



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

INFORME No. 101.4.2.09-2017

AUDITORÍA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:

FECHA: : Del 13 de marzo al 5 de mayo de 2017

ELABORADO POR : Cindy Marcela Hernández Pedraza
Auditor Oficina de Control Interno

Hernán Felipe Orozco Salgado
Auditor Oficina de Control Interno

RESPONSABLES DE PROCESO : Gabriel Hernando Pinzón Gutiérrez
Jefe Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo
Representante de la Dirección para la
implementación, mantenimiento y mejora continua
del SISGECC, Resolución 238 de 2013

Andrei López Charry
Contratista responsable del Proceso Gestión de
Calidad.

METODOLOGÍA UTILIZADA : Entrevista con responsables y equipos de trabajo,
evaluación técnica de los controles y revisión
documental de los mismos.

1. OBJETIVO GENERAL

Llevar a cabo una evaluación independiente al Componente de Administración del Riesgo en todos los procesos de la Universidad, validando el cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo definida por la alta dirección y los lineamientos definidos en la Guía Metodológica para la Administración del Riesgo (Código: EGCGS-03).



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar seguimiento a todos los mapas de riesgo de la Universidad.
- Evaluar la metodología empleada para la construcción y monitoreo de cada uno de los mapas de riesgo.
- Verificar la valoración y efectividad de los controles, así como su existencia y funcionamiento en cada proceso.
- Indagar en los procesos el nivel de conocimiento y aplicación de las fases metodológicas en los mapas de riesgos, acorde a la Guía institucional.
- Entregar un informe a la alta dirección, que permita fortalecer la Administración del Riesgo en la Universidad.

3. ALCANCE

La auditoría se centró en la revisión de los mapas de riesgo de los diecisiete (17) procesos de la Universidad, validando la metodología aplicada para su construcción y el monitoreo adelantado en cada área, acorde a la versión 3 de la Guía para la Administración del Riesgo institucional.

4. METODOLOGÍA

Para el logro de los objetivos propuestos, la Oficina de Control Interno realizó una auditoría en cada uno de los procesos, teniendo como base para el análisis, entre otras actividades, las siguientes:

- Entrevistas con los responsables de cada proceso y encargado del mapa de riesgos.
- Verificación de la aplicación de cada una de las etapas tenidas en cuenta para la construcción de los mapas de riesgo.
- Valoración técnica de los controles, a efectos de verificar la efectividad de los mismos y la calificación del riesgo inherente en cada caso.
- Revisión de las acciones de tratamiento propuestas y su articulación con el plan de mejoramiento del proceso.

El plan de auditoría fue socializado con el Jefe de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, Dr. Gabriel Hernando Pinzón Gutiérrez y el contratista del Sistema de Gestión de Calidad, Sr. Andrei López Charry el día 8 de marzo de 2017; así mismo, se informó la auditoría a todos los procesos de la Universidad mediante memorando 20171010012453 del 7 de marzo de 2017.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

Como evidencia de la auditoría realizada, en cada uno de los procesos el auditor suscribió conjuntamente con el líder del área el papel de trabajo aplicado, en el cual, se incluyeron las observaciones y recomendaciones de manera particular resultantes del trabajo de evaluación.

5. TRABAJO DE CAMPO

De acuerdo al cronograma de actividades establecido en el plan de auditoría, se evaluó la administración del riesgo en diecisiete procesos de la Universidad, verificando el nivel de conocimiento y aplicación de las fases metodológicas en la construcción del mapa de riesgos, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

5.1 AVANCES LOGRADOS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LA UNIVERSIDAD.

Dentro de la revisión efectuada al diseño y despliegue de la metodología para la administración del riesgo en los procesos, el equipo de auditoría tomó como referencia para la evaluación, el informe 101.4.2-05-2014 "Auditoría a la administración del riesgo en la Universidad..." emitido en la vigencia 2014, en el cual quedaron consignadas observaciones, hallazgos y recomendaciones que fueron revisadas en el presente trabajo, teniendo como resultado los siguientes avances:

