



OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

INFORME MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN ENERO A MARZO DE 2026

Bogotá D.C., abril de 2026

1. PRESENTACIÓN

En el marco de la Política de Gestión del Riesgo, la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, en cumplimiento de su rol como segunda línea de defensa, adelanta las actividades de seguimiento y aseguramiento relacionadas con la aplicación de la metodología establecida en la Guía para la Administración del Riesgo GUDE-01. En este contexto, se presenta el Informe de Monitoreo de Riesgos de Corrupción correspondiente al periodo comprendido entre enero y marzo de 2026 (primer trimestre de la vigencia 2026).

El informe se construye a partir de la consolidación del monitoreo realizado por la primera línea de defensa, respecto de la autoevaluación de la efectividad de los controles asociados a los riesgos identificados, así como de las evidencias documentales que respaldan la ejecución de dichos controles.

De igual manera, el análisis toma como referencia el mapa de procesos institucional, implementado desde el año 2008 bajo los lineamientos de la Norma ISO 9001, el cual está conformado por 22 procesos clasificados en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación. No obstante, a la fecha, 13 de estos procesos cuentan con riesgos de corrupción identificados y monitoreados conforme a la metodología institucional establecida.

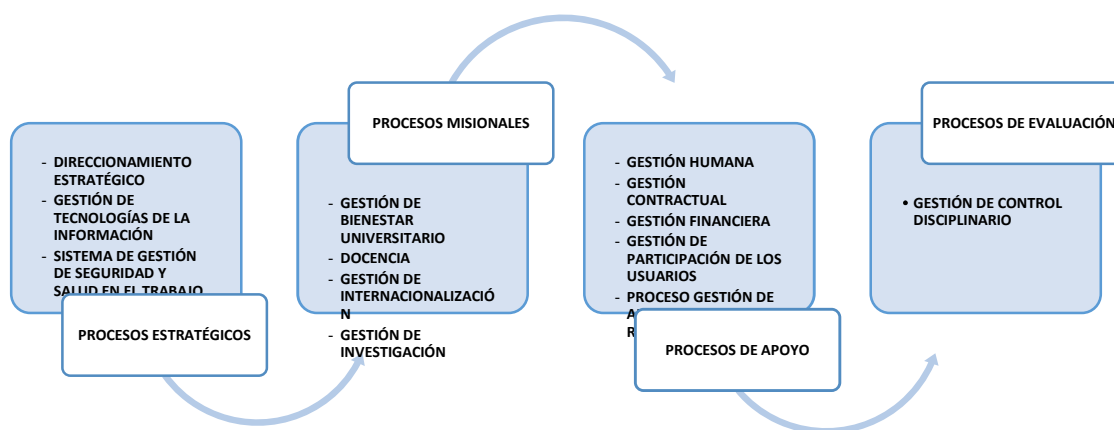


Imagen 1. Relación de Procesos con Riesgos de Corrupción Identificados
Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional

El presente informe tiene como propósito identificar el estado de implementación y efectividad de los controles definidos para mitigar los riesgos de corrupción, así como generar insumos para la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y de la cultura de prevención y transparencia institucional.

Lo anterior, en concordancia con los principios de transparencia, responsabilidad y mejora continua que orientan la gestión institucional.

2. METODOLOGÍA

El 16 de abril de 2026, la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional remitió comunicación mediante correo electrónico a las primeras líneas de defensa responsables de la gestión de los riesgos de corrupción, con el propósito de impartir los lineamientos para la evaluación de la efectividad de los controles asociados a los riesgos vigentes.

Para el desarrollo de este ejercicio, las primeras líneas de defensa diligenciaron una matriz diagnóstica mediante la cual evaluaron la efectividad de los controles implementados en cada uno de sus procesos. La valoración se efectuó con base en los siguientes criterios:

1. Diseño del control
2. Implementación
3. Efectividad
4. Seguimiento y monitoreo
5. Eficiencia y pertinencia
6. Evidencias

Adicionalmente, se solicitó el suministro de evidencias documentales que respaldaran la ejecución de las actividades de control implementadas para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción identificados.

Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 no se realizaron actualizaciones a los mapas de riesgos de corrupción institucionales. No obstante, se recibió una propuesta de ajuste correspondiente al proceso de Control Disciplinario Interno, orientada a modificar la descripción del riesgo identificado, así:

“Posibilidad de afectación reputacional y legal por el favorecimiento a un servidor investigado, a causa del uso del poder para omitir pruebas relevantes o dilatar etapas procesales con el fin de obtener un beneficio para un tercero”.

La propuesta de modificación será analizada conforme al procedimiento institucional establecido para la actualización de los mapas de riesgos.

El ejercicio de monitoreo permitió identificar el estado de implementación de los controles, así como oportunidades de fortalecimiento en la gestión preventiva de los riesgos de corrupción en los diferentes procesos institucionales.

3. MONITOREO POR PARTE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

3.1 Resultado Evaluación Matriz de Efectividad de Controles

El Mapa de Riesgos de Corrupción institucional se encuentra conformado por diecisiete riesgos y treinta controles asociados. Como resultado del ejercicio de monitoreo realizado durante el primer trimestre de 2026, los líderes de los procesos de Direccionamiento Estratégico, Gestión de Bienestar Institucional, Gestión Contractual, Almacén y Gestión de Control Disciplinario manifestaron la necesidad de efectuar ajustes a algunos de los controles establecidos.

Las principales razones expuestas para dichas modificaciones están relacionadas con la incorporación de nuevos enfoques para el tratamiento y control de los riesgos, la actualización de documentos asociados, tales como procedimientos y formatos, y la necesidad de armonizar los controles con la dinámica operativa de los procesos, particularmente en el caso de Gestión de Bienestar Institucional.

A continuación, se presenta el detalle de los procesos cuyos líderes reportaron ajustes en los controles definidos. No obstante, como recomendación general, se considera pertinente que todos los controles sean objeto de revisión y actualización permanente, de conformidad con los puntos de control establecidos en la base documental de cada proceso y en concordancia con los lineamientos metodológicos definidos en la Guía para la Administración del Riesgo.

Lo anterior, teniendo en cuenta que los ejercicios de actualización de los mapas de riesgos pueden permitir la identificación de nuevos riesgos, causas o situaciones emergentes que requieran ser gestionadas de manera oportuna y preventiva.

La actualización periódica de los controles contribuye al fortalecimiento de la gestión preventiva del riesgo, permitiendo que los mecanismos implementados respondan de manera adecuada a los cambios normativos, operativos y organizacionales de la Institución.

En términos generales, se evidenció disposición por parte de los procesos para revisar y fortalecer sus mecanismos de control, en concordancia con los lineamientos institucionales de administración del riesgo y mejora continua.

R1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	JUSTIFICACIÓN
Posibilidad de afectación reputacional por manipulación de datos que tergiversen o modifiquen la información, ocasionando pérdida de credibilidad y confianza debido a estudios viabilidad financiera de nuevos programas académicos y/o extensión elaborados con enfoques sesgados para favorecer o perjudicar a un tercero.	El servidor público o contratista designado de la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, cada vez que se asigne la elaboración de un estudio de viabilidad financiera, debe verificar y analizar la documentación remitida por los programas académicos, con el fin de validar la consistencia y completitud de la información requerida. En caso de identificarse faltantes o inconsistencias en el Formato FODE-11 Matriz de Viabilidad Económica de Programas Académicos, se solicitarán los ajustes o complementos correspondientes al programa académico responsable. Una vez elaborada la propuesta de estudio de viabilidad financiera, esta deberá remitirse con el aval del jefe de la Oficina de	Durante abril de 2026 se actualizó el procedimiento “Estudio de Viabilidad Financiera de Nuevos Programas Académicos y/o Extensión de Programas” versión 6, así como el formato FODE-11 “Matriz de Viabilidad Económica de Programas Académicos” versión 4. En desarrollo de esta revisión se identificó la necesidad de efectuar un análisis integral del riesgo y de los controles asociados, considerando que existen otros factores que podrían incidir en riesgos relacionados con la integridad pública, tales como la asignación de responsables o coordinadores y la conformación de equipos técnicos o académicos. Lo anterior, con el propósito de fortalecer los mecanismos de control y asegurar su articulación

	Planeación y Desarrollo Institucional a la Subdirección Financiera para su revisión y observaciones. En caso de requerirse ajustes, se realizarán las modificaciones correspondientes y se remitirá nuevamente para aprobación y firma. Como evidencias de la ejecución del control se conservan memorandos, correos electrónicos, estudios de viabilidad financiera y demás soportes asociados al trámite.	con la dinámica operativa y metodológica del proceso.
--	---	---

