UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA

INFORME No.101.4.2-05-2014

AUDITORÍA A LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

FECHA:	:	3 de marzo al 30 de mayo de 2014
ELABORADO POR	:	Equipo de auditoría – Oficina de Control Interno
RESPONSABLES DE PROCESO :		Carlos Alberto Corrales Medina Rector UCMC Andrei López Charry Representante de la alta dirección para la Administración del riesgo en la UCMC
METODOLOGÍA UTILIZADA	:	Entrevista con responsables de proceso y equipos de trabajo encargados de la construcción y monitoreo del mapa de riesgo. Revisión Documental de los registros generados en cada dependencia.

1. OBJETIVO GENERAL

Hacer seguimiento a la Administración del Riesgo en la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, a través de la verificación del cumplimiento de la política de riesgo establecida por la alta dirección y la adopción de los lineamientos metodológicos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo emitida por el DAFP y la metodología adoptada por la Universidad.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Hacer seguimiento a los mapas de riesgo de los 18 procesos de la Universidad.
2. Evaluar la metodología adoptada por la Universidad para la construcción, actualización y monitoreo de cada uno de los mapas de riesgo.
3. Evaluar la existencia y funcionamiento de los controles asociados a los procesos identificados en cada uno de los mapas de riesgo.
4. Entregar un informe a la alta dirección que contenga las observaciones y recomendaciones para la mejora del sistema de administración del riesgo en la Universidad.

El presente procedimiento de evaluación se ha desarrollado con fundamento en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993 y de acuerdo al SISGECC institucional.

3. ALCANCE

El trabajo de evaluación que adelantará la Oficina de Control Interno se centrará en la revisión de los mapas de riesgo de los 18 procesos de la Universidad y el mapa de riesgos institucional; se revisará la metodología adelantada para la construcción de cada mapa y los procedimientos de actualización y monitoreo adoptados por las áreas para su adecuada administración, funcionamiento y sostenibilidad.

4. METODOLOGÍA

Mediante memorando 101.044.2014 del 3 de marzo de 2014 se comunicó a los responsables de proceso el inicio formal de la auditoría al mapa de riesgos de todos los procesos de la Universidad, y se envió anexo el plan de auditoría y el cronograma de trabajo establecido.

Con el fin de dar apertura oficial al procedimiento de auditoría a la administración del riesgo en la Universidad, se reunieron el 14 de marzo de 2014 el representante de la alta dirección para la Administración del Riesgo en la Institución, contratista Andrei López, el Jefe de la Oficina de Control Interno y los profesionales responsables de llevar a cabo la auditoría; en esta reunión se informaron los objetivos, el alcance, la metodología y el cronograma de actividades previstos para llevar a cabo el trabajo de evaluación.

Con el fin de revisar los mapas de riesgo en los 18 procesos de la Universidad, se tuvieron en cuenta los parámetros definidos en la Guía para la Administración del Riesgo (en adelante GAR) versión 2011 del Departamento Administrativo de la Función Pública y el documento institucional: Guía Metodológica para la Administración del Riesgo (en adelante GMAR) diseñada por el Proceso Gestión de Calidad; en cada caso se observaron las fases definidas en los referidos documentos como son: Contexto estratégico, identificación, análisis y valoración de los riesgos y políticas de administración definidas.

Teniendo en cuenta que el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, establece la elaboración anual de la estrategia de lucha contra la corrupción y la atención al ciudadano, normativa que incluye el mapa de riesgos de corrupción, la auditoría revisó el diseño, implementación y monitoreo de este instrumento en la entidad.

Para llevar a cabo las visitas a los procesos, el equipo de auditoría definió los papeles de trabajo empleados en cada verificación, los cuales estaban compuestos por: formato de entrevista e instrumento para la evaluación de la solidez de los controles.

Con base en el memorando 20141010000673 del 18 de marzo de 2014 enviado por el Sr. Rector a las dependencias, se solicitó que en cada una de las visitas realizadas a los procesos estuvieran presentes los líderes de cada área y los equipos de trabajo que participaron en la construcción y monitoreo de los mapas de riesgo.

5. TRABAJO DE CAMPO

Con el fin de verificar el conocimiento de la política de Administración del Riesgo definida por la alta dirección de la Universidad, se indagó sobre la forma en la cual el documento: "CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO Y EL MANUAL DE POLÍTICAS GERENCIALES", fue utilizado como elemento orientador para la gestión del riesgo en cada uno de los procesos.