- a. Se actualizó la GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Código EGCGS-03 en versión 3, en el mes de abril de 2016, con base en Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP-, emitida en diciembre de 2014.
- b. Se incluyó en la Guía la Política para la Administración del Riesgo actualizada por la alta dirección de la Universidad en la vigencia 2016.
- c. Se estableció como registro, anexo al mapa de riesgos, el contexto estratégico.
- d. Se actualizó el formato de mapa de riesgos, en el cual se habilitó la columna "causas" y "consecuencias".
- e. Se precisaron algunos conceptos incluidos dentro de la metodología institucional



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

5.2. OBSERVACIONES:

Desde la Guía Metodológica para la Administración del Riesgo UNICOLMAYOR

- 5.2.1. Revisados los "Rangos de calificación de los controles" (pag.19), se indica que para disminuir los cuadrantes o reducir la criticidad del riesgo, en el caso de valorar un control de probabilidad, se debe avanzar hacia abajo en la matriz de evaluación de riesgos, lo cual es incorrecto teniendo en cuenta que los niveles de probabilidad del riesgo en la matriz disminuyen si se avanza hacia arriba, orientación que puede generar confusión al momento de establecer el riesgo residual¹ de un evento.
- 5.2.2. En cuanto a la fase de valoración del riesgo (pag.16) la Guía ofrece un cuadro en el cual se menciona el "TIPO DE RIESGO" al que pertenecen los controles, aspecto que metodológicamente debe ajustarse, primero, porque no están mencionados todos los tipos de riesgos que se definieron en la Página 11 de la Guía, segundo, porque los controles mencionados pueden servir no solamente para el tipo de riesgo operativo como se orienta en el cuadro, si no que aquí también un control puede servir para un riesgo estratégico, financiero, tecnológico o de corrupción y, tercero, porque el cuadro combina tipos de riesgos con la naturaleza del control (probabilidad o de impacto).
- 5.2.3. **Establecimiento de frecuencias de monitoreo:** En la evaluación anual que realiza el DAFP al nivel de madurez del Modelo Estándar de Control Interno MECI de la Universidad, se mide si la Política de Administración del Riesgo institucional tiene establecida la periodicidad del monitoreo a los niveles de riesgo residual por parte de cada dueño de proceso, aspecto que al no tenerse establecido actualmente en la Guía Metodológica, viene siendo calificado negativamente, por lo cual se recomienda incluir este aspecto en el documento mencionado.

Desde la asesoría metodológica a los procesos para la actualización de los mapas de riesgos

- 5.2.4. Durante la auditoría realizada al mapa de riesgo del Proceso Gestión de Calidad, se evidenció desconocimiento en cuanto a la adecuada valoración

¹ Riesgo residual: Es el nivel de riesgo que permanece después de valorar la efectividad de los controles.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

de los controles, de acuerdo al cuadro orientador que pondera de manera objetiva los mismos y determina el desplazamiento del riesgo dentro de la matriz de calificación (pag.18).

Sobre este aspecto, se tuvo conocimiento que el líder del proceso evaluó en conjunto y con la misma ponderación los controles de cada riesgo, y no de manera individual como es metodológicamente correcto, situación que no permite conocer el nivel de riesgo residual real de cada evento identificado en el proceso.

Como consecuencia de lo anterior, en la asesoría realizada por parte del SISGECC a algunas áreas de la Universidad, se orientó este aspecto de forma inadecuada, generando que los riesgos residuales no estuvieran establecidos correctamente como es el caso del proceso Direccionamiento estratégico, Fomento a la Participación de los usuarios, Gestión de las TIC, Admisiones Registro y Control y Gestión jurídica.

