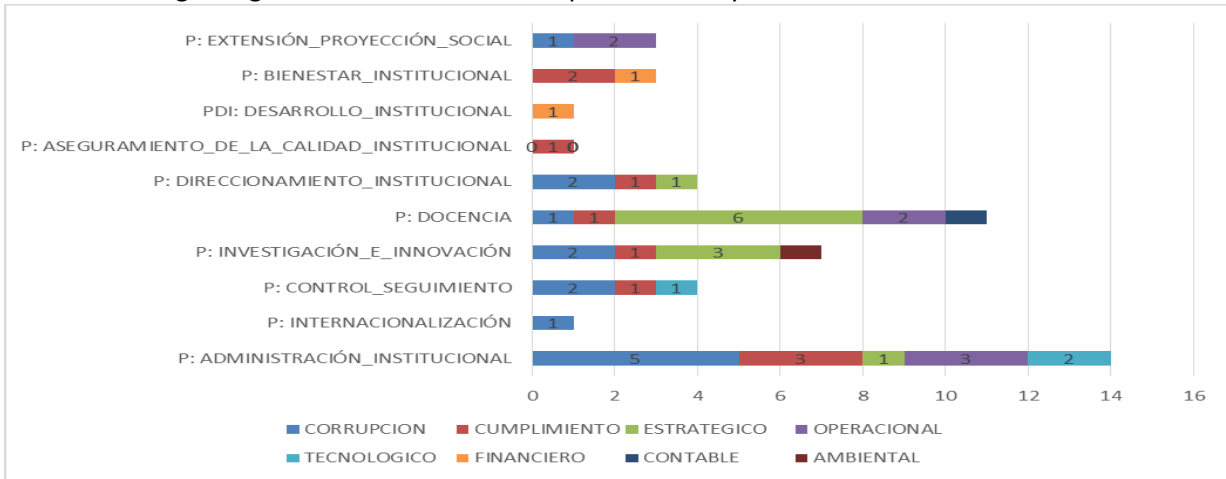
**Grafica 1.** Riesgos según su clase



Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2018

De acuerdo a la gráfica 1, los riesgos del mapa institucional se distribuyen en: 14 (28,6%) son de Corrupción, 11 (22,4%) Estratégicos, 10 (20,4%) de Cumplimiento, 8 (16,3%) son Operacionales, 3 (6,1%) Tecnológicos y con un riesgo (2,0%) Ambientales, Contables y Financieros.

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

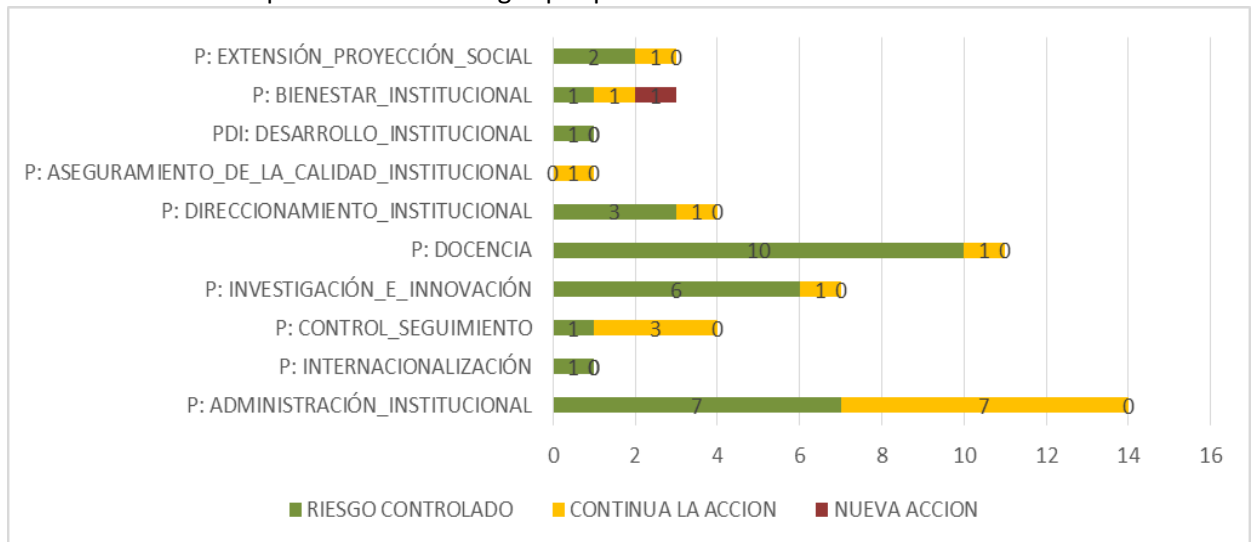


Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2018

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

- b. Nivel de Exposición al Riesgo:** De acuerdo al mapa de riesgos institucional el 65% (32) de los riesgos, tienen un nivel de exposición al riesgo Moderado, el 27% (13) 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 8% (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.