En cada área se adelantó entrevista grupal con el equipo de trabajo para establecer en qué medida estaban implementadas las etapas para las construcción del mapa de riesgos, cuál era el nivel de conocimiento que se tenía sobre la metodología establecida por el DAFP, la GMAR y la Secretaría de Transparencia y cómo fue desarrollada cada una de estas fases en el proceso.

A través de la metodología prevista para la valoración de los controles, se analizaron cada uno de los eventos de riesgo formulados y se verificaron, con base en los criterios de ponderación, el grado de desplazamiento del riesgo inherente.

Se auditaron los procesos de la Universidad a excepción del proceso de Seguimiento y Evaluación Independiente, el cual fue aplazado por no encontrarse un evaluador independiente para la Oficina de Control Interno.

Con la revisión de cada uno de los mapas de riesgo, se informó a los procesos las debilidades encontradas en cada caso y que son las que en el presente informe se describen.

Teniendo en cuenta lo anterior esta auditoría presenta los siguientes resultados.

6. OBSERVACIONES:

1. Teniendo en cuenta que la GAR-DAFP sugiere una metodología para el diseño y monitoreo de los mapas de riesgo de las entidades que conforman la administración pública y que la Universidad adoptó formalmente esta metodología a través de la Guía diseñada por el Proceso Gestión de Calidad, decisión que le confiere a cada una de sus fases un carácter vinculante al momento de diseñar y elaborar el mapa de riesgos en cada proceso de la institución, se observan las siguientes debilidades en el documento institucional:

    a. La administración del riesgo es un proceso transversal a todos los procesos de la Universidad, razón por la cual genera productos que son sistemáticos y necesarios para construir los mapas de riesgos de la institución, a saber: contexto estratégico, identificación, análisis, valoración de los riesgos y políticas de administración.

    Con base en lo anterior, no se evidencia en la GMAR la obligatoriedad de establecer los registros que genera cada una de las fases, a excepción del formato EGCMR-01 MAPA DE RIESGOS, el cual es el único registro que en la actualidad está documentando en los procesos y que, si bien, es uno de los productos de la administración del riesgo, el mismo no recoge la totalidad de fases previas que debieron surtirse para definir cada mapa.

    Por su parte, la NTCGP 1000, en el numeral 4.2.1 literal d menciona:

    "4.2.1 Generalidades…

    La documentación del Sistema de Gestión de Calidad debe incluir:…

    *d) Los documento, **incluidos los registros**, requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus funciones y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos." (negrilla nuestra)*

    En este sentido es necesario que los productos generados por este proceso no solamente, en algunos casos, sean conocidos, sino también documentados y controlados.

    b. Dentro de la GMAR se destaca el diseño de ejemplos para la documentación de cada una de las fases (ver cuadro); sin embargo, hay un caso que está propuesto de forma incorrecta como se evidencia en el numeral 5.4 VALORACIÓN DEL RIESGO, sección en la cual se da ejemplo de cómo ponderar de manera objetiva la solidez de los controles; en este caso, la ilustración muestra una calificación incorrecta al realizar el cálculo aritmético, mostrando la valoración de un control en 55 puntos y desconociendo que al calificar en 30 puntos el criterio *"En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva"*, debe calificarse igualmente con 15 puntos, el criterio *"posee una herramienta para ejercer el control"*, situación que genera una calificación final de 70 puntos y un nivel de solidez del control aún mayor que el que se describe.

Ejemplo:

RIESGO	CONTROL	PARAMETROS	CRITERIOS	TIPO DE CONTROL Probabilidad	PUNTAJES
RIESGO 1	CONTROL 1	Herramientas para ejercer el control	Posee una herramienta para ejercer el control.		15
			Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta		15
			En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	X	30
		Seguimiento al control	Están definidos los responsables de la ejecución del control y del seguimiento.		15
			La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada.	X	25
			TOTAL		100

La situación presentada motivó la solicitud de un concepto al DAFP para clarificar la forma de interpretar los criterios de ponderación; frente a este requerimiento la entidad consultada emitió el concepto radicado bajo el número 20145000040751 el cual sustenta la presente observación y orienta sobre otros aspectos metodológicos de la Guía que más adelante se comentaran.

