UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA CONTROL INTERNO

INFORME AUDITORÍA INTERNA

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	11	Mes:	12	Año:	2020

	01.4.2.43.2020
Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Stella Márquez Verbel, Jefe Oficina Planeación, Sistemas y Desarrollo
Objetivos de la Auditoría:	GENERAL Realizar aseguramiento al componente de administración del riesgo del sistema de control interno de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, con el fin de establecer el grado de cumplimiento metodológico institucional y el marco normativo general aplicable. ESPECÍFICOS 1. Establecer el grado de aplicación, apropiación y comprensión de la política de administración del riesgo de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. 2. Verificar metodológicamente el diseño de los mapas de riesgo de los procesos de la cadena de valor de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca frente a la identificación y tratamiento de los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital. 3. Hacer la evaluación a la aplicación de controles cuyo diseño esté metodológicamente correcto. 4. Evaluar metodológicamente la estructura de las acciones de tratamiento del riesgo y su grado de cumplimiento e implementación. 5. Evaluar metodológicamente la efectividad de los procesos de autocontrol frente a la gestión de riesgo institucional.
Alcance de la Auditoría:	El alcance de la auditoría está enmarcado en la revisión de los mapas de riesgos de: 4 procesos estratégicos, 3 procesos misionales y 10 procesos de apoyo de la cadena de valor de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca para el período comprendido entre el 1 de julio de 2019, mes en cual entró en vigencia la Guía de Administración del Riesgo Institucional, documento publicado en el aplicativo ISODOC como: "GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO" identificada con código EGCGS-03, versión 6. El proceso de Seguimiento y Evaluación Independiente no será incluido en la evaluación de la gestión de riesgos en atención a que el responsable de dicho proceso es la Oficina de Control Interno, generándose así un conflicto de interés que afecta la independencia y objetividad del ejercicio de aseguramiento.
Criterios de la Auditoría:	Marco Normativo - Ley 87 de 1993 “Por la cual establecen normas para el establecimiento del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. - Modelo Estándar de Control Interno MECI Marcos metodológicos • Del orden nacional: La guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades

	públicas - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) (versión 4 – octubre de 2018). • De orden institucional "Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" identificada con código EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 publicada en el aplicativo ISODOC.

Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre					
Día	05	**Mes**	11	**Año**	2020	**Desde**	13/10/20 D / M / A	**Hasta**	30/ 11/ 20 D / M / A	Día	21	Mes	12	Año	2020

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
Francisco Javier Romero Quintero	Irma Yurani Campos Tambo

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS/ RESULTADOS DE LA AUDITORÍA / RECOMENDACIONES

1. TRABAJO DE CAMPO

De conformidad con el rol de evaluación y seguimiento que realiza la Oficina de Control Interno y en cumplimiento de lo programado en el Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2020, se procedió a adelantar el ejercicio de aseguramiento relacionado con establecer el grado de cumplimiento que tiene la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca respecto al componente de evaluación del riesgo del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, esto en atención a que la Universidad, a la fecha de la auditoría, no ha formalizado la adopción de un Modelo Integrado de Planeación y Gestión, siendo necesario para la Oficina tomar como criterios los marcos generales de sistema de control interno y MECI para su verificación.

Para el desarrollo de la evaluación, la Oficina de Control Interno tuvo en consideración los criterios de auditoría identificados en el presente informe, los cuales fueron validados con los responsables de proceso de la cadena de valor de la Universidad, siguiendo para ello los aspectos metodológicos consignados en el Plan de Trabajo VEIFO-09 que fue presentado y aprobado en la reunión de apertura.

Como resultado de la validación, a continuación se presentan los resultados del ejercicio auditor:

1.1 Desarrollo de la metodología propuesta.

Con base en el objetivo general y los específicos de la auditoría, la Oficina de Control Interno procedió metodológicamente de la siguiente manera:

- ✓ En la fase de preparación de la auditoría y con base en la revisión preliminar documental frente a la vigencia de los mapas de riesgo por proceso publicados en el aplicativo ISODOC, la Oficina de Control Interno logró establecer que la desactualización de los mapas de riesgo a nivel institucional era del 53%, tomando así la decisión de introducir en el ejercicio de aseguramiento, con base en el rol de enfoque a la prevención, el diseño de unas ayudas audiovisuales con los aspectos metodológicos que contiene la guía de administración del riesgo institucional, adicionando un pequeño enfoque hacia el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que está programado implementarse en el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2025, con el fin de contribuir a dar claridad e interiorizar los conceptos asociados a la gestión de riesgos

por parte de los responsables de proceso y coadyuvar al proceso de Direccionamiento Estratégico de cara a tener en un menor tiempo el ajuste de los mapas de riesgo, posterior a la visita de evaluación.

- ✓ De igual manera y en atención a que a la fecha de auditoría la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca continuaba en metodología de trabajo en casa con ocasión de la pandemia del COVID - 19, la Oficina de Control Interno programó y ejecutó visitas remotas, con apoyo de la aplicación Google Meet, a los responsables de procesos de la cadena de valor de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca de conformidad con el siguiente cronograma el cual contiene las fechas efectivas en las cuales se realizaron los encuentros sincrónicos y que fueron documentados mediante actas de reunión en el formato AGDFO-17 - acta de reunión y cuyas grabaciones son el soporte de asistencia de cada una de ellas, quedando el repositorio en el correo de la oficina de control interno cinterno@unicolmayor.edu.co.

Tabla 1. Cronograma de visitas sincrónicas auditoría gestión de riesgo Unicolmayor.

No.	PROCESO	ÁREA RESPONSABLE DE PROCESO	FECHA DE VISITA	HORA DE VISITA
1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	10/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
2	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	10/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
3	MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONAL	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	10/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
4	GESTIÓN DE CALIDAD	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	24/11/2020	9:00 a.m. - 12:00 m
5	FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS	SECRETARÍA GENERAL	24/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
6	AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	OFICINA DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	13/11/2020	2:00 p.m. - 5:00 p.m
7	FORMACIÓN	VICERRECTORÍA ACADÉMICA Y DECANATURAS	17/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
8	INVESTIGACIÓN	OFICINA DE INVESTIGACIONES	19/11/2020	2:00 p.m. - 5:00 p.m
9	PROYECCIÓN SOCIAL	OFICINA PROYECCIÓN SOCIAL	18/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
10	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y RECURSOS FÍSICOS	DIVISIÓN SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y RECURSOS FÍSICOS	24/11/2020	2:00 p.m. - 5:00 p.m
11	GESTIÓN DE BIENESTAR	DIVISIÓN MEDIO UNIVERSITARIO	19/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
12	COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN	DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	23/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
13	GESTIÓN HUMANA	DIVISIÓN RECUROS HUMANOS	20/11/2020	2:00 p.m. - 5:00 p.m
14	GESTIÓN FINANCIERA	DIVISIÓN FINANCIERA	19/11/2020	2:00 p.m. - 5:00 p.m
15	ADMISIONES	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL	23/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
16	GESTIÓN DOCUMENTAL	SECRETARÍA GENERAL	20/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
17	GESTIÓN JURÍDICA	OFICINA JURÍDICA	23/11/2020	2:00 p.m. - 5:00 p.m
18	GESTIÓN DE LAS TIC	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	20/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m
19	GESTIÓN RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y EDUCATIVOS	BIBLIOTECA Y RECURSOS EDUCATIVOS	13/11/2020	8:00 a.m. - 12:00 m

Fuente: Elaboración propia

2. PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS.

Con el fin de evidenciar las observaciones del proceso de aseguramiento, la Oficina de Control Interno mostrará el siguiente esquema basado en los elementos del componente de evaluación del riesgo del MECI guardando la estructura que tiene la “Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" identificada con código EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 publicada en el aplicativo ISODOC:

2.1 Revisión Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" código EGCGS-03, versión 6 Unicolmayor
2.2 Política de Administración del Riesgo Unicolmayor.
2.3 Identificación de riesgos institucionales.

2.4 Valoración y tratamiento de los riesgos institucionales.

2.1 Revisión Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" código EGCGS-03, versión 6 Unicolmayor

Estudiada la estructura de la Guía Metodológica para la Administración del Riesgo de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca se pudo evidenciar que:

2.1.1. En el capítulo ***5.3 Identificación de Riesgos***, se estableció la clasificación de riesgo entre los cuales el responsable del proceso deberá escoger a fin de dar tratamiento: estratégicos, operativos, financieros, tecnológicos, cumplimiento, corrupción, imagen o reputacional y de seguridad digital, frente a esta tipología descrita se evidenció que, al ser la Guía Institucional una adaptación del marco nacional emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, la metodología institucional no cuenta con un despliegue metodológico para los riesgos de tratamiento especial como lo son los riesgos de seguridad digital, que en el marco nacional está consignado su identificación y valoración en el Anexo 4. Al indagar sobre el particular al líder implementador de la metodología, Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo - OPSD, se informó que la Universidad se encuentra trabajando en la organización de la estrategia de gestión documental y de TIC para poder dar inicio a la identificación y tratamiento de este tipo de riesgos. Esta claridad de excepción no se encuentra consignada en la parte considerativa de la Guía Institucional y, durante las visitas de evaluación realizadas por la OCI, no se evidenció esta claridad en los responsables de proceso a quienes en la parte de identificación de contexto (formato EGCFO-10) se solicitó la identificación de “activos de seguridad digital” en donde se registraron datos que no fueron verificados, ni tenidos en cuenta por la oficina implementadora a la hora de asesorar la construcción de los mapas de riesgo.

2.1.2 De igual manera se evidenció que en la metodología institucional para la gestión del riesgo, no ha generado una estructura para los siguientes documentos a que hace referencia la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019:

- ✓ **Planes de Contingencia**: De conformidad con el numeral ***5.4 – Análisis de riesgos***, el cual deberá ser diligenciado cuando el riesgo inherente sea calificado con un rango extremo.
- ✓ **Planes de Acción**: De conformidad con el numeral ***5.5.1.2. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos,*** este plan deberá ser diligenciado por los responsables de proceso cuyo valor de evaluación de diseño de controles de controles sea inferior al 96% de conformidad con el rango del 100% que deben tener par su evaluación de solidez.

Lo anterior genera un **hallazgo** al criterio metodológico institucional ya que estos instrumentos permiten a los procesos mantener documentada la gestión a seguir en caso de materialización de los riesgos con alto impacto institucional y evidencia la gestión de madurez del componente de evaluación del riesgo con el tiempo frente al diseño de controles de cara a medir su efectividad desde el punto de vista de autocontrol y monitoreo.

2.1.3 Finalmente, se observó que en la parte considerativa de la Guía de Administración del Riesgo Institucional - EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 publicada en el aplicativo ISODOC, la cual expresa estar basada en la Guía de Administración del Riesgo guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) (versión 4 – octubre de 2018), no contempla actividades de responsabilidad específicas para la línea

estratégica de la Universidad, siendo recomendable ingresar dichos lineamientos para que las instancias funcionales que conforman la alta dirección (línea estratégica) documenten el rol de responsabilidad que tienen frente al contexto, experiencia y compromiso en la gestión de riesgo institucional.