**Gráfico 3. Nivel de Exposición de los Riesgos por procesos**



Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2018

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

**Grafico 4 . Matriz de Riesgo Residual**

PRIORIZACIÓN INICIAL		25					
		20					
		16					
		15	R2				
		12					R3
		10	R1		R12		
		9	R13				R32
		8		R30			
		6	R10	R24	R28, R29		
		5	R4, R6, R7, R11, R14, R15, R23, R25, R26, R33, R49	R8, R17	R20, R27, R44	R9	
		4	R34, R35	R16, R38		R22, R43	
		3	R5, R18, R19, R31, R42, R46, R47	R39	R21		
		2	R40, R41, R45, R48				
		1	R36, R37				
		1	2	3	4	5	
		VALORACIÓN DEL CONTROL					

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2018

Las Unidades Organizacionales o Dependencias que han identificado riesgos de nivel GRAVE son Jurídica, Gestión de Servicios Institucionales, la Vicerrectoría de Investigación, Innovación y Extensión y la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario (Ver Tabla 6)


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

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO
JURIDICA	3. Pérdida de documentación contractual.
SERVICIOS INSTITUCIONALES	9. Suspensión de fluido eléctrico en el campus universitario

VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES, INNOVACIÓN Y EXTENSIÓN	12. Deficiencia interna en la financiación para proyectos de investigación
VICERRECTORIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO	32. No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2018

- c. **Evaluación a los controles existentes:** Se evidencia en los comentarios realizados por los responsables de los 49 riesgos institucionales, que solo registraron información sobre los controles 32 responsables de riesgos y en 18 de estos presentaron dificultades en la aplicación del control, 16 no diligenciaron la casilla de dificultades de aplicación del control, por lo cual se asume que la aplicación de estos fue efectiva para prevenir o mitigar el riesgo.

<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 4 se muestran los indicadores de los riesgos del Mapa Institucional, con su respectiva medición a 30 de noviembre de 2018, con el análisis dado por los responsables de los riesgos y el concepto de Control Interno .



**Tabla 7.** Indicadores de los riesgos del Mapa Institucional

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	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	JURIDICA	Sentencias Desfavorables	Procesos judiciales atendidos oportunamente/ Total procesos judiciales en trámite META: 100%	100.00%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
3	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	JURIDICA	Pérdida de documentación contractual.	No. de contratos que tuvieron perdida de documentación/ Total de contratos	0.00%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
4	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	JURIDICA	Insuficiencia del presupuesto oficial del proceso contractual	Reducir la capacidad de ocurrencia del evento, optando con medidas que permitan controlar los contratos al momento de su perfeccionamiento y legalización.-	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
5	INTERNACIONALIZACIÓN	RELACIONES INTERNACIONALES	Favorecer la postulación a una beca de movilidad académica internacional a un estudiante que no cumpla con los requisitos establecidos en la convocatoria UTP.	No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad Académica sin cumplimiento de Requisitos / No. Estudiantes Postulados a Becas de Movilidad	0.00%	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
6	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DEDOCUMENTOS	Pérdida de la información de las series documentales conservadas físicamente	Metros lineales de archivos histórico y central conservados únicamente en soporte papel	630	OBS: El indicador no permite establecer si los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
7	CONTROL_SEGUIMIENTO	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Violación de la reserva exigida	Comentarios externo	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
8	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	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.
9	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	Suspensión de fluido eléctrico en el campus universitario	Número de cortes de energía / mes  Duración de cortes de energía en horas / mes	3	A pesar de que el riesgo se ha materializado, se encuentra dentro del rango de aceptación previsto, ya que los controles implementados han sido efectivos