2. En cuanto al proceso de acompañamiento metodológico realizado por el Proceso Gestión de Calidad para la actualización de los mapas de riesgo a la versión 2011 de la GAR-DAFP, se observa que la misma viene realizándose sin tener en cuenta la importancia de documentar las fases metodológicas que están contempladas en este documento y que anteriormente han sido comentadas, situación que genera una debilidad importante en la asesoría que se les brinda a los procesos. Este aspecto fue evidenciado a través de la entrevista que se realizó a los 17 procesos evaluados y contrasta con la forma en la cual estaban documentados los mapas de riesgo que se traían en versión 2 desde la vigencia 2010, en éstos, existía mayor documentación de cada una de las fases y se encontraban visibles en ISODOC; con la nueva versión solamente es visible el mapa de riesgos sin las etapas que se deben preparar y documentar para su construcción.

3. Se evidenció que los procesos están identificando únicamente eventos de riesgo que pueden ser subsanados a partir del diseño de controles que se ejecuten al interior de una dependencia, enfoque funcional que no permite considerar otros riesgos, que si bien no tienen su origen en ésta son de alto impacto y afectan el cumplimiento de los objetivos, tal es el caso de la administración de la plataforma tecnológica que realiza el proceso Gestión de TIC´s y que al no funcionar de forma efectiva y continua afecta la gestión de varios procesos en la institución, como ocurre en el Proceso Gestión Humana donde requieren del funcionamiento y parametrización correcta del sistema NOVASOFT para realizar procesos atinentes a la nómina o, el caso del Proceso Gestión Bibliográfica donde se requiere del funcionamiento continuo de internet para poder realizar procesos de consulta en las bases de datos que se contratan anualmente.

Igualmente ocurre en el Proceso Gestión Administrativa y Recursos Físicos, de donde se espera que los procesos contractuales sean oportunos y atiendan necesidades prioritarias en áreas como

Laboratorio Central e Investigaciones para la compra de reactivos, o el Proceso Gestión de TIC´s donde se requiere adelantar procesos para contratar servicios de almacenamiento de datos, firewall, mantenimiento Novasoft, internet, entre otros.

En los casos anteriores, es necesario evaluar dichas causas generadoras del riesgo y formular controles que puedan ser diseñados de acuerdo con la naturaleza del proceso afectado y se le dé un seguimiento efectivo.

4. Se identificó que no en todos los procesos los funcionarios que conforman el equipo de trabajo participaron en la elaboración del mapa de riesgos, situación que puede llegar a generar el desconocimiento de algunos eventos a los cuales se pueden enfrentar los funcionarios en el desarrollo de sus actividades diarias. La GAR-DAFP recomienda la participación de todos los funcionarios en la construcción de los mapas de riesgo como una estrategia que permite una visión integral de los factores que pueden afectar el giro normal de las actividades que adelanta el alma mater.

5. Se observó que en la gran mayoría de los procesos auditados se definió de forma estandarizada el siguiente control: *"Normatividad definida y aplicada"* y se ubicó como un mecanismo para prevenir el impacto del riesgo; al respecto es importante tener en cuenta que una norma, salvo que la misma permita revertir los efectos negativos de la materialización del riesgo, es un control de probabilidad.

   Una norma institucional tiene el objetivo de generar un ambiente de control donde se definen los criterios para llevar acabo el desarrollo de actividades de forma normalizada, sin embargo, en la gran mayoría de los casos, esta norma disminuye la probabilidad, es decir, la posibilidad o factibilidad de que ocurra el riesgo, mas no reduce su impacto o consecuencia de materializarse el mismo. Uno de los casos que ejemplifican esta situación se encontró en el Proceso Gestión Humana, donde ante el riesgo de *"Perfiles inadecuados a las necesidades de la organización"* se definió el control: *"Normatividad definida y aplicada"* y se invocó el Manual Específico de Requisitos y Competencias Laborales", en este caso, el control reduce la probabilidad de contratar perfiles inadecuados, pero, de llegarse a contratar un perfil que no contribuya al cumplimiento de los objetivos de un área, el mismo no reduciría los efectos negativos de una gestión inadecuada por parte de la persona que se contrató; en el mapa de riesgo de este proceso este control fue identificado equivocadamente como de impacto.

6. En algunos casos se observó ambigüedad en la definición de los controles dado que la descripción de los mismos se formuló de manera general, tal es el caso del control mencionado anteriormente: "Normatividad definida y aplicada", el cual no establece documentalmente el tipo de norma que se usará como herramienta ni cual o cuales artículos de la norma son fuente o sustento para prevenir la ocurrencia del riesgo, ya que en diferentes situaciones no siempre la norma aplica en su totalidad frente al análisis de una causa.