R3 GESTIÓN DE BIENESTAR INSTITUCIONAL		
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	JUSTIFICACIÓN
Posibilidad de afectación reputacional y económica por la asignación de beneficios socioeconómicos a estudiantes, por intereses personales.	El funcionario y/o contratista de la Subdirección de Bienestar Universitario, semestralmente, verifica la disponibilidad y consistencia de la información académica y sociodemográfica de los estudiantes utilizada para el análisis y selección de beneficiarios de los apoyos socioeconómicos institucionales. Para ello, se consulta la información registrada en los sistemas institucionales y se realiza el análisis correspondiente mediante las herramientas definidas por el proceso. Actualmente, el monitoreo y seguimiento de la información se realiza a través del Sistema de Alertas Tempranas Adviser y de los ejercicios de caracterización estudiantil, los cuales permiten identificar condiciones de vulnerabilidad y efectuar un análisis integral para la toma de decisiones. Como evidencia del control se conservan reportes, bases de datos, registros de validación y demás soportes generados durante el proceso de análisis y selección.	Desde la vigencia 2025 se informó que la actividad relacionada con la solicitud de validación al sistema Academusoft no se estaba ejecutando, debido a que dicho aplicativo únicamente suministra la base de datos de estudiantes matriculados y no permite realizar controles de calidad sobre la información utilizada para la asignación de beneficios socioeconómicos. En consecuencia, el seguimiento asociado a esta actividad fue cerrado en el Sistema SIAC. Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso adoptó como herramienta principal el Sistema de Alertas Tempranas Adviser, complementado con la caracterización estudiantil, lo que permite fortalecer la identificación de necesidades y realizar un monitoreo más integral y oportuno de la población beneficiaria. Por esta razón, se considera necesario actualizar el control definido, de manera que refleje la operatividad actual del proceso y las herramientas efectivamente utilizadas para el seguimiento y análisis de la información.

R10 GESTIÓN CONTRACTUAL

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	JUSTIFICACIÓN
Posibilidad de afectación reputacional, económica y detrimento del patrimonio, al perder, hurtar, apropiarse o utilizar indebidamente los bienes de la Universidad en beneficio propio o de un tercero.	El profesional encargado del Área de Almacén de la Subdirección de Servicios Administrativos y de Contratación, cada vez que se presente una solicitud de préstamo externo de bienes, verifica que la información contenida en el formato de control correspondiente se encuentre completa, debidamente diligenciada y firmada, con el fin de validar que los datos del elemento coincidan con los registros del inventario institucional. Para ello, se coteja la información registrada en el formato con los datos contenidos en el sistema de inventarios. En caso de evidenciar inconsistencias o información incompleta, se solicita mediante correo electrónico a los responsables del inventario de la dependencia realizar los ajustes correspondientes. Una vez verificada la conformidad del formato, este se remite a la Subdirección de Servicios Administrativos y de Contratación para adelantar el trámite ante los intermediarios de seguros y garantizar la cobertura correspondiente. Como evidencia del control se conservan los correos electrónicos de solicitud de ajustes, remisión del trámite y el formato de préstamo externo debidamente diligenciado.	Se requiere ajustar la denominación del formato de préstamo externo, teniendo en cuenta que en este control se encuentra identificado como formato FOGC-24. No obstante, el Área de Almacén realizó la actualización del formato conforme a las nuevas necesidades de la Universidad. En este sentido, el formato fue actualizado bajo la nueva codificación FOSA-04, versión 4, en atención a la actualización del mapa de procesos institucional, y fue publicado en el aplicativo SIAC el 25 de marzo de 2026.