2.2 Política de Administración del Riesgo Unicolmayor.

La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca definió su política de administración del riesgo, la cual está plasmada en la "Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" identificada con código EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 publicada en el aplicativo ISODOC así:

> *"La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, consciente que en el desarrollo de las actividades de todos sus procesos existen riesgos, se compromete a adoptar los mecanismos de control necesarios para la gestión integral, prevención y mitigación de los mismos. Para ello, implementa un sistema de administración de riesgo que tiene como objetivo fortalecer la efectividad estratégica y operativa de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación, a través de la identificación, análisis, valoración, control, monitoreo y actualización de los riesgos presentes en el desarrollo del direccionamiento estratégico de la entidad y en el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos en el Plan de Desarrollo Institucional.*
>
> *Para el desarrollo de la Política se tendrán en cuenta las siguientes estrategias:*
>
> *- La Guía para la Administración del Riesgo Institucional, la cual ha sido construida con base en la Guía del departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), documento que contiene lineamientos para la identificación, tratamiento, manejo y seguimiento de los riesgos.*
> *- Establecimiento de criterios metodológicos para evaluar la criticidad de los riesgos a partir de la valoración de la probabilidad y el impacto de los mismos en los procesos, así como los niveles de aceptación o tolerancia y su forma de manejo.*
> *- Definición de acciones dirigidas a reducir, evitar, transferir o compartir el riesgo con base en la evaluación.*
> *- Los controles y las acciones contenidas en el plan de manejo deben tener autocontrol por parte de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas en nombre de la institución; de supervisión permanente por parte del líder del proceso y evaluaciones independientes por parte de la Oficina de Control Interno a través del rol establecido frente a la Administración del riesgo."*

- ✓ En entrevista con el proceso de Direccionamiento Estratégico, responsable de la implementación del componente de administración del riesgo en la Universidad, se pudo establecer que política de administración del riesgo institucional no ha sido objeto de revisión por parte de la Alta Dirección (Comité Coordinador del Sistema de Control Interno) durante el último año, en atención a que en este escenario de dirección se socializan los aspectos relacionados directamente con el resultado de las auditorías internas de calidad que tienen un componente de revisión de riesgos integrado. Ahora bien, en análisis realizado por la Oficina de Control Interno frente al marco metodológico nacional - Guía de Administración del Riesgo guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) (versión 4 – octubre de 2018) se evidenció que la política de administración del riesgo de la universidad, al no haber sido objeto de revisión por la línea estratégica de la entidad, no puede garantizar que la política se encuentre alineada con el direccionamiento estratégico de la Universidad teniendo como evidencia de ello que en el mes de Octubre de 2019 mediante Acuerdo 029 del 9 de octubre de 2019 se realizó la aprobación de un nuevo referente estratégico institucional que actualizó la misión, visión, principios y objetivos, al igual que en el mes de mayo de 2020, mediante Acuerdo 04 de 2020 se realizó la aprobación del Plan de Desarrollo Institucional 2020-2025 generando así una observación ya que el direccionamiento estratégico de las entidades conforma uno de los elementos de contexto para la gestión de riesgos institucionales y es uno de los roles de responsabilidad de la Alta Dirección en el orden nacional lo que no permite garantizar que la gestión de riesgos se haga en un nivel aceptable en la entidad al no haber revisado los parámetros de

tolerancia para el mismo en los procesos de la cadena de valor. Lo anterior deberá darse tratamiento a través del plan de mejoramiento para posterior seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

- ✓ Ya en el trabajo de campo en entrevista remota con los responsables de proceso, la Oficina de Control Interno evidenció, en concordancia con los resultados obtenidos en el presente informe, que algunos de ellos no conocen en completitud la política de administración de riesgos institucional y expresaron que no fueron socializados sobre su por parte de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, lo que configura un **hallazgo** frente a la metodología interna - Guía de Administración del Riesgo Institucional - EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 publicada en el aplicativo ISODOC- en cuanto al rol de responsabilidad de dicha oficina en el sentido de "Fomentar la cultura de la Administración del riesgo en la Universidad, mediante estrategias de capacitación y sensibilización a los funcionarios de la Universidad". Lo anterior deberá darse tratamiento a través del plan de mejoramiento para posterior seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

2.3 Identificación de riesgos institucionales.

Para la evaluación de este punto, la Oficina de Control Interno realizó, desde la fase de planeación de la auditoría, una inspección a los mapas de riesgo institucionales en el aplicativo ISODOC, el cual es el repositorio de la documentación del sistema de gestión de calidad de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, evidenciando lo siguiente:

2.3.1 Mapas de Riesgo por proceso:

Tabla 2. Listado de mapas de riesgo por proceso

No.	CÓDIGO	NIVEL	PROCESO	VERSIÓN	VIGENTE DESDE	ESTADO
1	EDEMR-01	ESTRATEGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	5	2/05/2019	Desactualizado
2	EDEMR-02		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL	2	12/08/2018	Desactualizado
3	EDEMR-03		MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONAL	4	31/01/2020	Actualizado
4	EGCMR-01		GESTIÓN DE CALIDAD	6	10/08/2020	Actualizado
5	EFPMR-01		FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS	5	16/06/2020	Actualizado
6	EAAMR-01		AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	6	18/06/2020	Actualizado
7	MFMMR-01	MISIONAL	FORMACIÓN	4	14/05/2017	Desactualizado
8	MIMMR-01		INVESTIGACIÓN	5	11/08/2020	Actualizado
9	MPMMR-01		PROYECCIÓN SOCIAL	3	31/07/2018	Desactualizado
No.	**CÓDIGO**	**NIVEL**	**PROCESO**	**VERSIÓN**	**VIGENTE DESDE**	**ESTADO**
10	AGAMR-01	APOYO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y RECURSOS FÍSICOS	6	9/05/2019	Desactualizado

11	AGBMR-01		GESTIÓN DE BIENESTAR	5	9/09/2020	Actualizado
12	ACPMR-01		COMUNICACIÓN Y DIVULGA-CIÓN	3	31/03/2017	Desactualizado
13	AGHMR-01		GESTIÓN HUMANA	4	12/12/2017	Desactualizado
14	AGFMR-01		GESTIÓN FINANCIERA	5	9/05/2019	Desactualizado
15	AADMR-01		ADMISIONES	8	9/06/2020	Actualizado
16	AGDMR-01		GESTIÓN DOCUMENTAL	5	5/08/2020	Actualizado
17	AGJMR-01		GESTIÓN JURÍDICA	5	12/12/2017	Desactualizado
18	AGTMR-01		GESTIÓN DE LAS TIC	6	10/08/2020	Actualizado
19	ABEMR-01		GESTIÓN RECURSOS BI-BLIOGRÁFICOS Y EDUCATIVOS	4	5/04/2017	Desactualizado

Fuente de información: Aplicativo ISODOC (fecha de consulta 26/10/2020)

- ✓ Como se puede observar en la tabla anterior, 10 de los 19 mapas de riesgos que conforman el componente de evaluación del riesgo del MECI, es decir el 53%, presentan desactualización de conformidad con la Guía de Administración del Riesgo Institucional - EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, lo que genera un **hallazgo** frente a los roles de responsabilidad registrados la parte considerativa del criterio metodológico institucional y normativamente el incumplimiento parcial por parte de dichos procesos al literal a) del Artículo 2° de la Ley 87 de 1993 que a la letra indica: ***"Artículo 2° Objetivos del sistema de Control Interno.*** *Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten"*, esta debilidad deberá ser atendida por parte del líder del proceso metodológico y los responsables de proceso con mapas de riesgo desactualizado, teniendo en cuenta que este escenario no permite a la entidad cumplir con su política de administración del riesgo, gestionar con niveles razonables los riesgos a los que están expuestos los procesos, dificulta la toma de decisiones desde el nivel estratégico frente a los riesgos de mayor criticidad y que sirven de base para la construcción del mapa de riesgos institucional y, finalmente, no permite enfocar al proceso de evaluación independiente en la priorización de temas críticos de la gestión basando sus auditorías en riesgos. Lo anterior deberá darse tratamiento a través del plan de mejoramiento, identificando las causas de dichas debilidades y efectuando las acciones correctivas pertinentes para que la Oficina de Control Interno pueda hacer seguimiento y verificar la eficacia de las mismas.

- ✓ En cuanto a los procesos que hicieron su actualización de conformidad con la Guía de Administración del Riesgo Institucional - EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, la Oficina de Control Interno procedió a realizar la evaluación metodológica de administración del riesgo de conformidad con los objetivos trazados para el ejercicio de aseguramiento y cuyos resultados se reflejarán en el ítem 2.4 de valoración y tratamiento del riesgo del presente informe.

2.4 Valoración y tratamiento de los riesgos institucionales.

2.4.1. Riesgos de gestión (operativos)

En este punto fueron evaluados metodológicamente los mapas de riesgo de los siguientes procesos

Tabla 3. Mapas de riesgo de Unicolmayor evaluados por la Oficina de Control Interno

No.	CÓDIGO	NIVEL	PROCESO	ÁREA LÍDER DE PROCESO	VERSIÓN	VIGENTE DESDE
1	EGCMR-01	Estratégico	GESTIÓN DE CALIDAD	Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo	6	10/08/2020
2	EFPMR-01		FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS	Secretaría General	5	16/06/2020
3	EAAMR-01		AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	Oficina de Autoevaluación y Acreditación	6	18/06/2020
4	MIMMR-01	Misional	INVESTIGACIÓN	Oficina de Investigaciones	5	11/08/2020
5	AGBMR-01	Apoyo	GESTIÓN DE BIENESTAR	División de Medio Universitario	5	9/09/2020
6	AADMR-01		ADMISIONES	Admisiones	8	9/06/2020
7	AGDMR-01		GESTIÓN DOCUMENTAL	Secretaría General	5	5/08/2020
8	AGTMR-01		GESTIÓN DE LAS TIC	Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo	6	10/08/2020

Fuente de información: Aplicativo ISODOC (fecha de consulta 26/10/2020)

Para la evaluación de los mapas, la Oficina de Control Interno tuvo como criterio los siguientes pasos contemplados en la - Guía de Administración del Riesgo Institucional - EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 publicada en el aplicativo ISODOC:

1. Política de administración de riesgos
2. Contexto Estratégico
3. Identificación del riesgo inherente
4. Análisis de riesgos
5. Valoración de riesgos
6. Monitoreo

A continuación se evidencian las situaciones encontradas por proceso:

1. PROCESO: GESTION DE CALIDAD
LIDER FUNCIONAL: OFICINA DE PLANEACION, SISTEMAS Y DESARROLLO
CODIGO EGCMR-01

ASPECTO METODOLOGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, v 6, del 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- Se evidencia en el entrevistado que conoce la política de administración del riesgo.
Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del Proceso de Gestión de Calidad, identificado con código EGCMR-01, versión 6, vigente desde el 10 de agosto de 2020, contiene solamente las perspectivas de Amenazas y Debilidades de la matriz DOFA lo que genera un **hallazgo** frente al numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS", el no contar con dicho análisis aleja al proceso del logro de los resultados esperados por la Universidad en materia de gestión de riesgos y que están consolidados en dicho apartado del lineamiento metodológico. - De igual manera la oficina de Control pudo evidenciar, con respecto a la construcción del mapa de riesgos, que se hizo un ejercicio dentro del área de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo para su elaboración y que no contó con la participación de otras áreas funcionales que hacen parte del proceso y que están registrados en la Caracterización del Proceso EGCPS-01 versión 6 de fecha julio de 2020 entre las que se relacionan: "Rectoría, Comité de Coordinación de Control Interno y todas las demas dependencias de la universidad"
Identificación del riesgo inherente	- Con respecto a este aspecto, la Oficina de Control Interno evidenció que en el mapa riesgos del proceso de Gestión de Calidad se encuentra relacionado el riesgo denominado: "***No identificación y control de salidas no conformes que se generan en los procesos que les aplica***", el cual, analizado su contenido y estructura en la sesión de evaluación adelantada, se estableció que su diseño correspondería más a una causa de un riesgo de conformidad con las recomendaciones de redacción de riesgos que contiene el numeral 5.3 de la guía de administración del riesgo institucional. - De igual manera la OCI estableció que el riesgo denominado "***Perdida de la certificación de calidad de acuerdo a las metas establecidas en el PDI 2015-2019***" incluido por el Proceso de Gestión de Calidad en su mapa de riesgos identificado con el código EGCMR-01, versión 6, vigente desde el 10 de agosto de 2020, no corresponde al contexto del proceso actual ya que en el mes de Mayo de 2020, mediante Acuerdo 04 de 2020 la Universidad hizo la aprobación del Plan de Desarrollo Institucional 2020 -2025, lo que genera un **hallazgo** al numeral 5.3 Identificación del Riesgo, de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, al no tener en cuenta el cambio de contexto para la identificación del riesgo en el proceso.
Análisis de riesgos	Frente al análisis de riesgos, la Oficina de Control Interno pudo establecer que este ejercicio no fue documentado por el proceso a la hora de su construcción, el riesgo inherente resultante del estudio de probabilidad e impacto fue calificado, según lo informó el responsable del proceso, en forma consolidada, es decir se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Teniendo en cuenta que la guía no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente, se hará la recomendación correspondiente por parte de la OCI para facilitar el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso de Gestión de Calidad, identificado con el código EGCMR-01, versión 6, vigente desde el 10 de agosto de 2020, la Oficina de Control Interno evidenció que existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral 5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 4.). La anterior situación genera un **hallazgo** al proceso de gestión de calidad frente al criterio metodológico institucional, cuya calificación frente al diseño de controles, obtenida por la Oficina de Control Interno, no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa. - De igual manera, la oficina de Control Interno evidenció que el Proceso de Gestión de Calidad no realizó el plan de acción frente a la calificación de los riesgos y que debió realizarse de conformidad con el numeral ***5.5.1.2. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 que a la letra indica "*Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o*

	controles bien diseñados". Lo anterior genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico, ya que el diseño de controles por debajo del porcentaje expresado en la guía no permite al proceso demostrar la solidez necesaria del control frente al riesgo y afecta la calificación de solidez en conjunto, generando así un impacto en el análisis frene al riesgo residual, afectando también el criterio de nivel de aceptación del riesgo contemplado en la guía institucional.

Tabla 4. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso Gestión de Calidad

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1								R2							
			C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	10	15	10	
	No Asignado	0														0		0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	10		10		10	15	10		10		10					
	Inadecuado	0		0		0				0		0		0	0	0	0	
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15	15	15	15	15		15	15						15
	Inoportuna	0								0			0		0		0	
3. Propósito	Prevenir	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15	15	15		15		15
	Detectar	10					10								10		10	
	No es un control	0																
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15	15	15		15	
	No confiable	0						0								0		0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	oportunamente	15	15		15		15		15		15		15		15			
	oportunamente	0		0		0		0		0		0		0		0	0	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10		10		10		10		10		10		10		10	
	Incompleta	5																
	No existe	0		0		0		0		0		0		0		0		0
	TOTAL	100	95	60	95	60	90	60	95	45	95	60	80	45	60	30	45	30

R3						R4								R5							
C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4
15		15	15	15	15	15		15	15	15	15	15		15	15	15		15		15	
	0						0						0				0		0		0
15		15	15	15	15	10		10		10	15	10		10		10		10		10	
	0						0		0				0		0		0		0		0
15	15	15		15		15		15	15	15	15	15	15	15		15	15	15		15	
			0		0		0								0				0		0
	15	15	15	15		15		15			15	15		15		15	15		15	15	15
10										10			10					10			
					0		0		0						0						
15	15	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
							0														
15		15		15		15		15		15		15		15		15		15		15	
	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10	
	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
95	45	100	60	100	45	95	0	95	45	90	75	95	40	95	30	95	45	90	30	95	30

C= Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo	De conformidad la evaluación realizada por la oficina de Control Interno al mapa de riesgos del proceso de Gestión de Calidad, identificado con el código EGCMR-01, versión 6, vigente desde el 10 de agosto de 2020 se evidenció que no se cumplió con el numeral ***5.8 Monitoreo y Autoseguimiento*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, en atención a que, como primera medida las acciones de tratamiento consignadas en el formato de mapa de riesgos no fueron registradas en el módulo de mejora continua de ISODOC de acuerdo a lo expresado en la guía metodológica que indica "***Los planes de manejo o tratamiento de los riesgos deberán trasladarse cada uno y de manera independiente como oportunidades de mejora en el plan de mejoramiento del proceso y deberán tener tratamiento de acuerdo a los criterios y acciones establecidos en los niveles de aceptación de los riesgos***" y como segundo, el proceso no pudo evidenciar que se realizó las labores de monitoreo en forma trimestral como lo indica el marco metodológico, en atención a que no se encontró diligenciado el formato EGCFO-09" Formato Seguimiento y monitoreo riesgos

	de proceso. Lo anterior configura un **hallazgo** ya que este escenario no permite al proceso demostrar que monitorea los riesgos, al igual que impide identificar y documentar la materialización de riesgos y la efectividad o no de los controles asociados.

2. PROCESO: FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS
LIDER FUNCIONAL: Secretaría General
CODIGO EFPMR-01

ASPECTO METODOLÓGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, v 6, del 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- Se evidencia en el entrevistado que conoce la política de administración del riesgo.
Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del proceso, identificado con código EFPMR-01, versión 5, vigente desde junio de 2020, no fue considerada la amenaza referente a la contingencia de emergencia sanitaria COVID 19 de la matriz DOFA, en cuanto a componentes "legales y reglamentarios" no se consideraron documentos como: la Guía metodológica para la caracterización de ciudadanos, usuarios y grupos de interés expedida por el DNP y Conpes 3785 de 2013. Lo anterior genera un **hallazgo** frente al numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica. "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS", el no contar con el análisis integral dificultara el logro de los resultados esperados por la Universidad en materia de gestión de riesgos y la implementación de acciones que lo mitiguen. - De igual manera no se pudo evidenciar, con respecto a la construcción del mapa de riesgos no contó con la participación de otras áreas funcionales que hacen parte del proceso y que están registrados en la Caracterización del Proceso EFPPS-01 versión 5 de fecha junio de 2018 entre las que se relacionan: "todas las dependencias académicas y administrativas" en especial la oficina de planeación sistemas y desarrollo que lidera una de las tres acciones claves del proceso "Rendición de cuentas".
Identificación del riesgo inherente	- Con respecto a este aspecto, se evidenció que en el mapa riesgos del proceso se encuentran relacionados 04 riesgos denominados: 1. Espacios de participación de los usuarios en los diferentes estamentos sin representación, en desarrollo de la universidad 2. Fraude o manipulación indebida de votos en los procesos de elección o designación de la Universidad. 3. Inoportunidad en la atención y gestión de las PQRSF y derechos de petición. 4. Imposibilidad de realizar la evaluación y retroalimentación sobre la gestión de la universidad con los grupos de interés mediante la RENDICIÓN DE CUENTAS (Compartido con la Oficina de Planeación) Los cuales, analizado su contenido y estructura en la sesión de evaluación adelantada, se estableció que su diseño no se ajusta a la totalidad de los criterio del numeral 5.3 de la guía de administración del riesgo institucional.
Análisis de riesgos	Teniendo en cuenta que la guía de administración del riesgo institucional. no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente y el estudio de probabilidad e impacto es decir se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Por lo anterior, se hará la recomendación correspondiente que facilite el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso se evidenció que como primera medida existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral 5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 5), no fueron calificados, lo que no permitió que en el análisis se incluyeran esas variables numéricas para el análisis del riesgo residual.

	- La anterior situación genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico institucional, dad que la calificación frente al diseño de controles no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa.

Tabla 5. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso fomento a la Participación de los Usuarios

CRITERIO DE EVALUACIÓN	erios para la evalua	valuació	R1						R2																R
			C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C5	OCI C5	C6	OCI C6	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15		15		15		15		15		15		15		15		15		15		15		15
	No Asignado	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15		15		15	15	15		15		15		15		15		15		15		15		15
	Inadecuado	0		0		0				0		0		0		0		0		0		0		0	
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	0		15
	Inoportuna	0						0																0	
3. Propósito	Prevenir	15	15		15		15	15	15	15	15	15	15	15	15		15		15	15	15	15	15	15	15
	Detectar	10		10		10										10		10							
	No es un control	0																							
4. Como se realiza la actividad de control	Confiable	15	15	15	15	15			15		15		15	15	15	15	15		15	15	15		15	15	15
	No confiable	0					0			0		0						0				0			
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	oportunamente resuelven	15	15		15	15	15		15		15		15		15		15		15		15		15		15
	oportunamente	0		0				0		0		0		0		0		0		0		0		0	
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10	10	10	10	10		10		10		10	10	10		10		10		10		10		10
	Incompleta	5						5								5		5		5		5		5	
	No existe	0				0		0		0		0													
	TOTAL	100	100	50	100	65	100	35	100	30	100	30	100	55	100	45	100	30	100	50	100	35	85	35	100

CRITERIO DE EVALUACIÓN	erios para la evalua	valuació	R3										R4			
			C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C5	OCI C5	C1	OCI C1	C2	OCI C2
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15		15		15		15		15		15		15	
	No Asignado	0		0		0		0		0		0		0		0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15		15		15	15	15		15		15		15	
	Inadecuado	0		0		0				0		0		0		0
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	0		15	15	0	15	15		15	15	15	15
	Inoportuna	0				0						0				
3. Propósito	Prevenir	15	15	15	15	15	15	15	10	15	10		15		15	
	Detectar	10										10		10		10
	No es un control	0														
4. Como se realiza la actividad de control	Confiable	15	15		15	15	15	15	15	15	15	15	15		15	
	No confiable	0		0										0		0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	oportunamente resuelven	15	15		15		15		15		0		15		15	
	oportunamente	0		0		0		0		0		0		0		0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10		10		10	10	10		10		10		10	
	Incompleta	5		5		5				5				5		5
	No existe	0										0		0		0
	TOTAL	100	100	35	85	35	100	70	80	50	80	25	100	30	100	30

C= Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo	De conformidad lo indicado en la entrevista la evaluación en sitio se llevo hasta la etapa anterior, posteriormente se revisa en el ISODOC modulo mejora continua el proceso registro las acciones 2020 ODM130, 2020ODM131 y 2020 ODM132 encontrando conformidad con el requisito ***5.8 Monitoreo y Autoseguimiento*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019. No obstante para la ODM131 se implementó acción de tratamiento "Mantener los controles y existentes" dado que el riesgo valorado después de controles se ubicó en la calificación de 86 puntos zona alta, para lo cual el proceso debió generar tratamiento del riesgo mediante plan de mejoramiento siendo que la acción de mantener los controles existente sólo aplica cuando se ubica en zona baja, siendo para este riesgo el nivel de aceptación "no aceptable" lo cual genera hallazgo en el numeral 5.5.2 "*Nivel de aceptación del riesgo"* que indica *"En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo."*