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
10	ADMINISTRACIÓN_I NSTITUCIONAL	GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	Pérdida de recursos en el manejo de la Caja Menor de Mantenimiento Institucional	No. de casos de corrupción en Caja Menor / Año	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
11	ADMINISTRACIÓN_I NSTITUCIONAL	GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	Suspensión prolongada del suministro de agua en el campus universitario	No. De veces que se presenta corte del suministro de agua por periodo mayor a 24 horas.	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
12	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	40	El riesgo ha sido controlado en esta vigencia.
13	INVESTIGACIÓN_E_ INNOVACIÓN	VICERRECTORÍA INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN EXTENSIÓN	Acceso a recursos genéticos o colectas de especímenes vivos sin los permisos correspondientes, o no depositar material colectado en las colecciones biológicas registradas	No. De proyectos amparados por permisos de investigación semestralmente	5	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado. Adicional se firmó el contrato marco que cubre todos los procesos investigativos de la institución.

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
14	INVESTIGACIÓN_E_INNOVACIÓN	VICERRECTORÍA INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN EXTENSIÓN	Incumplimiento en las normas ambientales que rigen a la Universidad frente a la gestión de aspectos ambientales que requieren gestión (residuos sólidos, aguas residuales, aguas potables, patrimonio arqueológico, protección de la biodiversidad, licencias y permisos ambientales)	No registra Indicador	0	OBS: No se registra el avance o cumplimiento del Indicador
15	DOCENCIA	ADMISIONES REGISTRO CONTROL ACADÉMICO	Historias académicas físicas y digitalizadas incompletas	No. De historias académicas pérdidas en el semestre	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
16	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	RECURSOS INFORMÁTICOS EDUCATIVOS	Imposibilidad para acceder a los sistemas de información que estén alojados en los servidores del campus universitario	Número de horas al mes sin fallas de conectividad a Internet del canal principal/Número de horas del mes	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
17	CONTROL_SEGUIMIENTO	RECURSOS INFORMÁTICOS EDUCATIVOS	Intrusión a equipos y servicios de red	Total de intrusiones detectadas/Total de intentos de intrusión cada semestre	0	OBS: Aunque el indicador muestra que el riesgo no se ha materializado, se debe seguir con el monitoreo permanente 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.

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
18	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.
19	DOCENCIA	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	Asignación de puntos salario y bonificación sin cumplimiento de requisitos	# de Puntos Asignados incorrectos / Total de Puntos Asignados	0.00	De acuerdo a la medición del indicador, se evidencia que los controles aplicados han sido efectivos y han evitado que el riesgo se materialice.
20	DIRECCIONAMIENT O_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA ACADÉMICA	No cumplimiento de los lineamientos del Proyecto Educativo Institucional	# de programas académicos sin realizar procesos de renovación curricular/programas académicos acompañados	12.66%	OBS: Según comentario registrado por el responsable del riesgo, no se puede establecer con la medición del indicador el comportamiento del riesgo, pues se debe esperar su comportamiento histórico. "Es un nuevo indicador, el cual depende de la aprobación del documento borrador con las orientaciones para la renovación curricular, para iniciar el diagnóstico y los planes de renovación curricular con todos los programas por facultades. Por lo anterior, el dato de la medición del indicador, aunque es alto, debemos esperar a la próxima vigencia para su análisis"
21	DIRECCIONAMIENT O_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Incumplimiento de las metas planteados en el PDI	Nivel cumplimiento del PDI en sus tres nivel	98.30%	Se tiene un indicador con un buen cumplimiento, ya que los controles aplicados han sido efectivos y han minimizado que el riesgo se tipifique.

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
22	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, proyectos de operación comercial)	Proyectos ejecutados inadecuadamente /Total proyectos ejecutados	0.00%	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
23	ASEGURAMIENTO_DE_LA_CALIDAD_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	No renovación de la Acreditación Institucional	Universidad Tecnológica de Pereira acreditada de alta calidad por el MEN	100.00%	Actualmente la Universidad se encuentra acreditada, y el plan de mejoramiento tiene un avance del 82,78% con corte a 30 de septiembre de 2018. Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
24	DIRECCIONAMIENTO_INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	Ejecución presupuestal no alineada a las metas planteadas en los proyectos del Plan de Desarrollo Institucional	Porcentaje de ejecución presupuestal alineado al Plan Desarrollo Institucional	81.10%	OBS: Dado el reporte de este indicador, se solicitó nuevamente la medición del mismo a Planeación, el cual reporta como ejecución (% de recursos comprometidos) 81.10% a 30 de noviembre de 2018
25	DESARROLLO_INSTITUCIONAL	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	Desfinanciación del presupuesto de gastos de cada vigencia de la Universidad por su estructura de Financiación Ley 30 y por la expedición de normas de entes internos y externos.	% de cubrimiento del presupuesto con recursos de la Nación para gasto de funcionamiento	55.10%	El indicador presenta un cumplimiento del 84.77%, ya que la meta para el 2018 está en el 65%. Los controles que se tienen han sido efectivos, ya que el riesgo está siendo controlado
26	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.