5.2.5. Se identificaron algunos casos en los cuales los mapas de riesgos, que son verificados desde el punto de vista metodológico por el Proceso Gestión de Calidad antes de su publicación, contienen errores que afectan la lectura en la valoración de los riesgos y, en otros casos, la cronología del documento, así:

- a. Proceso Fomento a la Participación de los Usuarios y proceso Gestión de Bienestar: La calificación del riesgo residual es incorrecta, teniendo en cuenta que el nivel de impacto para un riesgo de corrupción no puede ser 1 (Insignificante), ya que en la metodología está establecido que los impactos son: Moderado, mayor y catastrófico. Adicionalmente, en el proceso Fomento a la Participación de los Usuarios se observa que el nivel del impacto aumentó después de aplicados los controles, de 2 a 4, lo cual es metodológicamente incorrecto, dado que la criticidad de los riesgos no sube cuando se aplican controles.
- b. Proceso Comunicación y Divulgación: La calificación del riesgo residual No. 4 es incorrecta, teniendo en cuenta que una probabilidad 4 e impacto 2, da como resultado una zona ALTA y no MODERADA como está en el mapa de riesgo publicado en ISODOC.
- c. Teniendo en cuenta que la "Matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos", maneja una colorimetría diferente para cada nivel de riesgo (verde, amarillo, naranja y rojo), se observa que en el formato de mapa de riesgos de los procesos se emplea para los niveles ALTO y EXTREMO el mismo color (rojo).



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

- d. El mapa de riesgos del proceso Gestión de Recursos Bibliográficos y Educativos tiene dos fechas de actualización diferente, el contexto estratégico abril de 2017 y el mapa de riesgos abril de 2016.

- 5.2.6. En la evaluación de los mapas de riesgo a los procesos se sigue identificando en algunos casos, el desconocimiento de la Política, terminología y metodología requerida para la gestión de los riesgos de la institución, aspecto que se recomienda fortalecer generando más espacios de capacitación a los funcionarios, docentes y administrativos para la aplicación y entendimiento de la Guía, así como el estableciendo de actividades de monitoreo periódico a los mapas de riesgos, las cuales permitan en el año concentrar a los equipos de trabajo de las diferentes áreas en la revisión, actualización y asimilación de la metodología respectiva.

Desde la gestión adelantada por los líderes de proceso para el autocontrol de los mapas de riesgos

- 5.2.7. **Falta articulación del mapa de riesgos con el plan de mejoramiento:** Se evidenció en algunos procesos que las acciones de tratamiento definidas en los mapas de riesgos, no fueron incluidas en el plan de mejoramiento respectivo, lo que no permite garantizar en algunos casos el tiempo de ejecución, responsabilidad y cumplimiento de las acciones para mitigar la ocurrencia del riesgo dentro del área. (Ver tabla No. 1)

Por otra parte, en algunos casos se incluyeron los controles existentes del mapa de riesgos en el plan de mejoramiento y no las acciones de tratamiento, como es el caso del proceso Gestión jurídica y Gestión de Recursos Bibliográficos y Educativos. Sobre este punto, se recomendará unificar criterios dentro de la Guía Institucional, para que exista claridad sobre la forma como deben ir las acciones de tratamiento formuladas en el plan de mejoramiento.

- 5.2.8. **Redundancia de controles:** Se identificó que en algunos mapas de riesgos, los controles que permiten mitigar la ocurrencia del evento se repiten, lo cual afecta la calificación del riesgo residual al sobrestimar los mecanismos de control interno que efectivamente tiene implementados el área. (Ver tabla No. 1)

- 5.2.9. **Calificación del riesgo inherente incorrecta:** Al analizar la calificación de probabilidad e impacto para definir el riesgo inherente, se evidenció que, si bien se tuvo en cuenta las tablas establecidas en la Guía metodológica, éstas no se emplearon adecuadamente para definir el impacto que realmente



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

puede llegar a ocasionar el evento, así como la frecuencia con que se ha presentado en los últimos años el mismo, situación que puede estar ocasionando una calificación del riesgo inherente incorrecta. (Ver tabla No. 1)

5.2.10. **Valoración inadecuada de controles:** Verificada la evidencia relacionada con las preguntas (criterios) establecidas para evaluar los controles, se identificó que algunos procesos ponderaron de manera incorrecta los mismos, por ende la calificación del riesgo residual igualmente fue inadecuada. (Ver tabla No. 1)