3. PROCESO: AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN
LIDER FUNCIONAL: OFICINA DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN
CODIGO EAAMR_01

ASPECTO METODOLÓGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- Se evidencia en el entrevistado que conoce la política de administración del riesgo

Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del Proceso, identificado con código EAAMR_01, versión 6, vigente desde el 18 de junio de 2020, contiene las perspectivas de Amenazas, Debilidades, Fortalezas y Oportunidades de la matriz DOFA, que denota el cumplimiento de lo citado en el numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS" - De igual manera la oficina de Control pudo evidenciar, con respecto a la construcción del mapa de riesgos, que se hizo un ejercicio autónomo por parte de la oficina de Autoevaluación y Acreditación, con el apoyo de la segunda línea de defensa, es decir, a oficina de planeación, Sistemas y Desarrollo para su elaboración. Sin embargo se deja la observación que no se contó con la participación de otras áreas funcionales que hacen parte del proceso y que están registrados en la Caracterización del mismo Proceso EAAPS-01 versión 6 de fecha septiembre 10 de 2020 entre las que se relacionan: "Rectoría, Oficina de Autoevaluación y Acreditación, Comité de Acreditación Institucional, Dependencias Académicas y Administrativas, Programas Académicos, Comités de Currículo y Comités De Acreditación De Programa"
Identificación del riesgo inherente	- Con respecto a este aspecto, la Oficina de Control Interno evidenció que en el mapa riesgos del proceso de Autoevaluación y Acreditación se encuentra relacionado el riesgo denominado: "**Información para toma de decisiones y proceso de aseguramiento de la calidad gestionada de forma desarticulada, inoportuna y sin el cumplimiento de requisitos como veracidad, confiabilidad y usabilidad.",** el cual, analizado su contenido y estructura en la sesión de evaluación adelantada, se estableció que su diseño correspondería más a una causa de un riesgo, de conformidad con las recomendaciones de redacción de riesgos que contiene el numeral 5.3 de la guía de administración del riesgo institucional. - De igual manera la OCI estableció que el riesgo denominado "**Procesos de autorregulación y planes de mejoramiento planificados y ejecutados de manera desarticulada con los lineamientos para registro calificado del Ministerio de Educación o para acreditación de alta calidad del Consejo Nacional de Acreditación.**" y el riesgo: "Cultura del aseguramiento de la calidad institucionalizada sin la debida apropiación por parte de la comunidad académica", los cuales, analizados en su contenido y estructura en la sesión de evaluación adelantada, se estableció que su diseño correspondería más a una causa de un riesgo, de conformidad con las recomendaciones de redacción de riesgos que contiene el numeral 5.3 de la guía de administración del riesgo institucional.
Análisis de riesgos	Frente al análisis de riesgos, la Oficina de Control Interno pudo establecer que este ejercicio no fue documentado por el proceso a la hora de su construcción, el riesgo inherente resultante del estudio de probabilidad e impacto fue calificado, según lo informó el responsable del proceso, en alcance al mapa de riesgos con el que se contaba previamente, al que es objeto de auditoría, y que fuera actualizado en determinados parámetros, los cuales fueron socializados con la oficina de Planeación. De otra parte, la calificación dada fue otorgada de forma uniforme, es decir, se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Teniendo en cuenta que la guía no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente, se hará la recomendación correspondiente por parte de la OCI para facilitar el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso de Autoevaluación y Acreditación, identificado con el código EAAMR_01, versión 6, vigente desde el 18 de junio de 2020, la Oficina de Control Interno evidenció que existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral 5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 4.). La anterior situación genera un **hallazgo** al proceso de Autoevaluación y Acreditación frente al criterio metodológico institucional, cuya calificación frente al diseño de controles, obtenida por la Oficina de Control Interno, no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa. - De igual manera, la oficina de Control Interno evidenció que el Proceso de Autoevaluación y Acreditación no realizó el plan de acción frente a la calificación de los riesgos y que debió realizarse de conformidad con el numeral ***5.5.1.2. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 que a la letra indica "*Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados".* Lo anterior genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico, ya que el diseño de controles por debajo del porcentaje expresado en la guía no permite al proceso demostrar la solidez necesaria del control frente al riesgo y afecta la calificación de solidez en conjunto, generando así un impacto en el análisis frene al riesgo residual, afectando también el criterio de nivel de aceptación del riesgo contemplado en la guía institucional.

Tabla 6. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso Autoevaluación y Acreditación

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15
	No Asignado	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15
	Inadecuado	0
2. Periodicidad	Oportuna	15
	Inoportuna	0
3. Propósito	Prevenir	15
	Detectar	10
	No es un control	0
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15
	No confiable	0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15
	No se investigan y resuelven oportunamente	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10
	Incompleta	5
	No existe	0
	TOTAL	100

R1							
C1	C1	C2	C2	C3	C3	C4	C4
15	15	15	15	15	15	15	15
15	0	15	0	15	0	15	0
15	15	15	15	15	15	15	15
15		15		15		15	
	0		0		0		0
15		15		15		15	
	0		0		0		0
15		15		15		15	
	0		0		0		0
5		5		5		5	
	0		0		0		0
95	30	95	30	95	30	95	30

C1	C1	C2	C2	C1	C1	C2	C2	C3	C3
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
15	0	15	0	15	0	15	0	15	0
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		15		15		15			
10								10	
	0		0		0		0		0
15		15		15		15		15	
	0		0		0		0		0
15		15		15		15		15	
	0		0		0		0		0
5		5		5		5		5	
	0		0		0		0		0
90	30	95	30	95	30	95	30	90	30

Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo	De conformidad la evaluación realizada por la oficina de Control Interno al mapa de riesgos del proceso de Autoevaluación y Acreditación, identificado con el código EAAMR_01, versión 6, vigente desde el 18 de junio de 2020 se evidenció que no se cumplió con el numeral ***5.8 Monitoreo y Autoseguimiento*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, en atención a que, como primera medida las acciones de tratamiento consignadas en el formato de mapa de riesgos no fueron registradas en el módulo de mejora continua de ISODOC de acuerdo a lo expresado en la guía metodológica que indica "***Los planes de manejo o tratamiento de los riesgos deberán trasladarse cada uno y de manera independiente como oportunidades de mejora en el plan de mejoramiento del proceso y deberán tener tratamiento de acuerdo a los criterios y acciones establecidos en los niveles de aceptación de los riesgos***" y como segundo, el proceso no pudo evidenciar que se realizó las labores de monitoreo en forma trimestral como lo indica el marco metodológico, en atención a que no se encontró diligenciado el formato EGCFO-09" Formato Seguimiento y monitoreo riesgos de proceso. Lo anterior configura un **hallazgo** ya que este escenario no permite al proceso demostrar que monitorea los riesgos, al igual que impide identificar y documentar la materialización de riesgos y la efectividad o no de los controles asociados.

3. PROCESO: INVESTIGACIÓN
LIDER FUNCIONAL: OFICINA DE INVESTIGACIONES
CODIGO MIMMR-01

ASPECTO METODOLOGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, v 6, del 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- En la entrevista se pudo determinar que el responsable del proceso manifestó no conocer la política de administración del riesgo institucional.

Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del Proceso de Investigaciones, identificado con código MIMMR-01, versión 5, vigente desde el 11 de agosto de 2020, contiene solamente las perspectivas de Amenazas y Debilidades de la matriz DOFA lo que genera un **hallazgo** frente al numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS", el no contar con dicho análisis aleja al proceso del logro de los resultados esperados por la Universidad en materia de gestión de riesgos y que están consolidados en dicho apartado del lineamiento metodológico. - De igual manera se pudo establecer por parte de la Oficina de Control Interno que el contexto y el mapa fueron construidos por parte del equipo de trabajo de la Oficina de Investigaciones, sin la participación de áreas que forman parte del proceso según lo expresa el formato de caracterización del proceso identificado en ISODOC con el código MIMPS-01, versión 7 del 30 de junio de 2018, entre los que se encuentran "Vicerrectoría Administrativa, Vicerrectoría Académica, Consejo Académico, decanaturas, Comité Institucional de Investigaciones, Comité de Investigación de Facultad, Comité del Programa de Ciencias Básicas, Comité División Servicios Administrativos, Sello Editorial" -
Identificación del riesgo inherente	- Con respecto la redacción de los riesgos del proceso: "Definición de lineamientos para la participación de investigadores en convocatorias externas", "Insuficientes redes y alianzas consolidadas que generen vínculos para el desarrollo de investigación" y "Los lineamientos y procedimientos para el acceso, distribución y venta de las publicaciones en medio físico y digital con los que cuenta El Sello editorial son insuficientes para mejorar la divulgación y distribución de las publicaciones que realiza", se estableció que su redacción está más direccionada a ser causas de un riesgo teniendo en cuenta su estructura de redacción. - Teniendo en cuenta que la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo no cuenta con una metodología estandarizada para el cálculo del riesgo inherente, el proceso de investigación lo realizó haciendo un análisis y ponderación conjunta de causas en cada uno de los riesgos identificados.
Análisis de riesgos	Frente al análisis de riesgos, la Oficina de Control Interno pudo establecer que este ejercicio no fue documentado por el proceso a la hora de su construcción, el riesgo inherente resultante del estudio de probabilidad e impacto fue calificado, según lo informó el responsable del proceso, en forma consolidada, es decir se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Teniendo en cuenta que la guía no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente, se hará la recomendación correspondiente por parte de la OCI para facilitar el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso misional de Investigaciones, identificado con el código MIMMR-01, versión 5, vigente desde el 11 de agosto de 2020, la Oficina de Control Interno evidenció que existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral 5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 7.). La anterior situación genera un **hallazgo** al proceso de gestión de calidad frente al criterio metodológico institucional, cuya calificación frente al diseño de controles, obtenida por la Oficina de Control Interno, no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa. - De igual manera, la oficina de Control Interno evidenció que el Proceso de Gestión de Investigación no realizó el plan de acción frente a la calificación de

	los riesgos y que debió realizarse de conformidad con el numeral ***5.5.1.2. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 que a la letra indica "*Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados".* Lo anterior genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico, ya que el diseño de controles por debajo del porcentaje expresado en la guía no permite al proceso demostrar la solidez necesaria del control frente al riesgo y afecta la calificación de solidez en conjunto, generando así un impacto en el análisis frene al riesgo residual, afectando también el criterio de nivel de aceptación del riesgo contemplado en la guía institucional.