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
27	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Software con errores de funcionamiento	1. Nro de Bugs graves reportados por aplicación en un semestre. 2. No. de Bugs graves solucionados por aplicación en un semestre/ # total de bugs graves reportados.	9	OBS:Este riesgo se ha materializado y los responsables reportan que se tuvo dificultades en algunas aplicaciones, pero que fueron corregidas. Han implementado una acción, la cual se ha cumplido parcialmente, porque se tiene establecida la metodología de pruebas, pero falta comenzar con su ejecución. Por lo anterior, se debe de terminar la implementación con el fin de que no se materialice el riesgo y los controles se vuelvan efectivos.
28	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE 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	93.77%	Se tiene un nivel aceptable de cumplimiento del indicador, por lo tanto los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
29	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Colaboradores sin las afiliaciones al sistema de seguridad social integral	Número de personas afiliadas/Numero de personal vinculado	96.90%	OBS: Este indicador, para evitar demandas, debe de tener un cumplimiento del 100% y se registró un cumplimiento del indicador del 93.77%, lo que se puede inferir que hubo personas no afiliadas al sistema de seguridad social por parte de la Universidad. Lo anterior, determina que el riesgo se materializó, porque los controles implementados no fueron efectivos, los cuales deben de reevaluarse e implementar nuevos controles.
30	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	0.16%	OBS: Se materializó el riesgo porque una de 643 PQRS registradas en el aplicativo (con corte a l 10/10/2018), 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.
31	EXTENSIÓN_PROYECCIÓN_SOCIAL	VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	Proyectos formulados que otorguen favoritismos y beneficios adicionales a los funcionarios.	N° de casos presentados durante la Vigencia	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.



No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
32	BIENESTAR_INSTITUCIONAL	VICERRECTORÍA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL BIENESTAR UNIVERSITARIO	No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP	Nivel de cumplimiento de estándares para la habilitación del servicio de salud	35.70%	OBS: El nivel de cumplimiento de este indicador es bajo, por lo que se deben de implementar las acciones pertinentes para lograr un cumplimiento del 100%, es decir, cumplir con todos los estándares. Se recomienda revisar el indicador y los controles referentes a este riesgo.
33	DOCENCIA	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	No renovación del registro calificado de un programa académico	Número de programas que no renuevan su registro calificado	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
34	DOCENCIA	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Incremento de la deserción estudiantil	Índice de deserción	0	Se tiene un índice de deserción de la facultad del 7,2% en el 2017-I, el cual está por debajo de los demás programas de la UTP, e incluso por debajo del índice de deserción de la misma Universidad. Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
35	DOCENCIA	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Desactualización de los currículos de los programas académicos	# de ajustes al currículo de los programas académicos	0	Los controles aplicados han sido efectivos y el riesgo se tiene controlado.
36	DOCENCIA	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Deserción de estudiantes en primeros semestres por el semestre de créditos reducidos	# de estudiantes de créditos reducidos / # de estudiantes matriculados	0.00%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
37	DOCENCIA	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Accidentalidad durante las salidas académicas	(# de accidentes / # salidas académicas)*100%	0.00%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
38	INVESTIGACIÓN_E_INNOVACIÓN	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Descenso de los Grupos de investigación vinculados a la Facultad en el escalafón de Colciencias	# de grupos categorizados en Colciencias en las últimas mediciones	0	OBS: El responsable del riesgo nos dice que "Los grupos de investigación, en la última medición de Colciencias, lo grupos estas categorizados en A1, A y B", pero nos registra un indicador en cero, por lo cual no se puede monitorear el riesgo
39	INVESTIGACIÓN_E_INNOVACIÓN	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Violación a los derechos de autor	# de quejas recibidas relacionadas con la violación de derechos de autor	0	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
40	EXTENSIÓN_PROYECCIÓN_SOCIAL	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Disminución de las actividades de extensión que la Facultad realiza	# de proyectos de extensión generados y sistematizados	0	OBS: El responsable del riesgo nos dice que "las actividades de extensión se mantienen en su dinámica", pero nos registra un indicador en cero, por lo cual no se puede monitorear el riesgo
41	ADMINISTRACIÓN_INSTITUCIONAL	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Baja calidad de la labor docente por Falta de formación pedagógica	# de docentes evaluados con calificación inferior a	0	OBS: A pesar de que los controles se están aplicando y se tiene el riesgo controlado; se requiere que se defina en el indicador el margen de calificación de los docentes, con el fin de tener un parámetro de comparación y con ello evaluar los controles y las acciones del riesgo