5.2.11. **Controles de impacto que son de probabilidad y viceversa:** Verificada la evaluación de los controles establecidos por los procesos para disminuir o mitigar la criticidad del riesgo, se observó que en algunos casos se calificó incorrectamente los mismos, situación generada por cuanto controles cuya naturaleza son de probabilidad fueron valorados como controles de impacto y viceversa, aspecto que afectó directamente la calificación del riesgo residual. (Ver tabla No. 1)

6. HALLAZGOS:

6.1. **Riesgos de corrupción:** Se evidenció que persiste la situación expuesta en el hallazgo No. 10 del Informe de Auditoría 101.4.2-05-2014 sobre la Administración del riesgo emitido por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2014, cuando se menciona: "...se encontró que en la institución se homologó de forma incorrecta la...metodología de los riesgos de corrupción con la forma en la cual se definen los riesgos establecidos por la metodología DAFP...", lo cual ocasiona que "...al no tener diferenciadas o unificadas en forma correcta las dos metodologías para la construcción de este tipo de 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".

Lo anterior ocurre por cuanto la Guía Metodológica para la Administración del Riesgo Institucional actualizada en la vigencia 2016, si bien incluyó ajustes relacionados con los riesgos de corrupción, no tuvo en cuenta el "Formato para determinar el Impacto" del riesgo inherente establecido de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría de Transparencia, ocasionando de esta forma riesgos mal calificados. (Ver tabla No. 1)

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que el cuadro que ubica la zona de un riesgo de corrupción una vez ha sido calificado, es diferente en la metodología prevista por la Secretaría de Transparencia de la establecida por



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

el DAFP, lo cual hace necesario que ésta diferenciación se establezca en la Guía institucional, con el fin de orientar adecuadamente a los procesos en la evaluación correcta de los eventos que pueden originarse en hechos de corrupción.

- 6.2. Demora en la implementación de mejoras.** Se observa que los tiempos de respuesta para llevar a cabo los ajustes al proceso de Administración del Riesgo en la Universidad, derivados del ejercicio de evaluación independiente que adelanta la Oficina de Control Interno, en lo que respecta a las modificaciones de la Guía Metodológica para la Administración del Riesgo Institucional y las que corresponden a cada proceso, son muy prolongados; aspecto evidenciado en el tiempo transcurrido desde la expedición del Informe de Auditoría 101.4.2-05-2014 en el mes de junio de 2014 y la actualización llevada a cabo a la Guía institucional en el mes de abril de 2016; situación igualmente evidenciada en la actualización de los mapas de riesgos, proceso que empezó a realizarse solo hasta el segundo semestre de la vigencia 2016 y primer semestre del 2017, aspecto que incumple entre otras normativas, el literal g artículo 4 de la Ley 87 de 1993 que establece la obligatoriedad de: "*aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno*".

- 6.3.** De acuerdo con lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, "*cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otros requerimientos, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad...*" (negrilla nuestra) que deberá estar publicado en la página web a más tardar el 31 de enero de cada año. Al respecto, no se evidenció la existencia del mapa en mención en la página web de la Universidad ni en la plataforma ISODOC.

Sobre este aspecto, es importante señalar que pese a que el documento: ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, establece como fecha límite para publicar el mapa de riesgos de corrupción el 31 de enero de cada año, la Universidad en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, estableció que la publicación se realizaría el 30 de abril de 2017, aspecto que a la fecha no se le ha dado cumplimiento.

- 6.4. Mapas de riesgos desactualizados:** No se encuentra actualizado el mapa de riesgos de los procesos de Formación, Proyección Social, Gestión Humana y Gestión Documental, los cuales tienen como última fecha de actualización el año 2014; para el caso del Proceso de Proyección Social la última



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

actualización se efectuó hace más de 6 años (en el 2010) lo cual incumple lo establecido en las consideraciones generales de la Guía metodológica para la administración del riesgo, que establece las obligaciones de los responsables de cada uno de los procesos del SISGECC, entre las cuales se encuentran:

"Adelantar el diseño, levantamiento y actualización del mapa de riesgo y la implementación del modelo de la Administración del Riesgo en el proceso y/o dependencia bajo su responsabilidad".