Tabla 7. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso Investigaciones

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1								R2						R3									
			C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4	C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4	C5	OCIC5
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15		15		15		15		15	15	10		15	15	15		15		15		15		15	
	No Asignado	0		0		0		0		0				0				0		0		0		0		0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15		15		15		15		15	15	15		15	15	13		15		15		12		12	
	Inadecuado	0		0		0		0		0				0				0		0		0		0		0
2. Periodicidad	Oportuna	15	12		12		12		12		15		15		15		15		15		15		15		15	
	Inoportuna	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
3. Propósito	Prevenir	15	15	15	15		15		15					15							15	15			15	15
	Detectar	10									15		15		15		15		15							
	No es un control	0				0		0		0		0				0		0				0		0		
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15		15	15	15	15	15	15	15		15		15		15	15	15		15	15	15	15	15	15
	No confiable	0		0								0		0		0				0						
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15	15		15		15		15		10		15		15		15		15		15		15		15	
	No se investigan y resuelven oportunamente	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10	
	Incompleta	5																								
	No existe	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
	TOTAL	100	97	15	97	15	97	15	97	15	95	30	95	15	100	30	98	15	100	15	100	15	97	15	97	30

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R4								R5							
			C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4	C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15		15		15		15		15		15		15		15	
	No Asignado	0		0		0		0		0		0		0		0		0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15		15		15		15		15		15		12		12	
	Inadecuado	0		0		0		0		0		0		0		0		0
2. Periodicidad	Oportuna	15	15		15		15		15		15		15		15		15	
	Inoportuna	0		0		0		0		0		0		0		0		0
3. Propósito	Prevenir	15	15	15	15	15	15		15	15	15		15		15		15	15
	Detectar	10																
	No es un control	0						0										
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15		10	15	10	15	15		15	15	15	15	15	15	15	
	No confiable	0		0						0								0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15	10		15		15		15		15		15		15		15	
	No se investigan y resuelven oportunamente	0		0		0		0		0		0		0		0		0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10		10		10		10		10		10		10		10	
	Incompleta	5																
	No existe	0		0		0		0		0		0		0		0		0
	TOTAL	100	95	15	95	30	95	15	100	15	100	15	100	15	97	15	97	15

C= Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo	De conformidad la evaluación realizada por la oficina de Control Interno al mapa de riesgos del proceso de Investigación, identificado con el código MIMMR-01, versión 5, vigente desde el 11 de agosto de 2020 se evidenció que no se cumplió con el numeral ***5.8 Monitoreo y Autoseguimiento*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, en atención a que, como primera medida las acciones de tratamiento consignadas en el formato de mapa de riesgos no fueron registradas en el módulo de mejora continua de ISODOC de acuerdo a lo expresado en la guía metodológica que indica "***Los planes de manejo o tratamiento de los riesgos deberán trasladarse cada uno y de manera independiente como oportunidades de mejora en el plan de mejoramiento del proceso y deberán tener tratamiento de acuerdo a los criterios y acciones establecidos en los niveles de aceptación de los riesgos***" y como segundo, el proceso no pudo evidenciar que se realizó las labores de monitoreo en forma trimestral como lo indica el marco metodológico, en atención a que no se encontró diligenciado el formato EGCFO-09" Formato Seguimiento y monitoreo riesgos de proceso. Lo anterior configura un **hallazgo** ya

	que este escenario no permite al proceso demostrar que monitorea los riesgos, al igual que impide identificar y documentar la materialización de riesgos y la efectividad o no de los controles asociados.

5. PROCESO: GESTIÓN DE BIENESTAR
LIDER FUNCIONAL: DIVISIÓN MEDIO UNIVERSITARIO
CODIGO AGBMR-01

ASPECTO METODOLOGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, v 6, del 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- En la entrevista se pudo determinar que el responsable del proceso se encuentra familiarizado con la política de administración del riesgo institucional pero no demuestra un conocimiento completo sobre ella.
Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del Proceso de Gestión de Bienestar, identificado con código AGBMR-01, versión 5, vigente desde el 09 de septiembre de 2020, fue construido por miembros del área funcional de la División de Medio Universitario y contiene las perspectivas de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de conformidad con el numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS", Sin embargo se estableció que esta construcción no contó con asistencia de otras áreas funcionales que forman parte del proceso, como lo establece el formato AGBPS-01, versión 6, vigente desde el 16 de agosto de 2018 de la Caracterización del Proceso, publicada en ISODOC.
Identificación del riesgo inherente	- Teniendo en cuenta que la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo no cuenta con una metodología estandarizada para el cálculo del riesgo inherente, el proceso de Gestión de Bienestar lo realizó haciendo un análisis y ponderación conjunta de causas en cada uno de los riesgos identificados.
Análisis de riesgos	Frente al análisis de riesgos, la Oficina de Control Interno pudo establecer que este ejercicio no fue documentado por el proceso a la hora de su construcción, el riesgo inherente resultante del estudio de probabilidad e impacto fue calificado, según lo informó el responsable del proceso, en forma consolidada, es decir se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Teniendo en cuenta que la guía no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente, se hará la recomendación correspondiente por parte de la OCI para facilitar el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso de Gestión de Bienestar, identificado con el código AGBMR-01, versión 5, vigente desde el 09 de septiembre de 2020, la Oficina de Control Interno evidenció que existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral 5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 8.). La anterior situación genera un **hallazgo** al proceso de gestión de calidad frente al criterio metodológico institucional, cuya calificación frente al diseño de controles, obtenida por la Oficina de Control Interno, no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa. - De igual manera, la oficina de Control Interno evidenció que el Proceso de

Gestión de Investigación no realizó el plan de acción frente a la calificación de los riesgos y que debió realizarse de conformidad con el numeral ***5.5.1.2. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 que a la letra indica "*Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados"*. Lo anterior genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico, ya que el diseño de controles por debajo del porcentaje expresado en la guía no permite al proceso demostrar la solidez necesaria del control frente al riesgo y afecta la calificación de solidez en conjunto, generando así un impacto en el análisis frene al riesgo residual, afectando también el criterio de nivel de aceptación del riesgo contemplado en la guía institucional.

Tabla 8. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso Gestión de Bienestar

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1								R2					
			C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4	C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3
1.1 Asignación del responsable	Asignado	**15**	15		15		15		15		15		15	15	15	15
	No Asignado	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	**15**	15		15		15		15		15		15		15	
	Inadecuado	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Periodicidad	Oportuna	**15**	15		15	15	15		15		15		15		15	
	Inoportuna	**0**	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Propósito	Prevenir	**15**	0		0		0		15		0		0	15	15	15
	Detectar	**10**	10	10	10		10	10	0		10	10	10		0	
	No es un control	**0**	0		0	0	0		0	0	0		0		0	
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	**15**	15	15	15		15	15	15	15	15	15	15		15	
	No confiable	**0**	0		0	0	0		0		0		0	0	0	0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	**15**	15		15		15		15		15		15		15	
	No se investigan y resuelven oportunamente	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	**10**	10		10		10		10		10		10		10	
	Incompleta	**5**	0		0		0		0		0		0		0	
	No existe	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	**100**	**95**	**25**	**95**	**15**	**95**	**25**	**100**	**15**	**95**	**25**	**95**	**30**	**100**	**30**

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R3						R4					
			C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3
1.1 Asignación del responsable	Asignado	**15**	15		15		15		15		15		15	
	No Asignado	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	**15**	15		15		15		15		15		15	
	Inadecuado	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Periodicidad	Oportuna	**15**	15		15		15		15		15	15	15	15
	Inoportuna	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
3. Propósito	Prevenir	**15**	15		0	15	15	15	15		15	15	0	15
	Detectar	**10**	0	10	10		0		0		0		10	
	No es un control	**0**	0		0		0		0	0	0		0	
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	**15**	15	15	15		15		15		15	15	15	15
	No confiable	**0**	0		0	0	0	0	0	0	0		0	
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	**15**	15		15		15		15		15		15	
	No se investigan y resuelven oportunamente	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	**10**	10		10		10		10		10		15	
	Incompleta	**5**	0		0		0		0		0		0	5
	No existe	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TOTAL	**100**	**100**	**25**	**95**	**15**	**100**	**15**	**100**	**0**	**100**	**45**	**100**	**50**

C= Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo

De conformidad la evaluación realizada por la oficina de Control Interno al mapa de riesgos del proceso de Gestión de Bienestar, identificado con el código AGBMR-01, versión 5, vigente desde el 09 de septiembre de 2020 se evidenció que no se cumplió con el numeral ***5.8 Monitoreo y Autoseguimiento*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, en atención a que, como primera medida las acciones de tratamiento consignadas en el formato de mapa de riesgos no fueron registradas en el módulo de

	mejora continua de ISODOC de acuerdo a lo expresado en la guía metodológica que indica "***Los planes de manejo o tratamiento de los riesgos deberán trasladarse cada uno y de manera independiente como oportunidades de mejora en el plan de mejoramiento del proceso y deberán tener tratamiento de acuerdo a los criterios y acciones establecidos en los niveles de aceptación de los riesgos***" Lo anterior configura un **hallazgo** ya que este escenario no permite al proceso demostrar que monitorea los riesgos, al igual que impide identificar y documentar la materialización de riesgos y la efectividad o no de los controles asociados. De igual manera, la Oficina de Control Interno pudo evidenciar que el proceso de Gestión de Bienestar ha adelantado las labores de monitoreo en forma trimestral como lo indica el marco metodológico de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, esto ha permitido al proceso hacer seguimiento a la materialización de riesgos.

6. PROCESO: ADMISIONES
LIDER FUNCIONAL: Admisiones
CODIGO AADMR-01

ASPECTO METODOLÓGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, v 6, del 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- Se evidencia en el entrevistado que conoce la política de administración del riesgo.
Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del proceso, identificado con código **AADMR-01**, versión 5, vigente desde abril de 2020, no fue considerada la amenaza referente a la contingencia de emergencia sanitaria COVID 19 de la matriz DOFA. Lo anterior genera un **hallazgo** frente al numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica. "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS", el no contar con el análisis integral dificultara el logro de los resultados esperados por la Universidad en materia de gestión de riesgos y la implementación de acciones que lo mitiguen. - De igual manera no se pudo evidenciar, con respecto a la construcción del mapa de riesgos no contó con la participación de otras áreas funcionales que hacen parte del proceso y que están registrados en la Caracterización del Proceso AGDPS-01 versión 7 de fecha enero de 2020 entre las que se relacionan: la Vicerrectoria Académica y la oficina de planeación sistema y desarrollo.
Identificación del riesgo inherente	- Con respecto a este aspecto, se evidenció que en el mapa riesgos del proceso se encuentran relacionados 06 riesgos denominados: 1. Incumplimiento en la ejecución de las actividades del calendario de admisiones 2. Procesos de inscripción, preselección y matrícula con errores. 3. Inconsistencias en las calificaciones de los certificados de notas. 4. Preseleccionar y admitir aspirantes de manera indebida sin el cumplimiento de los requisitos establecidos.
Análisis de riesgos	Teniendo en cuenta que la guía de administración del riesgo institucional, no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente y el estudio de probabilidad e impacto es decir se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Por lo anterior, se hará la recomendación correspondiente que facilite el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso se evidenció que como primera medida existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral

5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 9) no fueron calificados, lo que no permitió que en el análisis se incluyeran esas variables numéricas para el análisis del riesgo residual. Es importante precisar que el proceso realizó diseño del control

- La anterior situación genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico institucional, dad que la calificación frente al diseño de controles no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa.