   Es importante tener en cuenta que la existencia de una norma no necesariamente es un control fuerte, si el mismo no es vinculado con otra actividad de control que permita monitorear su cumplimiento.

7. Se identificó que falta apropiación e interiorización de la GMAR institucional por parte de algunos de los equipos de trabajo que participaron en la construcción de sus mapas de riesgo por proceso, aspecto evidenciado al momento de preguntar el conocimiento de algunos de los elementos descritos en dicha guía y que debieron ser incluidos en el trabajo de construcción de cada matriz.

7. HALLAZGOS:

1. Se evidenció que el mapa de riesgos de algunos de los procesos que involucran más de una dependencia no fueron construidos de forma participativa ni teniendo en cuenta las circunstancias particulares de cada área, aspecto que no permite generar una visión integral y compartida de los escenarios de riesgo que pueden llegar afectar un proceso en el marco de las actividades institucionales; esta situación incumple el Modelo Estándar de Control Interno en lo referente al Subsistema Direccionamiento Estratégico, elemento Operación por Procesos, el cual establece:

> *"**Modelo de Operación por Procesos**"*
>
> *Elemento de control que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, **orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública**..."*
> *(negrilla nuestra)*

Adicionalmente la norma NTCGP 1000 en el numeral 4.1 REQUISITOS GENERALES establece que la entidad debe:

> *"(...)"*
>
> *"b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos"*

Lo anterior se identificó en procesos como Proyección Social donde al momento de la auditoría se encontró un proyecto de mapa de riesgos sin formalizar con base en la nueva versión y sin que fuera construido con la participación y análisis de las facultades, aspecto que fue confirmado por cada uno de los decanos al momento de ser entrevistados.

Adicionalmente, en los procesos de Fomento a la Participación de los Usuarios y Gestión Jurídica, si bien se encontró un mapa de riesgos con eventos identificados desde cada una de las dependencias que conforman el proceso, no se evidenció una apropiación e interacción de los líderes respecto de los riesgos que no son de su área pero que están integrados dentro del proceso.

2. En todos los procesos no se evidenció la construcción y documentación de los elementos previos necesarios para estructurar los mapas de riesgos, situación que genera las siguientes consecuencias:

   a. No se tiene un análisis de contexto que permita evidenciar las consideraciones tomadas en cuenta para la identificación de los riesgos, en este sentido, en algunos casos no es posible hacerle trazabilidad a un evento descrito en el mapa.

   b. No se tienen identificadas las causas de los eventos que figuran en el mapa de riesgo, por tanto, no fue posible verificar desde el plano documental, si la herramienta de control formulada está mitigando las mismas.

   c. Producto de lo anterior, se confunde un riesgo con una causa, dejando esta última como el elemento más importante a controlar y perdiendo de vista eventos de mayor impacto para el proceso; en este sentido, en la gran mayoría de los mapas evaluados se encontraron enlistadas causas que fueron tratadas como riesgos.

      (ver cuadro anexo)

A continuación se ilustra el estado actual de cumplimiento de los elementos encontrados en cada uno de los procesos:

CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS POR PROCESO

PROCESOS	CONTEXTO ESTRATÉGICO	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	ANÁLISIS DE RIESGOS	VALORACIÓN DE RIESGOS
Direccionamiento estratégico		X	X	X
Gestión de calidad	X		X	X
Fomento a la participación de los usuarios			X	X
Formación			X	X
Investigaciones	X	X	X	X
Proyección Social			X	X
Gestión Administrativa y Recursos físicos			X	X
Gestión de Bienestar			X	X
Comunicación y divulgación			X	X
Gestión Humana			X	X
Gestión Financiera	X		X	X
Admisiones			X	X
Gestión documental			X	X
Gestión Jurídica			X	X
Gestión de las Tic's			X	X
Gestión de Recursos Bibliográficos			X	X
Autoevaluación - Acreditación	X	X	X	X

X: Cumplimiento del elementos

3. En la etapa de análisis de los riesgos inherentes (antes de controles) se encontraron casos en los cuales fueron subestimadas las variables impacto y probabilidad, en consecuencia, la calificación que establece la criticidad del mismo fue igualmente subestimada, esta situación genera que la atención que debe prestarle el responsable del proceso y su equipo de trabajo a un riesgo no está adecuadamente priorizada pudiendo llegar a generarse la materialización de dichos eventos a causa del diseño de controles débiles y ejercicios de análisis incorrectos para su formulación.