Por su parte, el Decreto 943 de 2014 que actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), establece en el artículo 2 lo siguiente:

*"Artículo 2º. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas que hacen parte del campo de aplicación del presente decreto, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los **jefes de cada dependencia** de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad."*

Con base en lo anterior, se evidencia que las acciones de mejoramiento derivadas del informe de auditoría No. 101.4.2-05-2014 emitido por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2014, no fueron ejecutadas de acuerdo a lo establecido en los respectivos planes de mejoramiento de las áreas mencionadas, lo que genera que a la fecha de la auditoría el nivel de desactualización de los mapas de riesgos sea el siguiente:

VIGENCIA DE LOS MAPAS DE RIESGOS ACTUALMENTE

2010	2014	2016	2017	Total procesos
1	3	8	5	17

- 6.5. Se evidencia que persiste la situación expuesta en el hallazgo No. 5 del Informe de Auditoría a la Administración del riesgo No. 101.4.2-05-2014 de la Oficina de Control Interno, donde se indica: *"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"*.
- 6.6. **Informes de gestión:** No se evidenció en ninguno de los procesos evaluados, el cumplimiento a la disposición establecida para los responsables de cada uno



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

de los procesos del SISGECC, que indica: "Monitorear y consolidar informes periódicos de gestión sobre el manejo y evolución de los riesgos de su proceso", sobre este punto se recomienda determinar dentro de la Guía Metodológica de la institución, frecuencias de reporte de los informes y las instancias a las que se rinden los mismos.

- 6.7. Verificadas las acciones de tratamiento establecidas en los mapas de riesgos vigentes a la fecha de la auditoría, actualizados con corte al año 2010, 2014, 2016 y 2017 respectivamente en cada proceso, se evidenció que algunas no fueron ejecutadas como se formularon, aspecto que incumple, entre otras normativas, el numeral 1.3 Componente Administración del Riesgo del Modelo Estándar de Control Interno (MECI 2014), el literal f y g del numeral 4.1 Requisitos del sistema de gestión de calidad y numeral 8.5.3 Acción preventiva de la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública (NTCGP 1000:2009) y el artículo 32 de Acuerdo 035 de 2008 que establece:

"ARTICULO 32: RESPONSABILIDAD DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y DEMAS SERVIDORES PUBLICOS EN LA UNIVERSIDAD. La comunidad Universitaria y demás servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas en la Universidad, son responsables de la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; **por la supervisión continua a la eficacia de los controles integrados...**"

7. RECOMENDACIONES:

- 7.1. Se fortalezcan las actividades de asesoría con los líderes de proceso y sus equipos de trabajo para el entendimiento y aplicación correcta de las fases metodológicas para la administración del riesgo.
- 7.2. Incluir las acciones de tratamiento de los riesgos en el plan de mejoramiento de cada proceso, de esta forma asegurar no solamente lo que debe hacerse para mitigar los eventos no deseados en cada área, sino también cómo se ejecutarán las medidas previstas, cuáles serán los tiempos, quienes serán los responsables y qué entregables se tendrán en cada caso.
- 7.3. Llevar a cabo un trabajo de actualización de la Guía Metodológica para la Administración del Riesgo de la Universidad, en la cual se incluyan los aspectos de mejora identificados en la presente auditoría, como son: ajuste en la metodología para valorar los riesgos y controles de corrupción acorde a lo dispuesto por la Secretaría de Transparencia, establecimiento de fechas para el seguimiento de los mapas de riesgos e informes mencionados en la Guía actual,



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

ajustes en los cuadros orientadores, articular las acciones de tratamiento entre el mapa de riesgos y el plan de mejoramiento definiendo los criterios para su debido manejo y la información que debe ir de un instrumento al otro, entre otros.