Tabla 9. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ios para la evalu	Evaluación	R1								R2							
			C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15		15		15		15		15		15	15	15		15	
	No Asignado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15	15	15		15		15		15		15		15		15	
	Inadecuado	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15		15		15		15	
	Inoportuna	0	0		0		0		0		0	0	0	0	0		0	0
3. Propósito	Prevenir	15	15	15	15	15	15	15	0		15	15	15	15	15	15	0	
	Detectar	10	0		0		0		10	10	0		0		0		10	10
	No es un control	0	0		0		0		0		0		0		0		0	
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15	15	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15	15	15	15
	No confiable	0	0		0		0		0	0	0		0		0		0	
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	oportunamente	15	15		15		15		15		15		15		15		15	0
	oportunamente	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10	10	10	10	10		10		10		10		10		10	
	Incompleta	5	0		0		0	5	0	5	0	5	0		0		0	
	No existe	0	0		0		0		0		0		0	0	0	0	0	0
	TOTAL	100	100	70	100	55	100	50	95	30	100	35	100	45	100	30	95	25

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ios para la evalu	Evaluación	R3						R4							
			OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15		15		15		15		15		15		15	
	No Asignado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15		15		15		15		15		15		15	
	Inadecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Periodicidad	Oportuna	15		15		15		15	15	15		15		15	
	Inoportuna	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3. Propósito	Prevenir	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	0	15	0	15
	Detectar	10		0		0		0		0		10		10	
	No es un control	0		0		0		0		0		0		0	
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	No confiable	0		0		0		0		0		0		0	
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	oportunamente	15	15	15		15		15		15		15	15	15	15
	oportunamente	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10		10	10	10	10	10		10		15		15	
	Incompleta	5	5	0		0		0	5	0		0	5	0	5
	No existe	0		0		0		0		0	0	0		0	
	TOTAL	100	50	100	40	100	40	100	50	100	30	100	50	100	50

C= Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo	De conformidad con lo indicado en la entrevista la evaluación en sitio se llevo hasta la etapa anterior, posteriormente se revisa en el ISODOC modulo mejora continua el proceso no ha registrado acciones aun permanece el código 2018 ODM118 encontrando que no se ha cumplido esta etapa para los riesgos el nivel de aceptación "no aceptable" lo cual genera **hallazgo** en el numeral 5.5.2 "*Nivel de aceptación del riesgo"* que indica *"En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo."*

7. PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL
LIDER FUNCIONAL: Secretaría General
CODIGO AGDMR-01

ASPECTO METODOLÓGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, v 6, del 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- Se evidencia en el entrevistado que conoce la política de administración del riesgo.

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

OFICINA CONTROL INTERNO

INFORME AUDITORÍA INTERNA

Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del proceso, identificado con código **AGDMR-01**, versión 5, vigente desde abril de 2020, no fue considerada la amenaza referente a la contingencia de emergencia sanitaria COVID 19 de la matriz DOFA en el contexto del proceso no se registraron las casillas "activos de seguridad digital" y en contexto interno casillas como funciones, políticas, objetivos. Lo anterior genera un **hallazgo** frente al numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica. "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS", el no contar con el análisis integral dificultara el logro de los resultados esperados por la Universidad en materia de gestión de riesgos y la implementación de acciones que lo mitiguen. - De igual manera no se pudo evidenciar, con respecto a la construcción del mapa de riesgos no contó con la participación de otras áreas funcionales que hacen parte del proceso y que están registrados en la Caracterización del Proceso AGDPS-01 versión 7 de fecha enero de 2020 entre las que se relacionan: "todas las dependencias académicas y administrativas" en especial áreas de gran producción documental.
Identificación del riesgo inherente	- Con respecto a este aspecto, se evidenció que en el mapa riesgos del proceso se encuentran relacionados 06 riesgos denominados: 1. Perdida de las comunicaciones oficiales e información contenida en los documentos de archivo que custodian las diferentes dependencias. 2. Pérdida de integridad de la información contenida en los documentos electrónicos de archivo. 3. Eliminación de documentos de archivos sin tener en cuenta sus valores primarios y secundarios en sus diferentes soportes. 4. Daño o deterioro de los documentos de archivo. 5. Riesgo de obsolescencia para la reproducción de los documentos microfilmados y gestionados en la herramienta ORFEO. 6. Entrega inoportuna de la correspondencia entre las dependencias , al responsable de un trámite o nivel externo.
Análisis de riesgos	Teniendo en cuenta que la guía de administración del riesgo institucional, no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente y el estudio de probabilidad e impacto es decir se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Por lo anterior, se hará la recomendación correspondiente que facilite el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso se evidenció que como primera medida existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral 5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 10), no fueron calificados, lo que no permitió que en el análisis se incluyeran esas variables numéricas para el análisis del riesgo residual. - La anterior situación genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico institucional, dad que la calificación frente al diseño de controles no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa.

Tabla 10. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso Gestión Documental

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Pios para la evalua	Evaluación	R1 C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C5	OCI C5	C6	OCI C6	C7	OCI C7	C8	OCI C8	C9	OCI C9	C10	OCI C1
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15		15		15		15		15		15				15		15			
	No Asignado	0		0		0		0		0		0		0	0	0		0		0	0	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15	15	15		15		15		15		15	15			15		15			
	Inadecuado	0				0		0		0		0						0		0		
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15	15			15	15	15	15		
	Inoportuna	0						0														
3. Propósito	Prevenir	15	15	15									15	15								
	Detectar	10			10	10	10	10	10	10	10	10					10	10	10	10		
	No es un control	0																				
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15			15	15	15	15		
	No confiable	0																				
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	resuelven	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15	15				15	15	15			
	resuelven	0					0													0		
	Completa	10	10	10	10	10		10	10	10		15	10				15		15			
6. Evidencia de la ejecución del control	Incompleta	5				D	5				5							10		10		
	No existe	0													0	0					0	0
	TOTAL	100	100	85	95	65	95	30	95	65	95	60	105	85	0	0	100	65	100	50	0	0

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R2										R3											
			C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C5	OCI C5	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C5	OCI C5	C6	OCI C6
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15			15		15		15		15		15		15		15		15		15		15	
	No Asignado	0	0	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15			15		15		15		15		15		15		15		15		15		15	
	Inadecuado	0				0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
2. Periodicidad	Oportuna	15			15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Inoportuna	0																						
3. Propósito	Prevenir	15																					15	
	Detectar	10			10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			10
	No es un control	0																						
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15			15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	No confiable	0																						
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	resuelven	15			15		15	15	15		15		15		15		15		15		15		15	
	resuelven	0				0				0		0		0		0		0		0		0		0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10			10	10	10		10		10		10	10	10		10		10		10		10	
	Incompleta	5						5		5		5				5		5		5		5		5
	No existe	0	0	0																				
	TOTAL	100	0	0	95	50	95	60	95	45	95	45	95	50	95	45	95	45	95	45	95	45	100	45

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R4												R5						R6	
			C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C4	OCI C4	C5	OCI C5	C6	OCI C6	C1	OCI C1	C2	OCI C2	C3	OCI C3	C1	OCI C1
responsable	No Asignado	0		0		0		0	0													
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15		15		15				15		15		15	0	15		15		15	15
	Inadecuado	0		0		0		0														
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15	15	15	15			15		15		15	15	15		15		15	15
	Inoportuna	0																				
3. Propósito	Prevenir	15																			15	
	Detectar	10	10	10	10	10	10	10			10		10		10	10	10		10			10
	No es un control	0										0		0				0		0		
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15	15	15	15	15	15			15		15		15	15	15		15		15	15
	No confiable	0																				
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	resuelven	15	15	15	15	15	15	15			15		15		15		15		15		15	
	resuelven	0														0						0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10		10		10	10			10		10		10	10	10		10		10	10
	Incompleta	5		5		5																
	No existe	0							0	0		0										
	TOTAL	100	95	60	95	60	95	65	0	0	95	0	95	0	95	50	95	0	95	0	100	80

C= Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo	De conformidad con lo indicado en la entrevista la evaluación en sitio se llevo hasta la etapa anterior, posteriormente se revisa en el ISODOC modulo mejora continua el proceso registro las acciones 2020 ODM172, al 2020ODM177 con fecha de finalización agosto de 2023 encontrando que las acciones incorporadas son los mismos controles, siendo para estos riesgos el nivel de aceptación "no aceptable" lo cual genera **hallazgo** en el numeral 5.5.2 "*Nivel de aceptación del riesgo"* que indica *"En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo."*

8. PROCESO: GESTION DE TIC
LIDER FUNCIONAL: OFICINA DE PLANEACION, SISTEMAS Y DESARROLLO
CODIGO AGTMR-01

ASPECTO METODOLOGICO EVALUADO	OBSERVACION / HALLAZGO FRENTE A LA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL - EGCGS-03, v 6, del 31 de julio de 2019,
Política de administración del riesgo	- Se evidencia en el entrevistado que conoce la política de administración del riesgo

Contexto	- El contexto del mapa de riesgos del Proceso de Gestión de TIC, identificado con código AGTMR-01, versión 6, vigente desde el 10 de agosto de 2020, contiene solamente las perspectivas de Amenazas y Debilidades de la matriz DOFA lo que genera un **hallazgo** frente al numeral 5.2 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, que a la letra indica "El Producto que debe generar cada proceso del contexto estratégico es un análisis de "DOFA" DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS de acuerdo al análisis de FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS", el no contar con dicho análisis aleja al proceso del logro de los resultados esperados por la Universidad en materia de gestión de riesgos y que están consolidados en dicho apartado del lineamiento metodológico. - De igual manera la oficina de Control pudo evidenciar, con respecto a la construcción del mapa de riesgos, que se hizo un ejercicio dentro del área de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo para su elaboración y que no contó con la participación de otras áreas funcionales que hacen parte del proceso y que están registrados en la Caracterización del Proceso AGTPS-01 versión 5 de fecha julio de 2018 entre las que se relacionan: "todas las dependencias académicas y administrativas"
Identificación del riesgo inherente	- Con respecto a este aspecto, la Oficina de Control Interno evidenció que en el mapa riesgos del proceso de Gestión de TIC se encuentran relacionados los riesgos denominado: "***Perdida de información***" "***Mantenimiento inoportuno de la infraestructura tecnológica" "Indisponibilidad del servicio de red inalámbrica institucional"*** y "***Indisponibilidad de los servicios dispuestos en el datacenter y/o en el centro de datos"*** los cuales, analizado su contenido y estructura en la sesión de evaluación adelantada, se estableció que su diseño correspondería más a una causa de un riesgo de conformidad con las recomendaciones de redacción de riesgos que contiene el numeral 5.3 de la guía de administración del riesgo institucional.
Análisis de riesgos	Frente al análisis de riesgos, la Oficina de Control Interno pudo establecer que este ejercicio no fue documentado por el proceso a la hora de su construcción, el riesgo inherente resultante del estudio de probabilidad e impacto fue calificado, según lo informó el responsable del proceso, en forma consolidada, es decir se dio una calificación promedio para todas las causas en cuanto a la probabilidad y el impacto (consecuencias) en su materialización. Teniendo en cuenta que la guía no ofrece una metodología para dicha identificación en el riesgo inherente, se hará la recomendación correspondiente por parte de la OCI para facilitar el trabajo y recomendar su documentación durante las fases de construcción.
Valoración de riesgos	- Realizada la evaluación a la etapa de valoración de riesgos en el mapa de riesgos del proceso de Gestión de TIC, identificado con el código AGTMR-01, versión 6, vigente desde el 10 de agosto de 2020, la Oficina de Control Interno evidenció que como primera medida existe un diferencial entre la calificación otorgada por el responsable del proceso al diseño de controles y la obtenida por la Oficina de Control Interno con base en la estructura metodológica establecida en el numeral 5.5.1.1 de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y registrado en el papel de trabajo de la auditoría (ver tabla 11.) y como segunda observación, se evidenció que los controles que no están en el alcance funcional del área de sistemas, no fueron calificados, lo que no permitió que en análisis se incluyeran esas variables numéricas para el análisis del riesgo residual. La anterior situación genera un **hallazgo** al proceso de gestión de calidad frente al criterio metodológico institucional, cuya calificación frente al diseño de controles, obtenida por la Oficina de Control Interno, no permite evidenciar que el proceso haya tenido la completitud de elementos que permitieran evaluar el riesgo inherente y así encontrar el resultado numérico que validara el resultado del riesgo residual reflejado en el mapa. - De igual manera, la oficina de Control Interno evidenció que el Proceso

de Gestión de TIC no realizó el plan de acción frente a la calificación de los riesgos y que debió realizarse de conformidad con el numeral ***5.5.1.2. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 que a la letra indica "*Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados*". Lo anterior genera un **hallazgo** frente al criterio metodológico, ya que el diseño de controles por debajo del porcentaje expresado en la guía no permite al proceso demostrar la solidez necesaria del control frente al riesgo y afecta la calificación de solidez en conjunto, generando así un impacto en el análisis frene al riesgo residual, afectando también el criterio de nivel de aceptación del riesgo contemplado en la guía institucional.