   Un aspecto que influye en la mala calificación de algunos de los riesgos, como se mencionó anteriormente, es el no desarrollo de los elementos previos a la definición del mismo, es decir, la falta de Contexto Estratégico e Identificación de Riesgo, este último, identifica el evento y lo diferencia de las causas que lo generan, volviéndose dos etapas fundamentales dentro del proceso.

   Adicionalmente y como resultado de lo anterior, el proceso diseña un control que puede llegar a disminuir aún más la criticidad del evento (riesgo residual), generando que el equipo de trabajo donde se identificó el mismo interprete que la situación está controlada cuando en realidad el grado de exposición es alto.

   (Ver cuadro anexo).

4. Se evidencia que en la fase de tratamiento de los riesgos se definen acciones preventivas que no guardan coherencia con la opción de manejo definida para mitigar sus efectos negativos, así, se identificaron casos como por ejemplo el del proceso Gestión Administrativa y Recursos Físicos donde se identificó el evento: *"Desactualización de los inventarios de la Universidad"*, se definieron 3 opciones de manejo *(evitar, reducir, compartir o transferir el riesgo)* y se estableció una sola acción *(operacionalizar la normatividad vigente sobre el tema, mediante la generación de un procedimiento para actualización de inventarios)* la cual solamente es tratamiento para la reducción del riesgo y no para las otras dos.

   (ver cuadro anexo)

5. Se encontraron eventos de riesgo calificados con evaluación residual en niveles de criticidad moderados, altos y extremos a los cuales se les formuló la acción de tratamiento *"mantener los*

controles existentes", aspecto que reviste una alta inconveniencia dado que los controles no son eficaces y sin embargo se plantea mantenerlos.

6. Se evidenció casos en los cuales el evento de riesgo formulado ya se ha materializado en el pasado, sin embargo y pese a que los controles no son sólidos el riesgo es calificado, después de controles, en zona de criticidad baja, un caso encontrado en la auditoría es el del proceso Gestión Humana en donde se estableció el riesgo *"errores en la liquidación de nómina y prestaciones sociales"* y se calificó como un evento en zona baja después de controles, pese a que este riesgo ya se ha presentado en la entidad. (ver cuadro anexo)

7. Teniendo en cuenta la observación No. 5 y que en la totalidad de mapas de riesgo de los procesos la norma fue identificada como un control de impacto, aspecto que como ya se comentó es errado, se evidenció que en estos casos se vio afectada la calificación del riesgo residual, por ende, de las opciones y acciones de tratamiento formuladas por los procesos, haciendo que los mapas no reflejen la situación real del proceso y que la gestión de los mismos no obedezca a criterios de priorización en función de los objetivos de la institución. (ver cuadro anexo)

8. El Mapa de riesgo institucional no se encontró actualizado con base en la versión 2011 de la GAR-DAFP, tampoco se le ha hecho el seguimiento por parte de la alta dirección para efectos de reconocer los escenarios de riesgo valorados en las zonas más altas y que afectan el cumplimiento de la misión y objetivos de la entidad, en consecuencia, no se han definido políticas posteriores para la gestión de los riesgos identificados que permitan definir canales directos de comunicación, acciones concretas de gestión y recursos necesarios para su mitigación.

9. De acuerdo con el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, las entidades del orden nacional, departamental y municipal deberán elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, la cual incluya un mapa de riesgos de corrupción y las medidas necesarias para mitigarlos. Frente a este requerimiento se evidenció que si bien en la Universidad existe un mapa de riesgo de corrupción, el mismo no fue construido con la participación de los dueños de procesos involucrados en los eventos definidos en el mismo, aspecto que fue corroborado con cada uno de los procesos auditados e incluidos en dicha matriz.