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
42	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	FACULTAD CIENCIAS AMBIENTALES	Incumplimiento con el plan de trabajo docente	Porcentaje de cumplimiento de los planes de trabajo de los docentes	0	OBS: El responsable del riesgo nos dice que "Los planes docentes son analizados en Comités Curriculares y Consejo de Facultad con el fin de ser ajustados y aprobados ", pero no registra un indicador en cero, por lo cual no se puede monitorear el riesgo
43	BIENESTAR INSTITUCIONAL	FACULTAD CIENCIAS AGRARIAS AGROINDUSTRIA	DESERCIÓN ACADEMICA	No de Estudiantes Matriculados al Inicio del Semestre/ No de Estudiantes Matriculados al Finalizar el Semestre	No se reportó el dato por la Facultad	OBS: No se registra el avance o cumplimiento del Indicador
44	DOCENCIA	FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES	No renovación del registro calificado de un programa académico Pérdida del registro calificado de uno de los programas que hacen parte de la facultad	No. de veces que no se ha renovado el registro Calificado de alguno de los programas de la Facultad	0.00%	El riesgo no se ha materializado, por lo cual se puede concluir que los controles son efectivos
45	DOCENCIA	FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES	Incremento de la deserción estudiantil	Índice de Deserción estudiantes de Ingeniería Industrial	10.27%	El Indicador nos arroja un cumplimiento del 10.27% en el nivel de deserción, que comparado con la vigencia anterior (10.36%), vemos que se encuentra levemente por debajo; por lo que podemos inferir que los controles que se tienen han sido efectivos, ya que el riesgo está siendo controlado

No.	PROCESO	UNIDAD ORGANIZACIONAL/ AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO	NOMBRE	MEDICIÓN	CONCEPTO DE CONTROL INTERNO SOBRE CONTROLES SEGÚN RESULTADO DE INDICADOR
46	INVESTIGACIÓN_E_INNOVACIÓN	FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES	Descenso de los Grupos de investigación vinculados a la Facultad en el escalafón de Colciencias	Número de Grupos de investigación vinculados a la Facultad que descienden en el escalafón de Colciencias	No se reportó el dato por la Facultad	OBS: No se registra el avance o cumplimiento del Indicador
47	INVESTIGACIÓN_E_INNOVACIÓN	FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES	Violación a los derechos de autor	Número de quejas recibidas relacionadas con la violación de los derechos de autor	No se reportó el dato por la Facultad	OBS: No se registra el avance o cumplimiento del Indicador
48	EXTENSIÓN_PROYECCIÓN_SOCIAL	FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES	Disminución de las actividades de extensión que la Facultad realiza Poca actividad de extensión de la facultad	Número de actividades de extensión realizadas en la vigencia	No se reportó el dato por la Facultad	OBS: No se registra el avance o cumplimiento del Indicador
49	DOCENCIA	FACULTAD INGENIERÍA MECÁNICA	No renovación del registro calificado de un programa académico	Número de programas que no renueven su registro calificado	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.

<b>OBSERVACIÓN 4: Determinación de metas de indicadores y su medición</b>	
Se evidencia deficiencias en la formulación, medición e información que soporta la evaluación de los siguientes indicadores de riesgos 6, 14, 17, 20, 24, 27, 29, 30, 32, 38, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48 (Ver observación particular en la Tabla 7) 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>	Bajo <span style="float: right; color: green;">■</span>
<b>Comentarios del auditado:</b>	

**e. Situación del Riesgo después del Tratamiento**

Es el resultado final que nos presenta la metodología de administración del riesgo, después de haber aplicado los controles existentes, realizar el tratamiento al riesgo y evaluar el indicador, es decir, después de haber tomado algunas medidas (evitar, reducir, compartir, transferir o asumir); definiéndonos si la acción a implementar es: una nueva acción, continuar con la existente o si el riesgo ha sido controlado.