R17 GESTIÓN DE CONTROL DISCIPLINARIO		
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	JUSTIFICACIÓN
Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida de credibilidad y de confianza en la Entidad, y por detrimento del patrimonio al no abrir una investigación, o una vez abierta, no imponer sanción de acuerdo con la falta,	Los profesionales del Área de Instrucción de Procesos Disciplinarios realizan diariamente la revisión y actualización del control de radicación e ingreso de expedientes disciplinarios, con el propósito de efectuar seguimiento a las actuaciones procesales y verificar el cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad aplicable. En caso de identificarse desviaciones o posibles	El proceso informó la necesidad de realizar ajustes integrales a los controles asociados al riesgo identificado, con el propósito de fortalecer los mecanismos de seguimiento y control de las actuaciones disciplinarias y armonizarlos con la operatividad actual del

beneficiando a un particular o a un tercero.	incumplimientos en los términos procesales, se analiza el procedimiento asociado con el fin de identificar debilidades, definir acciones de mejora y efectuar el seguimiento correspondiente para verificar la efectividad de los ajustes implementados. Como evidencia de la ejecución del control se conservan los registros de seguimiento y control de expedientes, así como los soportes documentales y electrónicos almacenados en el repositorio institucional del correo cdisciplinariointerno@unicolmayor.edu.co	proceso. Lo anterior, teniendo en cuenta la necesidad de revisar la trazabilidad de las actuaciones, los mecanismos de seguimiento a términos procesales y la definición de puntos de control más específicos que permitan fortalecer la prevención de riesgos asociados a posibles favorecimientos indebidos o desviaciones en el desarrollo de los procesos disciplinarios. Asimismo, se considera pertinente revisar la formulación del riesgo y de sus controles, de manera que se alineen con los lineamientos metodológicos vigentes en materia de administración de riesgos e integridad pública.
---	---	--

Tabla 1. Relación de riesgos, controles y necesidades de ajustes
Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional

Con relación a los resultados obtenidos en los criterios evaluados para la medición de la efectividad de los controles, a continuación, se presentan las conclusiones consolidadas derivadas del análisis efectuado por los diferentes equipos de trabajo responsables de la gestión de los riesgos de corrupción.

No obstante, es importante señalar que los resultados correspondientes a la Subdirección Financiera y al proceso de Docencia fueron exceptuados del presente análisis consolidado, teniendo en cuenta que, en conjunto, estos procesos cuentan con siete (7) controles identificados que no pudieron ser objeto de verificación durante el seguimiento realizado en el primer trimestre de 2026. Lo anterior obedece a que no fueron remitidos los análisis de autoevaluación ni las evidencias documentales requeridas para validar la ejecución, trazabilidad y efectividad de los controles establecidos en sus respectivos mapas de riesgos de corrupción. En consecuencia, no fue posible determinar el estado de implementación de dichos controles ni emitir una valoración técnica sobre su funcionamiento durante el periodo evaluado.

En este sentido, se recomienda fortalecer el cumplimiento de los lineamientos institucionales asociados al monitoreo y reporte de riesgos de corrupción, particularmente en lo relacionado con la entrega oportuna de información y soportes por parte de las primeras líneas de defensa, con el fin de garantizar ejercicios de seguimiento más integrales, trazables y orientados a la mejora continua del Sistema de Control Interno y de la gestión preventiva de riesgos institucionales.

Frente a los controles que sí fueron objeto de evaluación, se evidenció, en términos generales, que su diseño guarda coherencia con los riesgos identificados y con los objetivos de control definidos por cada proceso. Asimismo, se observó que los controles se encuentran alineados con la normativa

aplicable y orientados a prevenir o mitigar adecuadamente las posibles causas asociadas a la materialización de riesgos de corrupción.

1. Diseño del control			
¿El control está claramente documentado (SISGEC)?	¿El objetivo del control es claro y coherente con el riesgo que busca mitigar?	¿El control define responsable, frecuencia y forma de ejecución?	¿Se encuentra alineado con la normatividad y lineamientos institucionales?
15 controles cumplen	20 controles cumplen	19 controles cumplen	21 controles cumplen
5 cumple parcialmente	2 cumple parcialmente	3 cumple parcialmente	1 cumple parcialmente
3 no cumple	1 no cumple	1 no cumple	1 no cumple
7 no se obtuvo respuesta	7 no se obtuvo respuesta	7 no se obtuvo respuesta	7 no se obtuvo respuesta

Frente a la implementación de los treinta controles evaluados, los procesos reportaron que cuentan con soportes que evidencian su ejecución y que, en términos generales, estos se aplican conforme a la periodicidad y condiciones definidas en los respectivos mapas de riesgos de corrupción.

No obstante, el proceso de Gestión de Bienestar Institucional manifestó la necesidad de ajustar uno de sus controles, con el propósito de fortalecer su aplicabilidad y alinearlo con las herramientas y dinámicas operativas actualmente utilizadas para el seguimiento y análisis de la información asociada a la asignación de beneficios socioeconómicos.