10. La metodología para la construcción de los mapas de riesgo que fue definida por la Secretaría de Transparencia prevé que *"en aquellas entidades donde se tenga implementado un sistema integral de administración de riesgos, se podrá validar la metodología de este sistema con la definida por el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción"*, en tal sentido, se encontró que en la institución se homologó de forma incorrecta la terminología y la metodología de los riesgos de corrupción con la forma en la cual se definen los riesgos establecidos por la metodología del DAFP, aspecto que resulta inconveniente por las siguientes razones:

    a. La terminología empleada para definir los rangos de probabilidad de un evento de corrupción son diferentes en cada una de las metodologías, así, en la cartilla del DAFP se establecen los siguientes rangos: raro, improbable, posible, probable y casi seguro, a los cuales se les da una valoración cuantitativa, mientras que en la cartilla de la Secretaría de Transparencia se emplean únicamente dos criterios cualitativos para evaluar la probabilidad, estos son: casi seguro y posible, lo que advierte de la necesidad, si se siguen manejando las dos metodologías de forma integrada, de precisar los conceptos específicos que deberán emplearse para la construcción y tratamiento de cada matriz.

    b. Dado que la metodología para la construcción de los riesgos de corrupción no toma en consideración el impacto del riesgo, no es claro en la GMAR institucional los criterios con los cuales se evaluaran los eventos de riesgo de corrupción, particularmente, cómo se desplazarán los mismos de una zona inherente a una residual.

    c. Al no tener diferenciadas o unificadas de forma correcta las dos metodologías para la construcción de los riesgos, se hace incurrir en error a los procesos en la definición y tratamiento de los eventos que pueden llegar a afectar sus actividades institucionales.

    d. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidenciaron casos en los cuales hay riesgos de corrupción que tienen formuladas medidas de tratamiento identificadas como "asumir el

riesgo", opción que no es coherente frente al objetivo que persigue el modelo establecido por la Secretaria de Transparencia, el cual es: atacar la corrupción en la administración pública.

e. Se identificó que en el Proceso Fomento a la Participación de los Usuarios se calificó el impacto de un riesgo de corrupción sin que el mismo, como ya se dijo, tenga que calificarse, este aspecto genera que la identificación, valoración y tratamiento del evento establecido no esté en concordancia con lo definido en la GMAR institucional ni en la Guía de la Secretaría de Transparencia.

(ver cuadro anexo)

11. No se evidenció la identificación de las debilidades y amenazas que debieron establecerse de forma previa a la definición de los riesgos de corrupción, razón por la cual no se conoce desde el plano documental los análisis que han debido realizarse para llegar a establecer esta matriz en la institución.

8. RECOMENDACIONES:

1. Identificar, analizar y documentar todos los elementos requeridos en la administración del riesgo para los procesos institucionales, y los de corrupción, particularmente el contexto estratégico e identificación de riesgos.

2. Una vez desarrolladas todas las fases, identificar estratégicamente el evento de riesgo que realmente afecta a cada proceso con base en el objetivo del mismo, previniendo de esta manera que se ubiquen causas como si fueran los riesgos a tratar.

3. Diseñar una ficha técnica para documentación de controles en la cual se defina: el objetivo y mecanismo de control, la frecuencia de ejecución, el responsable y la evidencia de su aplicación, esto permitirá tener una base estandarizada que orientará a los funcionarios sobre la forma de documentar sus controles, tener un mecanismo de autocontrol de los riesgos más claro para el responsable de proceso y facilitar el monitoreo en el marco de la administración del riesgo.

4. Fortalecer la labor de acompañamiento que viene realizando el Proceso Gestión de Calidad para la construcción de los mapas de riesgo, con base en las oportunidades de mejora descritas en el presente informe y en los ajustes que deban realizarse a la GMAR institucional.

5. Proponer un nuevo análisis de todos los mapas de riesgo por proceso de la institución con base en las debilidades encontradas en cada uno de éstos y que fueron informadas durante la visita de auditoría adelantada por la Oficina de Control Interno.

6. Diseñar una metodología que permita integrar o separar la construcción de los mapas de riesgos diseñados a partir de las Guías del DAFP y la Secretaría de Transparencia (riesgos de corrupción), así mismo que sea divulgada a los procesos para efectos de entender las diferencias conceptuales y el procedimiento que se debe seguir en cada caso.

7. Formalizar en cada uno de los procesos la frecuencia con la cual se hará seguimiento a los mapas de riesgo y la manera como se dará cumplimiento a la función establecida para los líderes de proceso de: *"Monitorear y consolidar informes periódicos de gestión sobre el manejo y evolución de los riesgos de su proceso"*

8. Llevar a cabo la revisión por parte de la alta dirección de los mapas de riesgo por proceso, institucional y de corrupción con el fin de tomar decisiones, establecer acciones de mejora y diseñar políticas que orienten a todos los funcionarios de la Universidad.