Tabla 11. Valoración de diseño de controles Mapa de Riesgos Proceso Gestión de TIC

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1												R2					
			C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4	C5	OCIC5	C6	OCIC6	C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3
1.1 Asignación del responsable	Asignado	**15**	15	15	15	15	15	15	15		15		15	15	15	15	15	15	15	15
	No Asignado	**0**								0		0								
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	**15**	15	15	15	15	15	15	15		15		15	15	15		15		15	15
	Inadecuado	**0**								0		0				0		0		
2. Periodicidad	Oportuna	**15**	15	15	15	15	15		15	15	15		15	15	15	15	15	15	15	15
	Inoportuna	**0**						0				0								
3. Propósito	Prevenir	**15**	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15		15	15	15	15		15
	Detectar	**10**																	10	
	No es un control	**0**												0						
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	**15**	15	15	15	15	15			15			15	15	15			15	15	15
	No confiable	**0**						0	0		0	0				0	0			
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	**15**	15	15	15		15		15		15		15				15		15	
	No se investigan y resuelven oportunamente	**0**				0		0		0		0		0	0	0		0		0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	**10**			10		10		10		10		10		10		10		10	
	Incompleta	**5**	5																	
	No existe	**0**		0		0		0		0		0		0		0		0		0
	TOTAL	**100**	**95**	**90**	**100**	**75**	**100**	**45**	**85**	**45**	**85**	**15**	**100**	**60**	**85**	**45**	**85**	**60**	**95**	**75**

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R3								R4										R5	
			C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4	C1	OCIC1	C2	OCIC2	C3	OCIC3	C4	OCIC4	C5	OCIC5	C1	OCIC1
1.1 Asignación del responsable	Asignado	**15**	15	15	15			15		15	15	15	15	15	15	15	15			15		
	No Asignado	**0**				0												0				0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	**15**	15	15	15			15		15	15	15	15	15	15		15			15		
	Inadecuado	**0**				0										0		0				0
2. Periodicidad	Oportuna	**15**	15	15	15	15		15					15	15	15	15	15			15		15
	Inoportuna	**0**								0	0	0						0				
3. Propósito	Prevenir	**15**	15	15	15	15				15	15	15	15	15	15	15	15			15		
	Detectar	**10**																				
	No es un control	**0**						0										0				0
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	**15**		15		15		15							15	15	15					
	No confiable	**0**	0		0					0	0	0	0				0	0		0		0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	**15**											15				15					
	No se investigan y resuelven oportunamente	**0**	0	0	0	0		0		0	0	0		0	0	0		0		0		0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	**10**											10		10		10					
	Incompleta	**5**						5			5											
	No existe	**0**	0	0	0	0				0		0		0		0		0		0		0
	TOTAL	**100**	**60**	**75**	**60**	**45**	**0**	**65**	**0**	**45**	**50**	**45**	**85**	**75**	**85**	**60**	**85**	**0**		**60**	**0**	**15**

C= Valoración dada por el proceso inicialmente OCI C= Valoración realizada por la Oficina de Control Interno

Monitoreo

De conformidad la evaluación realizada por la oficina de Control Interno al mapa de riesgos del proceso de Gestión de TIC, identificado con código AGTMR-01, versión 6, vigente desde el 10 de agosto de 2020 se evidenció que no se cumplió con el numeral ***5.8 Monitoreo y Autoseguimiento*** de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, en atención a que, como primera medida las acciones de tratamiento consignadas en el formato de mapa de riesgos no fueron registradas en el módulo de mejora continua de ISODOC de acuerdo a lo expresado en la guía metodológica que indica "***Los planes de manejo o tratamiento de los riesgos deberán trasladarse cada uno y de manera independiente como oportunidades de mejora en el plan de mejoramiento del proceso y deberán tener tratamiento de acuerdo a los criterios y acciones establecidos en los niveles de aceptación de los riesgos***" y como segundo, el proceso no pudo evidenciar que se realizó las labores de

	monitoreo en forma trimestral como lo indica el marco metodológico, en atención a que no se encontró diligenciado el formato EGCFO-09" Formato Seguimiento y monitoreo riesgos de proceso. Lo anterior configura un **hallazgo** ya que este escenario no permite al proceso demostrar que monitorea los riesgos, al igual que impide identificar y documentar la materialización de riesgos y la efectividad o no de los controles asociados.

2.3.1. Riesgos de corrupción

Con respecto a los riesgos de corrupción, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación de los mismos en el mes de septiembre de 2020 en el ejercicio de Segundo Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, el cual fue documentado mediante informe No. 101.4. 2 - 38.2020 del 14 de septiembre de 2020 y sobre el cual la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo lideró la formulación del plan de mejoramiento correspondiente el cual dio inicio de ejecución en el mes de octubre de 2020 y cuyas acciones correctivas se encuentran en curso; razón por la cual a continuación sólo se dará a conocer la evaluación de diseño de controles (ver tabla 13) efectuada al mapa de riesgos de corrupción institucional, identificado con el código EDEMR-03, versión 4, vigente desde el 31 de enero de 2020 con el fin de ser tenida en cuenta por los responsables de proceso al momento de revisar los riesgos de corrupción a cargo.

Tabla 12. Listado de riesgos de corrupción mapa de riesgos de corrupción institucional.

PROCESO	*Riesgo*	No.	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
ADMISIONES	Preseleccionar y admitir aspirantes de manera indebida sin el cumplimiento de los requisitos establecidos.	Control 1	El Comité de Admisiones estudia, ajusta y aprueba el calendario y cualquier eventualidad que se presente en cada proceso de admisiones, el cual se ejecuta con estricto rigor en cumplimiento de lo establecido en la normatividad; dejando evidencia en las actas de cada sesión. (PREVENTIVO)
		Control 2	Admisiones y la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo realiza acompañamiento permanente durante el proceso de admisiones para llevar a cabo las diferentes etapas de acuerdo a los procedimientos internos. (PREVENTIVO
		Control 3	El Comité de Admisiones revisa y estudia la posible situación presentada, en caso de materializarse, toma las decisiones que haya lugar a la luz de la normatividad vigente, dejando evidencia en la respectiva acta de la sesión. (DETECTIVO)
		Control 4	El Comité de Admisiones realiza monitoreo a la información y liquidación reportada en el sistema de información remitida por la División Financiera y toma las decisiones que haya lugar a la luz de la normatividad vigente, dejando evidencia en la respectiva acta de la sesión. (DETECTIVO)
FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN DE USUARIOS	Fraude o manipulación indebida de votos en los procesos de elección o designación de la Universidad	Control 1	Secretaria general en cada proceso de elección y designación solicita la divulgación a través de los medios institucionales.
		Control 2	La División de recursos humanos, las facultades o entes externos según corresponda para el proceso de elección o designación, realizan la verificación de los requisitos de los candidatos, remitiendo a Secretaria general certificación de cumplimiento respectiva.
		Control 3	La Oficina de Planeación Sistemas y Desarrollo, realiza pruebas piloto y deja acta donde certifica la funcionalidad y garantiza el uso de la herramienta.

		Control 4	Rectoría a través de la Secretaria general para cada proceso de elección de acuerdo a la normatividad interna vigente, convoca mediante acto administrativo, y realiza las elecciones y designaciones.
		Control 5	Rectoría a través de Secretaria general convoca o ajusta el cronograma nuevamente del proceso de elección o designación, para garantizar la participación y representación en los cuerpos colegiado
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Compensación económica a los servidores de la Universidad en el desarrollo de procesos contractuales	Control 1	Cada vez que se realiza un proceso de contratación el profesional responsable del proceso revisa que los lineamientos de contratación están acorde a las normativas políticas y procedimientos de contratación según los niveles del proceso, diligenciando el formato de autocontrol y hoja de ruta del proceso. De existir desviaciones se corrigen en la etapa respectiva,
		Control 2	Cuando ocurra un hecho descrito en las causas del riesgo en cuestión, el jefe de la División, cualquier funcionario o persona, reportara a la Oficina de Control Interno, para iniciar los procesos disciplinarios a que haya lugar.
		Control 3	En cada proceso el profesional asignado diligencia los registros asociados según el nivel de adquisición
GESTIÓN DE BIENESTAR	Asignar beneficios socioeconómicos a estudiantes, por intereses personales	Control 1	Cuando ocurra materialización del riesgo se aplica la normatividad existente y establecida en el procedimiento de gestión jurídica "Procesos disciplinarios" AFJPT-05. Cualquier persona puede reportar el caso a la Secretaria de la Oficina jurídica, mediante documento escrito.
		Control 2	Los funcionarios de la División Medio Universitario, aplicaran permanentemente los criterios establecidos en el procedimiento, teniendo encuentra los criterios de convocatoria y selección de los estudiantes solicitantes.
GESTIÓN HUMANA	Procesos de selección de personal que no cumplen con la normatividad establecida	Control 1	Normativa nacional sobre selección y vinculación de personal para la administración pública
		Control 2	Estudio y análisis de hojas de vida para verificar cumplimiento de requisitos
		Control 3	Cada vez que se suple una vacante, el personal asignado de la División de recursos humanos, adelanta la función aplicando la normativa y procedimientos internos de selección y vinculación de personal definidos, con el fin de garantizar la transparencia y que el personal a vincular tenga las competencias. Caso contrario se desiste de la vinculación
		Control 4	Revisión y aprobación de Rectoría y Vicerrectorias de los cargos a proveer y si no cumple se devuelve hojas de vida y se inicia nuevo proceso de selección.
		Control 5	En cada proceso de selección el personal del área ejecuta los procedimientos establecidos, para cumplir el flujo de trabajo
		Control 6	La división de recursos humanos hace los requerimientos necesarios en los presupuestos para cada vigencia con el fin de cubrir la demanda proyectada y alinearlos con las necesidades y cargas de trabajo.
GESTIÓN FINANCIERA	Afectar rubros que no correspondan con el objeto del gasto	Control 1	El Consejo superior anualmente entre los meses de noviembre y diciembre aprueba el presupuesto de la universidad para la siguiente vigencia, con el fin de establecer las necesidades de funcionamiento e inversión. Cualquier desviación del presupuesto aprobado será objeto de seguimiento. EVIDENCIA: Acto administrativo de la aprobación del gasto