2. Implementación			
¿El control se ejecuta de acuerdo con lo establecido (frecuencia, responsable, evidencia)?	¿Existen evidencias verificables de su aplicación?	¿El personal responsable conoce y entiende cómo aplicar el control?	¿Se han presentado dificultades en su implementación?
21 controles cumplen	22 controles cumplen	20 conocen	16 no presentaron dificultad
1 cumple parcialmente	1 no cumple	2 conocen parcialmente	6 presentaron dificultad
1 no cumple	7 no se obtuvo respuesta	1 no conoce	1 parcialmente
7 no se obtuvo respuesta		7 no se obtuvo respuesta	7 no se obtuvo respuesta

En relación con el análisis de efectividad, los equipos de trabajo señalaron que, en términos generales, los controles implementados han permitido prevenir, identificar y gestionar oportunamente situaciones, desviaciones o posibles fallas asociadas a los procesos evaluados. Asimismo, indicaron que los mecanismos de control establecidos contribuyen al fortalecimiento del seguimiento operativo y a la mitigación de riesgos relacionados con posibles eventos de corrupción.

3. Efectividad			
¿El control ha evitado o reducido la ocurrencia del riesgo de corrupción?	¿Se han detectado fallas, desviaciones o incidentes a pesar del control?	¿El control permite detectar oportunamente situaciones irregulares?	¿Se han implementado acciones de mejora cuando el control ha fallado?
21 controles cumplen	18 controles cumplen	21 controles si cumplen	8 han implementado acciones
1 cumple parcialmente	3 no cumple	2 no cumplen	4 no han implementado acciones
1 no cumple	2 cumple parcialmente	7 no se obtuvo respuesta	
7 no se obtuvo respuesta	7 no se obtuvo respuesta		7 no se obtuvo respuesta

Respecto a la etapa de seguimiento y monitoreo, los procesos manifestaron que los resultados derivados de la aplicación de los controles son reportados a las instancias correspondientes y, en términos generales, son objeto de seguimiento periódico y análisis continuo para apoyar la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos institucionales.

No obstante, los resultados evidencian oportunidades de fortalecimiento, especialmente en lo relacionado con la actualización de los controles frente a cambios en la operación de los procesos o en el entorno institucional, así como en la consolidación de mecanismos de seguimiento más sistemáticos y documentados.

4. Seguimiento y monitoreo			
¿El control es objeto de seguimiento periódico?	¿Se revisan y analizan los resultados de su aplicación?	¿Se reportan los resultados a las instancias correspondientes?	¿Se actualiza el control con base en cambios del proceso o del entorno?
17 controles cumplen	17 controles cumplen	22 controles cumplen	12 controles cumplen
5 cumple parcialmente	4 cumple parcialmente	1 no cumple	9 cumple parcialmente
1 no cumple	2 no cumple	7 no se obtuvo respuesta	2 no cumple
7 no se obtuvo respuesta	7 no se obtuvo respuesta		7 no se obtuvo respuesta

Finalmente, en relación con los criterios de eficiencia y pertinencia, los procesos evaluados manifestaron, en términos generales, que los controles implementados son acordes con el contexto actual de la Institución y guardan proporcionalidad frente a los riesgos identificados. Asimismo, señalaron que los controles contribuyen al seguimiento de las actividades críticas y al fortalecimiento de la gestión preventiva de riesgos de corrupción.

No obstante, los resultados del análisis evidencian oportunidades de mejora relacionadas con la optimización de algunos controles, la eliminación de posibles duplicidades y la necesidad de actualizar ciertos mecanismos de control para responder de manera más adecuada a los cambios operativos y metodológicos de los procesos.

En este sentido, se identificó que tres procesos manifestaron la necesidad de realizar ajustes orientados al fortalecimiento y mejora de algunos controles, particularmente en aspectos asociados a su aplicabilidad, trazabilidad y alineación con las dinámicas actuales de operación.