9. CONCLUSIÓN

Una vez realizado el proceso de evaluación a la administración del riesgo en la Universidad, esta auditoría concluye que la institución cuenta con una metodología para el levantamiento y documentación de los mapas de riesgo por proceso, institucional y de corrupción, sin embargo, se identificaron debilidades que deben ser subsanadas a través de un plan de mejoramiento con el fin de fortalecer los escenarios de riesgos, elevar la productividad y garantizar la eficiencia y eficacia en los procesos organizacionales.

Equipo de auditoría:

CHARLYN ANDREA RAMÍREZ CLAVIJO
Profesional Universitario

HECTOR ENRIQUE LEÓN OSPINA
Profesional Universitario

JUAN CARLOS MARTÍNEZ SAMUEL
Profesional Universitario

Revisó, analizó y aprobó:

MARIO EFRÉN GODOY ROJAS
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: RESUMEN COMPLEMENTARIO A LOS HALLAZGOS DE AUDITORÍA A LOS MAPAS DE RIESGOS POR PROCESO EN LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ANEXO DEL INFORME DE AUDITORÍA 101.4.2-05-2014

RESUMEN COMPLEMENTARIO A LOS HALLAZGOS DE AUDITORÍA A LOS MAPAS DE RIESGOS POR PROCESO EN LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

PROCESOS	HALLAZGOS IDENTIFICADOS EN EL MONITOREO INDEPENDIENTE REALIZADO A LA ADMNISTRACIÓN DEL RIESGO								
	Riesgos que son causas	Riesgos inherentes subestimados	Calificación inherente incorrecta	Controles de impacto que son de probabilidad	Calificación residual incorrecta	Opciones de manejo imprecisas o incorrectas	Acciones de tratamiento imprecisas o incorrectas	Riesgos de corrupción mal calificados	Metas incorrectas
Direccionamiento estratégico	1, 2, 3, 4, 5			1, 5, 6	1, 4, 5, 6	1, 2, 3, 4, 5, 6	1, 2, 3, 4, 5, 6		1, 2, 3, 4, 5, 6
Gestión de calidad				3			2		
Fomento a la participación de los usuarios	1,2,7,5,6			1,3,5,6,8,9	1,3,5,6,7,8,9	1,3,5,6,8,9	1,2,3,5,6,7,8,9	4	1,2,3,5,6,7,8,9
Formación	1,2,4,5,6,7,8,9			1,2,3,4,5,6,7,8,9	1,2,3,4,5,6,7,8,9	1,2,3,4,6,7,9	1,2,3,4,6,7,9		1,2,3,4,6,7,9
Investigaciones	2,3				2	1,4,6			
Proyección Social (proyecto)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	2, 3		1, 5, 9	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Gestión Administrativa y Recursos físicos	4,5,7,10			3,4,8	3, 4	8,9	1,2,7,9,10,11	6,9	
Gestión de Bienestar	1,2			2	2		1,2,3,4		1,2,3,4
Comunicación y divulgación	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9			2, 4, 5	2, 5	1, 2, 3, 6, 7, 9			4, 5 y 8
Gestión Humana	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	5, 6, 8, 10	5, 10	1, 2, 7, 8, 9, 10	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 4, 5, 7, 9, 10	1, 2, 4, 10	3	1, 2, 6, 7, 8, 10
Gestión financiera	1,3,8,10,9			5,8,9,10,11	5,8,10,11	5,7	5,7	4	
Admisiones	1,3			1,2	1,2	1,2,3,	1,2,3,6,8,9	7	1,2,3,4,6,9
Gestión documental	1, 2, 4	3	3	2, 3, 5	2, 5	1, 2, 3, 4, 5	1, 2, 4, 5		1, 2, 5
Gestión Jurídica	1			3,4	3,4	3,4	1,2,3,4		1,2,3,4
Gestión de las Tic´s	2,4,5,7			1,3,7	3,7	4,5	1,2		
Gestión de Recursos Bibliográficos	1, 3, 5, 6, 7, 8			3, 4, 5, 8	2, 3, 4, 7, 8	1, 3, 4, 7	2, 3, 4, 7		1, 2, 3, 4, 7
Autoevaluación				2	2		2		

Nota: Los numeros que se relacionan al interior de las columnas de hallazgos corresponden al número de riesgo descrito en cada una de las matrices de cada proceso.