		Control 2	El encargado de los registros presupuestales revisa mensualmente los registros presupuestales y de pagos; para verificar que se hayan afectado los rubros que corresponden a cada gasto
		Control 3	El comité de seguimiento a la ejecución presupuestal se reúne en forma mensual, para realizar el seguimiento y ejecución presupuestal. En caso de encontrar desviaciones iniciara investigaciones. EVIDENCIAS: Actas de comité
		Control 4	Cuando se materializa el riesgo se abre proceso disciplinarios ante organismos competente
GESTIÓN FINANCIERA	Información y registros contables manipulados que busquen beneficios propios o de terceros	Control 1	Cada vez que hay vinculación o asignación de la función, del personal del área contable, el jefe de la división y/o la contar(a) informa al área de soporte técnico (administrador del software), para que se asigne un perfil con los permisos.
		Control 2	Cuando se detecte el riesgo materializado el jefe de la división financiera, reportara a los organismos de control externo
		Control 3	El jefe de la división financiera responderá por el estado de actualización de sus procedimientos, para operar con las políticas actualizadas y controles definidos
		Control 4	Mensualmente se remite la información de auxiliares contables para revisión y actualización; a Tesorería, Presupuestos y a las diferentes áreas que requieran información para los estados financieros. Correo electrónico
GESTIÓN FINANCIERA	Inversiones de tesorería para favorecer a intereses propios o de terceros	Control 1	Seguimiento, control y autorización de todas las inversiones por parte de Comité de inversiones
		Control 2	Normatividad aplicada sobre política de inversión
		Control 3	Procesos y sanciones disciplinarias ante organismos competentes (Impacto)
GESTIÓN FINANCIERA	Desviación de recursos en efectivo para beneficio personal o de terceros	Control 1	El jefe de la división financiera y la tesorera realizaran arqueos de caja sorpresivos para verificar los saldos de efectivo en la caja
		Control 2	Cuando ocurra un hecho descrito en las causas del riesgo en cuestión, el jefe de la División, cualquier funcionario o persona, reportara a la Oficina de Control Interno, para iniciar los procesos disciplinarios a que halla liga
		Control 3	Conciliaciones permanentes entre las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad
FORMACIÓN	Inadecuadas prácticas en el manejo de notas	Control 1	Cada vez que se vincula un docente los decanos solicitan los perfiles de usuarios con diferentes niveles de seguridad en academusoft a la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo. Las actuaciones son determinadas por el perfil y en caso de irregularidades se deben ajustar los permisos de usuario.
		Control 2	Según el calendario académico se realiza impresión de notas y validación por medio de firmas. En caso de inconsistencias se realizan las revisiones correspondientes.
		Control 3	Formato de solicitud y aprobación para cambio de nota posterior al cierre
		Control 4	Normatividad definida y aplicada sobre el manejo de calificaciones en la Institución (Reglamento estudiantil y Estatuto Docente)

		Control 5	Procesos disciplinarios y/o sanciones en el momento en que se determinen inadecuadas prácticas en el manejo de notas

Tabla 13 valoración de diseño de controles de riesgos de corrupción.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluació	Evaluación	R1				R2					R3			R4	
			OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC4	OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC4	OCIC5	OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC1	OCIC2
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15		15
	No Asignado	0													0	
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15		15
	Inadecuado	0		0											0	
2. Periodicidad	Oportuna	15			15		15			15		15	15	15	15	
	Inoportuna	0	0	0		0		0	0		0					0
3. Propósito	Prevenir	15	15	15				15	15		15	15	15		15	
	Detectar	10			10	10										
	No es un control	0					0			0				0		
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15	15	15	15		15	15	15	15	15		15	15	
	No confiable	0					0						0			0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15										15				
	No se investigan y resuelven oportunamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10														
	Incompleta	5	5		5	5		5	5	5		5		5		
	No existe	0		0			0				0		0		0	0
	TOTAL	100	65	45	75	60	45	65	65	65	60	95	60	65	45	30

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R5						R6				R7			
			OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC4	OCIC5	OCIC6	OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC4	OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC4
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15			15	15	15	15	15	15	15		15	15	15	15
	No Asignado	0	0	0								0				
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15			15	15			15	15	15		15	15	15	
	Inadecuado	0	0	0			0	0				0				0
2. Periodicidad	Oportuna	15			15		15		15	15	15	15	15	15		15
	Inoportuna	0	0	0		0		0							0	
3. Propósito	Prevenir	15		15	15	15		15	15	15	15	15	15			15
	Detectar	10														
	No es un control	0	0				0							0	0	
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15		15			15	15	15	15		15	15	15	15
	No confiable	0		0		0	0					0				
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15							15							
	No se investigan y resuelven oportunamente	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10														
	Incompleta	5							5							5
	No existe	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
	TOTAL	100	15	15	75	45	30	45	95	75	75	30	75	60	45	65

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R8			R9			R10				
			OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC1	OCIC2	OCIC3	OCIC4	OCIC5
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15			15	15		15				
	No Asignado	0		0	0			0		0	0	0	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15			15	15		15				
	Inadecuado	0		0	0			0		0	0	0	0
2. Periodicidad	Oportuna	15				15	15		15	15			
	Inoportuna	0	0	0	0			0			0	0	0
3. Propósito	Prevenir	15	15			15			15		15	15	15
	Detectar	10					10						
	No es un control	0		0	0			0		0			
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	15			15		15	15	15	15	15	
	No confiable	0		0	0		0						0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15								15			
	No se investigan y resuelven oportunamente	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10											
	Incompleta	5											
	No existe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	100	60	0	0	75	55	15	75	45	30	30	15

3 RECOMENDACIONES:

En atención a los aspectos evidenciados en el presente informe y los hallazgos establecidos, se recomienda lo siguiente:

1. Se recomienda a la línea estratégica institucional (alta dirección) documentar la revisión de la política institucional de administración del riesgo, ya que en la actualidad sólo se estudian los escenarios operativos de la administración del riesgos bajo la perspectiva del sistema de gestión de calidad, siendo necesario ampliar su espectro de estudio al componente de evaluación de riesgos del Modelo Estándar de Control Interno.
2. A la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, en su calidad de líder implementador de la metodología de riesgos institucional, se recomienda, según se determine, producto de los resultados de esta auditoría, ajustar el marco metodológico institucional par la administración del riesgo, con el fin de adoptar los parámetros para la formulación de planes de contingencia y de acción frente al diseño de controles, así como propender por incluir metodológicamente la identificación y tratamiento de riesgos asociados a la seguridad digital y de defensa jurídica, los cuales no son de pleno conocimiento de los responsables de proceso y cuya materialización de riesgos pueden ser de alto impacto para a eficiencia y eficacia de los procesos en la gestión institucional.
3. A la oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo se recomienda, en su calidad de líder implementador, realizar un esquema de asesoría y acompañamiento a los procesos que le permita cumplir con el rol de responsabilidad consignado en la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019 y así poder contribuir a la gestión de riesgos institucional en el marco legal aplicable a la gestión de riesgos y frente al componente del MECI.
4. Se recomienda a la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, como líder implementador y de autocontrol frente al componente de evaluación de riesgos del MECI, generar informes de monitoreo específicos para la gestión de riesgos que permitan a la alta dirección, en conjunto con los resultados de evaluación independiente emitidos por la Oficina de Control Interno, tomar decisiones frente a los riesgos institucionales, ya que de conformidad con lo evidenciado en el presente informe, los mapas de riesgos fueron construidos en escenarios funcionales de área responsable de proceso, lo que no permite a la Universidad tener una visión de gestión conjunta de cara al tratamiento integral de riesgos, quedándose en escenarios operativos de tratamiento, alejados de una visión por proceso de conformidad con los lineamientos brindados por la metodología del orden nacional (DAFP).
5. A los responsables de proceso que no han logrado actualizar su mapa de riesgos de conformidad con la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, se recomienda actualizar en forma inmediata su mapa de riesgos y así no solo dar cumplimiento no solo al criterio normativo, sino poder administrar los riesgos asociados a su proceso y que pueden afectar de manera significativa los criterios de eficacia y eficiencia que busca la Universidad y que están plasmados en la política institucional de administración del riesgo.
6. En cuanto a los responsables de proceso que lograron llevar a cabo la actividad de actualización de conformidad con la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, se recomienda la revisión de estructura de diseño de controles que les permita alcanzar una solidez de su gestión de riesgos y así avanzar en la construcción de acciones de tratamiento que permitan atender el nivel de riesgo residual, obtenido en la valoración de riesgos.
7. En cuanto al diseño de acciones correctivas para enfrentar las debilidades detectadas en el presente informe, se recomienda realizar un trabajo articulado entre la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo y los responsables de proceso de la cadena de valor de la Universidad con el fin de poner en marcha estrategias conjuntas que garanticen que el componente de evaluación de riesgos institucional cumpla con los aspectos metodológicos diseñados para su operación.
8. Se recomienda a todos los procesos que tuvieron hallazgos en el presente informe, se tome la información del mismo como base de análisis de causas en el punto de partida para la formulación de acciones correctivas que permitan emprender en estrategias de mejora continua y generar lecciones aprendidas frente a la administración del riesgo en cada uno de los procesos.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. El componente de evaluación del riesgo en la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca presenta debilidades en su implementación ya que el nivel de desactualización de mapas de riesgo es del 53% a

nivel institucional lo que permite concluir que no se tiene una adecuada gestión del riesgo institucional incumpliendo así el marco legal ordenado por la Ley 87 de 1993, la política de administración del riesgo institucional.

2. La identificación de riesgos en los procesos que lograron incluirse para evaluación en el presente informe de auditoría, por estar actualizados de conformidad con la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, fueron construidos con un enfoque funcional y no por proceso, lo que permite tener una visión operativa y no un marco integral para la identificación y tratamiento en un contexto por procesos.
3. Los controles identificados para la valoración de riesgo residual en los procesos presentan debilidades en su diseño, en su mayoría, asociado a la que desde su redacción no se identifican los seis criterios de estructura solicitados en Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, lo que permite concluir a la Oficina de Control Interno que los controles no son efectivos para el tratamiento de los riesgos institucionales, al no poderse verificar su efectividad y aplicación en los procesos.
4. Se identificaron debilidades en el cumplimiento de los roles de responsabilidad consignados en la parte considerativa de la Guía de Administración del Riesgo Institucional EGCGS-03, versión 6, vigente desde el 31 de julio de 2019, en atención a que no se ejecutan correctamente los principios de autocontrol y monitoreo que tiene contemplada la gestión de riesgos institucional en su metodología.
5. Finalmente se concluye que en atención a que existen debilidades en la estructura metodológica institucional para la identificación y valoración de riesgos, establecidos en el presente informe, será necesario abordar las acciones correctivas y de mejora en dos fases, la primera la deberá adelantar la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo como líder del proceso de Gestión de Direccionamiento Estratégico en cuanto al ajuste del marco metodológico institucional y en una segunda fase un trabajo en conjunto entre el líder metodológico (Proceso de Direccionamiento Estratégico) y los procesos de la cadena de valor para que las acciones permitan asegurar una correcta valoración del riesgo y diseño de controles, garantizando un trabajo dirigido y articulado entre áreas.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 11 días del mes de diciembre del año 2020

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad** (cargo)	**Firma**
Francisco Javier Romero Quintero	Jefe Oficina Control Interno Auditor - Supervisión	
Irma Yurani Campos Tambo	Auditor Líder	(ORIGINAL FIRMADO)
Álvaro Augusto Arévalo Navarro	Auditor	(ORIGINAL FIRMADO)
Martha Nelly González	Secretario Bilingüe – Apoyo	(ORIGINAL FIRMADO)
Daniel Fernando Gómez	Aprendiz – Apoyo de auditoría.	(ORIGINAL FIRMADO)
Laura Romero	Aprendiz – Apoyo de auditoría.	(ORIGINAL FIRMADO)