5. Eficiencia y pertinencia				
¿El control es proporcional al nivel de riesgo (ni excesivo ni insuficiente)?	¿Optimiza recursos o genera cargas innecesarias?	¿Existen controles duplicados o redundantes?	¿El control sigue siendo pertinente frente al contexto actual?	Con base en la evaluación realizada, ¿el control requiere ajuste para mejorar su efectividad?
21 controles cumplen	18 controles cumplen	13 controles cumplen	20 controles cumplen	5 controles requieren ajustes
1 cumple parcialmente	3 optimizan parcialmente	10 duplicados	2 no cumplen	18 no requieren ajustes
1 no cumple	2 no optimizan	7 no se obtuvo respuesta	1 cumple parcialmente	7 no se obtuvo respuesta
7 no se obtuvo respuesta	7 no se obtuvo respuesta		7 no se obtuvo respuesta	

Los resultados evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo los ejercicios de revisión y actualización periódica de los controles, con el propósito de garantizar que estos mantengan su pertinencia, eviten duplicidades innecesarias y respondan de manera efectiva a los cambios normativos, operativos y organizacionales de la Universidad.

Como anexo al presente informe, se adjunta la matriz en formato Excel que contiene el detalle del análisis efectuado por las primeras líneas de defensa, incluyendo la evaluación de los controles, las evidencias aportadas y las observaciones derivadas del seguimiento realizado.

3.2 Resultado Verificación Evidencias de Cumplimiento de Controles

En el marco del seguimiento realizado al Mapa de Riesgos de Corrupción correspondiente al primer trimestre de 2026, los líderes de proceso remitieron soportes documentales con el propósito de evidenciar la ejecución de las actividades de control definidas en los respectivos mapas de riesgos.

Como resultado de la revisión efectuada por la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, se evidenció que, en términos generales, los procesos aportaron información que permite soportar la ejecución de los controles definidos. No obstante, también se identificaron casos en los cuales las evidencias remitidas no guardan correspondencia con los soportes establecidos en la descripción de los controles o no permiten verificar plenamente su ejecución durante el periodo objeto de seguimiento.

Particularmente, en el proceso de Gestión de Bienestar Institucional, frente al segundo control relacionado con la revisión y actualización anual de la base documental del proceso, se aportaron como soportes actos administrativos, correos electrónicos y convocatorias. Sin embargo, dichos documentos no corresponden a las evidencias definidas en el control, orientadas específicamente

a demostrar la actualización de procedimientos, manuales, guías u otros documentos asociados a la base documental del proceso.

Adicionalmente, una vez revisada la documentación disponible, no se evidenciaron actualizaciones relacionadas con procedimientos, controles o puntos de control del proceso. Únicamente se identificó la actualización de algunos programas de bienestar, situación que limita la trazabilidad y validación efectiva del control evaluado. En este sentido, se recomienda fortalecer la articulación entre las actividades ejecutadas y las evidencias definidas en la matriz de riesgos de corrupción.

En el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, los soportes documentales aportados no corresponden al periodo objeto de seguimiento del primer trimestre de 2026, lo que dificulta verificar la ejecución de las actividades de control durante el periodo evaluado. Por esta razón, se recomienda fortalecer los mecanismos internos de validación y revisión de las evidencias remitidas, garantizando su pertinencia, trazabilidad y correspondencia temporal con el seguimiento realizado.

Por su parte, el proceso de Gestión del Talento Humano no aportó evidencias documentales que permitieran verificar el cumplimiento del control asociado a la socialización y apropiación del Código de Integridad. Aunque se presentó un análisis cualitativo sobre el desarrollo de actividades relacionadas con el tema, este no permite demostrar la ejecución efectiva del control debido a la ausencia de soportes verificables, tales como comunicaciones institucionales, registros de asistencia, certificaciones, piezas de divulgación o estadísticas de participación.

En el proceso de Gestión Contractual no se remitieron evidencias documentales suficientes para verificar el cumplimiento de los controles relacionados con la validación y aprobación de modificaciones a los procesos de adquisición por parte del Comité de Adquisiciones, así como del control asociado a la verificación de requisitos de formación y experiencia de funcionarios y contratistas conforme a la lista de chequeo definida por el proceso.

En particular, no se aportaron las actas de las sesiones del Comité de Adquisiciones que permitieran evidenciar la revisión y aprobación de las modificaciones presentadas por la Subdirección de Servicios Administrativos y de Contratación. De igual manera, no se remitieron las listas de chequeo de los expedientes contractuales que soportaran la validación de requisitos por parte del funcionario o contratista responsable. La ausencia de estos soportes limita la posibilidad de corroborar la ejecución efectiva de los controles durante el periodo evaluado, por lo que se recomienda fortalecer la gestión documental, la trazabilidad de las actuaciones y el cargue oportuno de las evidencias definidas en la matriz de riesgos de corrupción.