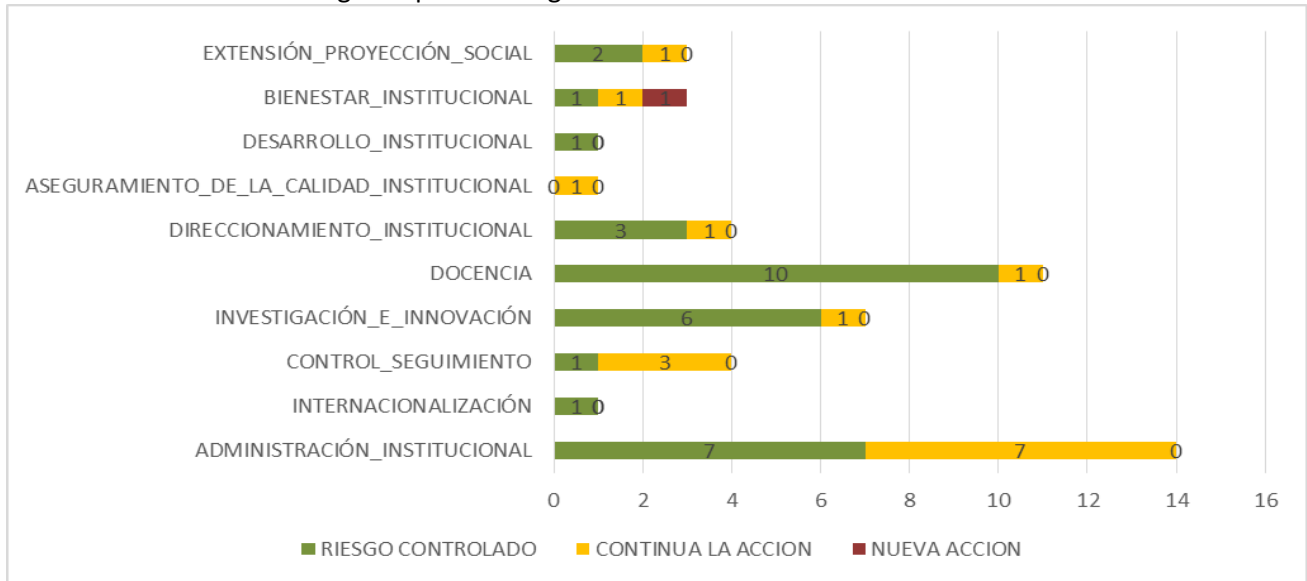
Gráfica 5. Situación del Riesgo después del tratamiento (%)



Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2018

Se observa en la gráfica No. 4, que después de aplicados los controles y con la implementación de las acciones, el 65% (32) de los Riesgos están Controlados, el 33% (16) Continúan con la Acción Anterior; es decir, para estos riesgos se debe de continuar con el monitoreo de los controles y el seguimiento de las acciones propuestas. El 2% (1) requiere de Nuevas Acciones, las cuales deben de conllevar a tener controles que prevengan la materialización del riesgo y a mitigar el impacto.

Gráfico 6. Situación del riesgo después del seguimiento



Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2018

Tabla 7. El riesgo que requiere una nueva acción es:

UNIDAD ORGANIZACIONAL/AREA RESPONSABLE DEL RIESGO	RIESGO
VICERRECTORÍA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL BIENESTAR UNIVERSITARIO	No renovación de habilitación del servicio de salud integral de la UTP

Fuente: Mapa de riesgos Institucional 2018

Se evidencia que uno de los riesgos en el seguimiento propone el tratamiento a través de la formulación de una nueva acción preventivas sin embargo el resto de los riesgos se consideran que están controlados o que debe continuar la misma acción.

## 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 hace parte, pero no tiene el rol de la Oficina de Control Interno de evaluación de riesgos.

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

- Continuar con las pruebas al aplicativo, que permita su implementación en la vigencia 2019.

### **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.

## 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 2018