- 7.4. En el momento de definir las acciones de tratamiento en los mapas de riesgo y posteriormente en los planes de mejoramiento de cada proceso, se recomienda especificar claramente cada una de estas, no solamente desde el punto de vista cualitativo sino también cuantitativamente, aspecto de significativa importancia para el autocontrol en la ejecución de dichas acciones por parte del responsable del área y para las instancias de evaluación y control que realizarán posteriormente el seguimiento a la eficacia y efectividad de las mismas.
- 7.5. Diseñar controles de impacto en el evento que los existentes dentro del proceso sean de probabilidad y no permitan reducir más la criticidad del riesgo hasta una zona de aceptación.
- 7.6. Revisar los lineamientos establecidos en la Administración del riesgo institucional con el fin de aumentar las frecuencias de actualización de los mapas de riesgos en los procesos, por lo menos una vez al año, de tal forma que se identifiquen eventos negativos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso y la institución, y se les dé oportunamente el adecuado tratamiento para evitar su materialización.
- 7.7. Cuando se incluyan en el mapa de riesgos de un proceso, controles que pertenezcan a otra área, se debe tener conocimiento completo sobre el manejo de los mismos, con el fin de poder realizar una adecuada valoración del control.
- 7.8. Para la publicación del mapa de riesgos en la plataforma ISODOC, se recomienda dejar la fecha en que efectivamente se oficializa el documento a través de la herramienta. Lo anterior, por cuanto se observó que en el proceso Direccionamiento Estratégico el mapa de riesgos fue actualizado en el año 2017 y quedó en el documento la fecha de diciembre de 2016.

8. CONCLUSIÓN:

Llevada a cabo la evaluación a los 17 mapas de riesgos de los procesos institucionales, se concluye que la Universidad:

- a. Cuenta con una Guía metodológica para la implementación de las fases requeridas en la administración de los riesgos institucionales, la cual debe ser fortalecida con base en las oportunidades de mejora resultantes de la presente auditoría y las que surjan como ejercicio de autorregulación institucional.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA

- b. Los mapas de riesgos de algunos de los procesos evaluados, no están realizando el seguimiento requerido para prevenir la materialización de eventos no deseados en las áreas.

Funcionario auditor:

CINDY MARCELA HERNÁNDEZ PEDRAZA
Auditor Oficina de Control Interno

HERNÁN FELIPE OROZCO SALGADO
Auditor Oficina de Control Interno

Revisó, analizó y aprobó

HÉCTOR ENRIQUE LEÓN OSPINA
Jefe Oficina de Control Interno

Anexos:

TABLA No. 1: Resumen complementario a los hallazgos y observaciones de auditoría.

TABLA No. 1: Resumen complementario a los hallazgos y observaciones de auditoría.

PROCESO	HALLAZGOS Y OBSERVACIONES IDENTIFICADOS EN LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE REALIZADA A LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO						
	Falta articulación del mapa de riesgos con el plan de mejoramiento	Redundancia de controles	Calificación Inherente Incorrecta	Controles de Impacto que son de Probabilidad y viceversa	Valoración inadecuada de los controles	Acciones de Tratamiento Imprecisas	Riesgos de Corrupción mal Calificados
Direccionamiento Estratégico	4	2,3		4	1,2,4	1,2,4	
Gestión de Calidad					1,2,3		
Fomento a la Participación de los Usuarios	1,3,4,5	2	2,3,4		3,4,5	1,5	2
Formación	Mapa de riesgos no actualizado						
Investigación	1,2,3		1		1	1	
Proyección Social	Mapa de riesgos no actualizado						
Gestión Administrativa y Recursos Físicos	4,5				5	1,2,5	3
Gestión de Bienestar		2,3			3	2	3
Comunicación y Divulgación	1,2,4			2,3	2,3,4	3	
Gestión Humana	Mapa de riesgos no actualizado						
Gestión Financiera		4	1	3,8	3,8,9		1,2
Admisiones	5	1,2,3,4		3	3	5	
Gestión Documental	Mapa de riesgos no actualizado						
Gestión Jurídica		3			1,2,3		
Gestión de las TIC's		2			1,2,3,4,5,6	6	
Gestión de Recursos Bibliográficos y Educativos		6	2	2	2,5,6		
Autoevaluación	1				1	1	

Nota: Los números que se relacionan al interior de las columnas, corresponden al número de riesgo descrito en cada mapa.