En el proceso de Investigaciones se logró verificar únicamente el segundo control relacionado con el seguimiento presupuestal de proyectos, debido a que los soportes aportados para el primer control correspondían a un periodo diferente al evaluado. Aunque se evidenciaron documentos asociados al monitoreo y trazabilidad de las actividades, se recomienda fortalecer la organización, clasificación y presentación de las evidencias, garantizando su correspondencia con el control y el periodo objeto de seguimiento.

Los demás procesos evaluados no presentaron novedades relevantes frente a las evidencias aportadas, evidenciándose cumplimiento en la remisión de la información requerida y coherencia entre los controles definidos y los soportes documentales presentados. En este grupo se encuentran los siguientes procesos:

- I. Direccionamiento Estratégico
- II. Gestión de Tecnologías de la Información
- III. Gestión de Internacionalización
- IV. Gestión de Participación de los Usuarios
- V. Gestión de Admisiones, Registro y Control

En términos generales, los resultados del seguimiento evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo la cultura de documentación y trazabilidad de los controles asociados a los riesgos de corrupción, garantizando que las evidencias aportadas permitan verificar de manera clara, objetiva y oportuna la ejecución de las actividades de control definidas por cada proceso.

4. TRANSICIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN A RIESGOS DE INTEGRIDAD PÚBLICA

En el marco del fortalecimiento del Sistema de Control Interno y de los lineamientos nacionales orientados a la gestión integral de riesgos asociados a la integridad pública, en la segunda sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, realizada el 16 de marzo de 2026, fue presentado y aprobado por unanimidad el Plan de Transición al Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP).

Este plan tiene como propósito:

“Implementar un Plan de Transición que incorpore la gestión de riesgos de integridad pública y lavado de activos, alineado con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), con el fin de fortalecer la prevención y mitigación de riesgos de corrupción, fraude y conflictos de interés, y consolidar una cultura institucional de transparencia y cumplimiento”.

La adopción de este enfoque representa un avance en la evolución del modelo institucional de administración de riesgos, en la medida en que amplía el análisis tradicional de los riesgos de corrupción hacia una visión más integral, preventiva y articulada con la gestión de la integridad pública, el cumplimiento normativo y la prevención de conductas que puedan afectar la transparencia y la confianza institucional.

Para el cumplimiento de este objetivo se definieron cuatro etapas de implementación, con plazo previsto hasta el 31 de agosto de 2026, excepto la cuarta etapa, correspondiente al proceso permanente de verificación, monitoreo y mejora continua de los riesgos identificados y actualizados:

- I. Definición de objetivos y lineamientos.
- II. Capacitación y sensibilización del personal.
- III. Diseño de controles y procedimientos de gestión.
- IV. Monitoreo y evaluación.

Cada una de estas etapas contempla actividades orientadas a fortalecer las capacidades institucionales para la identificación, análisis, tratamiento y seguimiento de riesgos asociados a la

integridad pública, así como la incorporación gradual de nuevos lineamientos metodológicos en los procesos institucionales.

Actualmente, el plan de trabajo se encuentra en fase de implementación, mediante un ejercicio articulado con diferentes segundas líneas de defensa, entre ellas el proceso de Aseguramiento de la Calidad y la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el propósito de integrar criterios de gestión del riesgo, integridad, seguridad de la información y mejora continua dentro del Sistema Integrado de Gestión.

De igual manera, se prevé que durante la vigencia 2026 se adelanten actividades de capacitación, asistencia técnica y acompañamiento a los líderes de proceso, orientadas a facilitar la transición metodológica y la actualización progresiva de los mapas de riesgos institucionales bajo el enfoque de integridad pública.

En este contexto, los resultados del presente informe constituyen un insumo técnico relevante para el desarrollo del proceso de transición al SIGRIP, en la medida en que permiten identificar oportunidades de mejora relacionadas con el diseño, actualización, trazabilidad y efectividad de los controles actualmente implementados en los diferentes procesos institucionales.

5. CONCLUSIONES

El Mapa de Riesgos de Corrupción de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca no presentó variaciones en el número de riesgos identificados frente al periodo anterior, manteniéndose un total de diecisiete (17) riesgos asociados a diferentes procesos institucionales. No obstante, los resultados del seguimiento realizado evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo de manera permanente los controles, mecanismos de seguimiento y ejercicios de actualización de riesgos, con el propósito de prevenir la materialización de situaciones que puedan afectar la transparencia, la gestión institucional, la adecuada administración de los recursos públicos y la confianza de los grupos de interés.

De igual manera, se identificó la importancia de avanzar progresivamente en la identificación y evaluación de nuevos riesgos de integridad pública en otros procesos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SISGEC), especialmente en el marco de la transición institucional hacia el Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño durante la vigencia 2026.

En términos generales, el ejercicio de monitoreo permitió evidenciar que la mayoría de los procesos evaluados cuentan con controles definidos y mecanismos de seguimiento implementados. Sin embargo, también se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la actualización de controles, la alineación entre las evidencias aportadas y los soportes definidos en las matrices de riesgo, la trazabilidad documental y la necesidad de fortalecer la cultura de monitoreo y reporte oportuno por parte de las primeras líneas de defensa.

Asimismo, se evidenció que algunos procesos requieren revisar la pertinencia y efectividad de ciertos controles, especialmente frente a cambios metodológicos, operativos y documentales que han surgido en el desarrollo de sus actividades. En varios casos se identificaron controles desactualizados, evidencias que no corresponden plenamente a las actividades descritas o ausencia

de soportes suficientes para validar la ejecución de las actividades de control durante el periodo evaluado.

Durante el periodo objeto de seguimiento, el proceso de Gestión de Bienestar Institucional reportó la materialización del riesgo denominado: “Posibilidad de afectación reputacional y económica por la asignación de beneficios socioeconómicos a estudiantes, por intereses personales”. De acuerdo con la información suministrada por el proceso, el evento se presentó debido a la asignación simultánea de beneficios y apoyos socioeconómicos a estudiantes que ya contaban con otros beneficios institucionales, pese a la existencia de restricciones y criterios definidos en la normativa y reglamentación interna aplicable.

Frente a esta situación, el proceso informó la adopción de acciones inmediatas orientadas a contener el evento presentado, revisar los controles existentes y formular las acciones correctivas y el respectivo plan de mejoramiento, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Política de Administración de Riesgos de la Universidad. Lo anterior evidencia la importancia de fortalecer los mecanismos de validación, interoperabilidad de la información y seguimiento de los beneficios institucionales otorgados a la población estudiantil.

De igual manera, el seguimiento realizado permitió evidenciar la necesidad de fortalecer la gestión documental asociada a la administración de riesgos de corrupción, particularmente en lo relacionado con la conservación, organización y trazabilidad de las evidencias que soportan la ejecución de los controles definidos por cada proceso. La disponibilidad de soportes verificables y oportunos constituye un elemento fundamental para validar la efectividad de los controles, facilitar los ejercicios de seguimiento y auditoría y generar información objetiva para la toma de decisiones institucionales.

Así mismo, se evidenció la necesidad de fortalecer el compromiso de algunas primeras líneas de defensa frente al reporte oportuno de información y evidencias requeridas para el monitoreo de riesgos, teniendo en cuenta que la ausencia de soportes y análisis limita la posibilidad de realizar evaluaciones integrales sobre la efectividad de los controles implementados.

En consecuencia, se recomienda continuar fortaleciendo la cultura institucional de autocontrol, integridad y gestión preventiva del riesgo, promoviendo ejercicios periódicos de revisión y actualización de controles, fortaleciendo los mecanismos de monitoreo y seguimiento y garantizando el cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora formuladas por los procesos.

Finalmente, los resultados del presente informe constituyen un insumo relevante para el proceso de transición hacia el Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), en la medida en que permiten identificar oportunidades de fortalecimiento institucional relacionadas con la prevención de riesgos, la gestión de la integridad pública y la consolidación de una cultura organizacional orientada a la transparencia, la mejora continua y el cumplimiento.


ANDRÉS MAURICIO OYOLA SASTOQUE
Jefe Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional

Elaboró: Diana Marcela Herrán Luna - Contratistas Oficina Planeación y Desarrollo Institucional

